



HAL
open science

Accompagnement de l'angoisse en fin de vie : travail du psychomotricien au travers de la médiation toucher thérapeutique

Valérie Bourlier

► **To cite this version:**

Valérie Bourlier. Accompagnement de l'angoisse en fin de vie : travail du psychomotricien au travers de la médiation toucher thérapeutique. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02271133

HAL Id: dumas-02271133

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02271133>

Submitted on 26 Aug 2019

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

75013 PARIS



ACCOMPAGNEMENT DE L'ANGOISSE EN FIN DE VIE :
TRAVAIL DU PSYCHOMOTRICIEN AU TRAVERS DE LA
MEDIATION TOUCHER THERAPEUTIQUE.

Mémoire présenté par Valérie BOURLIER
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité

Référents de mémoire :

Marc GUIOSE

Aliénor GRIMOIS

Session juin 2019

REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord dire un grand merci à Amandine GUEULLE pour sa confiance sans faille dans ma pratique. Merci pour ton accompagnement, l'autonomie et la confiance en moi que tu as su m'apprendre au fil de cette année.

Je souhaite également remercier Pauline LESTERLE qui m'a formée et permis de me remettre en question. Merci pour nos conversations à propos du mémoire qui ont pu débloquer ma pensée.

Un énorme merci à Marc GUIOSE et Aliénor GRIMOIS sans qui ce mémoire n'aurait pas pu voir le jour.

Merci à ma famille et à mes proches qui ont supporté ma labilité émotionnelle et mon absence ces derniers mois. Merci pour leur aide précieuse, leur soutien et tout leur amour.

Merci aux différentes maîtres de stage, je pense particulièrement à Michèle GUINOT et Clémence JEANNETON, qui, sur ces trois années, ont contribué à ma formation par leurs conseils avisés, leur confiance et leur soutien. C'est également grâce à elles que je suis devenue la psychomotricienne que je suis.

Merci à Cathy et Christina pour leur accueil chaleureux, leur confiance et leurs conseils qui m'ont faite grandir et évoluer en tant que professionnelle. Merci d'avoir rendu mes mercredis si agréables. Merci à toute l'équipe de l'EHPAD de m'avoir si bien accueillie et laissé la place de m'exercer.

Merci à Mesdames B., J., Pa., et Po. pour leur bienveillance et leur accueil tout au long de cette année auprès d'elles.

A « papi » Lucien.

« On s'extasie de ce que perçoivent les yeux, les oreilles et la bouche. Et pourtant, le plus généreux de nos organes sensoriels, c'est notre peau. Elle nous donne, tandis que nous baignons dans la sphère utérine, les caresses suaves du liquide amniotique... A la naissance, alors que le froid, les bruits, la lumière et la dureté des objets agressent nos sens, notre premier bonheur c'est la peau qui nous l'offre, à l'instant où notre mère nous blottit contre elle.

Plus tard, quand l'amour vient à l'homme, la voix et la vue de sa bien-aimée ne lui suffisent pas, il s'impatiente de la presser contre sa peau. Il en est de même pour la femme. »¹

¹ Dr G. LELEU, *Le traité des caresses*, 2003, J'ai lu, coll. Bien-être, Paris.

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE	X
INTRODUCTION.....	12
I. THEORIE.....	13
1. S'agit-il d'angoisse, d'anxiété ou de peur ?	13
1.1 Qu'est-ce que l'angoisse ?.....	13
1.1.1 Les angoisses archaïques	14
1.1.2 Approche psychanalytique de l'inconscient et de l'angoisse	15
1.1.3 L'angoisse de mort.....	16
1.1.4 L'angoisse de castration	18
1.1.5 L'angoisse d'abandon.....	19
1.1.6 Traduction de l'angoisse dans le corps.....	19
1.2 Qu'est-ce que l'anxiété ?.....	20
1.3 Qu'est-ce que la peur ?.....	20
1.4 Pourquoi le choix de l'angoisse ?	20
2. Fin de vie et soins palliatifs.....	21
2.1 Qu'est-ce que la fin de vie ?.....	21
2.2 Les mouvements intrapsychiques	21
2.2.1 Le travail de désinvestissement de soi	21
2.2.2 Le travail du trépas.....	22
2.2.3 Les étapes du mourir	24

2.3	Les soins palliatifs	27
2.4	Fin de vie, soins palliatifs et psychomotricité	28
3.	La peau et le toucher.....	30
3.1	La peau.....	30
3.1.1	Rappel d'embryologie.....	31
3.1.2	Les fonctions de la peau.....	31
3.1.3	Enveloppe, Moi-Peau.....	32
3.1.4	La peau vieillissante.....	36
3.2	Le toucher	38
3.3	Le toucher comme médiation psychomotrice	39
3.3.1	Les fonctions thérapeutiques du toucher	40
3.3.2	Le cadre thérapeutique du toucher	42
3.3.3	Toucher et dialogue tonique.....	43
3.3.4	Le toucher-massage psychomoteur	43
3.3.5	Le toucher-relaxation	44
II.	CLINIQUE	45
1.	Description de la structure et du stage.....	45
2.	La place de stagiaire	46
3.	Monsieur F.....	47
4.	Madame Pa.....	48
5.	Madame B.....	54
6.	Madame Po.....	57

7. Madame J.	59
III. DISCUSSION	61
1. Quand l'angoisse de mort symbolise la perte... ..	61
1.1 L'angoisse d'abandon	61
1.1.1 Madame Pa.	61
1.1.2 Madame B.	62
1.1.3 Madame Po.	62
1.2 L'angoisse de castration	63
1.2.1 Madame Po.	63
1.2.2 Madame B.	64
2. Quand le psychomotricien « contient »	66
2.1 La fonction contenante	66
2.2 La fonction d'érogénèse contenante	66
2.3 Madame Pa.	67
2.4 Madame B.	67
2.5 Madame J.	68
2.6 Défaillance de la fonction contenante	69
2.6.1 Monsieur F.	69
2.6.1.1 Cadre thérapeutique, empathie, sympathie et compassion	71
2.6.2 Madame J.	72
3. Quand le psychomotricien fait écho... ..	72
3.1 L'empreinte du toucher	72

3.2	La posture maternante du psychomotricien.....	73
3.2.1	Régression, objets internes, objets partiels	73
3.2.2	Holding, handling et fonction de réparation.....	75
4.	Quand l'angoisse de mort contamine... ..	76
4.1	... le psychomotricien.....	77
4.1.1	Monsieur F.....	77
4.1.2	Madame B.....	78
4.1.3	Madame Pa.....	78
4.2	... l'équipe.....	79
4.2.1	Madame Pa.....	79
4.2.2	Madame J.	81
4.3	Vers une contamination positive.....	81
5.	Quand le psychomotricien doit lâcher prise... ..	83
5.1	L'impuissance du psychomotricien	83
5.1.1	Face à la mort	83
5.1.2	Face aux contraintes institutionnelles	84
5.1.3	Le psychomotricien, super-héros, super-ego	85
5.2	Les limites du toucher.....	86
5.2.1	Le toucher, médiation non systématique	86
5.2.1.1	Contexte culturel et générationnel.....	86
5.2.1.2	Histoire de vie du patient.....	89

5.2.1.3	Cadre thérapeutique et disponibilité psychocorporelle du psychomotricien	90
5.2.1.4	Défense de toucher !.....	90
5.3	En route vers l'autonomie.....	92
5.3.1	Le toucher, médiation à durée déterminée	92
	CONCLUSION	94
	BIBLIOGRAPHIE.....	96
	SITOGRAFIE	97

GLOSSAIRE

Clivage : Mécanisme de défense résultant d'une pensée dichotomique.

Contre-transfert : Ensemble des réactions inconscientes de l'analyste vis-à-vis de l'analysé.

Dénégation : Processus défensif qui consiste à énoncer des désirs, des pensées, des sentiments tout en ne les reconnaissant pas. (S.FREUD)

Déni : Mode de défense où le sujet refuse la réalité d'une perception traumatisante.

Handling : Ensemble des soins matériels donnés à l'enfant par sa mère (toilette...)

Holding : Portage physique et psychique de l'enfant par sa mère.

Idéalisation : Processus consistant à embellir ou à représenter la personne aimée ou l'objet désiré comme un modèle absolu de perfection.

Image composite du corps : L'image du corps est la représentation inconsciente et affective que l'on a de soi dans la relation a de soi dans la relation. Composite, parce que constituée d'éléments divers : sensation de continuité d'existence, identité, identité sexuée, peau physique et psychique, sensibilité somato-viscérale, représentation de l'intérieur du corps, angoisses corporelles archaïques et mécanismes de défense corporels. (E.PIREYRE)

Insight : Découverte soudaine de la solution à un problème sans passer par une série d'essais-erreurs progressifs.

Libido sciendi : Le désir d'apprendre.

Moi : Partie de la personnalité se construisant à partir des sensations éprouvées, des expériences vécues et de séries d'identifications. Il est à la fois le lieu de l'identité

personnelle, du contrôle du comportement, du rapport aux autres et de la confrontation entre la réalité extérieure, les normes morales et sociales et les désirs inconscients.

Object presenting : Présentation parcimonieuse du monde par la mère à son enfant.

Pensée magique : Forme de pensée qui s'attribue la puissance de provoquer l'accomplissement de désirs, l'empêchement d'événements ou la résolution de problèmes sans intervention matérielle.

Projection : mécanisme de défense inconscient par lequel le sujet projette sur autrui les craintes et les désirs qu'il ressent comme interdits et dont la représentation consciente serait chargée d'angoisse ou de culpabilité.

Regain (phase de...) : Retour des fonctions cognitives et psychomotrices dans une temporalité très proche du décès du patient.

Retournement : processus par lequel l'énergie pulsionnelle (essentiellement agressive), au lieu de s'extérioriser, se retourne sur le sujet.

Self : Selon M. Klein, fait référence aux sentiments et pulsions de l'ensemble de la personnalité contrairement au « moi » qui fait référence à la structure de la personnalité

Surmoi : instance psychique ayant intériorisé les interdits parentaux, loi morale agissant sur le Moi

Test de Rorschach ou « Test des tâches d'encre » : Test permettant d'étudier la personnalité et d'évaluer les perturbations de l'état psychologique du patient.

Transfert : Acte par lequel un sujet reporte sur le psychanalyste, soit une affection (transfert positif), soit une hostilité (transfert négatif) qui l'éprouvait pour une autre personne.

INTRODUCTION

Mon premier souhait a été de rédiger un mémoire sur l'apaisement de la douleur par le toucher thérapeutique. Je me suis rendue compte que ce n'était pas tant la douleur physique que la douleur psychique que je souhaitais traiter (aux deux sens du terme...), et notamment l'angoisse.

J'ai cherché, l'année dernière et suite à un évènement personnel que je tâcherai de décrire *supra*, un stage en EHPAD à la suite de recherches restées infructueuses dans le domaine des soins palliatifs. Je souhaitais accompagner les personnes en fin de vie vers la mort en leur permettant un apaisement. Il me tenait à cœur de leur permettre de « partir tranquilles ».

Actuellement en stage dans un EHPAD, je remarque de nombreuses manifestations d'angoisse chez les résidents. Etant particulièrement apaisée moi-même par le toucher, il m'a paru naturel de l'utiliser avec ces personnes. De cette réaction instinctuelle, j'ai voulu apporter un fondement théorique psychologique, psychanalytique, culturel, historique et psychomoteur.

Plusieurs questions se posent : dans quelle mesure le toucher thérapeutique est-il une médiation psychomotrice adaptée à l'accompagnement de l'angoisse des personnes âgées institutionnalisées en fin de vie ? Qu'est-ce que le toucher thérapeutique réveille chez le patient et en quoi cet écho influe-t-il sur l'angoisse ? Le toucher thérapeutique peut-il être utilisé en toute circonstance ?

Ce travail a pour but d'amorcer une réponse à ces questions et comporte trois parties : une partie théorique sur l'angoisse, la fin de vie, les soins palliatifs, la peau et le toucher ; une partie exposant cinq observations cliniques ; et une partie de discussion établissant le lien entre la clinique observée, le toucher thérapeutique et l'angoisse. La conclusion proposera des éléments de réponse aux trois questions posées.

I. THEORIE

1. S'agit-il d'angoisse, d'anxiété ou de peur ?

1.1 Qu'est-ce que l'angoisse ?

Selon le dictionnaire Larousse, l'angoisse est une « grande inquiétude, une anxiété profonde née du sentiment d'une menace imminente mais vague. » Nous pouvons, à travers cette définition, remarquer que les notions d'angoisse et d'anxiété sont difficilement différenciables. De plus, la « menace imminente mais vague » se rapproche de la définition donnée par M. RENAULT : « la notion commune d'angoisse est assez vague »². Comme le disait Saint-Augustin à propos de la notion du temps, « Quand on ne m'en parle pas, je la connais. Si je dois l'expliquer, je ne le puis ». L'angoisse est, selon M. RENAULT, « un état dont le sujet nous dit qu'il est incapable de le rapporter à un objet quelconque. Ni à un objet perçu, ce serait de la peur. Ni à un objet représenté, ce serait de l'anxiété. Apparemment l'angoisse est sans objet. [...] Cette angoisse peut aller du malaise diffus à la bouffée d'angoisse massive. ». L'angoisse correspond d'une part à l'attente anxieuse d'un événement indésirable, et d'autre part à la réminiscence de celui-ci, comme le dit M. RENAULT : « L'angoisse est donc d'une part une émotion correspondant à l'attente d'un traumatisme et d'autre part une répétition atténuée de celui-ci. »³ Pour S. FREUD, l'angoisse joue un rôle prépondérant dans l'organisation psychique du sujet. Pour lui ce serait l'affect, partie brute des pulsions dénué de toute représentation, qui serait à l'origine de l'angoisse. L'angoisse serait fondatrice de la névrose, elle serait même son

² M. RENAULT, 2002, p. 41-42

³ *Ibid.* p.49

souci principal. Ainsi S. FREUD considère l'angoisse comme un point essentiel de l'organisation psychique.

Nous distinguons ainsi trois formes d'angoisses, en fonction des formes de structuration du fonctionnement psychique : la névrose associée à l'angoisse de castration, la psychose à l'angoisse de morcellement, et les états limites à l'angoisse de la perte d'objet. Pour S. FREUD, l'angoisse, tout comme la peur ou l'anxiété, représente un moyen de défense. « Pour résumer cette communauté de défense contre l'effroi et ses trois modes principaux, disons que l'on fuit l'objet de la peur, que l'on éloigne psychiquement l'objet d'anxiété, et que l'on refoule l'objet d'angoisse »⁴.

1.1.1 Les angoisses archaïques

Selon E. PIREYRE, une angoisse est considérée comme archaïque dès lors qu'elle apparaît avant le langage. Elle apparaît avant le moyen d'élaboration psychique et de mise à distance que constitue le langage. Ce sont des angoisses envahissantes, déstructurantes pour le bébé, mais aussi pour le malade psychiatrique, ou la personne âgée en état de régression, qui subissent ces angoisses sans avoir nécessairement la possibilité de les élaborer, c'est-à-dire de les mettre à distance.

Nous allons brièvement définir les quatre principales angoisses corporelles archaïques.

L'angoisse de morcellement se traduit par la peur de la perte de l'unité corporelle ou de la perte d'une partie du corps. Elle est présente dès le début de la vie. L'enfant se sent morcelé avant d'acquérir le sentiment continu d'exister. Elle peut être réactualisée par un vécu régressif lors de la relaxation ou du toucher-thérapeutique par exemple.

⁴ *Ibid.* p.44

L'angoisse d'effondrement se traduit par la peur de la chute sans fin, de l'effondrement lié à la séparation (lors de la naissance par exemple).

L'angoisse de dévoration correspond à la peur d'être mangé. Ce type d'angoisse survient peu dans la population gériatrique durant les temps de toucher thérapeutique.

L'angoisse de liquéfaction survient après la constitution des enveloppes corporelles. Elle se traduit par la peur de se vider, de s'écouler. Elle est fréquente dans les vécus de relaxation, mais peu dans ceux de toucher-thérapeutique, ce dernier contactant directement l'enveloppe corporelle.

Pour E. PIREYRE, ces angoisses peuvent se retrouver dès la naissance, mais sont présentes également de façon supportable dans la population générale. Selon lui, on en voit les manifestations dans la vie quotidienne et dans le fonctionnement de la société, ainsi que dans le fonctionnement des équipes de soin. Les angoisses archaïques seraient, pour lui, partie prenante de la constitution de l'image composite du corps*.

1.1.2 Approche psychanalytique de l'inconscient et de l'angoisse

Pour S. FREUD, l'objet d'angoisse peut être refoulé. Il s'agit d'une pulsion dont l'objet n'est pas acceptable par le Surmoi* et qui va être refoulé dans l'Inconscient. S. FREUD dit que « Nous avons appris de la psychanalyse que l'essence du procès de refoulement ne consistait pas à supprimer une représentation représentant la pulsion, à l'annihiler, mais à la tenir à l'écart du devenir-conscient. Nous disons alors qu'elle se trouve à l'état de l'« inconscient » et sommes à même de produire des preuves solides de ce qu'elle peut même inconsciemment délivrer des effets, dont certains finissent même par atteindre la conscience. »⁵. Il peut en ressortir des symptômes, manifestations déformées de cette angoisse par la censure au niveau surmoïque. Ces

⁵ S. FREUD, 1915, p. 129

symptômes peuvent se manifester aux niveaux corporel (conversion hystérique où les patientes présentent des symptômes corporels comme, par exemple, une paralysie, sans qu'il n'y ait de lésion somatique) ou onirique (rêves dont le contenu, une fois analysé par un psychanalyste, peuvent donner des indices sur les refoulés inconscients), mais aussi sous forme d'angoisse. Le patient est alors angoissé par quelque chose qu'il n'arrive pas à définir, ce qui correspond aux définitions données *supra* et qui correspondrait, selon S. FREUD, à des représentations datant de la petite enfance du sujet (« l'Inconscient c'est l'infantile en nous »⁶) qui auraient été intériorisées et refoulées. Ces pulsions non acceptables par le Surmoi, comme chaque pulsion, cherchent à être satisfaites et à être représentées. Lorsqu'il s'agit de la pulsion de mort, par exemple, ce refoulement pourra causer une angoisse de mort. La pulsion de mort voulant être satisfaite, représentera une énergie psychique tournée vers la mort, ce qui est inacceptable pour le psychisme du sujet, pour son Moi*. Pour S. FREUD, il n'existe pas de représentation de notre propre mort dans l'inconscient. En résultera une angoisse de mort remplaçant la pulsion de mort refoulée et censurée. Pour M. KLEIN, l'angoisse de mort est au fondement du développement psychoaffectif. Elle est la réaction aux menaces de la pulsion de mort sur le Moi.

1.1.3 L'angoisse de mort

L'angoisse de mort est la crainte de notre propre fin. Dès la naissance, nous nous inscrivons dans le groupe des « vivants promis à la mort ». F. DOLTO déclare que « l'expérience de la naissance est la première expérience de l'émergence de la mort »⁷. L'enfant, ainsi séparé de sa mère et de sa protection, fait la première expérience de solitude. Cette notion de perte est importante car, tout au long de la vie, elle réactive

⁶ S. FREUD. 1998. *L'Homme aux rats*. Editions Puf. Paris

⁷ F. DOLTO, 1998

l'angoisse de la mort. L'angoisse de mort peut correspondre à la peur de la mort ou à la peur de mourir, ce qui est différent. L'angoisse de la Mort personnalisée et représentée comme un personnage, comme une entité (la « Faucheuse » dans certaines cultures), est la peur de ne pas décider du moment de la mort (angoisse de castration sous-jacente comme le dit S. FREUD « l'angoisse de mort [n']est [qu']un « analogon de l'angoisse de castration »). La peur de la mort en elle-même, la peur de mourir, est la peur de la perte et de la solitude, la peur du « voyage vers l'inconnu » (que les différentes croyances et religions tentent d'apaiser). Selon P. COUDERC, psychanalyste, « la peur de mourir est plus à rapprocher d'une angoisse à vivre, de cette incapacité à profiter pleinement des événements de son existence, incapacité liée pour certain[e]s aux difficultés rencontrées durant l'enfance ou à la suite de traumatismes survenus à l'âge adulte. »⁸

M. RENAULT, au sujet de la formulation freudienne « l'inconscient ne peut se représenter sa propre mort » : « si l'angoisse de mort ne représente pas pour le sujet sa propre disparition, de quelle mort s'agit-il ? A première vue on pourrait avancer qu'il s'agit de la mort de quelqu'un d'autre. [...] En poussant un peu plus le raisonnement, il pourrait s'agir de mon désir de le liquider. Là on retrouve le danger pulsionnel [...]. La puissance de cette pulsion de destruction menacerait mon Moi Idéal. Idée qui serait conforme à l'adage voulant que l'on résiste à tout sauf, précisément, à la tentation. »⁹

L'angoisse de mort ne représenterait alors pas l'angoisse du décès du sujet, mais le rejet de la pulsion de destruction d'autrui qui mettrait à mal la représentation idéale du Moi du sujet. Il s'agit ici de la sanction du Surmoi qui, ayant intériorisé les règles sociales, n'autorise pas ce désir de tuer l'autre. Cette pulsion est à ce moment-là

⁸ P. COUDERC <https://www.psychoparis.com/les-troubles/langoisse/langoisse-de-mort/>

⁹ M. RENAULT, 2002, p. 53-54

transformée, censurée, en angoisse de la propre mort du sujet, qui est acceptable par le Surmoi.

En outre, l'angoisse de mort peut amener le sujet à présenter certaines phobies, comme les phobies de l'avion ou de l'ascenseur par exemple, qui ne sont que des dérivés de l'angoisse de mort du sujet. Ce dernier peut par conséquent se soumettre à des conduites d'évitement, car il est plus facile de s'éloigner d'un ascenseur ou d'un avion que de la mort en elle-même. Nous pouvons ainsi voir que l'angoisse de mort régit tout un pan du psychisme du sujet et possède de nombreuses répercussions sur sa vie et sa façon de penser.

1.1.4 L'angoisse de castration

S. FREUD présente l'angoisse de castration comme la cause de toute angoisse. Considérée comme un élément structurant de la personnalité, l'angoisse de castration correspond, chez l'enfant, à la découverte de la différence des sexes. Le petit garçon éprouve cette angoisse en découvrant que la fille n'a pas de pénis, et qu'il est possible qu'il perde le sien, ou qu'on peut le lui enlever. La fille, elle, pense qu'elle l'a déjà perdu ou qu'on le lui a enlevé. Il s'agit de l'angoisse de la perte du pouvoir, représenté par le phallus. L'angoisse de castration est un phénomène transitoire, bénéfique et structurant. On parle de complexe de castration lorsque, à l'âge adulte, la fixation de cette angoisse continue d'influencer de manière problématique les différents pans de la vie de l'individu (source de souffrance et d'auto-punitions). On appelle angoisse de castration tout ce qui est de l'ordre du manque.

L'angoisse de castration est, chez le garçon, l'aboutissement du complexe d'Œdipe. Chez la fille, il s'agit de son point de départ.

1.1.5 L'angoisse d'abandon

L'angoisse d'abandon est également appelée angoisse de séparation et de perte d'objet par S. FREUD. Le sujet, dans sa prime enfance, aurait été marqué par une situation abandonnique sans qu'il n'y ait eu nécessairement d'abandon effectif (naissance d'un cadet, décès d'un aïeul, couple parental trop fusionnel, parent absent ou débordé). L'enfant aurait introjecté cet « abandon. L'angoisse apparaîtrait à ce moment-là comme une défense fondamentale contre la perte d'objet.

1.1.6 Traduction de l'angoisse dans le corps

L'angoisse peut se traduire dans le corps d'une multitude de manières. Des symptômes physiques et/ou psycho-comportementaux sont alors visibles, différents lorsqu'il s'agit d'une angoisse diffuse, latente, ou d'une bouffée d'angoisse massive. Ils sont également différents d'une personne à une autre, d'une situation à une autre.

A. PELISSOLO et G. LOAS décrivent les différents symptômes retrouvés¹⁰. Ils parlent de « signes physiques [...] très polymorphes » pouvant fréquemment prendre en compte la respiration, le rythme cardiaque, des vertiges, des tremblements, des gênes thoraciques ou abdominales, des nausées, des paresthésies. Ces signes peuvent augmenter l'angoisse du patient lorsque celui-ci les ressent, créant un cercle vicieux de majoration de l'angoisse. Le patient peut présenter en conséquence de ces sensations divers comportements tels qu'une agitation, une fuite, ou une inhibition plus ou moins marquée. Une fatigue ou une grande émotivité peuvent persister après que le patient soit redevenu calme.

¹⁰ A. PELISSOLO et G. LOAS <http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem4/module11/sem2/M11Q191-PANIQUE.pdf>

1.2 Qu'est-ce que l'anxiété ?

Pour M. RENAULT, l'anxiété se manifeste lorsque « l'objet n'existera pas dans le champ perceptif, dans l'environnement réel, mais qu'il constituera une représentation. Il appartient au champ des images qui s'imposent au sujet. »¹¹

L'anxiété est un sentiment diffus ne se traduisant pas corporellement. Nous ne retrouvons pas de manifestations somatiques de l'anxiété, et ainsi en psychomotricité il nous serait difficile de la prendre en charge.

1.3 Qu'est-ce que la peur ?

Pour M. RENAULT, la peur se manifeste « lorsque la vague émotionnelle et les symptômes physiques qui l'accompagnent sont repérés par le sujet comme relatifs à un objet [se situant] dans le champ perceptif [...] [et] circonscrit dans l'espace avec un facteur variable quant à sa durée ». « La condition du bon emploi du terme est que la personne puisse situer « ce qui lui fait peur » dans le champ de sa perception ».¹²

La peur, contrairement à l'anxiété ou à l'angoisse, se caractérise par un évènement déclenchant cette peur. Elle est circonscrite dans le temps et dans l'espace, en fonction de cet évènement.

1.4 Pourquoi le choix de l'angoisse ?

Nous choisissons ici de traiter l'angoisse dans la mesure où, se transcrivant dans le corps, elle devient psychomotrice dans sa dimension psycho-somatique. « Alors que la peur concernait un fait de perception, alors que l'anxiété s'attachait à un fait de représentation personnelle, l'angoisse nous renvoie à une situation relationnelle. »¹³

¹¹ M. RENAULT, 2002, p.41

¹² *Ibid.* p.40

¹³ *Ibid.* p.48

Le psychomotricien a une place particulière à tenir dans la prise en charge de l'angoisse, de par la spécificité de ses techniques de communication et de relation.

2. Fin de vie et soins palliatifs

2.1 Qu'est-ce que la fin de vie ?

Selon le Ministère des Solidarités et de la Santé, la « fin de vie » « désigne les derniers moments de vie d'une personne arrivant en phase avancée ou terminale d'une affection/ maladie grave et incurable. »¹⁴

La fin de vie est une période durant laquelle la personne se trouve dans une temporalité plus ou moins proche du décès. Elle peut avoir conscience de l'imminence de celui-ci, et traverse plusieurs états et étapes que nous allons aborder *infra*.

2.2 Les mouvements intrapsychiques

Le sujet, au cours de cette période, subit de nombreux mouvements intrapsychiques, conscients et inconscients.

2.2.1 Le travail de désinvestissement de soi

Parmi eux, se trouve le travail de désinvestissement – libidinal – de soi. Il s'agit d'un processus nommé « phase palliative » durant lequel le sujet fait un travail de « deuil » de soi-même, de ses capacités, de son avenir, de sa vie. Pour S. FREUD, la libido, énergie vitale, englobe nos désirs, nos envies, nos pulsions de vie, et généralement toute notre activité sexuelle concrète ou imaginaire. Elle a ainsi partie liée avec les zones érogènes de notre corps. C. JUNG, fondateur de la psychologie analytique dont les travaux sont liés à la psychanalyse de S. FREUD, a élargi le sens de ce mot et

¹⁴ Ministère des Solidarités et de la Santé <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/>

l'utilise pour évoquer toutes les formes d'énergie psychique, y compris celles qui sont sans rapport avec la sexualité.

« Lorsqu'il n'y a plus espoir de trouver et d'agir, le retrait de la « libido sciendi* » devient inévitable. Nous nous trouvons devant un deuil à faire : celui d'une certaine puissance de nos pensées. »¹⁵

Les sujets âgés vivant en EHPAD se trouvent ainsi en plein dans ce travail de désinvestissement libidinal de soi, tant par leur âge avancé que par leurs conditions de vie en institution. Ils doivent faire face au déclin de leurs capacités mnésiques, cognitives et psychomotrices (praxiques, gnosiques) ; comme à leur perte d'autonomie grandissante. Ce travail peut engendrer une grande tristesse, car faisant écho à la rupture et à la perte. « Il y a là un véritable travail de deuil, qui est cette traversée de la tristesse. Ce processus permet d'accéder à une autre image de soi et de la vie, à une nouvelle adaptation à l'existence. »¹⁶

Ce travail débute bien en amont de l'approche effective du décès. En effet, c'est tout au long de sa vie que le sujet progresse dans ce travail de désinvestissement de soi.

2.2.2 Le travail du trépas

Le travail du trépas est une théorie énoncée par M. DE M'UZAN dans *De l'art à la mort* publié en 1976. Le mourant, « alors que les liens d'attachement sont sur le point de se défaire, est soulevé par un mouvement puissant fait de passion »¹⁷. Le sujet peut investir, libidinalement, toute personne de son choix afin de l'accompagner dans ses derniers moments de vie. Il cherche à composer sa « dernière dyade », rappelant celle qu'il formait avec sa mère dans sa toute petite enfance. « Il constitue avec son objet

¹⁵ *Ibid.* p.32

¹⁶ M. GUIOSE, 2007, p.44

¹⁷ *Ibid.* p.107

une sorte d'organisme, presque un corps indépendant qui, pour se construire « exige un contact physique avec ses éléments »¹⁸. Un transfert important s'opère, avec des aspects régressifs. La personne, alors « élue » par le mourant, peut substituer certaines fonctions de son Moi, lui servant de Moi-Auxiliaire comme le fait la mère avec son tout-petit. « L'objectif majeur de cet accompagnement est de faciliter au maximum le développement de cette relation transférentielle régressive, pour protéger le patient contre tout sentiment de perte objectale. »¹⁹

« 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 »²⁰. Accepter de faire partie de la « dernière dyade » d'un mourant inclue d'accepter d'être emmené dans la mort par lui : « ce qui est difficile c'est d'accepter, et surtout de supporter, que pour résoudre le problème de la séparation inévitable il entraîne fantasmatiquement l'accompagnant avec lui dans la mort. »²¹ Pour l'accompagnant, il est alors très important de partager l'expérience vécue avec l'équipe pluridisciplinaire afin de diluer le transfert et de remettre la distance objective nécessaire à la bonne prise en charge du patient. Le psychomotricien, entraîné à gérer ces phénomènes de transferts* et de contre-transferts*, est à même de prendre la place que lui donne le patient, tout en gardant la distance nécessaire pour sa propre sécurité psychique. De plus, le psychomotricien, professionnel des modes de communications verbaux et infra-verbaux et formé aux différents mouvements psychiques, est spécialisé dans l'écoute des besoins du patient et dans leur accompagnement.

¹⁸ *Ibid.* p.108

¹⁹ *Ibid.* p.107

²⁰ *Ibid.* p. 107

²¹ *Ibid.* p. 107

2.2.3 Les étapes du mourir

« Lorsque le patient entre en phase palliative, il est classique d'évoquer les travaux d'E. KUBLER-ROSS, [datant de 1969], sur les mouvements psychiques des sujets en fin de vie. »²² Elle décrit plusieurs « stades » ou « étapes », qui ne se retrouvent pas nécessairement chez tous les mourants et ne suivent pas toujours le même ordre d'apparition. « Ces étapes sont des sentiments et des attitudes diversement vécus selon les personnalités, la vie du malade, les moments de la maladie. »²³

Ces étapes révèlent un certain nombre de mécanismes de défense, qui sont, rappelons-le, des mécanismes inconscients pour le sujet. « Ils s'imposent d'eux-mêmes pour apaiser les souffrances. »²⁴

E. KUBLER-ROSS décrit cinq étapes du mourir, que M. GUIOSE reprend dans son ouvrage²⁵ :

La première étape est celle du refus et de l'isolement.

L'annonce du diagnostic ou du pronostic peut être choquante pour le patient, elle peut représenter un traumatisme en soi. Face à elle, il peut présenter une sidération, c'est-à-dire « un état momentané de paralysie physique et psychique »²⁶. Le psychisme, où l'Inconscient ne tolère pas sa fin, ne peut accepter cette mortelle réalité. « La première tendance sera donc de ne pas croire la mauvaise nouvelle en appliquant un chapelet de défenses, différentes selon le patient (refus*, dénégation*, déni*). Cette attitude consiste à ne pas entendre, à ne pas comprendre, à refuser d'admettre ou à oublier un diagnostic ou un pronostic graves. »²⁷ Ces défenses contre l'angoisse sont

²² *Ibid.* p.43

²³ *Ibid.* p.43

²⁴ *Ibid.* p.43

²⁵ *Ibid.* p.43-45

²⁶ *Ibid.* p.43-44

²⁷ *Ibid.* p.43-44

automatiques et inconscientes, et peuvent se manifester à plus ou moins long terme. Ils permettent au patient de prendre le temps d'appivoiser ces bouleversements « avant de pouvoir les assumer en toute lucidité. »²⁸

La deuxième étape est celle de la colère et de la révolte.

« Lorsque la réalité est trop pressante et que le refus ne peut plus tenir, des sentiments de colère, de rage, d'envie, de haine, de jalousie et d'injustice apparaissent. »²⁹ Cette agressivité se rejette sur les personnes (famille, soignants) entourant le patient, qui ne supporte pas le fait que cet entourage, lui, va continuer à vivre. Il ne supporte pas la colère qu'il exprime. Elle le culpabilise et entraîne un mélange de reconnaissance, de gratitude et d'agressivité, de revendication. « Nous voyons à l'œuvre le mécanisme du clivage*. [...] Lorsqu'on peut entendre et laisser s'exprimer cette agressivité, apparaît une angoisse et une tristesse plus profonde qui est la vraie souffrance. Les plaintes concernant les soignants ou la famille n'étant que l'expression de la défense – par clivage*, projection* et retournement* – qui cherche à apaiser l'angoisse. »³⁰ Le patient peut vouloir contrôler tous les aspects de sa prise en charge, ce qui n'est que l'expression d' « une angoisse sourde qui risque de le déborder »³¹.

La troisième étape est celle du marchandage.

Après les premières étapes difficiles vécues par le patient suite à l'annonce, il peut parfois « assumer la précarité de son existence tout en mettant des étapes, des projets entre elle et sa mort [...] Le patient promet des sacrifices et souhaite en contrepartie une prolongation de sa vie. Nous voyons à l'œuvre la pensée magique*, l'idéalisation*, l'omnipotence. » Il est important pour les soignants et les proches de soutenir cet élan

²⁸ *Ibid.* p.43-44

²⁹ *Ibid.* p.44

³⁰ *Ibid.* p.44

³¹ *Ibid.* p.44

de vie, représentant pour le patient « un tremplin pour rester dans la vie jusqu'à sa mort. [...] L'important c'est que le malade reste désirant, donc vivant. »³² Cela rappelle la célèbre citation cartésienne sur la conscience « Je pense donc je suis. »³³. Ceci peut nous amener à nous questionner à propos du vécu des personnes ayant un trouble cognitif (atteinte de la pensée) à propos de ces étapes et de cette période cruciale qu'est la fin de vie.

La quatrième étape est celle de la dépression.

Le patient ressent, dans son corps, l'approche de sa mort. Les pertes subies au cours de sa vie (professionnelles, familiales, amicales ; perte du corps et des facultés mentales) sont condensées dans les derniers jours à vivre. A l'approche de sa mort, le sujet peut se voir envahi par des émotions ou des sentiments qu'il a refoulés durant sa vie et qui rappellent, consciemment ou inconsciemment les pertes qu'il a subies. Il peut par conséquent avoir différents comportements liés à ses ressentis : repli, pleurs parfois sans lien avec sa mort, rupture de communication, sollicitations de l'entourage.

La cinquième et dernière étape est celle de l'acceptation.

« Si l'entourage a été compréhensif et aimant et si le malade dispose d'un temps suffisant, alors il pourra glisser vers l'acceptation. [...] La douleur a fui, la lutte est finie, [...]. La communication n'est plus verbale, elle passe par le silence, la présence, un contact, une berceuse... Le détachement s'exprime aussi par un désinvestissement des choses et des personnes auxquelles le patient tenait, c'est une sorte de préparation vide de sentiment, de peur et d'angoisse [...]. »³⁴ Le sujet, suite à cette acceptation de

³² *Ibid.* p. 44-45

³³ R. DESCARTES, 1637

³⁴ *Ibid.* p.45

sa mort et de la séparation à venir, est prêt à mourir apaisé de ces conflits internes qu'il a pu traverser durant les étapes précédentes.

Toutes ces étapes permettent au mourant d'accepter, du moins de tolérer l'inacceptable, c'est-à-dire sa propre fin.

2.3 Les soins palliatifs

Selon l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, « les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Dans une approche globale et individualisée, ils ont pour objectifs de : prévenir et soulager la douleur et les autres symptômes, prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée ; limiter la survenue de complications, en développant les prescriptions personnalisées anticipées ; limiter les ruptures de prises en charge en veillant à la bonne coordination entre les différents acteurs du soin. »³⁵

Selon les recommandations de l'Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation de santé (Anaes) datant de 2002 pour les « modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs », « la démarche de soins palliatifs vise à éviter les investigations et les traitements déraisonnables tout en refusant de provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Les soins palliatifs s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale, en accompagnant leur famille et leurs proches. »³⁶

³⁵ Inpes, 2009

³⁶ Inpes, 2009

2.4 Fin de vie, soins palliatifs et psychomotricité

Les soins palliatifs peuvent s'inscrire dans tout processus de fin de vie. L'accompagnement de la personne en fin de vie et de son entourage consiste à apporter une attention, une écoute, un réconfort, tout en prenant en compte les composantes de la souffrance globale : physique, psychologique, sociale et spirituelle. La prise en charge de la douleur possède une place importante. L'accompagnement de l'entourage peut se poursuivre après le décès du proche afin d'aider au processus de deuil.

Selon V. COCAIGN, psychomotricienne en Unité Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, les indications en psychomotricité sont nombreuses³⁷ :

- Douleur
- Troubles de l'investissement corporel (désinvestissement ou surinvestissement d'une partie ou de la totalité du corps)
- Ralentissement psychomoteur (diminution de la motricité spontanée, trouble de l'attention...)
- Évaluation et prise en charge des résonances psychomotrices des symptômes persistants (perte d'initiative, appréhension au toucher et/ou au mouvement, atteinte narcissique, vécu de morcellement ou atteinte de l'unité corporelle, isolement et repli relationnel, perte d'autonomie...)
- Angoisse (anxiété somatisée, notamment au niveau du retentissement corporel)
- Troubles tonico-émotionnels (hypertonie/anxiété, hypotonie/dépression)
- Troubles du schéma corporel (atteinte des somatognosies, perte des repères corporels)
- Accompagnement dans la perte d'autonomie progressive

³⁷ V. COCAIGN, 2019

- Atteinte de l'image du corps (atteinte de l'estime de soi, remise en cause identitaire, unité somato-psychique fragilisée, angoisse de morcellement, angoisse de liquéfaction...)
- Troubles de la communication (repli sur soi, atteinte neurologique)
- Soutien du lien patient-famille, en collaboration avec un psychologue notamment afin d'aider à retrouver une intimité avec le proche malade qui possède un corps médicalisé investi uniquement comme tel, de mettre en lumière et en mot l'expression infra-verbale du sujet malade non communicant, et de mettre en lumière les ressources familiales afin d'aider au mieux dans le travail de deuil.
- Soutien du lien patient-soignant : l'évaluation psychomotrice peut permettre de comprendre certaines attitudes dans les soins du corps et plus globalement dans la relation. Les difficultés exprimées par l'équipe lors d'un soin corporel ou d'un traitement (toilette, pansement, ponction...) peuvent nécessiter une approche de type compagnonnage (le compagnonnage est une approche en binôme dans un cadre de formation à la démarche palliative d'un des soignants).

Le bilan psychomoteur possède une place importante dans le suivi des patients. Effectivement, la rencontre est particulière entre le psychomotricien et le patient, de par sa temporalité et son contexte. Elle est souvent de courte durée avec une évolutivité rapide et le patient se trouve dans une extrême fragilité. L'évaluation psychomotrice permet de placer le sujet au cœur du soin, permettant au psychomotricien d'avoir des informations concernant le vécu corporel du patient par rapport à son histoire, et son retentissement psychique. Le psychomotricien peut ainsi avoir une idée des difficultés que rencontre le patient et quels sont ses besoins, sa demande. De ce fait, le

psychomotricien participe à l'élaboration et au suivi du projet de soin et du projet de vie du patient, car le travail des soins palliatifs commence dès que l'affection est déclarée incurable, ce qui peut survenir parfois plusieurs années avant le décès effectif. Les personnes âgées résidant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) correspondent à la description des personnes en soins palliatifs, la sénescence étant une affection incurable.

De par leur état somatopsychique, les personnes âgées dépendantes institutionnalisées sont particulièrement assujetties à l'angoisse.

3. La peau et le toucher

3.1 La peau

La peau est l'organe constituant l'enveloppe externe du corps. Elle est composée de trois couches : l'épiderme, le derme et l'hypoderme, et est soutenue par le tissu conjonctif. Il s'agit de l'organe le plus lourd du corps humain, pouvant peser jusqu'à dix kilos chez un adulte de corpulence moyenne. Il s'agit également de l'organe le plus étendu : pouvant aller de 2 500 centimètres carré chez le nouveau-né et 18 000 centimètres carré chez l'adulte. Elle connaît des variations d'épaisseur pouvant aller de quelques millimètres à plusieurs centimètres par endroits. Elle est « la surface sensible la plus étendue du corps humain et contient un nombre considérable de récepteurs sensoriels »³⁸. En effet, « la surface de la peau comporte un nombre énorme de récepteurs sensoriels qui reçoivent des stimulus de chaleur, de froid, de contact et de douleur. On a estimé qu'il existe environ 50 récepteurs sur 100 mm². Le nombre de points tactiles varie de 7 à 135 par cm². Celui des fibres sensorielles allant de la peau à la moelle épinière par les racines nerveuses dépasse le demi-million. »³⁹ En effet,

³⁸ A. MONTAGU, 1979, p. 9

³⁹ *Ibid.* p. 12

« la peau ne peut refuser un signe vibrotactile ou électrotactile : elle ne peut ni fermer les yeux ou la bouche, ni se boucher les oreilles ou le nez. »⁴⁰

« La peau n'est pas une couverture jetée sur le corps. Si, par sa couche superficielle (l'épiderme) elle marque les limites visibles du corps, en revanche par sa partie profonde (le derme et l'hypoderme) elle est littéralement incorporée. »⁴¹

3.1.1 Rappel d'embryologie

Lors du développement embryonnaire, avant la huitième semaine, elle est déjà très élaborée (même si elle ne ressemble pas à ce qu'elle sera plus tard). A huit semaines de développement, l'embryon n'a ni yeux ni oreilles mais peut déjà ressentir un contact cutané ou de la douleur⁴². La peau provient de l'ectoderme, la couche la plus externe des trois couches cellulaires embryonnaires. L'ectoderme donnera aussi naissance aux cheveux, aux dents, et aux organes sensoriels du goût, de l'odorat, de la vision, de l'audition et du toucher.

3.1.2 Les fonctions de la peau

La peau « assure quatre fonctions physiologiques : 1. Elle protège les parties qu'elle recouvre contre les agressions mécaniques et les radiations et évite l'intrusion de substances et de corps étrangers ; 2. Elle est un organe sensoriel ; 3. Elle est un régulateur thermique ; 4. Enfin, elle est un organe métabolique et intervient dans le métabolisme des réserves de graisses et dans celui de l'eau et du sel. »⁴³ Elle possède également une fonction de communication et d'expression au travers des mimiques, des hérissements de poils, du tact et du dialogue tonique.

⁴⁰ D. ANZIEU, 1985

⁴¹ S. THIEFFRY, 1973, p. 118-119

⁴² *Ibid.* p. 11

⁴³ *Ibid.* p. 13

La peau possède donc une importance capitale pour l'être humain : elle le protège, le conserve, et lui permet d'interagir avec son environnement humain et non-humain.

3.1.3 Enveloppe, Moi-Peau

Le Moi-peau est un concept psychanalytique développé par D. ANZIEU, d'abord en 1974 dans un article, puis en 1985 dans son ouvrage éponyme. Pour lui, la peau revêt une place importante dans les processus de séparation-individuation. En effet, c'est grâce à elle que le sujet se sent continuellement exister de manière unifiée, différemment de ceux qui l'entourent. Il en donne comme définition « Par moi-peau, je désigne 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 du 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 »⁴⁴. D. ANZIEU, pour fonder sa théorie, s'appuiera sur plusieurs sources. D'abord, il se réfère aux travaux éthologiques de K. LORENZ sur l'empreinte et sur les expériences de H. HARLOW sur la nécessité de contact avec d'autres êtres de la même espèce. Ensuite, il s'inspirera des travaux de J. BOWLBY, J-F. SPITZ, et D. WINNICOTT. J. BOWLBY postule l'existence d'une pulsion d'attachement, pulsion primaire indépendante de la sexualité. Le but de l'attachement est pour l'enfant de maintenir une distance à la mère qui la laisse accessible. D. WINNICOTT, lui, développe le concept de phénomène transitionnel ainsi que l'importance du contact avec la mère au travers du « holding* », du « handling* » et de l'« object presenting* » pour l'intégration du moi. J-F. SPITZ travaille sur le phénomène d'hospitalisme, syndrome dû à des carences en soins affectifs. D. ANZIEU va également s'appuyer sur les données issues des tests

⁴⁴ D. ANZIEU, 1985, p. 29

projectifs qui isolent des variables nouvelles dans le test de Rorschach* autour de l'Enveloppe et de la Pénétration. La notion de Moi-peau s'est également fondée sur les travaux de W. BION et d'E. BICK. W. BION a, le premier, souligné l'importance de la contenance et de la fonction contenante de l'objet. E. BICK, approfondissant ces réflexions, a publié dans les années 1960 *L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces*. Elle y décrit la fonction psychique de la peau dans le développement du bébé et son importance dans sa croissance psychique.

Pour D. ANZIEU, le corps est une dimension vitale de la réalité humaine, contrairement aux différentes théories psychanalytiques antérieures qui le reléguent au second plan. Ainsi, le Moi s'étaye sur un moi-corporel, le Moi-peau.

Les soins maternels (holding, handling) sont reçus par le tout petit d'abord comme excitation puis comme communication (« le massage devient message »*). J. BOWLBY parle de pulsion primaire non sexuelle, d'un réconfort apporté par le contact du corps, par sa chaleur, plus que par l'allaitement proprement dit. L'attachement peut tenir lieu de narcissisme primaire, développé de façon nécessaire et suffisant pour engager ensuite le processus de séparation. Lors des soins (holding, handling) la mère établit un espace transitionnel entre l'enfant et le monde décrit par D. WINNICOTT, allant dans le même sens de la pulsion d'attachement. Les besoins psychiques et les besoins corporels ne sont satisfaits que par une « mère suffisamment bonne ». Pour D. ANZIEU, la recherche du contact corporel entre la mère et l'enfant est par conséquent un facteur essentiel du développement affectif, cognitif et social. Le plaisir du contact du corps devient pour lui la base de l'attachement-détachement nécessaire à la maturité psychique du sujet.

Dans son ouvrage éponyme, D. ANZIEU développe plusieurs fonctions du Moi-peau qui sont, pour certaines, très pertinentes dans la pratique de la médiation toucher-thérapeutique auprès des personnes âgées. E. CHARPENTIER les explique dans son ouvrage⁴⁵ :

« La fonction de maintenance est exercée par le *holding* [tenir] maternel. Elle assure le maintien du psychisme en état de fonctionner et le corps de l'enfant dans un état d'unité et de solidité. »⁴⁶ Cette « fonction sac » contient et retient le bon et le plein des soins maternels et ceci permet la mise en place du penser.

« La fonction de contenance est exercée par le *handling* [soigner] maternel. Elle assure l'établissement d'une enveloppe corporelle et psychique permettant au Moi-peau de devenir contenant des représentations psychiques. »⁴⁷ Elle permet les jeux entre le corps de la mère et celui de l'enfant et leurs sensations respectives. Ceci a une fonction de marquage de la limite entre le dedans et le dehors.

« La fonction d'individuation du Soi apporte à la personne [...] le sentiment d'être unique et d'avoir la conscience de ses propres limites corporelles. »⁴⁸ Le Moi-peau permet l'émergence du soi et l'unicité de l'individu.

« La fonction d'inter-sensorialité. « Le Moi-peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile. »⁴⁹ »⁵⁰ Cette fonction peut également

⁴⁵ E. CHARPENTIER, 2014, p. 41-43

⁴⁶ *Ibid.* p. 41

⁴⁷ *Ibid.* p. 42

⁴⁸ *Ibid.* p. 42

⁴⁹ D. ANZIEU, 1985, p. 127

⁵⁰ *Ibid.* p. 42

s'appeler fonction de correspondance. L'inter-sensorialité donne sens, le Moi-peau est une surface reliante.

« La fonction d'inscription des traces. Le Moi-peau sert de support à l'inscription des traces sensorielles et tactiles faisant résonance aux expériences vécues. »⁵¹ Cette fonction peut également se nommer fonction de signifiante. Le Moi-peau est le « parchemin originaire », lieu d'inscription et de traces des représentations des premiers signifiants, choses, mots et formations symboliques. Le Moi-peau pourrait alors être pensé comme recouvert de cire.

Trois autres fonctions du Moi-peau ne sont pas citées par E. CHARPENTIER :

La fonction de constance. Il s'agit d'une fonction de protection des agressions et des stimuli du monde externe que Freud nomme pare-excitation. Il s'agit d'une défense contre l'effraction pulsionnelle endogène tout en laissant une place à l'appétit d'excitation. « La couche superficielle de l'organisme protège la couche sensible de celui-ci [...] et l'organisme en général contre les agressions physiques, les radiations, l'excès de stimulations »⁵²

La fonction de sexualisation. Les soins maternels stimulent la peau et préparent à l'auto-érotisme et au plaisir. Le Moi-peau possède la fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle. Il assure une continuité entre les plaisirs auto-érotiques, les plaisirs narcissiques du Moi et les plaisirs intellectuels du penser.

La fonction d'énergisation. Le Moi-peau sert de recharge libidinale du fonctionnement psychique.

⁵¹ *Ibid.* p. 43

⁵² D. ANZIEU, 1985

D. ANZIEU spécifie que ces huit fonctions du Moi-peau sont au service de la pulsion d'attachement, puis de la fonction libidinale et il en définit une neuvième qui serait une fonction négative au service de la mort. Il s'agit de la fonction de rejet et de toxicité. Elle est comparable à la fonction auto-immune qui rejette l'organe étranger ; non seulement le non-soi mais également le soi, sorte de retournement de la pulsion. Le Moi-peau est alors décrit comme « une tunique empoisonnée, toxique ».

Nous avons ici développé le concept de Moi-peau assez longuement afin de démontrer l'aspect primordial que revêt la peau dans le développement psychique de l'enfant et celui qu'elle aura chez le sujet âgé. Chez ce dernier, la peau pourra donc devenir un support d'étayage pour la communication et la prise en charge de l'angoisse, renvoyant à la dyade mère-bébé sécurisante et contenant.

3.1.4 La peau vieillissante

Le vieillissement de la peau est génétiquement programmé. Il est intrinsèque et inéluctable. On peut observer⁵³ :

- Une atrophie de l'épiderme, du derme et de l'hypoderme avec pour conséquence une fragilité cutanée accrue.
- Une perte d'élasticité cutanée.
- Une faible accentuation des rides d'expression.

Cela engendre des modifications fonctionnelles :

- Une desquamation cutanée accrue.
- Une moins bonne cicatrisation des plaies.
- Une diminution de la fonction de protection.

⁵³ L. MEUNIER, B. MICHEL, F. DUNTZE et J. MEYNARDIER, 1990, p. 27-33

- Une diminution de la perception sensorielle avec une augmentation du risque de traumatisme par pression, brûlure ou agents chimiques.
- Une diminution de la capacité de réponse immune avec pour conséquence une diminution de la fréquence et de l'intensité des réactions d'hypersensibilité et une augmentation du risque de cancer cutané.
- Une diminution de la capacité de réponse inflammatoire, avec pour conséquence une absence de détection précoce des agents nocifs.
- Une diminution de la thermorégulation, avec majoration du risque d'hypothermie et de coup de chaleur, diminution de la production de sueur et de sébum.
- Une diminution de la protection mécanique, avec pour conséquence un risque important d'escarres aux points de contact.

Un vieillissement soumis aux facteurs environnementaux est aussi possible. Il est caractérisé par le vieillissement cutané actinique dont les modifications sont principalement dues aux expositions solaires qui se sont produites pendant toute la durée de vie de sujet âgé. On peut observer des modifications cliniques qui siègent sur les zones photo-exposées (épaississement cutané, coloration jaunâtre, rides profondes). D'autres facteurs peuvent être mis en cause tels que le tabagisme, les facteurs nutritionnels, traumatiques et professionnels.

Cette fragilité cutanée affecte le sujet âgé dans sa perception d'unité et de solidité corporelle.

3.2 Le toucher

Le toucher est une réalité complexe. Au sens propre, « palpable » et concret, le toucher est le sens le plus immédiat, permis par la peau, celui qui nous permet un contact constant avec la réalité.

« Il existe des terminaisons nerveuses au niveau du derme et de l'épiderme. Ce sont des dendrites de neurones qui se spécialisent sous forme de corpuscules ou de terminaisons libres. Certains sont sensibles à la pression (Complexes de Menkel), d'autres au tact (corpuscules de Meissner). Les corpuscules de Pacini détectent quant à eux les mouvements rapides vibratoires. »⁵⁴ « Le toucher comprend l'ensemble des sensibilités tactiles (superficielles et profondes) intervenant dans l'exploration des objets par palpation. Le tact correspond à la réception des stimulations mécaniques »⁵⁵.

Le toucher possède également un sens figuré très étendu. Le terme « toucher » désigne des réalités différentes les unes des autres, comme dans les expressions « être touché », « être intouchable », « toucher du bois », « toucher de l'argent », « toucher du doigt » et cetera... La sensibilité tactile, dont la gamme des possibilités est très étendue, réagit à des contacts de natures et d'intensités variées. Parfois léger, voire infime, tout contact peut déclencher une émotion. « Toucher » c'est toucher, palper, mais aussi émouvoir : « je suis touché par cette mélodie, ce tableau, cette situation, cette personne ». « On souligne souvent l'importance du « premier contact », comme si, dès le départ, nous pouvons éprouver une attirance ou des réticences pour quelqu'un, avoir des indices sur nos affinités ou nos différences... »⁵⁶

⁵⁴ F. BONNETON-TABARIES et A. LAMBERT-LIBERT, 2013, p. 20

⁵⁵ J-C. COSTE, 1976, p. 145-146

⁵⁶ *Ibid.* p. 13

Le toucher est une sensation dont les répercussions sont profondes et multiples. Comme toute sensation, il peut être très positif, très agréable, ou, au contraire, tout à fait désagréable, voire inacceptable. [...] Sens fondamental, le toucher est aussi un sens intime, si personnel que l'on se demande si on peut le définir et lui donner un sens général. »⁵⁷

Quoi qu'il en soit, le toucher est un sens immédiat et réciproque. Il implique nécessairement deux protagonistes, et on ne peut inévitablement pas toucher sans être touché.

Le tact, sens du toucher rattaché à la peau, se met en place précocement dans le développement in-utéro (avant la huitième semaine). « Or il existe une loi générale en embryologie, qui veut que plus une fonction se développe tôt, plus il est probable qu'elle sera fondamentale. »⁵⁸ Le toucher est le premier sens à apparaître in-utéro, et il est le dernier à rester alors que les autres sens se dégradent et perdent en acuité. Cela en fait un moyen de communication privilégié avec le sujet âgé.

3.3 Le toucher comme médiation psychomotrice

Le psychomotricien peut toucher le patient au sens propre du terme (contacter sa peau, son corps) ainsi qu'au sens figuré, le toucher par sa voix, sa posture, son geste.

Le toucher est un moyen de communication économique pour le patient en fin de vie dans le sens où, étant le sens à rester le plus efficient au fur et à mesure du vieillissement, il demande par rapport aux autres sens un moindre effort de la part du patient. C'est un moyen privilégié de communication entre le psychomotricien et son patient.

⁵⁷ *Ibid.* p. 13

⁵⁸ A. MONTAGU, 1979, p. 12

3.3.1 Les fonctions thérapeutiques du toucher

P. PRAYEZ⁵⁹ expose trois fonctions thérapeutiques du toucher en lien avec la thérapie psychomotrice. M. GUIOSE⁶⁰ et E. CHARPENTIER⁶¹ les reprennent dans leurs ouvrages respectifs :

La fonction de réparation des carences de l'entourage familial du tout-petit, où le sujet éprouve un sentiment d'abandon et de frustration. Le toucher prend une fonction de « maternage »⁶², de « réparation des carences précoces »⁶³ par la posture « maternelle » - devrions-nous dire maternante - prise par le thérapeute. Ce dernier se doit d'être « suffisamment bon », pour reprendre l'expression de D. WINNICOTT à propos de la mère.

La fonction de communication émotionnelle est en lien avec la communication non verbale dans un contact pré-langagier. « Cette communication émotionnelle permettrait au patient de retrouver des traces de conflits archaïques inscrites dans le système émotionnel et non encore accessibles au système discursif. »⁶⁴ Le dialogue tonico-émotionnel permet l'échange entre le patient et le psychomotricien. Cette proximité, rappelant celle à la mère des débuts de la vie, peut certes avoir un côté régressif ou érotisant dont la souhaitabilité est à discuter, mais peut également créer une contenance sécurisante et apaisante.

La fonction d'érogénèse contenante. Pour P. PRAYEZ, de notre point de vue soignant, « le toucher est essentiellement pensé dans ses deux premières perspectives. [...] le transfert est archaïque et maternel, alors qu'il arrive qu'[il] se teinte [...] [de]

⁵⁹ P. PRAYEZ, 1994

⁶⁰ M. GUIOSE, 2007

⁶¹ E. CHARPENTIER, 2014

⁶² *Ibid.* p. 104

⁶³ *Ibid.* p. 104

⁶⁴ *Ibid.* p. 104

sexualité dans ce qu'elle a de plus érotique [...]. »⁶⁵ Les différents niveaux de sexualité sont effectivement intriqués et le corps est investi de libido donc « lorsque l'on touche nous ne savons pas quel en sera l'écho émotionnel, quelle strate de la vie psychique va s'animer et réclamer. »⁶⁶ Il y a quelque chose de la pulsion de vie qui se joue dans le toucher. « Nous ignorons si nous serons vécus dans la séance comme un objet partiel « sein » – qui prodigue soins, chaleur, nourrissage, attention à la partie bébé du patient – ou comme le parent incestueux qui dans un passage à l'acte répond au désir inconscient de la partie enfant génitalisée. »⁶⁷ Le thérapeute doit veiller à ne garder que la dimension tendre et sécurisante, et évacuer la dimension excitante du toucher par le cadre posé. S. FREUD distingue les deux aspects « tendre » et « sensuel » de la sexualité. Pour lui, dans la tendresse, « l'érotisme [...] est détourné de ses buts sexuels »⁶⁸ P. PRAYEZ, reprenant cette distinction, parle de l'« intention juste » nécessaire au thérapeute dans l'exercice du toucher. Ce dernier « se présente comme ayant intégré lui-même la castration, une castration symbolique laissant libre jeu au désir et à son expression sans en attendre la satisfaction immédiate. La sexualité resterait présente dans le toucher mais une distance serait maintenue par rapport au désir malgré le contact corporel et la proximité de l'objet. Cette distance permettrait à l'intention de l'approchant d'être perçue comme tendre et amicale, tout en exigeant de la personne qui est approchée un travail de distanciation par rapport au désir. »⁶⁹ M. GUIOSE parle « d'érotisation « chaste » »⁷⁰.

⁶⁵ *Ibid.* p. 104

⁶⁶ *Ibid.* p. 104

⁶⁷ *Ibid.* p. 104

⁶⁸ *Ibid.* p. 105

⁶⁹ *Ibid.* p. 105

⁷⁰ *Ibid.* p. 105

« P. PRAYEZ affirme que le toucher abaisse l'érotisation (l'interdit du toucher l'accroît) favorisant l'accès à la communication émotionnelle et à l'archaïque [...]. »⁷¹

3.3.2 Le cadre thérapeutique du toucher

Le toucher en thérapie psychomotrice doit être soumis à un cadre thérapeutique bien compris du thérapeute et du patient. Pour cela, C. POTEL a établi des règles garantissant la valeur symboligène du toucher. Les zones intimes et sexuelles ne peuvent pas être touchées, le toucher ne doit pas être source de satisfaction ou de pouvoir sur l'autre, il ne faut pas nier le caractère érogène mais travailler sur le contre-transfert conscientisé. Il s'agit également de l'« intention juste » théorisée par P. PRAYEZ et abordée *infra*.

Le cadre thérapeutique est porté par le psychomotricien. Il prend en compte sa posture, son intention, le lien de confiance primordial entre soigné et soignant, mais aussi la spatio-temporalité de la séance. Le psychomotricien peut également se servir de différentes enveloppes sensorielles telles que la musique, les odeurs, les lumières. Cela rappelle le concept *Snoezelen* qui, par des informations sensorielles douces, diversifiées et contrôlables, influe sur l'état tensionnel et émotionnel des patients. Ces enveloppes sensorielles apportées par le psychomotricien participent fortement au cadre de la séance, pouvant rendre le toucher possible là où leur absence le rendrait inaccessible pour certains patients. Le silence peut également revêtir une place particulière lors des prises en charge : pouvant tantôt représenter le calme et la sérénité, tantôt devenir anxiogène. Le cadre thérapeutique est donc soutenu par le psychomotricien en fonction des besoins du patient.

⁷¹ *Ibid.* p. 106

3.3.3 Toucher et dialogue tonique

Le dialogue tonique est une notion décrite par H. WALLON et développée par J. de AJURIAGUERRA et mise en jeu lors du toucher. Le psychomotricien, par son écoute corporelle et sa faculté d'accordage tonique, peut accompagner le sujet vers une modification ou une modulation de son état tonique. « Le toucher thérapeutique peut favoriser une détente physique et psychique se caractérisant par une baisse de l'état tonique, un relâchement neuromusculaire. [Le sujet] peut alors être à l'écoute de son corps et être pleinement dans le moment présent, si les conditions le permettent »⁷². Ces conditions regroupent la disponibilité psychique et physique du patient mais également du thérapeute, ainsi que la relation de confiance entre les deux protagonistes du soin.

3.3.4 Le toucher-massage psychomoteur

Le toucher-massage psychomoteur s'inscrit dans un cadre spatio-temporel défini, et implique deux personnes qui sont en interaction l'une avec l'autre. Il ne s'agit pas d'un toucher mécanique mais d'un processus d'intercommunication.

« Le toucher-massage psychomoteur prend en compte la globalité du corps de la personne âgée et permet la conscience corporelle et l'intégration des sensations. Il favorise l'unité psychocorporelle en proposant un contact contenant, enveloppant et structurant. La verbalisation des différentes parties du corps touchées permet une reconnaissance des différents segments corporels et contribue à la reconstruction du schéma corporel. Le toucher-massage permet aussi un relâchement neuromusculaire et l'émergence de sensations nouvelles et agréables. »⁷³

⁷² E. CHARPENTIER, 2013, p. 33

⁷³ *Ibid.* p. 37

Dans ma pratique à l'EHPAD, j'utilise de l'huile afin de faciliter les différentes manœuvres sur les parties du corps dénudées (visage, mains, pieds). Sinon, je pratique le toucher-massage au travers du vêtement. « Le toucher s'adaptera en fonction de la position de la personne, assis ou en décubitus dorsal, et de ses possibilités ou non de mouvements. Le contact est lent et minutieux et peut s'attarder au niveau des extrémités et des articulations. Il peut s'agir aussi de pressions légères, glissées, accompagnées ou non de quelques mobilisations passives en veillant à protéger les articulations. L'utilisation de cette technique chez la personne âgée demande de prendre en compte ses douleurs, ses réticences et ses ressentis. »⁷⁴

3.3.5 Le toucher-relaxation

De nombreuses techniques de relaxation existent, plus ou moins actives, plus ou moins passives, accompagnées verbalement ou par le toucher (direct ou indirect). Il est possible d'utiliser la guidance verbale ou le toucher afin d'accompagner l'installation du patient. Cependant, le toucher peut rapidement prendre une place prépondérante lors des séances, accompagnant les personnes âgées ne pouvant pas accéder à la relaxation par guidance verbale simple. Il faut alors utiliser le toucher-relaxation et le toucher-massage psychomoteur avec les patients angoissés, la relaxation à guidance verbale seule ne leur étant pas nécessairement suffisante : un étayage corporel via le dialogue tonico-émotionnel peut être requis.

Deux manières de toucher sont possibles : directement peau à peau, ou à travers un médiateur, que ce soit un objet (balles, ballons, coussins, sacs lestés) ou un tissu (foulard, vêtement, draps).

⁷⁴ E. CHARPENTIER, 2013 p.37

II. CLINIQUE

1. Description de la structure et du stage

L'EHPAD dans lequel je suis en stage une fois par semaine est un lieu de vie dans lequel les résidents sont accueillis dans une atmosphère chaleureuse et familiale. Ancienne auberge, il peut accueillir 67 personnes en chambres simples et doubles pour les couples, et possède une « résidence service » composée de 13 appartements pour séniors indépendants. Un grand parc arboré de cinq hectares est accessible par les résidents, qui peuvent se promener le long des chemins ou au bord d'un petit lac. L'équipe est composée du médecin coordonnateur, de l'infirmière cadre, d'infirmières, d'aides-soignantes, des équipes de service (restauration, lingerie, entretien), de kinésithérapeutes libéraux, d'une animatrice, d'une psychologue et d'une psychomotricienne toutes trois présentes à mi-temps. Un service de coiffure et d'esthétique est proposé aux résidents à leur demande ou à la demande des familles.

La psychomotricité est présente dans l'établissement depuis quelques années, et trouve des difficultés à s'intégrer dans l'équipe soignante. En effet, le mi-temps de la psychomotricienne est complémentaire à celui de l'animatrice, « afin que les résidents aient des animations tous les jours ». En effet, au niveau institutionnel de cet établissement, les groupes thérapeutiques sont appelés « animations ». De plus, les différentes équipes de soin, ne connaissant pas bien la psychomotricité, ne comprennent pas exactement ce que nous proposons aux résidents.

Un groupe d'équilibre et un groupe de gym douce viennent compléter les prises en charge individuelles effectuées par la psychomotricienne (relaxation, toilette thérapeutique, accompagnement de fin de vie, entretiens post-chute...). Les indications en psychomotricité, dans cet établissement, ne sont pas faites par un

médecin mais à partir d'une demande de l'équipe soignante et validées par l'infirmière cadre. Les projets thérapeutiques sont construits à partir d'observations effectuées lors des premières séances. Quelques tests standardisés peuvent parfois être utilisés lors de l'évaluation du risque de chute ou des outils personnels dans l'évaluation de la douleur. La psychomotricienne prend également en charge un versant plus « ergothérapeutique » en s'occupant du chaussage des résidents, des aides techniques à la marche ou fauteuils roulants adaptés aux besoins, du réglage de ceux-ci, et des différentes aides techniques aux repas.

2. La place de stagiaire

A., ma maître de stage, m'a très rapidement laissé une place conséquente dans les prises en charge. Après une période assez courte d'observation et de « collaboration » avec elle où nous faisons les séances à deux, elle m'a proposé de prendre en charge seule certains résidents, en lien avec mon sujet de mémoire. J'ai aussitôt commencé à faire des prises en charge seule, pendant qu'elle faisait les siennes. Cette grande autonomie, suivie de près par ses conseils et ses retours sur ma pratique, m'a permis de me former au métier de psychomotricienne en EHPAD avec beaucoup de confiance. Quelques doutes et incertitudes persistent néanmoins, ne sachant pas si ma pratique est la plus efficiente possible, n'étant pas observée ni évaluée sur ma pratique en séance.

L'élaboration de mes différents projets thérapeutiques s'est construite à partir de la demande initiale d'indication en psychomotricité ainsi qu'à partir d'une séance d'observation-bilan permettant d'identifier et d'objectiver les besoins des patients. Les éléments cliniques associés aux entretiens faits avec ces derniers m'ont permis de choisir le toucher thérapeutique comme médiation privilégiée dans ces prises en charge.

J'ai principalement utilisé des mouvements passifs des membres inspirés de la méthode de relaxation activo-passive de H. WINTREBERT, les adaptant aux possibilités articulaires et toniques de chaque personne, comme à leur projet thérapeutique. Les mobilisations proposées se doivent d'être « lentes, régulières et monotones »⁷⁵ et « peuvent être réalisées au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Elles mettent en jeu le mouvement lent et global du corps qui peut éventuellement être synchronisé avec la respiration. Lors des mobilisations passives, le soignant doit être attentif aux variations toniques de la personne âgée ainsi qu'à son propre ajustement tonique afin d'entretenir la dynamique du dialogue tonique. »⁷⁶

J'ai également beaucoup utilisé le toucher-massage, le toucher-contenant ou des palpés, des glissés afin d'accéder au toucher-relaxation. Les différentes méthodes et manières de toucher sont, pour moi, certes comprises dans le grand sac des toucher-thérapeutiques, mais avant tout des toucher-relaxation. Le fait de toucher le résident, avec comme intention l'apaisement, l'accompagnait dans un état de relaxation.

3. Monsieur F.

Cette situation est le fondement de ce mémoire et de mes recherches.

Je rencontre Monsieur F., 93 ans, dans un contexte personnel. Il vivait au domicile avec son épouse de 88 ans, très autonome. Un service d'aide à domicile venait faire la toilette de Monsieur F. une fois par jour. Son état s'est un jour dégradé suite à une fausse route au domicile, et il a dû être hospitalisé en médecine gériatrique. L'aggravation des difficultés à déglutir et l'impossibilité de s'alimenter, associées à une forte altération de son état de conscience ont conduit l'équipe soignante à arrêter les soins curatifs pour mettre en place les soins de confort. Je ne peux que faire des

⁷⁵ M. GUIOSE, 2007, p.9

⁷⁶ E. CHARPENTIER, 2013, p. 37-38

hypothèses sur les raisons de son angoisse apparente (hospitalisation, angoisse de mort, angoisse d'abandon, ...) ; je pouvais cependant l'observer et l'objectiver grâce à sa respiration courte et haute, à son tonus élevé, à sa posture en enroulement pour les membres et en extension pour la tête et le tronc, à ses nombreux gémissements et à son expression sur le visage. Le corps médical avait mis en place les traitements antalgiques nécessaires, mais Monsieur F. ne s'apaisait que très peu. Il semblait agité de l'intérieur, angoissé. Devant le désespoir de Madame F. face à l'agitation de son époux, et en raison de mon identification à son angoisse, j'ai demandé l'autorisation à Madame si je pouvais essayer d'apaiser Monsieur F.. Je me suis assise près de son visage, et j'ai commencé à lisser, avec mon pouce, la ligne reliant la base du nez entre les sourcils et le haut du front. J'ai choisi cet endroit parce qu'il semblait contracté – Monsieur F. avait les sourcils froncés. Ce toucher n'a pas eu l'effet apaisant escompté, Monsieur F. ne s'est pas apaisé. Madame F. souhaitant retourner auprès de son époux, je me suis éloignée de lui après seulement un court moment à son contact. J'ai vu Monsieur F. sur ce même lit quelques jours après, sans toutefois proposer un toucher. En effet, Monsieur F. était dans ce qu'on appelle une phase de regain*. Il était euphorique, désinhibé, avec une vitalité qu'il n'avait plus eue depuis des années. Cet état clinique a précédé son décès de quelques jours.

Cet échec d'apaisement par le toucher et ma réelle volonté d'y parvenir m'ont conduite à réfléchir à ce mémoire.

4. Madame Pa.

Ma rencontre avec Madame Pa. a fait suite à ma demande de prendre en charge un résident non communicant et semblant douloureux. A cette époque, je pensais orienter mon mémoire sur la prise en charge de la douleur et ce n'est après que j'ai affiné le sujet et ai voulu aborder l'angoisse en tant que douleur psychique plutôt que

la douleur physique. J'ai cependant rencontré Madame Pa. qui présentait la double symptomatologie (angoisse et douleur). Cette patiente de 95 ans était atteinte d'une maladie de Parkinson très avancée et souffrait également de troubles psychiatriques (hystérie) qui ont mis à mal ses liens familiaux et amicaux. Elle était isolée socialement n'ayant pas non plus créé de liens avec les autres résidents de l'EHPAD.

La semaine suivant ma demande, lors des transmissions soignantes, j'ai été informée que Madame Pa. était en fin de vie, et que les soins palliatifs avaient été mis en place. Ma maître de stage m'a informée que nous irions la voir dans la matinée, afin de lui « offrir un moment de bien-être avant la toilette ».

Nous sommes entrées dans la chambre de Madame Pa. qui était allongée dans son lit, les volets roulant un peu baissés afin de créer une atmosphère paisible. La chambre était baignée de silence. J'appréhendais légèrement de rencontrer cette dame - que je n'avais jamais vue - sur son lit de mort. Je me suis approchée de la tête de lit et je me suis présentée « Bonjour, je suis Valérie, la stagiaire en psychomotricité. Nous ne nous sommes jamais rencontrées, mais si vous êtes d'accord, je vais assister à la séance avec A. ». A. lui a expliqué que nous venions lui apporter un moment de détente avant sa toilette. Madame Pa. avait l'air angoissée (malgré le traitement médicamenteux mis en place) : elle avait le front plissé, une larme a coulé au coin de l'un de ses yeux lorsque qu'A. l'a contactée au niveau du bras et lui a dit qu'elle ne serait pas seule, qu'elle serait accompagnée et que tout irait bien.

Nous avons pensé à un fond musical pour la séance, afin de créer une enveloppe sonore contenante et apaisante. Nous avons choisi du piano et du violon avec une orchestration douce et lente avec parfois des envolées dans les notes. J'avais pensé à

ces musiques car elles étaient apaisantes mais dynamisantes à la fois, qu'elles étaient « envoûtantes ».

La maladie de Parkinson très avancée de Madame Pa. lui conférait une importante hypertonie. Son buste et sa tête étaient en hyper extension et, malgré deux oreillers, ne touchaient pas le lit. Ses bras étaient repliés sur son thorax, les poignets et les doigts complètement rétractés, à l'exception de l'index gauche en hyper extension appuyant fortement sur la main droite. Les jambes étaient en flexion au niveau des hanches et des genoux, les chevilles en extension et la plante des pieds totalement en contact avec le matelas.

Les yeux de Madame Pa. étaient mi-clos, elle a essayé de les ouvrir sans y parvenir malgré son envie d'entrer dans la relation. A. a verbalisé la situation et lui a proposé de les nettoyer avec un gant humide et chaud. Elle a commencé à le passer sur le front de Madame Pa. qui a grimacé légèrement. A. est passée sur les yeux pour les nettoyer, ainsi que sur les lèvres pour les humidifier car elles étaient très sèches. Madame Pa. n'a pas semblé apprécier. Elle a grimacé et donné l'impression de retirer son visage. A. a verbalisé le vécu désagréable de Madame Pa. et l'a informée qu'elle allait arrêter le toucher du visage. Elle a proposé des pressions sur le corps, partant des épaules vers les mains, puis des pieds vers les cuisses. Elle a également fait un toucher contenant au niveau du sternum, du cou, de la tête et de la nuque.

Alors qu'A. était au niveau des jambes de Madame Pa., elle m'a conseillé de rester auprès de son visage, afin que la patiente se sente accompagnée. J'ai posé une main sur son épaule afin qu'elle sente ma présence par mon toucher contenant. Je me suis rendu compte qu'elle avait le soleil dans les yeux et suis allée baisser davantage les volets roulants.

Pendant les pressions, Madame Pa. a laissé couler quelques larmes, et gémi parfois, sans que l'on sache si c'était en réponse aux stimulations verbales, musicales ou tactiles. Elle bougeait beaucoup sa jambe droite, A. l'a verbalisé.

A la fin de la séance, Madame Pa. semblait apaisée, son front était détendu, son visage paisible mais sa tonicité était restée inchangée.

Nous avons pris un temps avant de quitter la chambre, informant la patiente qu'à la fin de la musique nous partirions. A. avait une main posée sur l'épaule de Madame Pa. et à la fin de la musique, lui a dit que tout le monde passerait la voir dans la journée et qu'elle pouvait se reposer.

Lorsque nous sommes revenues la voir en fin d'après-midi, la radio allumée par les soignantes diffusait de la musique classique. Le soir tombé et la lampe allumée conféraient une atmosphère chaleureuse à la chambre. Madame Pa. était toujours au lit, la couette remontée jusqu'au cou, les yeux ouverts et le regard dans le vague. Nous nous sommes approchées du lit, et l'avons contactée par une légère pression, A. à l'épaule, moi au bras. A. l'a informée des soins de confort déclenchés, et de son traitement contre la douleur et l'angoisse. Nous lui avons également dit que ses dernières volontés (donner son corps à la science) seraient respectées, qu'elle pouvait lâcher prise, qu'elle serait accompagnée et qu'elle pouvait se reposer. J'ai dit à Madame Pa. qu'elle pouvait partir, qu'elle en avait le droit.

Au moment de quitter la chambre, j'ai dit au revoir à la patiente, A. est restée un peu au chevet de Madame Pa. pour l'embrasser sur la joue ce qui était leur rituel.

Les semaines suivantes, A. m'a proposé de prendre en charge Madame Pa. « qui était toujours parmi nous ». Je l'ai prise en charge, seule, en séance de toucher thérapeutique

pendant plusieurs semaines me demandant à chaque fois que je quittais la résidence si je la reverrais la semaine suivante.

Sa séance se déroulait toujours à la même heure, le matin. Souvent, Madame Pa. dormait, et je me posais la question du bienfondé de la réveiller. Je lui parlais doucement avant de la contacter, me disant que si mon toucher la réveillait « tant mieux », sinon le dialogue tonique opérant, un apaisement pouvait avoir lieu durant son sommeil. En effet, lorsque je la mobilisais et qu'elle revenait à un état de conscience plus présent, je continuais la séance. Mais lorsque je ne parvenais pas à la « réveiller », j'arrêtais les mobilisations et m'asseyais juste à côté du lit de Madame Pa. avec de la musique, et je restais pendant quelques minutes avec une main posée sur la sienne afin de l'accompagner. Je faisais en sorte que mon toucher soit le plus contenant possible, que mon tonus soit le plus apaisé possible et que mon intention de lui faire du bien soit la plus perceptible possible. Mais, étant pour la première fois confrontée à la fin de vie, à la « mort perceptible », mon état émotionnel n'était pas paisible. Je me sentais mal à l'aise ne sachant pas quoi faire avec elle. Son hypertonie parkinsonienne qui l'empêchait de s'apaiser ne me renvoyait pas de signaux toniques encourageants, et j'avais vraiment l'impression de ne servir à rien pour cette dame, je me sentais impuissante. Lorsque les mobilisations par le toucher (mobilisations passives, toucher contenant, pressions, glissés sur la peau...) me faisaient ressentir comme un décalage avec les besoins de Madame Pa., je m'asseyais juste près d'elle, une main posée sur son épaule ou sur la sienne.

Madame Pa. est décédée quelques semaines après, sans que l'équipe ne comprenne ce qu'elle avait « attendu » pendant tout ce temps. Sur les derniers jours, Madame Pa. a eu un élan de vie : elle a recommencé à accepter de s'hydrater et de se nourrir.

Suite à cette situation, je me suis interrogée sur plusieurs points :

- Est-ce que l'émotion que j'ai ressentie au chevet de Madame Pa. était due au transfert qui s'opérait entre nous ? De quelle nature était-il ? D'où venait-il ?
- Pourquoi verbaliser un accompagnement ? Pourquoi avoir besoin de dire que la personne ne sera pas seule pour passer le cap du décès ?
- L'hypertonie observée chez Madame Pa. était-elle seulement pathologique (due à la maladie de Parkinson) ou était-ce une difficulté à lâcher prise afin de se raccrocher à la vie ?
- Quelle relation créer avec une personne en fin de vie que l'on ne connaît pas ? Comment la créer alors que l'on va sûrement rencontrer cette personne que très peu de fois avant son décès ?
- J'ai proposé des touchers contenant, enveloppants. Il ne me serait pas venu à l'idée de faire des percussions. Pourquoi ?
- En ce qui concerne les dernières volontés : représentent-elles une manière pour le mourant de gérer l'ingérable, de pallier l'angoisse du vide, de la mort ? Sont-elles pensées par le défunt afin de faciliter l'après pour les vivants ? Représentent-elles une sorte de rationalisation de la mort et de l'« après » ? Quel lien avec les croyances personnelles (religieuses, spirituelles) ?
- Pourquoi dire « partir » plutôt que « mourir » ? Quel rapport avec l'angoisse de mort ?
- Pourquoi cela aide les gens à « partir » de leur dire qu'ils en ont le droit, qu'ils peuvent « s'en aller tranquillement ? » Quel rapport avec la culpabilité et le lâcher-prise ?

5. Madame B.

J'ai pris en charge Madame B., 89 ans, depuis son arrivée à l'EHPAD en septembre. Le but initial de la prise en charge était d'étayer son arrivée dans l'institution tout en retrouvant un « corps plaisir », par rapport à un passé médical plutôt lourd. Pour ce faire, je lui ai proposé de prendre un temps pour soi dans une dynamique de réassurance et de bien-être, de chercher un apaisement psychocorporel. Les séances pouvaient également se passer autour d'une prise en charge de la douleur.

Face à son passé médical, ses différentes chutes, fractures, lésions et pathologies, il est possible que Madame B. ait mis son corps à distance. Il est également possible d'émettre une hypothèse quant au métier de Madame B. : étant institutrice, métier plus intellectuel que corporel, cela a pu aller dans le sens d'une mise à distance du corps en parallèle de son passé médical douloureux. Cependant, nous n'avons aucune information concernant une pratique sportive qui pourrait nuancer ce propos. Il est possible que Madame B. soit davantage dans un penchant intellectuel et moins corporel, et qu'il en résulte une fragilité au niveau des enveloppes corporelle et psychique. Madame B. est plutôt hypertonique mais son tonus n'est pas réparti uniformément dans son corps. Elle a une posture influencée par la position de son bassin, décalé à cause d'une chute. Cette même chute a déplacé une de ses côtes flottantes qui ressort vers le haut, appelée par Madame B. « mon aileron de requin » et qu'elle a cherché à me faire toucher après une séance de relaxation à médiation toucher thérapeutique. Il semble que l'image du corps de Madame B. soit assez dévalorisée.

Madame B. m'a rapporté en début de prise en charge détester la relaxation et ne pas aimer le toucher car veuve depuis plus d'une dizaine d'années elle n'y est plus habituée. Je lui ai néanmoins proposé d'essayer, ce qu'elle a accepté. En fin de séance, Madame

B. s'est apaisée sur le plan psychique et corporel et m'a dit finalement apprécier. J'ai continué cette médiation de soin lors les séances suivantes.

Lors de nos séances hebdomadaires, Madame B. a beaucoup monopolisé la parole. Elle parlait de ses inquiétudes concernant sa famille proche, de ses biens mobiliers et immobiliers, de la dépression de son fils dont l'ex-épouse garderait la maison familiale où Madame B. a vécu avec son défunt mari ce qui lui est insupportable. Elle a également verbalisé sa tristesse de vivre en EHPAD et de ne jamais retourner chez elle. Elle m'a dit attendre la mort, « je serais heureuse si je mourrais demain ».

Lors des séances, j'ai eu beaucoup de mal à mettre fin à la discussion et à lui proposer un travail corporel. Madame B. a eu besoin d'un temps de mise en place de la relation thérapeutique et du lien de confiance avant de pouvoir accéder à un travail plus corporel qu'intellectuel. Une fois qu'elle a pu laisser accès à son corps, je lui ai proposé des mobilisations passives des membres, du toucher-contenant, des touchers-pressions. Le silence n'était pas possible pour elle, elle continuait à parler pendant les séances de toucher ; je lui répondais d'une voix douce et calme en essayant d'insuffler une atmosphère relaxante. Madame B. ne parvenait pas à fermer les yeux pendant les séances et participait au mouvement. Néanmoins, elle est parvenue à arrêter de parler sur la fin de la séance. Son tonus s'est abaissé, elle était plus « étalée » dans le lit, sa respiration était plus calme. Elle ne parlait plus de ses préoccupations, de ses angoisses.

L'apaisement corporel lui a permis un apaisement psychique. La fin de la séance s'accompagnant d'une hausse tonique, Madame B. a recommencé à parler de ses angoisses sans s'arrêter jusqu'à me suivre à la porte de la chambre afin de ne pas rompre le lien.

Il s'est avéré par la suite que le silence était angoissant pour Madame B., qui continuait à parler lors du toucher. J'ai par conséquent proposé une enveloppe sonore afin de combler le silence vécu comme angoissant par Madame B.. Avec la musique, elle est parvenue à ne plus parler pendant que je la mobilisais.

Je n'avais pas identifié ce comportement logorrhéique comme de l'angoisse. C'est après avoir fait le point avec ma maître de stage que j'ai pu prendre du recul et voir la situation autrement. J'ai pu identifier que le flot de paroles de Madame B. reflétait de l'angoisse et ai compris l'étouffement que je ressentais avec elle car elle me communiquait toniquement son angoisse. Je ressortais « vidée » de nos séances, fatiguée, j'étais triste et touchée par son histoire de vie. L'empathie que je ressentais était majorée par ce dialogue tonico-émotionnel et le contre-transfert qui se déroulait entre nous. Grâce à cette prise de conscience, j'ai pu mettre à distance ces ressentis et les analyser. J'ai posé un cadre temporel de séance, c'est-à-dire un temps de discussion suivi d'un temps plus corporel. Grâce à ce cadre, elle est parvenue à arrêter de parler pendant mon toucher. Elle ne fermait pas encore les yeux, le lâcher-prise total n'était pas abordable pour elle, mais elle réussissait tout de même à se laisser aller à l'apaisement.

Nous en étions là du chemin vers l'apaisement psychocorporel, lorsque brutalement et suite à un cauchemar, Madame B. a commencé à refuser tout traitement (sauf les antalgiques) et toute prise en charge (kinésithérapeutique et psychomotrice) alors qu'elle les investissait très positivement. Je continue à aller la solliciter à l'heure de sa prise en charge, chaque semaine. Cependant, elle me répond qu'elle a « autre chose à faire », qu'elle « sera très occupée ces prochains mois », qu'il « ne faut pas lui en vouloir » mais « elle doit organiser un concert avec un ami » ou encore « faire sa correspondance » (elle dit mettre des heures à écrire en raison de douleurs dues au

déformations arthrosiques à la main scriptrice). Nous avons réfléchi en équipe pluridisciplinaire (composée du médecin coordonnateur, de l'infirmière cadre, d'une infirmière, de la psychomotricienne, et de la psychologue) de ce soudain changement de comportement de Madame B. sans toutefois en comprendre l'origine. Je continue à la solliciter chaque semaine, sans pouvoir faire la séance face au refus systématique de Madame B..

6. Madame Po.

Madame Po. est âgée de 91 ans et vit à l'EHPAD depuis de nombreuses années. Elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer et présente une démence et une désorientation temporo-spatiale assez avancées. Elle a également une altération de la mémoire à court et moyen terme. Elle souffre de différents troubles psychomoteurs, notamment autour de la marche et de l'équilibre, et de troubles psychoaffectifs. Elle présente des symptômes psycho-comportementaux liés à la démence (SPCD). Je pense que ses discours parfois dénués de sens ne sont pas seulement dus à sa démence, mais également à de l'angoisse. Madame Po. souffre également de Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA). Depuis la déclaration de sa DMLA, Madame Po. a arrêté d'aller aux activités groupales proposées par l'EHPAD car cela l'angoisse beaucoup de ne pas voir, elle a perdu confiance en ses capacités. Dès que je lui propose de participer à un atelier, elle me répond qu'elle « n'a plus ses yeux » alors elle « ne peut pas ».

De plus, elle souffre de l'absence de son époux, qui venait lui rendre visite chaque jour à l'EHPAD jusqu'à ce que son état de santé se dégrade tellement qu'il soit lui-même institutionnalisé, en unité fermée. L'absence de son époux n'a pas été expliquée à Madame Po., afin qu'elle ne s'inquiète pas. Madame Po., est très angoissée par cette absence.

Ma maître de stage, en début d'année, m'a proposé de suivre Madame Po. afin de prévenir les troubles de la conscience corporelle afin notamment de l'aider à mettre en place des stratégies palliatives efficaces à son trouble visuel et diminuer les troubles de la marche grâce à un toucher thérapeutique des membres inférieurs en parallèle d'une prise en charge de l'angoisse.

Lors de la séance hebdomadaire avec Madame Po., je lui propose des mobilisations du corps, telles que des percussions, des mobilisations passives, des touchers-massages, le passage d'une balle à picot... Je lui propose également de conscientiser et d'inscrire ces ressentis en les décrivant.

Je change à chaque fois le protocole lors de la séance en fonction de l'état psychique et corporel de Madame Po.. Je propose des séances plus ou moins dynamiques en fonction de son état de fatigue, de son état attentionnel et de son état tonique.

Lors de cette séance particulière, j'ai proposé à Madame Po. des mobilisations que j'avais déjà proposées en partie la semaine précédente.

Au début de la séance, Madame Po. était confuse dans son discours, parlant de ses inquiétudes. Elle partageait son angoisse sous la forme d'un discours confus et répétitif. Corporellement, elle disait être en forme, mais d'avoir besoin de contenance et de douceur car, selon le sentiment de Madame Po., l'équipe soignante « la pousse beaucoup » à descendre au salon, alors qu'elle aimerait rester dans sa chambre afin de se reposer. Je lui ai donc proposé la séance « pour prendre soin d'elle », et ai pris le temps de me mettre à son rythme.

Lors de cette séance, j'ai proposé à Madame Po. des mobilisations déjà effectuées la semaine précédente. Et, tout à coup, elle a semblé avoir un insight*, me disant « Mais ça y est ! Je vous reconnais ! Vous vous êtes déjà occupée de moi ! Vous m'avez déjà

fait ces mouvements des jambes et puis vous avez une façon de vous déplacer, comme ça autour du lit, de faire des allers-retours de droite à gauche, je vous reconnais, et vous avez une manière de toucher dont je me souviens car c'est toujours la même ». Après s'être souvenue de moi et de nos séances, Madame Po. avait un discours plus adapté et ne parlait plus de ses angoisses. Elle ne semblait plus aussi confuse et était bien dans la relation.

7. Madame J.

Me trouvant dans le bureau médical de l'EHPAD, une infirmière est arrivée en accompagnant Madame J., visiblement angoissée. La cadre de santé, présente à ce moment-là, m'a demandé de « faire une petite relaxation » à cette résidente « qui en a besoin pour se détendre un peu ». Ne la connaissant pas, je l'ai observée un instant afin d'évaluer son angoisse. Elle était en train de pleurer, avait le regard fuyant, sa respiration était courte et haute, elle se balançait d'avant en arrière dans son fauteuil coquille, avait les membres en rotation interne et en flexion de telle sorte qu'on aurait dit qu'elle se protégeait, qu'elle se recroquevillait en position fœtale. Elle se frottait les avant-bras, les griffait. Elle répétait des paroles incohérentes, à propos de sa famille et notamment de sa mère. Face à la demande pressante de la cadre, j'ai accompagné Madame J. dans un endroit plus calme, dans le salon. Je lui ai parlé, mais mes mots n'ont pas eu d'effet sur son état, qui est resté le même. La « relaxation » demandée par la cadre de santé n'était pas accessible par cette patiente à cet instant. J'ai par conséquent décidé de l'accompagner par le toucher. J'ai compris que les paroles incohérentes de Madame J. étaient dues, certes à sa maladie d'Alzheimer, mais également à son angoisse. J'ai alors posé une main sur la sienne, et attendu qu'elle prenne conscience de ce toucher. Lorsqu'elle a réalisé que je la touchais, elle m'a regardée, a arrêté de se balancer, et a cherché à m'expliquer verbalement ce qui la

traversait. Je ne suis pas parvenue à comprendre ses paroles. Lorsque je le lui ai verbalisé, elle a recommencé à pleurer et à se balancer d'avant en arrière. Le premier contact par la main l'ayant un peu apaisée, j'ai décidé de l'entourer avec mes bras au niveau des épaules. Spontanément, je l'ai bercée de droite à gauche, en lui parlant d'une voix douce et calme. J'ai fait très attention à mon tonus, afin que l'intention de l'apaiser soit clairement perceptible et que le dialogue tonico-émotionnel puisse s'opérer. J'ai également proposé un toucher du visage et du cuir chevelu à Madame J., insistant sur les tempes. J'ai passé un long moment auprès d'elle, alternant des périodes de parole et de toucher contenant. Au bout d'une heure, Madame J. s'est apaisée : elle respirait calmement, son tonus s'est abaissé, son corps semblait plus détendu, elle ne pleurait plus. Ses paroles sont redevenues plus cohérentes. Son visage s'est également détendu, redevenant lisse et ouvert à la relation. Elle a pu de nouveau être en interaction avec son environnement. Les soignantes présentes dans le salon à ce moment-là ont également perçu l'apaisement de Madame J. et l'ont verbalisé. Lorsqu'elle était angoissée, l'équipe ne nous a pas parlé, nous laissant dans notre « bulle ». Dès que Madame J. a été mieux, nous avons recommencé à être sollicitées. Des aides-soignantes sont venues mettre une main sur l'épaule de Madame J., ou lui ont dit qu'elle avait de la chance d'être ainsi « massée » et « chouchoutée », que cela se voyait qu'elle se sentait mieux.

III. DISCUSSION

1. Quand l'angoisse de mort symbolise la perte...

L'angoisse de mort est constituée d'angoisse d'abandon et d'angoisse de castration. En effet, l'angoisse d'abandon – angoisse de la perte d'objet – et l'angoisse de castration – angoisse de la perte de pouvoir, des capacités – renforcent, surtout en fin de vie, l'angoisse de mort. La mort étant, du moins du point de vue biologique, la perte de la vie, elle regroupe la perte de l'objet vie et la perte du pouvoir vie. Le sujet, affaibli, se voit alors abandonné par elle et par ses capacités passées. Les angoisses d'abandon et de castration ne font que renforcer l'angoisse de mort. Il s'agit d'un aller-retour, sorte de cercle vicieux majorant l'angoisse, entre ces trois angoisses qui s'étayaient les unes sur les autres pour se renforcer mutuellement.

1.1 L'angoisse d'abandon

Nous pouvons retrouver plusieurs manifestations de l'angoisse d'abandon dans les situations cliniques exposées *infra*.

1.1.1 Madame Pa.

Madame Pa. était une femme dont le contexte familial était très compliqué. Sa famille ne venait plus la voir depuis plusieurs années, et elle n'avait des nouvelles d'elle que très rarement. De plus, elle n'avait noué aucune relation amicale durant son séjour à l'EHPAD. Lors de ses derniers moments de vie, la cadre de santé, présentant un besoin d'accompagnement pour Madame Pa., avait demandé à l'équipe de passer la voir afin de lui signifier leur présence. Bien que ces consignes aient été données, les soignantes ne passaient que très rarement voir Madame Pa. dans sa chambre. Nous pouvons faire ici l'inférence que, dans ce contexte, Madame Pa. se soit sentie seule et

abandonnée. Cette situation favorisait l'angoisse de mort dans son aspect d'angoisse d'abandon.

1.1.2 Madame B.

Madame B., dont l'époux et l'un des fils sont décédés, fait ressortir dans ses propos une certaine solitude, une certaine angoisse d'abandon. Lorsque je lui ai proposé, pour la première fois, une séance de toucher thérapeutique, elle m'a répondu que depuis le décès de son époux, elle n'était plus habituée à être touchée. Le toucher que je proposais faisait un écho nostalgique à la perte de son mari. Il lui a permis de parler de son angoisse de perte, ce qui a contribué à l'élaboration de son angoisse d'abandon.

Dernièrement, Madame B. m'a fait part de travaux généalogiques qu'elle a entrepris lors d'une conversation informelle. Au sujet de ses recherches, elle m'a exclusivement parlé des femmes de sa famille, qui ont perdu époux et enfants. Sans expliciter le lien par elle-même, elle m'a raconté l'histoire de femmes qui ont subi les mêmes pertes qu'elle. Je ne sais pas si l'histoire de ces femmes est vraie ou si Madame B. projette en elles sa propre histoire de vie. Toujours est-il qu'elle s'y identifie fortement, même inconsciemment. De plus, elle aurait pu me raconter des histoires positives ou des anecdotes plus légères à leur propos, me parler des hommes de sa famille. Elle n'a rapporté que les histoires qui faisaient écho à son histoire de vie et qui la touchaient particulièrement. L'angoisse d'abandon ressort particulièrement de cette conversation.

1.1.3 Madame Po.

Madame Po. parle beaucoup de son époux lors de nos séances. Il venait la voir tous les jours à l'EHPAD, jusqu'à ce qu'il soit lui-même institutionnalisé dans un autre établissement, en unité fermée. De fait, du jour au lendemain, il n'est plus venu la voir. Cette absence n'a pas été expliquée à Madame Po. car les équipes ne voulaient pas

l'inquiéter. De ce bon sentiment en découle une incompréhension et une forte angoisse chez Madame Po. qui se demande où est son époux, ce qui lui est arrivé. Je peux également faire l'inférence qu'il s'agit ici d'une angoisse d'abandon face à l'absence de son époux. Dernièrement, Madame Po. m'a dit que son mari était mort. Je ne sais pas s'il s'agit de la vérité ou d'une défense mise en place afin de pallier l'absence de ce dernier, qui, mort, ne l'aurait pas abandonnée comme s'il était toujours vivant mais ne daignait plus venir plus la voir.

Par le toucher thérapeutique, le psychomotricien peut pallier cette angoisse d'abandon en marquant sa présence par le contact au patient. Ce dernier, sentant la présence du psychomotricien au travers du dialogue tonico-émotionnel, peut s'apaiser car se sentant accompagné et moins isolé, abandonné. Le psychomotricien contribue de cette façon à abaisser le niveau d'angoisse grâce au toucher thérapeutique.

1.2 L'angoisse de castration

La deuxième angoisse mise en exergue dans les situations cliniques est l'angoisse de castration. Lors du vieillissement, le sujet prend conscience de la perte de certaines capacités physiques et/ou cognitives. En lien avec le travail de désinvestissement de soi et le deuil de ses capacités, le sujet se voit perdre la force physique, l'équilibre, la vue, l'ouïe... Il voit aussi apparaître certaines difficultés comme la marche, les douleurs... Tout cela peut contribuer à faire apparaître ou réapparaître une angoisse de castration.

1.2.1 Madame Po.

Lorsque Madame Po. dit qu'elle a « perdu ses yeux », cela pourrait faire écho à la « perte du phallus » renvoyant à une angoisse de castration, et à la perte du pouvoir par la capacité à voir – la vue étant le canal sensoriel privilégié de l'être humain.

Handicapée par sa DMLA, elle ne participe plus aux ateliers proposés à l'EHPAD comme elle le faisait avant. Elle dit qu'avoir perdu la vue l'empêche de vivre. Madame Po. a quand même mis en place des stratégies d'adaptation afin de pallier la perte de la vue. Elle se dirige et évalue l'espace et les objets au toucher.

Par le toucher thérapeutique, j'aide Madame Po. à reprendre conscience de son corps, en lui redonnant des sensations corporelles et en l'accompagnant dans la conscientisation de celles-ci. Grâce à cette proprioception plus efficiente, elle peut mieux se déplacer seule et mieux utiliser sa stratégie d'adaptation par le toucher, ce qui contribue à baisser son niveau d'angoisse. Elle s'habille et se déplace de mieux en mieux seule. L'angoisse de castration est atténuée car Madame Po. reprend petit à petit confiance (et conscience) en ses capacités.

1.2.2 Madame B.

L'angoisse de castration est également perceptible chez Madame B..

Elle m'a fait part, lors d'une séance, d'un cauchemar qu'elle a fait et qui la touche beaucoup. Elle m'a dit avoir mis des semaines avant de s'en remettre. Ce cauchemar retraçait la nuit où son fils adolescent est décédé dans un accident de la voie publique. Dans les paroles de Madame B., c'est l'impuissance d'une mère dont l'enfant est déjà décédé qui m'a marquée. Elle mettait très bien en avant ce sentiment d'impuissance qui l'a fragilisée pendant plusieurs semaines suite à ce cauchemar. Cette impuissance fait penser à une angoisse de castration qui mettrait à mal la capacité fondamentale d'une mère à protéger son enfant. L'enfant, selon S. FREUD, et plus encore un garçon, peut-être un analogon phallique qui renverrait à la mère sa propre absence de phallus et sa peur transférentielle et identificatoire de la perte du phallus de son fils.

C'est peu après cet épisode que Madame B. a commencé à refuser les traitements et prises en charge et qu'elle a entrepris ses travaux généalogiques qui lui prennent une énergie psychique et physique très importante. Cela peut faire penser à l'étape de la dépression dans les étapes du mourir d'E. KUBLER-ROSS. Madame B., s'étant sentie très fragilisée par ce cauchemar qui a fait ressortir une angoisse de castration, qui a elle-même pu exacerber une angoisse de mort, a pu entrer dans cette étape de désinvestissement de soi. Elle cherche à repousser la mort, à la soumettre à l'achèvement de ses travaux généalogiques.

Madame B. a également pu commencer à refuser les prises en charges en psychomotricité car l'état de relaxation induit par le toucher thérapeutique mettait à mal la carapace tonique mise en place afin d'éloigner l'hypotonie généralement associée au sommeil ou à la mort. Cette carapace tonique représente peut-être pour Madame B. un moyen de tenir, de rester debout malgré toute son histoire de vie très compliquée. Ce palliatif, mis à mal lors de l'état de relaxation, pourrait faire ressurgir une angoisse de castration chez Madame B. qui m'a dit, suite à son cauchemar, de « ne pas la ramollir trop car [elle] a besoin de son énergie » pour se remettre de ce dernier. Nos séances, à travers le toucher thérapeutique, ont pu, à ce moment et pour Madame B., représenter une menace à son équilibre vital qu'elle a tenté de rétablir grâce aux travaux généalogiques entrepris.

Nous pouvons donc voir au travers de ces différentes situations que le toucher thérapeutique peut contribuer à abaisser le niveau d'angoisse en marquant la présence sécurisante du thérapeute. Cependant, il peut également raviver ces angoisses dans certaines situations. Il est important, pour le psychomotricien, de bien analyser l'état psychique et émotionnel du patient avant de lui proposer cette médiation.

2. Quand le psychomotricien « contient » ...

2.1 La fonction contenante

Le psychomotricien, lors des soins à médiation toucher thérapeutique, peut prendre une fonction contenante.

La fonction de contenance consiste à contenir, faire réceptacle à ce qui est déposé dans la relation, verbalement comme corporellement. Il s'agit d'une forme de communication émotionnelle. « Ce qui soigne est l'expérience selon laquelle la vie émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse, trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue. Ce qui [...] soigne le patient, c'est la capacité de contenir les émotions, les pensées que le moi trop fragile du patient, trop peu assuré dans son sentiment d'existence, ne peut contenir, ne peut tolérer, ne peut penser. [Le psychomotricien] héberge et pense les expériences et les pensées que le patient ne peut contenir et penser tout seul. L'espace [offert par le psychomotricien] est un espace qui contient et qui transforme les émotions, les angoisses, les conflits, autrement dit la douleur psychique. Et la douleur est contenue lorsqu'elle est comprise. Contenir une expérience c'est la comprendre.»⁷⁷

2.2 La fonction d'érogénèse contenante

La fonction d'érogénèse contenante du toucher permet également au psychomotricien d'être perçu comme apaisant dans une relation sensuelle dépourvue de toute excitation sexuelle. Ce faisant, le psychomotricien, ayant acquis la castration, contient l'excitation provoquée par le toucher. Il prend la posture contenante et apaisante dévolue à habituellement à la figure maternelle (cf. 3.1 L'empreinte du toucher).

⁷⁷ A. CICCONE, 2001

2.3 Madame Pa.

Lors de ma première séance d'observation avec Madame Pa. et A., ma maître de stage, j'ai pu observer la posture relationnelle de cette dernière. Elle adoptait une fonction contenante de l'angoisse perceptible de Madame Pa. en verbalisant ce qu'elle observait d'elle, ce qu'elle percevait de son tonus, de ses mimiques et mouvements. Par exemple, lorsque A. a commencé à nettoyer les yeux de Madame Pa. et que cette dernière a grimacé, A. a verbalisé ce qu'elle observait. Cela a montré qu'elle avait compris ce que Madame Pa. cherchait à communiquer. Même si Madame Pa. grimaçait, cette interaction marque la présence d'objets d'amour plein de compréhension de la part d'A. donnant lieu à un échange communicationnel entre patient et soignant. Ce n'est pas tant l'acte de laver le visage qui est important mais marquer la présence de Madame Pa. qui va apaiser cette angoisse d'abandon. De plus, comme cette dernière se sent comprise et entendue, cela peut également pallier son angoisse de castration, se sentant apte à pouvoir communiquer et être marquée en tant que sujet dans la relation. Outre le toucher apaisant du gant chaud sur le visage, c'est la fonction contenante qu'a endossé A. qui a apaisé Madame Pa. au fur et à mesure de la séance.

2.4 Madame B.

Au début de la prise en charge, Madame B. m'a communiqué son lien perdu au toucher depuis le décès de son époux. Elle m'a également dit, de fait, ne pas aimer cette médiation. Je peux penser que ce n'était pas réellement une aversion pour le toucher, mais plutôt une angoisse de retrouver des sensations qui lui auraient fait penser à son défunt mari ; ce qui aurait ravivé la douleur de la perte. Nous avons néanmoins décidé d'essayer, et, finalement, elle a dit avoir apprécié. Effectivement, j'ai pu observer à la fin de la séance que Madame B. s'était apaisée physiquement et psychiquement. Durant cette séance, il me semble que j'ai pris une fonction contenante de la douleur

de la perte de son époux. Elle m'a sentie capable de contenir cette douleur et cette angoisse de perte sous-jacente ce qui lui a permis de s'apaiser.

Le toucher-thérapeutique, avec Madame B. a permis de la rassembler, de l'inscrire dans le temps présent. Pendant qu'elle se concentrait sur son corps dans l'ici et le maintenant, elle ne se projetait pas dans un avenir angoissant. Le cadre posé servait de substitut extérieur solide à ses enveloppes fragilisées. Le fait d'être touchée renforçait son enveloppe corporelle, elle pouvait la ressentir plus solide, et s'appuyer dessus, se sentir contenue.

2.5 Madame J.

Lors de cette unique « séance » avec Madame J., j'ai pu adopter à la fois une fonction contenante psychique, et une fonction contenante physique. Cela rappelle le holding que nous aborderons *infra* (cf. 3.2.2 Holding, handling et fonction de réparation).

En effet, je lui ai laissé l'espace sûr pour déposer ses angoisses et vécus émotionnels. Écoutée avec bienveillance, Madame J. a pu trouver en moi la capacité de contenir ses émotions débordantes. Ces dernières ont trouvé une enveloppe, certes externe, mais efficiente, afin de pouvoir prendre sens. D'un vécu émotionnel douloureux et débordant, Madame J. a pu donner sens à ses ressentis en trouvant la contenance nécessaire afin de s'apaiser.

Lorsque cette verbalisation n'était pas accessible pour Madame J. car trop angoissée et débordée, explosée, je lui ai proposé une contenance physique en l'entourant de mes bras au niveau des épaules, premier pas vers un accès à la symbolisation. Son vécu était archaïque, non distancié du ressenti, non élaboré. La contenance physique, passant par le toucher, mode de communication pré-langagier, a pu l'aider à abaisser suffisamment son niveau d'angoisse afin de pouvoir en parler, c'est-à-dire de mettre

une distance nécessaire à l'élaboration de ce ressenti. C'est une fois ce premier apaisement amené par le toucher et la contenance physique, que Madame J. a pu être apaisée par la contenance psychique que je lui proposais.

Par sa compréhension du corps et son écoute tonico-émotionnelle de qualité, le psychomotricien est particulièrement compétent en ce qui concerne l'apaisement de l'angoisse par la fonction de contenance physique. De plus, par son écoute bienveillante, et sa connaissance des mouvements psychiques traversés par les patients, le psychomotricien est tout à fait à même d'endosser la fonction contenante nécessaire à la prise en charge de l'angoisse.

2.6 Défaillance de la fonction contenante

Nous venons de voir que le psychomotricien peut prendre une place prépondérante dans la prise en charge de l'angoisse, notamment grâce à la fonction contenante qu'il peut incarner. Cependant, lorsque cette fonction fait défaut, la prise en charge de l'angoisse est compromise.

2.6.1 Monsieur F.

C'est ce qu'il s'est passé avec Monsieur F. lorsque, moi-même mise à mal par la situation, je n'ai pas pu lui offrir l'apaisement escompté. Monsieur F. était très angoissé, sa famille également, et *a fortiori* moi aussi (cf. 4.1 Quand l'angoisse de mort contamine le psychomotricien). Il était débordé par l'angoisse et j'ai voulu l'aider par le toucher, mais les résultats n'ont pas été ceux que j'attendais. Mes réflexions sur les raisons de cet échec m'ont amenée à rédiger ce mémoire. Le fait de ne pas avoir assez de recul par rapport à la situation peut être une réponse à la question « pourquoi est-ce que ça n'a pas marché ? ». Ce manque de recul, de distanciation par rapport à la situation, à mes ressentis, aux attentes de la famille, montre que le toucher ne suffit

pas en tant que tel. Il faut une certaine manière de toucher, le toucher n'est pas « magique » et l'intention seule, aussi bonne soit elle, ne suffit pas. Il faut que le psychomotricien soit dans une bonne disposition émotionnelle, sans quoi il ne pourra pas assurer une fonction contenant qui soit assez bonne pour apaiser le patient. Avec le recul qui est le mien plus d'un an après et les connaissances acquises avec l'élaboration de ce mémoire, je me rends compte que la modalité du toucher n'était sans doute pas la bonne. Au lieu d'une stimulation tactile excitante pour la peau, il aurait mieux valu un toucher contenant, soutenant, réconfortant (ceci n'est pas sans rappeler les recommandations du toucher concernant le nouveau-né prématuré). De plus, vouloir détendre une zone de tension était adapté, cependant une détente plus globale du corps aurait été encore plus appropriée. J'étais moi-même assez angoissée de toucher cette personne que je n'avais jamais touchée, avec sa famille me regardant, et attendant sans doute de moi, même inconsciemment, des résultats. Je n'avais, de plus, jamais été confrontée à la fin de vie. Le cadre, qui n'était pas thérapeutique à l'époque, n'était pas propice à un apaisement de Monsieur F.. Le dialogue tonico-émotionnel n'était pas vecteur d'apaisement ou de contenance, même si mon intention visait l'abaissement de l'angoisse.

En repensant au moment où je touchais Monsieur F. sur le front, je me souviens avoir été plus présente à la famille et à ce qu'ils pouvaient ressentir face à cette action plutôt qu'à la qualité de mon toucher. Il ne s'agissait pas là d'une véritable interaction avec Monsieur F.. Mon intention était de l'apaiser, mais mon toucher ne devait pas la traduire comme il l'aurait fait dans le cadre professionnel.

2.6.1.1 Cadre thérapeutique, empathie, sympathie et compassion

Cela m'amène à aborder les limites entre empathie, sympathie et compassion dans le cadre professionnel thérapeutique et son intérêt dans la prise en charge de l'angoisse par le toucher thérapeutique.

Dans le cas de l'empathie, le sujet est amené à ressentir les émotions de la personne avec qui il établit un lien. Elle est fondée sur les sentiments partagés. Par exemple, « depuis que votre père est décédé, je suis sûr que vous traversez beaucoup d'émotions, telles que de la tristesse, de la frustration, ou de la colère ». Le sujet identifie les émotions d'autrui sans pour autant les ressentir.

La sympathie, elle, est fondée sur le soutien et l'intérêt porté à autrui. Le sujet éprouve du chagrin, de la pitié ou de la joie pour autrui. Par exemple, « je suis vraiment désolé d'apprendre le décès de votre père. J'ai une pensée pour vous en ces moments difficiles. » Le sujet partage les émotions d'autrui.

« La compassion fait partie des affects moraux. Elle ne consiste pas simplement à sentir ce que l'autre souffre, mais à répondre à son appel. Cette responsabilité ne se laisse pas guider par la seule affection ; elle se déploie au sein d'une relation qui vise à restaurer l'estime de soi par-delà la dégradation et l'humiliation. »⁷⁸ Dans le cas de la compassion, le sujet est amené à partager les ressentis d'autrui et à y répondre, y trouver des solutions.

Dans le cadre thérapeutique, le psychomotricien doit se placer du point de vue de l'empathie. S'agissant de conscientiser les mouvements transférentiels et contre-transférentiels, il doit identifier ce que traverse l'autre, tout en gardant un recul nécessaire afin de pouvoir prendre la posture convenant à l'accompagnement. Cela

⁷⁸ A. ZIELINSKI, 2009

sous-entend qu'il ne doit pas partager ce que ressent l'autre, afin d'endosser une fonction contenante efficiente.

En effet, avec Monsieur F. et sa famille, je me plaçais du côté de la compassion, ce qui a fait échouer la prise en charge de l'angoisse par le toucher qui n'était donc pas thérapeutique à ce moment-là, la fonction contenante étant défaillante et mon psychisme non disponible à la relation.

2.6.2 Madame J.

Nous avons vu *infra* que la fonction contenante défaillante a pu altérer la prise en charge de l'angoisse de Madame J. lorsque je n'ai pas réussi à comprendre ses explications verbales. Je ne lui ai pas renvoyé une impression de « contenant sécuritaire » pour son angoisse, ce qui n'a fait que l'exacerber. Le dialogue verbal était obsolète dans cette situation, et nous sommes alors revenues à une communication antérieure infra-verbale par le toucher afin de réinsuffler de la contenance dans la relation de soin et enfin réussir à apaiser Madame J..

3. Quand le psychomotricien fait écho...

3.1 L'empreinte du toucher

La mémoire corporelle de Madame Po., lors de ce fameux insight, a aidé la mémoire cognitive à se fixer sur la réalité et, ce faisant, l'a réintroduite dans le cadre spatio-temporel présent, ce qui a contribué à abaisser son niveau d'angoisse.

Le toucher est un sens du présent, il ne se projette pas dans le passé ni dans l'avenir. Il apaise l'angoisse car le patient ne peut pas se projeter dans un passé ou un futur anxiogène, il s'inscrit dans un présent teinté du cadre thérapeutique contenant et apaisant/sécurisant que met en place le psychomotricien. De plus, le patient et le thérapeute sont touchés ensemble, car on ne peut pas toucher sans être touché, ce qui

créé une enveloppe commune entre les deux protagonistes du soin. Cette enveloppe contribue à abaisser l'angoisse du patient grâce à la mémoire corporelle qui lui rappelle l'aspect maternel du toucher et la relation à la mère⁷⁹ qui est douce et insouciante.

Cependant, cette mémoire corporelle peut se projeter dans un passé douloureux ce qui limite cette médiation. Nous pouvons d'ailleurs voir avec Madame B. que la difficulté de se remémorer corporellement le toucher de son défunt mari lui fait présenter des réticences quant à cette médiation.

3.2 La posture maternante du psychomotricien

A travers la fonction contenant, le psychomotricien prend une posture maternante. Le maternage se définit comme l'action de mater, c'est-à-dire d'apporter les soins (physiques et psychiques) qu'une mère apporterait à son enfant. Le psychomotricien prête son psychisme au patient régressé comme le fait une mère avec son bébé.

Par exemple, A. a proposé un soin maternant à Madame Pa. au travers de son toucher, en percevant le vécu désagréable de la patiente au niveau du visage, en le verbalisant, et en arrêtant son action. Une mère aurait fait de même avec son tout-petit. Tout comme ce que j'ai proposé à Madame J. en l'entourant de mes bras et en la berçant. De même, lorsque j'ai fermé les volets roulants dans la chambre de Madame Pa. car le soleil la gênait, j'ai pris une posture maternante à travers la fonction de pare-excitation que j'ai endossée. Le psychomotricien, comme la mère, perçoit l'émotion chez le patient (comme chez le bébé), s'y identifie et a une attitude adaptée à ce qu'il ressent.

3.2.1 Régression, objets internes, objets partiels

Cette posture et action du psychomotricien se base sur le phénomène de régression et fait écho aux bons objets internes du patient.

⁷⁹ Lorsque je dis « mère », entendre figure maternelle

La régression, du point de vue psychologique, correspond à un retour à un stade antérieur de développement psychique. La baisse des capacités physiques et cognitives du patient âgé peut être abordée sous l'angle de la régression. Le patient régressé retrouve un fonctionnement psychique antérieur avec des besoins physiques, émotionnels et relationnels qui y correspondent.

Le psychomotricien, en prodiguant des soins adaptés aux besoins du patient, peut faire écho à ses bons objets internes.

Théorisés par M. KLEIN, ces derniers représentent « une image mentale et émotionnelle d'un objet externe qui a été intériorisé dans le self*. Les traits de [ces objets internes] sont modulés par des aspects du self qui y ont été projetés. [...] Les objets internes les plus importants dérivent des parents, et notamment de la mère (ou du sein) dans laquelle le bébé projette les aspects aimants de lui-même (pulsion de vie) ou les aspects de lui-même pleins de haine (pulsion de mort) [dans ce cas il s'agit des mauvais objets internes]. »⁸⁰

Nous pouvons présupposer que les patients régressés retrouvent des fonctions psychiques antérieures sur le modèle décrit chez le nourrisson. C'est ainsi que le toucher thérapeutique proposé par le psychomotricien leur renvoie l'écho de leurs bons objets internes. En effet, par le toucher, la posture maternante et la fonction contenante, le thérapeute peut rappeler aux patients l'image apaisante et pleine d'amour de leur mère. La sensorialité, à travers le toucher, les sons, les odeurs, les goûts... vient toucher, contacter des expériences sensorielles affectives vécues antérieurement par

⁸⁰ « Melanie Klein Trust », <http://www.melanie-klein-trust.org.uk/objets-internes>

les patients. Cette sensorialité associée aux affects constitue des objets partiels qui font écho aux bons objets internes du patient et viennent l'apaiser.

La musique proposée à Madame B. et à Madame Pa. a servi d'enveloppe audio-phonique, objet partiel dans l'état régressif de ces patientes, faisant écho à leurs bons objets internes. C'est ce que j'ai proposé

Le toucher thérapeutique tout comme la musique que j'ai proposés aux résidentes de l'EHPAD ont probablement fait écho à leurs bons objets internes ce qui a contribué à apaiser leur angoisse.

Cependant, la régression apportée par l'état de relaxation, au lieu d'apaiser, peut parfois faire écho à une dépendance insupportable pour le sujet âgé. Il peut en ressortir un sentiment de honte ce qui engendrerait une perte de l'estime de soi et irait à l'encontre du but recherché d'apaisement de l'angoisse, faisant ressortir une angoisse de castration. C'est ce que Madame B. a demandé après son cauchemar lorsqu'elle a exprimé son désir de ne pas trop être « relaxée » afin de « garder son énergie pour lutter contre ce cauchemar ».

3.2.2 Holding, handling et fonction de réparation

Le toucher thérapeutique du psychomotricien se base sur les notions de holding et de handling. Il peut prendre une fonction de réparation des carences précoces comme vu *infra*. Le holding correspond au portage, mais également à la contenance psychique. Le handling, lui, renvoie à une dimension plus pratique : il s'agit des soins prodigués à l'enfant (toilette, change, habillage). C'est exactement ce qui a été mis en place cette année auprès des patientes de l'EHPAD afin d'apaiser leurs angoisses. Lors des séances de toucher thérapeutique, le holding et le handling se sont parfois confondus dans le toucher proposé. Dans tous les cas, il a pu faire écho au « bon objet interne

mère » des patientes, ce qui a contribué à apaiser leurs angoisses tout comme leur mère les apaisait lorsqu'elles étaient enfants. Le toucher psychomoteur étant basé sur la mémoire corporelle et la sécurité de base.

Ce faisant, le patient peut constituer avec le psychomotricien ce que M. DE M'UZAN appelle sa « dernière-dyade » (cf. 2.2.2 Travail du trépas). Le psychomotricien est bien placé pour constituer cette dyade avec le patient, la fonction de contenance, la posture maternante et l'écho aux bons objets internes maternels véhiculés par ce dernier faisant fortement et facilement écho à la dyade primaire mère-bébé des patients.

4. Quand l'angoisse de mort contamine...

L'angoisse de mort est présente dans les esprits de tout un chacun, et ressort à travers des questions telles que « qu'y a-t-il après la mort ? » ou « qu'allons-nous devenir ? ». Les religions et croyances diverses, pour ceux qui les pratiquent, permettent à certaines questions de trouver des réponses. Néanmoins, dans le langage courant, nous disons rarement qu'untel « est mort ». Nous préférons dire qu'il « est parti » ou qu'il « s'en est allé ». Cela ne traduirait-il pas une mise à distance de la mort afin de mieux gérer l'angoisse qu'elle crée ? Imaginons alors l'angoisse ressentie par les personnes travaillant à ses côtés...

La proximité physique et psychique des soignants avec les personnes âgées à l'EHPAD est très importante et facilite les mouvements transférentiels et contre-transférentiels. De ce fait, les angoisses traversées par les résidents peuvent contaminer les équipes, et *a fortiori* le psychomotricien, d'autant que son implication psychocorporelle peut être plus forte. Prendre de la distance est alors plus compliqué, le toucher annulant justement tout éloignement entre le patient et le thérapeute. Le risque est de proposer

un toucher déshumanisé et déshumanisant afin de se protéger de la transmission de l'affect d'angoisse.

4.1 ... le psychomotricien

J'ai pu, cette année, expérimenter à trois reprises cette contamination de l'angoisse.

Tout d'abord auprès de Monsieur F., puis auprès de Mesdames B. et Pa..

4.1.1 Monsieur F.

La chambre dans laquelle se trouvait Monsieur F. était baignée d'angoisse. Il y avait la sienne visible et celle palpable de sa famille, et la mienne, que je n'avais pas identifiée sur le moment.

C'est en réfléchissant à l'échec de l'apaisement de l'angoisse de Monsieur F. par le toucher, que je me suis aperçue que j'étais moi-même très angoissée à ce moment-là. Plusieurs angoisses étaient mélangées en moi : il y avait la mienne face à la mort que je rencontrais pour la première fois et l'angoisse face à mon attente de résultats tangibles ; mais j'étais également traversée par les angoisses de Monsieur F., et de sa famille, qui ont altéré mon état psychique. En effet, inconsciemment, la famille de Monsieur F. était également angoissée par lui, par l'« attente » de son décès, et par l'attente de résultats de ma part.

Le contexte n'était pas propice à une bonne prise en charge de l'angoisse par le toucher thérapeutique, nos angoisses se communiquant réciproquement *via* le dialogue tonico-émotionnel. Mon toucher n'était pas vecteur d'apaisement, étant moi-même angoissée. De plus, étant inconsciente de cette angoisse, je n'ai pas pu la réguler par un travail d'ancrage ou de respiration par exemple.

4.1.2 Madame B.

Au début de la prise en charge de Madame B., je n'ai pas identifié son angoisse. Elle était logorrhéique et parlait des choses qui l'inquiétaient, mais, corporellement, je n'observais pas d'angoisse de sa part. C'est après avoir demandé à A. de venir assister à une séance avec nous afin de m'aiguiller sur la prise en charge que j'ai pu identifier mes ressentis et les attribuer à Madame B.. En effet, je me tenais près de la porte pour lui signifier la fin de la séance après l'avoir saluée, mais elle continuait à parler, et je ne parvenais pas à m'en aller. Lorsque je ressortais de sa chambre, me sentais comme étouffée, avec un poids sur la poitrine, j'étais fatiguée, vidée.

Prendre conscience de cette angoisse m'a permis de la « digérer », de l'assimiler, de la mettre à distance par le langage lors de la conversation avec A.. C'est une fois cette mise à distance effectuée que j'ai pu élaborer cette angoisse et adapter ma posture. J'ai pu réinstaurer la distance thérapeutique faite d'empathie. Etant débordée par l'angoisse de Madame B., je n'avais pas su maintenir la fonction contenante adéquate. Elle a été restaurée suite à ma prise de conscience, ce qui a apaisé Madame B.. Lorsque j'ai pu évacuer l'angoisse de Madame B. projetée en moi, le cadre est redevenu contenant, ce qui lui a permis d'y déposer les siennes.

4.1.3 Madame Pa.

Suite à la première rencontre avec Madame Pa., plusieurs questions me sont venues. Ce questionnement représentait une mise en sens en tant que mécanisme de coping. Ce mécanisme regroupe l'ensemble « des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer des demandes spécifiques internes et/ou externes, vécues par le sujet comme menaçant, épuisant ou dépassant ses

ressources »⁸¹. Il s'agit d'un mécanisme de défense conscient contre un évènement émotionnellement chargé, ici ma propre angoisse de mort exacerbée par cette première rencontre avec Madame Pa. dans le cadre d'un soin confort en soins palliatifs.

A propos des séances suivantes, il me reste un sentiment de non-adaptation entre Madame Pa. et moi, comme si je n'avais pas pris le temps de m'ajuster à elle, tellement j'étais dans la recherche de stimulations. Je cherchais peut-être inconsciemment à ce moment-là à réinjecter de la vie chez Madame Pa., pour qui manifestement la pulsion de mort prenait le dessus sur la pulsion de vie (elle ne s'alimentait plus, ne buvait plus, ne parlait plus, n'ouvrait plus beaucoup les yeux). C'est ma propre angoisse de mort ou celle contaminante de Madame Pa., qui, à ce moment-là, je pense, m'ont poussée à cette inadaptation tonique.

Ces différentes situations montrent que l'angoisse peut contaminer le psychomotricien, qui n'est alors plus adapté à la relation thérapeutique jusqu'à ce qu'il élabore cette angoisse et la mette à distance. Les équipes, peut-être moins à l'écoute de leurs ressentis et moins formées à les conscientiser, sont plus à même de s'en trouver débordées.

4.2 ... l'équipe

Durant mon stage à l'EHPAD, j'ai pu observer plusieurs situations dans lesquelles les équipes semblaient contaminées par les angoisses des résidents.

4.2.1 Madame Pa.

Lorsque la décision a été prise de mettre Madame Pa. en soins palliatifs et de la sédaté afin qu'elle ne souffre plus physiquement et psychologiquement, la consigne a été donnée à l'équipe de passer la voir le plus souvent possible afin de l'accompagner dans ses

⁸¹ R. LAZARUS et R. SAUNIER, 1978, <https://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Coping>

derniers moments de vie. Rappelons que Madame Pa. n'ayant pas noué de liens avec d'autres résidents et sa famille ne venant la voir que très rarement, l'équipe était la seule à pouvoir véritablement l'accompagner au quotidien.

Bien que ces consignes aient été données, les soignantes n'allaient la voir que très rarement. Cherchant la raison de ce comportement, je leur ai posé la question. Les réponses tournaient souvent autour du manque de temps. Lors des transmissions soignantes la semaine suivante, j'ai proposé en accord avec la cadre de santé, de laisser la porte de Madame Pa. entrouverte. Je me disais qu'il serait plus facile et plus rapide pour les soignantes de passer voir Madame Pa. si sa porte était ouverte. Dans mon esprit, il est effectivement plus simple de passer la tête par la porte afin de saluer la patiente en allant faire un autre soin, plutôt que de prendre le temps d'y aller si la porte est fermée ce qui pourrait être perçu comme un soin en tant que tel. Psychologiquement, ce n'était pas la même impression, alors que dans les faits, le temps consacré était le même.

La décision a été prise de laisser la porte de Madame Pa. entrouverte. Cependant, les soignantes n'allaient toujours pas la voir. Parfois, je retrouvais même sa porte fermée. Les soignantes mettaient de la musique dans la chambre, sans doute pour marquer leur présence, faute de pouvoir faire mieux, c'est-à-dire proposer à Madame Pa. une présence effective.

Il apparaît, suite à cette situation, que l'angoisse des équipes ne leur permettait pas de supporter cette proximité avec la mort. Non pas qu'elles faisaient exprès « d'abandonner » Madame Pa., mais elles ne pouvaient pas faire mieux dans l'état actuel de leur angoisse. Cependant, la musique, objet partiel, représentait une stratégie palliative adaptée, qui, grâce à l'enveloppe audio-phonique et à l'écho aux bons objets

internes de Madame Pa., a pu marquer la présence apaisante des équipes auprès de cette dernière.

Dans ce contexte, je peux imaginer que les soins (tels que la toilette par exemple) apportés à Madame Pa. n'ont pas toujours dû être adaptés tonico-émotionnellement. Une transmission réciproque de l'angoisse a de ce fait pu mettre à mal la patiente et les équipes.

4.2.2 Madame J.

Lors de la séance improvisée avec Madame J. au salon, il est arrivé que des soignantes passent à proximité de nous. Respectant toujours une distance assez grande entre elles et nous, elles ne nous adressaient pas la parole. Elles pouvaient nous regarder, mais toujours furtivement, ou de loin dans une sorte d'analyse de la situation.

Dès lors que Madame J. s'est apaisée, nous avons recommencé à être investies par les soignantes. Elles ont recommencé à me parler, ou à contacter Madame J. par l'épaule, le bras, la parole, ou un simple sourire.

Outre le respect que ces soignantes manifestaient à notre égard pendant la prise en charge de l'angoisse de Madame J., je peux supposer qu'il s'agissait surtout d'une mise à distance physique et inconsciente de l'angoisse afin de s'en préserver. En effet, une fois Madame J. apaisée, le soin a continué quelques minutes, ce qui n'a pas empêché pas les soignantes de nous parler ou de la toucher.

Madame J., apaisée, ne représentait plus une « menace » pour l'intégrité psychique de l'équipe soignante qui a pu de nouveau entrer en relation avec elle.

4.3 Vers une contamination positive...

Suite à une « journée zen » (bar à tisanes, bar à « massages », musique douce...) adressée aux résidents et organisée par l'animatrice et la psychomotricienne, et la prise

en charge de Madame J. la semaine suivante, les équipes soignantes ont verbalisé le grand besoin d'en avoir une qui leur serait adressée. Ayant entendu cette demande, j'ai eu l'idée de leur organiser deux journées, une par équipe, afin d'apaiser les tensions psychocorporelles qu'elles peuvent rencontrer dans le cadre de leur profession. J'ai également proposé aux équipes administratives, d'entretien et de restauration de participer.

Installée dans la salle de kinésithérapie de l'EHPAD, je leur ai proposé des « massages » des parties du corps souhaitées (dos, nuque, visage, mains, pieds). Tantôt allongées, tantôt assises, elles ont pu profiter de « massages » à l'huile sur peau nue ou à travers leurs vêtements. Organisées par tranches de dix minutes afin de leur permettre de déranger le moins possible leur organisation de travail, elles pouvaient s'inscrire sur autant de tranches horaires souhaitées. Souvent, dix minutes étaient réservées, mais le temps a pu aller de vingt minutes à une demi-heure. Une tisane était proposée à la fin de la séance. Les temps individuels de « massage » se sont majoritairement déroulés l'après-midi, le matin étant trop contraignant en raison de la charge de travail.

Outre les « massages » en séance individuelle, des séances de relaxation en groupe d'une demi-heure étaient également proposées. Assises dans un endroit le plus calme possible dans l'EHPAD, une relaxation à guidance verbale était proposée avec une enveloppe musicale. Je leur proposais de s'inscrire dans l'ici et le maintenant. Je les invitais d'abord à prendre conscience de leurs points d'appuis, de leur respiration et de leurs tensions. Ensuite, à l'aide de l'image de la vague respiratoire, je les invitais à se détendre. La deuxième partie de la séance tournait autour de l'imaginaire avec la visualisation d'un voyage dans un endroit de leur choix. Une reprise douce par la respiration et le mouvement clôturait la relaxation. Une tisane était également servie à

la fin de la séance. Un temps de verbalisation était proposé, mais n'a pas toujours été investi.

D'excellents retours ont été faits à propos de ces journées, les équipes appréciant cette attention de prendre soin tournée vers elles. Cela a contribué à un mieux-être psychocorporel de ces dernières éloignant l'angoisse contaminante provenant des résidents et l'angoisse défensive venant de leur part.

Le but de ces journées était une « contamination positive » de la détente par le dialogue tonico-émotionnel. La contamination négative des équipes par l'angoisse des résidents est enrayée, et les résidents s'en trouvent affectés positivement par le dialogue tonico-émotionnel mis en place durant les soins. Tout cela, à terme et si ces journées étaient proposées de manière récurrente, pourrait instaurer un cercle vertueux contre l'angoisse généralisée souvent retrouvée en EHPAD.

5. Quand le psychomotricien doit lâcher prise...

Le psychomotricien, nécessairement et irrémédiablement humain, n'est pas omnipotent.

5.1 L'impuissance du psychomotricien

Face à certaines situations, telles que la mort ou les contraintes institutionnelles, le psychomotricien peut se trouver démuné. Il doit apprendre à lâcher prise et prouver sa grande adaptabilité et malléabilité.

5.1.1 Face à la mort

La mort est un phénomène naturel et inéluctable. Le psychomotricien, comme ses patients en fin de vie, y est nécessairement soumis. Il faut alors qu'il soit suffisamment préparé à la côtoyer sans désirer entraver son cheminement. Il ne doit pas lui-même, du moins perceptiblement, être angoissé par elle, sans quoi cela se ressentira dans son

toucher. Il doit en quelque sorte l'avoir apprivoisée, ne pouvant pas s'y soustraire et y soustraire ses patients.

Nous pouvons voir, avec le cas de Madame Pa., que le psychomotricien qui n'est pas au clair avec la mort prochaine de son patient se trouve dans une inadaptation tonique et tonico-émotionnelle totale ou partielle avec les besoins de ce dernier. Il proposera des stimulations désadaptées et projettera peut-être même sa propre angoisse sur le patient.

5.1.2 Face aux contraintes institutionnelles

L'Institution, macro-fonctionnement régit par des personnes qui ne sont pas nécessairement formées au soin et au terrain, ne correspond pas toujours aux besoins réels des soignants et représente une contrainte au fonctionnement de leurs soins.

Une demande toujours plus grande de quantité de soin est formulée face au nombre de résidents et aux pathologies qu'ils présentent. Cette situation peut mettre à mal la disponibilité psychocorporelle des soignants et, *a fortiori*, la qualité de leurs soins et de leur toucher.

Dans cet EHPAD, A., la psychomotricienne, est présente à mi-temps. Elle passe, sur ce temps partiel, beaucoup de temps en réunion ou à faire face aux contraintes administratives, ce qui diminue fortement son temps de prise en charge. Elle voit donc moins de patients, et un sentiment de frustration est perceptible qui peut, à terme, perturber le bon fonctionnement et la qualité de sa pratique.

A l'EHPAD, la psychomotricienne subit également un glissement de fonction, c'est-à-dire qu'elle prend en charge, en plus de la demande psychomotrice, la demande en ergothérapie. Il lui arrive également de servir ou de débarrasser les repas face à la demande de transversalité des équipes.

Le psychomotricien doit apprendre à lâcher prise sur les contraintes institutionnelles qui ne sont pas de son ressort afin d'avoir une qualité de vie professionnelle et de pratique qui soient les plus optimales possibles.

5.1.3 Le psychomotricien, super-héros, super-ego

J'ai pu, durant l'année, découvrir l'impuissance du thérapeute lors de certaines situations, et dû apprendre à lâcher prise sur l'image de « psychomotricien-magicien » que j'ai pu me faire durant mes études.

D'abord avec Monsieur F., où je n'ai pas pu mettre à bien mon intention de diminuer son angoisse, puis avec Madame Pa. avec qui je n'ai pas réussi à entrer en relation de manière efficiente afin de l'apaiser. L'hypertonie parkinsonienne dont elle souffrait a compliqué le dialogue tonico-émotionnel, et j'ai dû apprendre à lâcher prise quant à mon désir de la détendre, cet abaissement du tonus n'étant neuro-physiologiquement pas accessible pour elle.

A l'heure actuelle et depuis quelques semaines, Madame B. refuse mes prises en charge, ce qui a éveillé chez moi un grand acharnement à en comprendre les raisons. J'ai provoqué la réunion interdisciplinaire à propos de son cas et je continue à aller la solliciter chaque semaine. Je pense, dans ce cas, non pas être dans une situation de compassion envers elle, mais souffrir d'une « fureur thérapeutique »⁸². Il s'agit d'une incapacité du thérapeute à arrêter les prises en charge, voulant à tout prix soigner le patient. Il m'est difficile de supporter l'idée de ne rien faire pour Madame B. et que le mieux, thérapeutiquement, est de respecter sa demande de tranquillité et de temps. Je dois alors retrouver mon autonomie, c'est-à-dire réussir à me détacher d'elle.

⁸² P. PRAYEZ, 1986

Le psychomotricien doit apprendre à lâcher prise, n'étant pas enclin à imposer une prise en charge sans le consentement du patient. Il doit entendre la décision de ce dernier, et mettre son ego de côté.

Parallèlement, il doit axer sa pensée autour de ce qu'a énoncé Epicure : « Celui qui ne sait pas se contenter de peu ne sera jamais content de rien ». Il faut se satisfaire des plus petites manifestations et ne pas attendre nécessairement de grandes démonstrations de changement de la part du patient. C'est, par exemple, le petit temps de silence accessible par Madame B. après quelques séances, ou le visage apaisé de Madame Pa. à la fin de la sieste.

5.2 Les limites du toucher

5.2.1 Le toucher, médiation non systématique

Le toucher est une médiation qui m'est très automatique et naturelle. Elle représente, pour moi, un bon moyen de prendre en charge l'angoisse des patients. Cependant, pour plusieurs raisons, elle n'est pas nécessairement indiquée et adaptée pour tous les patients.

5.2.1.1 Contexte culturel et générationnel

Les personnes âgées sont issues d'une génération où le toucher était moins usuel, surtout dans nos pays européens très marqués par le sceau psychanalytique. Parfois, même entre parents et enfants, le toucher était une marque d'affection exceptionnelle. De ce fait, n'ayant pas été habituées à être touchées, les personnes âgées sont moins en demande de stimulations tactiles que les jeunes générations. Cela peut provoquer, surtout dans un contexte institutionnel, une problématique de solitude tactile.

Cette utilisation parcimonieuse du toucher peut-être comprise à travers un concept apporté par S. FREUD et la psychanalyse. L'interdit du toucher, le tabou du toucher

même, est un principe abordé dans *Totem et Tabou*. Ce principe se base sur l'intégration de l'interdit de l'inceste. Le fait que le thérapeute, en psychanalyse, ne doive pas toucher son patient, du moins doive le toucher avec une technicité et un professionnalisme à toute épreuve, peut lui faire oublier les enjeux psychoaffectifs et relationnels qui y sont sous-tendus. Le psychomotricien, avec le toucher thérapeutique, modifie le cadre du soin habituel et autorise un toucher libre mais cadré : il prend la posture du castrateur qui permet le toucher sans la dérive incestueuse. Le patient est mis en sécurité dans le cadre et la relation thérapeutique, où l'érogénèse contenante peut avoir lieu sans crainte. Le fait d'interdire le toucher lui confère la place désirable du fruit défendu qui bien entendu est désiré. Défendre à tout prix le toucher tiendrait davantage de l'érotisation que de l'érogénèse.

Le tabou du toucher a représenté une règle importante en terme de soin pendant plusieurs décennies, du moins dans le cadre des soins psychanalytiques et psychothérapeutiques. Le toucher pouvait lieu dans des prises en charges techniques telles que la kinésithérapie (où le soin fonctionnel s'axe sur une articulation ou un muscle non sur la personne en elle-même, ses ressentis ou émotions...) ou la médecine (dans ce milieu d'ailleurs, le toucher est défini comme un protocole d'exploration, par exemple le toucher rectal ou le toucher vaginal, qui sont bien loin de toute considération psychoaffective mais de ce fait est sécurisant pour le patient). Le toucher avait surtout lieu lors de prises en charges où la fonctionnalité ou la rééducation prévalaient sur la portée psycho-affective et relationnelle de celui-ci. L'organe était touché, soigné, pas la personne. Le toucher n'était que très peu utilisé lors de soins psychiques. P. PRAYEZ, en 1994 dans *Le toucher en psychothérapie*, a participé à la mise en place du toucher dans les soins psychothérapeutiques, ce qui a contribué à le démocratiser.

A. MONTAGU, dans *La peau et le toucher*, concernant le déclin de l'utilisation des berceaux autour de 1916 selon les travaux de L. E. HOLT (pédiatre américain), dit : « Toute sentimentalité devrait être écartée, car chaque preuve d'amour et chaque contact physique intime rendrait l'enfant trop dépendant de ses parents. [...] Il ne fallait pas gâter les enfants par trop d'affection. [...] Les pédiatres conseillaient aux parents d'adopter une attitude symboliquement distante envers leurs enfants, en maintenant toujours entre eux un écart de la longueur d'un bras [...] Chez nous, l'usage du berceau cessa lorsque devint à la mode l'idée que câliner un bébé, le caresser ou le bercer pouvait mettre en danger son développement d'individu indépendant et bien élevé ». ⁸³ Ce mode de pensée représentait la bonne conduite à suivre selon les thérapeutes d'une époque où le comportementalisme était en plein essor. Il a aussi été repris et vulgarisé par les écoles de puériculture, les infirmières et les grands magazines féminins de l'époque. De nombreux parents ont, de ce fait, pu s'en inspirer pour leur modèle éducatif et l'intégrer dans leurs habitudes personnelles. Les personnes âgées d'aujourd'hui sont peut-être ces enfants qui ont été élevés autour des « bienfaits du non toucher ». Cela peut expliquer certaines de leurs réticences vis-à-vis de la médiation toucher thérapeutique en psychomotricité, n'en ayant pas l'habitude (surtout si elles tendent vers une régression qui leur rappellerait les habitudes qu'elles avaient enfant).

Madame B., illustre bien la désuétude du toucher dans son mode de fonctionnement : outre le fait qu'elle « rejette » cette médiation car elle lui fait penser à son défunt mari, il ressort également de son discours et de son langage infra verbal qu'elle n'en a pas

⁸³ A. MONTAGU, 1979, p.99-100

la coutume. Je fais l'inférence ici qu'il s'agit du tabou du toucher dans lequel elle a pu baigner durant sa vie.

Cette année, avant chaque début de prise en charge où se posait la question du toucher comme médiation, je me questionnais sur les habitudes et les mœurs familiales autour de cette pratique.

Au contraire de Madame B., Madame Po. semble avoir vécu dans un cadre où le toucher était journalier, son époux étant kinésithérapeute. Pour elle, le toucher semblait une médiation toute indiquée.

Nous pouvons donc, parfois, assister à un choc générationnel entre l'approche de la personne âgée pour qui le toucher est interdit, tabou, et celle du psychomotricien qui en prône les bienfaits et le bienfondé. Il est nécessaire pour le psychomotricien de s'adapter à la personne qui lui fait face, à sa façon de penser et d'aborder la médiation, sans la lui imposer parce qu'il la pense ajustée.

5.2.1.2 Histoire de vie du patient

En fonction de son histoire de vie, le patient n'est pas toujours enclin à recevoir positivement cette médiation. En effet, par goût personnel, habitude, ou suite à un passé violent, le toucher peut lui sembler trop intrusif, ce qui majorera son angoisse plutôt que de l'apaiser. Un travail aurait dû être fait antérieurement pour supprimer cette problématique. Devant le grand âge de certains patients et leur situation psychocorporelle, il peut être préférable d'envisager une autre médiation. Le psychomotricien n'est pas là pour imposer sa médiation au patient, mais pour l'adapter à lui, à ses besoins et préférences. Un grand travail d'écoute corporelle est indispensable lorsque le patient n'est plus en mesure d'exprimer verbalement son déplaisir quant à cette médiation.

5.2.1.3 Cadre thérapeutique et disponibilité psychocorporelle du psychomotricien

Le toucher, même adapté aux besoins du patient et à ses affinités, peut être délétère dans le cas où le psychomotricien ne peut réguler sa posture, son émotion, son toucher. Je fais ici références aux cas de Monsieur F. et de Madame B., où mon cadre thérapeutique et ma disponibilité psychocorporelle n'étaient pas optimaux ; ce qui a empêché la bonne prise en charge de l'angoisse par le toucher thérapeutique. Le psychomotricien doit analyser sa posture avant le soin et prendre la décision qui en découle afin d'adopter la bonne attitude thérapeutique vis-à-vis du patient et de la situation.

5.2.1.4 Défense de toucher !

Parfois, le toucher prévu peut ne pas être adapté aux besoins des patients. Le psychomotricien doit, parfois, accepter d'être impuissant face à une situation.

Suite à la situation exposée *infra* en clinique à propos de Monsieur F., nous sommes retournés le voir à l'hôpital. Nous l'avons trouvé dans un état extrêmement différent de celui dans lequel nous l'avions laissé. Il était alors dans une phase de regain, euphorique, explosé, j'avais une impression d'éparpillement. Le toucher ne m'est pas venu à l'esprit, alors qu'il aurait certainement apporté un apaisement à Monsieur F., peut-être pas directement sur le plan de l'angoisse, mais par rapport à une contenance, à un ressenti apaisant d'une enveloppe solide. Je fais l'inférence ici que son vécu pouvait être anxiogène, malgré le visage très souriant et les joues colorées qu'il présentait. Je me rappelle une parole de sa petite-fille (qui est infirmière et malheureusement coutumière de la fin de vie) me disant « Ce n'est pas lui », avec comme sous-entendu flagrant « Ce n'est *plus* lui » ; comme s'il était déjà parti. Les mouvements psychiques inconscients à l'œuvre à ce moment entre la vie repoussant

cette mort approchant font sauter les barrières du Surmoi. Monsieur F. auparavant pudique, calme et pondéré, ne l'était plus à ce moment-là. Je peux imaginer que comprendre dans l'œil de sa petite-fille, et ce inconsciemment chez les deux protagonistes bien-sûr, qu'il était « déjà » parti pour elle, a peut-être exacerbé la pulsion de vie et l'angoisse de mort. Ceci n'est qu'une hypothèse de ma part, soumise à mon interprétation et à ma subjectivité filtrée par mon propre inconscient. Le toucher, lors de cette situation, ne m'est pas venu à l'esprit. A y réfléchir, je pense qu'effectivement, il n'était pas adapté au cadre. Même s'il avait apporté une contenance à Monsieur F., il aurait fallu un cadre thérapeutique plus strict afin de parvenir à l'apaiser. Le fait que soit lors d'une situation personnelle et en présence d'un membre de sa famille n'était pas propice au toucher thérapeutique apaisant et contenant. De plus, je me demande si cela n'aurait pas exacerbé une sorte d'excitation sexuelle (au sens freudien) et aurait conféré à ce toucher l'effet inverse à celui voulu. Dans cette situation, le psychomotricien doit accepter son impuissance à prendre en charge l'angoisse par le toucher thérapeutique.

Dans le cas de Madame Pa. à l'heure de sa séance, je l'ai trouvée endormie dans son lit. Je ne sais pas, à vrai dire, si elle dormait réellement ou si elle cherchait un état de conscience altéré afin de se retirer du monde. J'ai essayé de la contacter doucement, comme d'habitude, afin de voir si elle se « réveillait ». Face à son absence de réaction, j'ai réfléchi au bien-fondé de la sortir de sa torpeur. Le toucher stimulant habituellement proposé me semblait alors très mal venu, faisant sauter cette défense mise en place par Madame Pa.. J'ai proposé un contact contenant et léger à Madame Pa., posant ma main sur la sienne. Je suis restée ainsi quelques minutes afin qu'elle puisse sentir ma présence et ma contenance. Je l'ai ensuite laissée seule afin de

respecter ce que j'avais ressenti comme un besoin de tranquillité de la part de Madame Pa..

Le psychomotricien doit réellement accepter de mettre ses désirs et projets à distance afin de proposer au patient la séance qui lui est la plus adaptée, même si ce n'est pas ce qui était prévu.

5.3 En route vers l'autonomie...

La prise en charge psychomotrice, en générale mais particulièrement celle de l'angoisse grâce au toucher thérapeutique, est basée sur sa finitude.

5.3.1 Le toucher, médiation à durée déterminée

Le toucher est, selon moi, une médiation passerelle vers une autre médiation qui conférerait au patient une plus grande autonomie dans la prise en charge de son angoisse. Il me semble que le toucher doit être une médiation transitoire, retraçant le devenir du toucher durant l'enfance : au début de la vie, le bébé est assujéti aux soins de sa mère, puis gagnant en autonomie grâce au langage et à la marche, il s'éloigne d'elle et est quantitativement moins touché. De même, la prise en charge psychomotrice de l'angoisse par le toucher thérapeutique, lorsque l'état du patient le permet, doit de mon point de vue tendre vers une autonomie de sa part.

Cependant, lorsque le patient est tellement angoissé ou régressé qu'il n'est plus capable par lui-même d'apaiser son angoisse, le psychomotricien par le toucher, peut proposer un accompagnement corporellement étayant qui ne laisse pas d'espace dans la relation où pourrait s'introduire l'angoisse tout comme le nouveau-né soigné par sa mère. Une fois que cette angoisse s'est atténuée, le patient n'a plus besoin d'un étayage si fort et rapproché et peut redevenir (si son état le permet) acteur de sa prise en charge comme l'enfant plus grand devient autonome vis-à-vis des soins maternels.

D'abord touchée durant tout le long de la séance, Madame B. a pu accéder à une plus grande distance physique avec moi. Je lui proposais alors une relaxation à guidance verbale, ma voix prenant le relais de mes mains dans la recherche de contenance. Je pense que si Madame B. avait continué à investir nos séances, je ne lui aurais plus, à terme, proposé un toucher, ou lui aurais montré comment s'apaiser elle-même par le toucher (auto-massage des mains ou du visage).

Parfois le temps de l'autonomie est dépassé - lors de la toute fin de vie notamment - et l'accompagnement par le toucher se fait jusqu'à la fin, car il est le dernier mode de communication accessible économiquement par le patient. C'est ce qu'il s'est passé avec Madame Pa.. Dans ce cas, l'autonomie du patient n'est plus la priorité quant à la fin de la prise en charge, mais l'accompagnement vers un décès le plus apaisé possible.

CONCLUSION

Le toucher thérapeutique est une médiation psychomotrice adaptée à la prise en charge de l'angoisse en fin de vie. Il répond aux différentes formes d'angoisse retrouvées chez les personnes âgées institutionnalisées à savoir l'angoisse de mort, l'angoisse d'abandon et l'angoisse de castration. Le toucher est également adapté dans la mesure où il représente un moyen de communication économique pour le patient, étant le sens à rester le plus efficient en fin de vie. La prise en charge de l'angoisse, dans toutes ses formes, dépend des circonstances dans lesquelles le toucher thérapeutique est proposé. Les deux protagonistes du soin doivent, ensemble, se trouver dans une bonne disponibilité psychocorporelle et dans un cadre thérapeutique favorable. Lorsque la prise en charge psychomotrice se déroule dans les bonnes conditions, le toucher thérapeutique fait écho à la dyade mère-bébé du patient et réveille ainsi la mémoire corporelle liée à l'apaisement du soin maternel. Le psychomotricien, de par sa posture contenante et maternante, devient bon objet partiel et fait écho aux bons objets internes du patient, ce qui favorise l'abaissement de l'angoisse de ce dernier. Le psychomotricien doit également se trouver dans une disposition psychocorporelle favorable, c'est-à-dire lui-même avoir apprivoisé l'idée de la mort. Il doit de même pouvoir prendre du recul afin de ne pas être contaminé par l'angoisse du patient et ainsi avoir un dialogue tonico-émotionnel ajusté. Aucun résultat n'est négligeable, la moindre amélioration est une victoire pour la prise en charge psychomotrice. Le thérapeute doit accepter sa non toute-puissance ; le retour à l'autonomie de la personne âgée, son décès, son refus ou des contraintes trop importantes et un cadre inadapté sont possibles et peuvent rendre le toucher thérapeutique inutile voire délétère. Le psychomotricien doit accepter de mettre fin à la médiation toucher thérapeutique si celle-ci ne convient plus aux besoins du patient et s'orienter vers une autre médiation.

Cependant, il apparaît suite à mon expérience de cette année que le toucher thérapeutique serait une médiation adaptée à la prise en charge de l'angoisse en fin de vie, lorsque le psychomotricien a pris soin de réunir les conditions favorables au soin. Si cette médiation se montre inadaptée dans la prise en charge de l'angoisse d'un patient, il serait intéressant de réfléchir à la pertinence de la médiation balnéothérapie.

BIBLIOGRAPHIE

ANZIEU D. (1985). *Le Moi-Peau*. Paris : Dunod.

BONNETON-TABARIES F. et LAMBERT-LIBERT A. (2013). *Le toucher dans la relation soignant-soigné* (3^{ème} édition). Paris : Med-Line Editions.

CHARPENTIER E. (2014). *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*. Paris : De Boeck Supérieur.

COCAIGN V. (2019). Référence cours : *La psychomotricité en soins palliatifs*.
Recueil inédit. IFP Pitié-Salpêtrière. Paris.

COSTE J-C. (1976). *Les 50 mots clefs de la psychomotricité*. Toulouse : Privat.

DOLTO F. (1998). *Parler de la mort*. Paris : Mercure de France.

M'UZAN de M. (1977). *De l'art à la mort*. Domont : Gallimard.

MEUNIER L., MICHEL B., DUNTZE F. et MEYNARDIER J. (1990).
Vieillesse cutané. Montpellier : Vigot.

MONTAGU A. (1979). *La peau et le toucher*. Paris : Editions du Seuil.

PRAYEZ P. et SAVATOFSKI J. (2017). *Le toucher apprivoisé* (4^{ème} édition). Paris :
Lamarre.

PRAYEZ P. (1994). *Le toucher en psychothérapie*. Marseille : Hommes et
Perspectives.

RENAULT M. (2002). *Soins palliatifs : questions pour la psychanalyse*. Paris :
L'Harmattan.

THIEFFRY S. (1973). *La main de l'homme*. Paris : Hachette.

SITOGRAPHIE

- CAUJOLLE M-S. (2016). *Analyse du « Moi-Peau » de Didier ANZIEU*. Consulté le 22/04/2019 sur <https://www.cabinetosteopathiehyeres.fr/2016/06/13/1-ost%C3%A9opathie-et-la-grossesse/>
- CHARPENTIER E. (2013). *Toucher thérapeutique et psychomotricité : soutien de l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée*. HAL Id: dumas-00921476 <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00921476>
- CICCONE A. (2001). *Enveloppe psychique et fonction contenant : modèles et pratiques*. Cahiers de psychologie clinique, 17(2), 81-102.
doi:10.3917/cpc.017.0081.
- COUDERC P. *L'angoisse de mort*. Consulté le 22/04/2019 sur <https://www.psychoparis.com/les-troubles/langoisse/langoisse-de-mort/>
- GIFFARD D. *Œdipe et complexe d'Œdipe*. Consulté le 22/04/2019 sur <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/document/psychologie/oe-dipe.htm>
- INPES. (2009). *Soins palliatifs et accompagnement*. Consulté le 22/04/2019 sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/933.pdf>
- JOLY V. et BRECHET S. *Le Moi-Peau, Didier Anzieu*. Consulté le 22/04/2019 sur <http://psy-enfant.fr/le-moi-peau-didier-anzieu/>
- LAZARUS R. et SAUNIER R. (1978). Consulté le 23/04/2019 sur <https://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Coping>

LESOEURS G. (1985). *Le MOI-PEAU* Didier Anzieu. Consulté le 22/04/2019 sur [https://www.psychanalyse.com/pdf/LE%20MOI%20PEAU%20\(3%20Pages%20-%20406%20Ko\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/LE%20MOI%20PEAU%20(3%20Pages%20-%20406%20Ko).pdf)

MELANIE KLEIN TRUST. *Les objets internes*. Consulté le 23/04/2019 sur <http://www.melanie-klein-trust.org.uk/objets-internes>

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. *La fin de vie*. Consulté le 22/04/2019 sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/>

PELISSOLO A. et LOAS G. *Crise d'angoisse aiguë et attaque de panique*. Consulté le 22/04/2019 sur <http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem4/module11/sem2/M11Q191-PANIQUE.pdf>

PIREYRE E. *L'image du corps : monolithique ou composite ?*. Consulté le 22/04/2019 sur <http://guide-psycho.com/app/download/5781481911/Article+image+du+corps+pour+EP+25-09-08.pdf>

PLOCINIAK L. *La psychomotricité auprès de la personne âgée démente anxieuse en EHPAD: les médiations bain et toucher thérapeutique comme supports de l'accompagnement*. Médecine humaine et pathologie. 2015. <dumas-01195842>

RAMIREZ L. (2015). *Angoisses archaïques et représentations du corps*. Consulté le 01/05/2019 sur http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/89f4cb3d-9000-4df1-ad90-d4b9cdd145c8/blobholder:0/Mp_2015_RAMIREZ_Lea.pdf

ROJAS L. *Quand le toucher s'invite dans la rencontre de " l'entre-deux " en soins palliatifs*. Médecine humaine et pathologie. 2016. <dumas-01359517>

SCIALOM P. *L'image du corps : monolithique ou composite*. Consulté le 22/04/2019 sur <http://guide-psycho.com/accueil/psychomotricite/les-angoisses-corporelles-archa%C3%AFques-e-pireyre/>

Site « psychologie.com », consulté le 22/04/2019 sur <https://www.psychologies.com/Dico-Psycho/>

TOTSIVINT I. (1996). « *Des sensations à fleur de peau* » ou l'importance du toucher dans une pratique psychomotrice auprès des personnes âgées. Consulté le 22/04/2019 sur <http://extranet.isrp.fr/memoires/pdf/-Des-sensations-a-fleur-de-peau-.pdf>

ZIELINSKI A. (2009). *La compassion, de l'affection à l'action*. *Études*, tome 410(1), 55-65. Consulté le 22/04/2019 sur <https://www.cairn.info/revue-etudes-2009-1-page-55.htm>.

RESUME

La fin de vie, en Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes, s'accompagne d'une angoisse polymorphe qui peut être prise en charge par le psychomotricien par le biais de la médiation toucher thérapeutique.

Dans la plupart des cas, ce soin sera efficient si les bonnes conditions ont préalablement été réunies par le psychomotricien, et en particulier la disponibilité psychocorporelle du duo patient-thérapeute. Le psychomotricien devra, de plus, faire face à certaines contraintes et notamment accepter les limites de sa médiation et savoir en envisager une autre.

Mots clefs : peau, toucher, angoisse, personne âgée, holding

ABSTRACT

The end of life, in an Accommodation Establishment for Dependent Elderly Persons, goes with a polymorphic anguish that can be taken care of by the psychomotor therapist through therapeutic touch mediation.

In most cases, this care will be efficient if the right conditions have been previously set by the psychomotor therapist, especially the psychocorporeal availability of the patient-therapist duo. The psychomotor therapist will also have to cope with certain constraints, such as accepting the limits of his mediation and being able to consider another one.

Key words : skin, touch, anguish, old people, holding