



HAL
open science

Devenir psychomotricien, un long chemin avec l'autre et soi-même OU Comment appréhender la démarche d'accompagnement en Soins palliatifs

Paul Cortes

► To cite this version:

Paul Cortes. Devenir psychomotricien, un long chemin avec l'autre et soi-même OU Comment appréhender la démarche d'accompagnement en Soins palliatifs. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02271168

HAL Id: dumas-02271168

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02271168>

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

75364 Paris Cedex 14

Devenir psychomotricien, un long chemin avec l'autre et soi-même.

OU

Comment appréhender la démarche d'accompagnement en Soins palliatifs.

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien
par Paul CORTES

Référent de Mémoire : Laure Ouchacoff

Session Juin 2019

Remerciements

Un merci amoureux à ma femme pour m'avoir accompagné et épaulé durant ces deux dernières années. Soutien indéfectible qui loge encore en ce jour au plus profond de moi.

Un gigantesque merci à mes amis de cœur qui étaient là avant, pendant, et j'espère demeureront après cette aventure en psychomotricité. Alexis, Gaëlle et Donovan.

Un merci groupal à ma belle-famille pour m'avoir accueilli dans un amour si contenant.

Une reconnaissance notoire pour toutes ces belles âmes qui m'ont nourri de leurs présences durant la formation. François, Marie, Lisa, Lucas, Maxime, Morgane, Annabelle, Emilie et bien d'autres...

Un merci à tous les relecteurs pour leurs retours constructifs, ainsi qu'un merci à ma maître de mémoire pour ces riches échanges.

A tous les étudiants, professeurs, et toutes autres rencontres informelles qui ont participé à la croissance de mon être.

Un profond remerciement à Véronique Cocaïgn pour m'avoir fait cheminer dans ma posture professionnelle dans un respect et une intelligence humaine remarquable.

Un grand Merci à l'équipe mobile pour m'avoir inclus dans une chaleur humaine et humanisante.

A Manon Vernay, pour son écoute, sa sensibilité et son ouverture d'esprit.

A tous ces humains dont la route a croisé la mienne pour cause de souffrance. Eux qui m'ont appris à revoir ma manière de pensée, à remettre du déséquilibre là où je croyais être stable. A ces pédagogues de l'invisible qui m'ont poussé indirectement à mieux me connaître afin d'être à même de les connaître eux. Vivants comme décédés, je vous adresse une reconnaissance sans nom.

Et enfin, à ma Mère dont les graines semées en moi ont germé sous un soleil nouveau, abritées dans la serre d'une formation. Merci.

Table des matières

Avant-propos	3
Introduction	5
I/ L'identité, une construction relationnelle	6
1/ L'identité	6
a) Définition	6
b) Une construction dans l'échange	7
2/ La relation	8
a) Définition	8
b) La relation soignant-soigné	9
3/ La relation en psychomotricité	10
a) Holding et handling	10
b) L'accordage affectif	10
c) L'implication corporelle	11
d) Le cadre, une structurante limite pour accueillir et transformer un vécu	12
4/ Les acteurs dans la relation de soin	14
a) Les acceptations de la personne soignée	14
b) Les acceptations de la personne soignante	15
II/ Les bases théoriques	18
1/ Théories Philosophiques	18
a) Une démarche heuristique	18
b) La phénoménologie	21
2/ De la psychanalyse à la psychomotricité	22
a) Théorie psychanalytique : <i>La furor therapeuticus</i> ou la compréhension d'un tissage entre vie personnelle et professionnelle	22
b) Théorie psychomotrice : Le contre-transfert corporel	24
III/ Immersion en Soins palliatifs	28
1/ Une autre approche du soin	28
a) Présentation historique	28
b) Une inscription sociale	29
2/ L'équipe Mobile d'accompagnement en Soins Palliatifs (UMASP)	30

a) Son rôle dans l'hôpital	30
b) La psychomotricité dans l'UMASP	31
IV/ La clinique palliative	33
1/ Rencontre avec Monsieur B.	33
a) Une ouverture dans le monde palliatif	33
b) Un apprentissage de non- appartenance	35
c) Les mécanismes de défense	36
2/ Rencontre avec Madame H.	38
a) Un suivi où la rencontre s'installe	38
b) Articulation entre processus créatif et construction identitaire psychomotrice	42
3/ Rencontre avec Madame R.	45
a) Le massage, un premier contact	45
b) Le dialogue tonique ou dialogue tonico-émotionnel	49
c) Le Moi-peau	52
d) Le contrôle, une défense maniaque ?	54
e) Le dessin, un support à la rencontre	56
4/ Rencontre avec Madame M.	60
V/ Discussion	79
1/ Fragments autobiographiques	79
2/ La réciprocité transformatrice	83
3/ Le deuil, un concept à plusieurs niveaux	84
4/ Tentative d'une modélisation de la relation thérapeutique	86
Conclusion	87
Annexes	88

Avant-propos

Tout d'abord, j'ai cherché à comprendre le pourquoi de cette appellation « mémoire ». En effet, à quel(s) souvenir(s) devais-je donc me référer ou alors qu'avais-je donc à sélectionner ici pour m'en rappeler ultérieurement ? Quelle place octroyer à Mnémésis, cette déesse grecque garante du souvenir ? Constatant que la mémoire est un processus vivant et sujet à de nombreux remaniements, j'ai fait le lien avec ce travail de rédaction retranscrivant des pensées théorico-cliniques, elles même toujours en mouvance, signe également d'un développement identitaire. Dans ce cheminement, je me suis questionné sur l'étape à laquelle intervient ce travail dans mon parcours étudiant. Symbole de la fin de cette identité estudiantine pour ouvrir celle de la professionnalisation.

Distinctes bien que reliées, ces identités en réalité se répondent mutuellement et se coconstruisent déjà par la mise en pratique clinique sur les lieux de stage. Pour ma part, stage en soins palliatifs.

Convoquant la notion de la mort donc de la finitude, cette idée rejoint celle du « mémoire » dépositaire de la fin de formation. Réalisant qu'un écrit transcende le temps, je me suis avoué que ce travail est en fait un hommage à tous les patients rencontrés durant ma formation, ainsi qu'une restitution de leurs importances dans ma construction de psychomotricien. Mémoire en souvenir de ceux qui l'ont façonné, voilà la manière dont je conçois cette production de connaissance. C'est dans cet esprit où les identités s'entrecroisent par la rencontre entre patients et soignants mais aussi entre les différentes instances du soignant que j'entreprends ce « mémoire ».

Car si le choix de nos études n'est pas un hasard, le choix du lieu de stage de troisième année l'est encore moins. Il m'apparaît dès lors nécessaire de comprendre que les patients rencontrés, nous obligeant à élaborer sur leur problématique, participent activement à la construction de l'identité soignante. Qui plus est, au-delà de cette instance professionnelle, c'est notre humain tout entier qui se trouve enrichit.

« Il était d'avis cependant qu'il valait mieux être à la charge des autres que mourir. Mais cela ne prouvait qu'une chose : que, sans doute, il n'avait jamais été à la charge de personne. »

L'envers et l'endroit d'Albert Camus.

Introduction

Se mettre à la place de l'autre, voilà ce que Camus nous expose dans ces lignes. Pourtant loin d'une démarche soignante, bien que conscient de la place de malade car souffrant lui-même de tuberculose pour un temps, l'auteur ne vient-il pas questionner qu'au préalable de l'engagement thérapeutique, préside la connaissance de ce que « être à la charge des autres » signifie ? Autrement dit, quelles conséquences pour et autour du malade dans cette prise en charge ? Etirant ce questionnement du côté soignant, il convient dès lors de réfléchir à la responsabilité que recouvre pareil statut. Car être patient, c'est autorisé pour au moins un soignant à l'accompagner. Ainsi, on ne se construit pas une identité soignante seul, mais bien dans la relation avec l'autre qui nous autorise à « le prendre en charge ». Mais est-ce la seule condition pour devenir thérapeute ?

Dès lors, plus spécifiquement, comment se construit l'identité psychomotrice dans la relation soignant-soigné ?

Et si proposer un soin c'est avant tout rencontrer l'autre, n'existe-t-il pas une nécessaire rencontre du thérapeute avec lui-même ?

La connaissance de soi permettrait-elle alors de se situer plus précisément dans la relation à l'autre, faisant ainsi de la rencontre, une ouverture sur la démarche d'accompagnement ?

Et enfin, ce cheminement aux côtés du patient ne viendrait-il pas faire cheminer le thérapeute lui-même dans sa quête identitaire soignante ?

C'est dans cette perspective de réciprocité de cheminement que ce mémoire propose de se déployer. Elaboré selon une démarche heuristique, c'est une part importante de subjectivité qui sera énoncée ici. Des outils et conceptions théoriques seront évidemment présents afin d'étayer cette pensée.

Nous débuterons en définissant les termes énoncés dans la question centrale, afin d'apporter un éclairage sur l'angle spécifique qu'elle interroge. Puis nous appréhenderons les différentes théories qui ont servi de toile de fond à la démarche heuristique. Une partie sera alors dédiée à expliciter cette dernière afin d'en comprendre le sens. Nous plongerons par la suite dans le monde palliatif, et découvrirons des descriptions clinico-théoriques, pour enfin aborder une discussion où une tentative de réponse plus personnelle sera amorcée.

I/ L'identité, une construction relationnelle

1/ L'identité

a) Définition

Tout d'abord, le concept d'identité tel qu'on le connaît est récent, puisque la recherche scientifique sur ce thème a débuté après la seconde guerre mondiale. Plusieurs champs des sciences humaines se sont alors intéressés à ce domaine. La psychologie avec ERICKSON, la sociologie avec GOFFMAN et plus tardivement l'anthropologie avec LEVI-SRAUSS pour ne citer qu'eux.

Actuellement, la définition commune donnée dans le Larousse nous apprend que l'identité est :

- Un rapport que présentent entre eux deux ou plusieurs êtres ou choses qui ont une similitude parfaite : *Identité de goûts entre personnes.*
- Caractère de deux êtres ou choses qui ne sont que deux aspects divers d'une réalité unique, qui ne constituent qu'un seul et même être : *Reconnaître l'identité de deux astres.*
- Caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité : *Personne qui cherche son identité.*

Il est intéressant de noter l'aspect relationnel puis individuel dans ces différentes définitions. La première est à rapprocher de l'étymologie même du mot qui provient du latin *idem* signifiant « le même ». La seconde renseigne sur la pluralité des identités présentes dans un même être. La dernière enfin pose le caractère spécifique et singulier dans l'appropriation d'une identité propre.

Ces apports complémentaires ouvrent déjà une compréhension sur ce thème. L'identité se construit par « ce même », partagé avec les autres qui n'est qu'un reflet d'un tout, lui-même compris dans une unicité au caractère fondamental et permanent. Mais cela signifie-t-il qu'elle est immuable ? Reste-t-elle vraiment identique au fil du temps ?

Certains philosophes soutiennent que tout est en perpétuel changement, « [...] comme en témoigne la célèbre maxime d'Héraclite selon laquelle on ne peut pas se baigner deux fois dans

le même fleuve »¹. Cependant il convient selon cet auteur « de distinguer changement de degré et changement de nature »². Ainsi, l'identité se caractérise par des modifications qui n'altèrent pas son caractère spécifique, mais vient plutôt signifier son développement.

b) Une construction dans l'échange

L'identité est donc à appréhender dans un continuum au sein duquel elle se construit. On pourrait dire qu'il s'agit d' « [...] un processus plutôt qu'un état [...] »³. La sociologue et auteure de ces quelques mots, voyant l'identité comme comprise dans un maillage social exprime que « même lorsqu'elle est celle d'un individu, l'identité n'est jamais un phénomène proprement individuel ».⁴ Dès lors elle propose une définition quant à ce concept :

« L'identité, c'est la résultante de l'ensemble des opérations par lesquelles un prédicat est affecté à un sujet ».⁵

Paraissant aux premiers abords abstrait, il apparaît cependant des termes ici qui se rapprochent d'une vision globale de l'individu, celle de la psychomotricité. Ceci notamment pour le vocable d'« affect » où l'auteure explique que c'est dans son rapport à l'autre, dans le tissage de liens entre autre au travers du langage, qu'une image de soi est véhiculée puis est réfléchi par le regard d'autrui. On voit ici poindre un rapprochement avec la notion *d'image du corps*⁶ développée en psychomotricité.

Afin de conclure sur ce thème dans une perspective de soin, il paraît intéressant d'évoquer ici la définition proposée par ERICKSON sur l'identité :

« Le sentiment subjectif et tonique d'une identité personnelle et d'une continuité temporelle » qui se baserait selon cet auteur sur le sentiment de continuité d'existence développée par WINNICOTT. Il ajoute qu'il s'agit d'« un développement de toute une vie dont l'individu et la société à laquelle il appartient sont en grande partie inconscients. Ses racines remontent aux

¹ FERRET (1998) p.17.

² *Ibid.* p.22-23.

³ HEINICH (2018) p.28.

⁴ *Ibid.* p.109.

⁵ *Ibid.* p.105.

⁶ Il s'agit de la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes et qui se construit surtout par la relation aux autres. Elle est propre à chacun bien que toujours en remaniement de par sa construction psychologique, émotionnelle et relationnelle. L'image du corps constitue donc la représentation inconsciente du corps, en tant qu'il est un objet physique chargé d'affects.

premières reconnaissances de soi : dans les tous premiers échanges de sourire du bébé, il y a quelque chose comme une prise de conscience de soi associée à une reconnaissance mutuelle ».⁷

L'identité se construisant par la relation, intéressons-nous à présent à ce concept.

2/ La relation

a) Définition

Le Littré propose plusieurs définitions au terme de relation dont :

-État d'une chose qui tient à une autre.

- Rapport entre deux personnes, entre deux choses, considérées respectivement l'une à l'autre.

La relation du père au fils et du fils au père.

Etymologiquement, ce mot provient du latin *relationem*, de *relatus* qui signifie « rapporter ».

Pour compléter cette définition, celle du Trésor de la langue française paraît appropriée :

-Une relation est un rapport de dépendance, d'interdépendance ou d'influence réciproque qui lie une personne à une autre.

Si l'on fait le lien avec la relation de soin entre thérapeute et patient, on voit alors poindre une palette de nuance dans ce rapport spécifique. Variant de la dépendance à la simple influence réciproque, il apparaît entre ces pôles, ce rapport d'interdépendance. Il viendrait signifier que ces deux places respectives de soignant et de soigné se trouvent dans un besoin réciproque afin d'exister.

⁷ ERIKSON (1980) p.122.

b) La relation soignant-soigné

Dans un ouvrage pamphlétaire à l'égard des exactions du corps médical, WINCKLER, lui-même médecin, discute de cette relation de soignant-soigné. Considérant le patient comme un véritable acteur de soin, il exprime que « se faire soigner, c'est recevoir des soins, ce n'est pas se soumettre à la volonté de ceux qui le dispensent »⁸. Et de rappeler alors que l'objectif du soignant, dans l'idéal, consiste à faire en sorte que le patient se rétablisse complètement et n'ait plus besoin de lui. Ainsi, il ne s'agit pas d'une relation de pouvoir mais plutôt d'entraide, car « tout rapport de pouvoir devient incompatible avec le soin »⁹.

Pour illustrer son propos, l'auteur propose une métaphore historique en effectuant un saut dans le temps, un retour à l'antiquité.

Allégorie antique, les Esmnètes

Il évoque en effet qu'à l'antiquité, chez les grecs, existait un rôle politique somme tout particulier. Les Esmnètes. Il s'agissait de magistrats spéciaux, à qui l'on confiait la direction de la Cité pendant des situations urgentes tels que des sièges, catastrophes naturelles ou des émeutes. Leur rôle n'étant reconnu qu'en pareil contexte, il était donc éphémère et voué à disparaître. Les Esmnètes passaient alors la main lorsque la situation revenait à la normale.

Ainsi, à l'instar de ces magistrats, le soignant n'est-il pas présent dans la vie du patient pour un temps donné ? Un temps non pas de direction comme évoqué ci-dessus, mais plutôt d'accompagnement pour soutenir un individu dans un temps de souffrance ?

La relation soignant-soigné serait donc inscrite pour un temps donné. Son but étant l'autonomie progressive du patient, elle ne se situe pas dans un rapport vertical où le thérapeute détient le pouvoir.

Afin de progresser dans cette réflexion sur la relation, il s'agit maintenant de s'y intéresser sous l'angle de la psychomotricité.

⁸ WINCKLER (2016) p.40.

⁹ *Ibid*

3/ La relation en psychomotricité

La psychomotricité, dans ses fondements théoriques, se nourrit de nombreux concepts liés aux relations précoces. On voit alors des auteurs tels que WINNICOTT, BION ou STERN souvent cités. Dans un souci d'amorcer une compréhension des éléments théorico-cliniques mentionnés ultérieurement, il convient ici de définir quelques termes. Exceptée une, toutes les notions abordées ici trouvent leur source au sein d'un unique ouvrage¹⁰.

a) Holding et handling

Défini par WINNICOTT, la notion de « holding » qui signifie tenir, soutenir, correspond au portage de la Mère, et plus précisément, à sa manière dont elle porte son enfant tant physiquement que psychiquement. On traduit ce terme en français par celui de « maintien » évoquant alors un sentiment de sécurité dans le vécu de l'enfant. En complément de cela, une autre notion apparaît, celle de « handling ». Signifiant manier, traiter, il se réfère à la manière qu'a la Mère de prodiguer des soins à son bébé au quotidien. La façon dont seront dispensés ces soins psychocorporels (bain, change etc...) influencera alors le développement psychoaffectif de l'enfant. Ils participeront à lui conférer un ressenti d'unification de son corps propre, et de différencier le soi du non-soi. Un sentiment continu d'exister, ce que WINNICOTT nomme le « self », pourra alors apparaître.

On voit ici l'importance de ce type de soin dans la construction identitaire de base de l'individu. Dans la clinique psychomotrice, des problématiques autour de l'enveloppe notamment, amène le thérapeute à travailler avec ces concepts en étant porteur d'une fonction contenant.

b) L'accordage affectif

Une autre notion, introduite par STERN, apporte un éclairage sur la mise en place du lien parent-enfant dans la sphère affective. Il s'agit de l'accordage affectif. A l'instar d'un instrument de musique, ce terme d'accordage, présuppose l'idée d'une partition relationnelle, à

¹⁰ SCIALOM ; GIROMINI ; ALBARET (2015)

ceci près qu'elle demeure en perpétuel remaniement. Les musiciens de l'échange devenant cocréateurs du dialogue instauré. On peut alors définir cette notion comme tel : « C'est un acte d'intersubjectivité dans lequel le parent répond à une expression affective du bébé en la remaniant d'une autre façon et en la rejouant au bébé pour lui montrer qu'il a partagé son expérience subjective interne ». ¹¹

Cet outil théorique devient alors pertinent quant à son utilisation au sein d'une relation soignant-soigné. Surtout dans le cadre de la psychomotricité où le corps se fait lieu d'expression émotionnel conscient, chez le thérapeute. En effet, la palette des possibles dans l'expressivité du corps, ouvre un champ de retour au patient très large. Autrement dit, le psychomotricien, de par ses compétences, est à même de proposer un retour adapté au patient afin d'établir cet accordage affectif.

Afin de spécifier une composante interactionnelle propre à la psychomotricité, MOYANO développe le concept d'implication corporelle.

c) L'implication corporelle

Selon lui, « la relation [...] c'est à partir d'elle que tout s'organise, pour peu que le psychomotricien s'y laisse impliquer suffisamment. Mais tout en se laissant glisser dans cet espace, celui-ci n'en exerce pas moins sa propre capacité à penser et à être affecté dans sa subjectivité propre ». Ainsi, la neutralité bienveillante n'est pas envisageable en psychomotricité, de par l'engagement du thérapeute dans la relation. Ce dernier est perçu comme un support relationnel, où l'enfant, inscrit dans la relation « se construira [...] une fondation affective et effective dans les processus d'organisation du corps, de l'espace et du moi » ¹². Ces composantes venant nourrir la subjectivation du patient.

L'auteur aborde par la suite le mode d'appréhension singulier de la médiation en psychomotricité. A l'instar de MILNER qui développe le concept de « médium malléable » ¹³ comme « une substance intermédiaire au travers de laquelle des impressions sont transportées

¹¹ *Ibid.* p.332.

¹² *Ibid.* p.334.

¹³ Psychanalyste anglaise qui définit le médium malléable comme une possible utilisation du cadre matériel, mais aussi comme une modalité d'utilisation du thérapeute. Le médium malléable renvoie donc conjointement à la matérialité du cadre et à la dimension transférentielle.

aux sens »¹⁴ MOYANO évoque le possible détournement d'objet en séance. Il explique alors que « cette métaphorisation de l'objet est la condition nécessaire au déploiement de l'activité créatrice du sujet ». ¹⁵

Le thérapeute psychomotricien observe donc une souplesse quant à l'utilisation du matériel proposé en séance. Ceci sert le patient dans son processus de subjectivation de par l'appropriation qu'il se fait de l'objet médiateur.

Seulement, toutes ces capacités d'adaptation du thérapeute seraient impensables sans limites. Dès lors, il est nécessaire pour lui de proposer un cadre, contenant la relation thérapeutique.

d)Le cadre, une structurante limite pour accueillir et transformer un vécu

Le thérapeute n'est pas dans une posture d'autorité mais il est garant du cadre en séance. Ceci, tout en adoptant de la souplesse afin de l'adapter au patient. POTEL le définit comme tel :

« Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. Définir ce qui nous fait travailler et ce qui anime une pensée clinique, fera partie de notre cadre. »¹⁶

Il s'agit donc d'une notion à la fois externe (aspects concrets) et interne (pensées et théories du thérapeute). Le cadre se matérialise alors par un référentiel spatial (lieu de la séance), temporel (durée de la séance, fréquence), matériel (objets utilisés), d'encadrement (travail seul ou en co-thérapie) et enfin institutionnel (règles, pensées de l'institution, projet global du patient).

D'un point de vue théorique, le psychomotricien possède des outils par sa formation, mais aussi par tout autre forme d'apprentissage complémentaire (lecture, formation à des médiations etc...).

POTEL complète : « Son premier outil est la connaissance qu'il a de lui-même : une connaissance sensorielle, « psychomotrice », une connaissance avérée et pensée, pour servir ses projets thérapeutiques. » Son objectif est alors d'aider le patient à habiter psychiquement

¹⁴ MILNER (1979) p.844-874.

¹⁵ SCIALOM ; GIROMINI ; ALBARET ; (2015) p.334.

¹⁶ POTEL (2012) p.321.

son corps, par une plus grande conscience de ses limites et participer ainsi à « une mise en pensée du corps. »¹⁷

Limite corporelle et limite du cadre participent au même projet : être en capacité d'exister dans un espace sûr, un espace contenant.

Cette contenance, le psychomotricien la met en jeu dans sa qualité de présence en séance. Le fait qu'il soit conscient de son propre investissement spatial, de la qualité de sa voix, son tonus, son équilibre (et toutes autres notions psychomotrices) participe à cela. Il est alors en mesure de penser à autrui par cette conscience de lui-même en accueillant l'expression psychocorporelle du patient. Ceci dans un but de transformer ce vécu, parfois primaire, afin de l'inscrire dans une symbolisation plus secondarisée, notamment au travers du langage.

Ces propos s'appuient dès lors directement sur la théorie de la fonction contenante de BION.

BION expose un modèle théorique relatif aux interactions précoces. Selon lui, le bébé est assailli de données sensorielles confuses qu'il ne peut lui-même contenir. Il procède alors par identification projective en projetant une partie de ses émotions incontrôlables chez sa Mère. On parle ici d'éléments *Beta*. Celle-ci les réceptionne, les accueille, et propose alors une réponse adaptée afin de leur donner un sens. Elle donne par exemple le sein pour un besoin physiologique tout en donnant également ses mots (par ex : « tu as faim ») et prête ainsi son psychisme à l'enfant. On parle ici d'éléments *Alpha*. Utilisant son « appareil à penser les pensées », elle « détoxifie » les éléments *Beta* destructurants de l'enfant, pour les transformer en éléments *Alpha* afin de lui restituer. Elle reçoit donc le « contenu » de l'enfant dans son propre « contenant » psychique, le transforme (BION parle de métabolisation) et restitue cet élément dorénavant assimilable psychiquement au nourrisson. Ceci dans le but qu'il développe lui-même son propre psychisme et puisse assurer par la suite sa propre fonction contenante.

En séance, le cadre du thérapeute a donc valeur de métabolisation. Notion concrète et théorique comme nous venons de le voir, mais surtout interne. C'est en effet la disponibilité du thérapeute, à puiser dans ses ressources psychiques, qui ouvre un espace de transformation où la symbolisation peut passer par le langage.

¹⁷ *Ibid.* p.324.

4/ Les acteurs dans la relation de soin

Si la relation thérapeutique engage deux individus aux rôles respectifs, quand est-il des acceptions utilisées pour les nommer ? Plusieurs substantifs apparaissent pour l'un comme pour l'autre. Il convient dès lors d'exposer ces qualificatifs désignant ces protagonistes du soin afin d'éclaircir la nature même du dit soin. Car si « mal nommer les choses c'est ajouter au malheur du monde » comme disait Camus, cela signifie qu'un usage approximatif de termes pourrait altérer la fonction même de celui dont on parle. Ainsi, observons quelques définitions n'ayant bien entendu, pas valeur d'exhaustivité ici.

Tout d'abord, débutons par celui dont l'état nécessite une prise en charge, appelé communément « patient ».

a) Les acceptions de la personne soignée

Le patient

-Personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale.

-Personne condamnée à un supplice ou qui va être exécutée.

D'après ces deux définitions, le Larousse ne tarit pas d'éloges sur cet individu dont les qualificatifs se rapprochent d'un état de résignation, de passivité et de souffrance. « Soumis », il « subit » l'intervention d'un autre qui dans le pire des cas lui infligera un sort mortifère. A rapprocher de l'adjectif homonyme, il est aussi celui qui « supporte, endure »¹⁸ d'après son étymologie latine *patiens*.

Saisit dans une acception philosophique, le « patient » devient celui qui souffre de ses « passions », ce qui signifie, selon le Larousse, qu'il est dans un :

-Etat affectif et intellectuel assez puissant pour dominer la vie mentale.

¹⁸ Source CNRTL : Centre national de ressources textuelles et lexicales.

Le patient devient donc celui pour qui la passion s'impose à lui sans possibilité de contrôler totalement cet état, l'obligeant à l'endurer dans la souffrance, celle-là même, prise en charge par le soignant.

Passons à présent à une autre acception, celle de soigné.

Le soigné

-Qui reçoit des soins. Malades soignés dans les hôpitaux. Selon le Littré.

Tel est donc l'une des trois définitions du Littré qui rapproche le substantif soigné du verbe homonyme « soigner ». Un soigné est donc soigné par un soin. Lapalissade faite, il convient de comprendre la signification de ces termes. Le mot « soin » provient du bas latin *sonuim* et du francique *suni* qui veut dire « chagrin, souci ». Ainsi, le soin est à rapprocher de l'inquiétude dans le sens où ce dernier déclenche un souci. Souci pour celui qui le vit en propre mais également partagé par cet autre qui lui vient en aide, dans un souci de responsabilité. Ainsi apparaît le verbe « soigner » qui provient du latin *soniare* et du francique *sunmjan* signifiant « s'occuper de ».

« Les soins sont donc l'action visant à maintenir en bon état, à conserver quelqu'un en bonne santé ».¹⁹ Le soigné devient alors le bénéficiaire d'une telle action, là où le soignant « s'occupe de » lui car il se fait du « souci » pour lui.

Passons à présent aux termes définissant celui qui est garant du soin proposé, le soignant.

b) Les acceptions de la personne soignante

A l'évidence, il serait rébarbatif et fastidieux de définir ce vocable si proche de celui énoncé plus haut. Cependant, il est tout de même intéressant de constater l'aspect complémentaire de ces deux mots. A la demande de l'un, l'autre « procure, fournis »²⁰ un soin. On pourrait dire d'après ces termes que le « soignant » ne peut être sans « soigné » et inversement.

¹⁹ MATTEI (2006) p.30.

²⁰ CNRTL

A présent, amorçons une définition plus complexe, car difficilement réductible aux peu de mots qui vont suivre, celle du métier qui nous intéresse en propre.

Le psychomotricien

« Le psychomotricien évalue les fonctions sensori-motrices, perceptivo-motrices, tonico-émotionnelles et psychomotrices. Il analyse leur intégration, leurs interactions et il pose un diagnostic psychomoteur [...]. L'objectif des soins psychomoteurs est de permettre au patient de prendre conscience de son organisation psychomotrice, d'en réduire les dysfonctionnements, qu'ils soient d'origine psychique ou physique, de restaurer ses capacités de participation et d'adaptation aux activités de son environnement. [...]»²¹

Cette définition ciblée (et réduite de son ensemble volontairement) sur l'aspect pratique et fonctionnelle de la profession se rapproche du décret de compétence du 06 Mai 1988 où l'on parlait à l'époque de « rééducation psychomotrice ».

Complétant par un autre éclairage la compréhension de ce vaste vocable, POTEL explique dans un ouvrage au titre éponyme, ce que signifie « être psychomotricien ». Selon cette auteure « être psychomotricien thérapeute c'est avant tout tenir compte en priorité de l'individu sujet, avec ses propres richesses intérieures qui vont lui permettre de créer sa vie ». Quant aux buts des actions thérapeutiques engagées, elles « vont s'envisager comme de véritables processus de transformation qui auront pour but de favoriser chez nos patients une plus grande fluidité entre les vécus primitifs inscrits dans le corps et les voies du langage verbal ».²²

Elle revient par la suite, à la personne de psychomotricien, en métaphorisant sa fonction. Ce dernier serait « un funambule créatif [...] qui a choisi un fil conducteur [...] consistant à contenir à l'intérieur de lui cette articulation fondatrice soma/psyché. »²³

Loin d'être achevée, cette proposition de définition éclaire globalement la profession, elle-même, engagée dans une conception globale de l'autre. Par choix, l'apport historique, corolaire d'une recherche étymologique, ne sera abordé ici. En effet, la vastitude du propos dans son étendue contemporaine, représente une complexité suffisante pour ne pas s'aventurer avec maladresse et simplisme dans une tentative de compréhension temporelle.

Cependant, l'approche historique peut être aborder pour un autre vocable...

²¹ Définition officielle du Syndicat National d'Union des Psychomotricien (SNUP)

²² POTEL (2010) p.12.

²³ (*Ibid*) p.102.

Le thérapeute

Terme qui provient du grec *therapeuein* et qui signifie servir, s'occuper de, entretenir le corps et l'âme, et par extension « soigner ». Terme qui désigne également un « Ascète juif (homme ou femme) de l'Antiquité vivant en communauté non loin d'Alexandrie », selon le Petit Robert.

En effet les thérapeutes constituaient une secte juive à l'époque de Jésus, et vivaient donc en Egypte. Comme le décrit The Jewish Encyclopedia, ils étaient « vertueux, vivant au rythme du monde, priant dès le lever du soleil, consacrant la journée à l'étude et à diverses dévotions, réservant la nuit au repos et aux nécessités corporelles. Astreints à des consignes alimentaires assez strictes, probablement végétariens, ils renonçaient au mariage, bien que des femmes -les *therapeutrides*- fissent partie de la communauté. Ces ascètes acceptaient parmi eux des enfants adoptés et les éduquaient selon leurs croyances. » Il s'agissait donc de serviteurs de Dieu dont « les pratiques avaient toutes pour but la guérison spirituelle »²⁴.

Ainsi, d'après ces différentes définitions, on peut dégager deux lignes de pensées.

Le soigné a une connotation passive, il est en besoin d'un autre pour au minimum, maintenir son état.

Le soignant quant à lui est dans un élan d'action. Il s'occupe de l'autre et lui procure un soin car il se fait du souci.

Les racines étymologiques renseignent donc d'une vision dichotomique dans la relation soignant-soigné. L'histoire, nourrissant une compréhension des situations actuelles, pourrait alors expliquer cette tendance pour certains soignants à être dans un rapport de pouvoir avec les patients, en les considérant comme passifs. Mais comme l'énonçait précédemment WINCKLER, le recours au pouvoir n'a pas sa place dans le soin. Ainsi, cette vision historique devient questionnable.

Même chose pour le vocable de « thérapeute ». Terme en vogue depuis quelques décennies, il n'est cependant pas considéré dans une connotation religieuse actuellement. Pour autant, son histoire en est teintée. Ainsi, quels liens y-auraient-ils actuellement entre une croyance ou un vécu intime et le fait d'être thérapeute ? Question posée, il s'agit à présent de la mettre en suspens afin la retrouver plus tard dans cette nouvelle partie théorique.

²⁴ PRAYEZ (1986) p.69.

III/ Les bases théoriques

En complément des notions abordées précédemment, les éléments qui vont suivre ont servi de toile de fond à ma pensée afin d'affiner mon axe de recherche quant à ma question centrale. Véritables outils de compréhension dans la démarche soignante, qui tentent de répondre au « pourquoi » et au « comment » devenir soignant et *in fine* psychomotricien. Il s'agit ici d'une proposition en « entonnoir » où philosophie, psychanalyse et psychomotricité se succéderont.

1/Théories Philosophiques

Avant d'entrer dans ces approches philosophiques, il convient d'en expliciter leurs choix dans ce mémoire.

Tout d'abord, celui-ci s'est élaboré selon une démarche dite heuristique. C'est pourquoi les paragraphes suivants développeront cette approche. Trouvant des échos avec d'autres champs de recherche, c'est aussi l'anthropologie et la psychanalyse qui s'inviteront ici. Diverses sources certes, mais étayant toujours cette même base philosophique, l'heuristique. Celle-ci témoignant à la fois d'un procédé de recherche, mais aussi d'un apport dans la compréhension de la construction soignante. Démarche, où les informations glanées sur la route tentent de nourrir ce propos.

a)Une démarche heuristique

Il s'agit d'une discipline philosophique étudiant les procédés de recherche et de découverte scientifique. Fonctionnant par approches successives, les hypothèses heuristiques sont choisies provisoirement comme idées directrices indépendamment de leur vérité absolue. « L'heuristique se distingue de la méthodologie en ce sens qu'elle est plus une réflexion sur l'activité intellectuelle du chercheur que sur les voies objectives de solution »²⁵. Métacommunication du processus envers lui-même où « le premier outil de la recherche heuristique c'est le chercheur lui-même lorsqu'il utilise son écoute, qu'il observe, sent, rêve,

²⁵ CNRTL

conscientise, dialogue »²⁶. A l'instar de la psychomotricité qui se veut créative et forte de ses conceptions novatrices, il est intéressant de noter qu'heuristique et le célèbre « *Eurêka !* » d'Archimède viennent tous deux de l'adjectif *heuretikos* qui signifie « inventif ».

A la fois inscrite dans l'ouverture de nouveaux espaces de compréhension et impliquant le chercheur lui-même, cette démarche trouve une cohérence avec la pensée psychomotrice.

Le chercheur tout comme le thérapeute, est engagé avec intensité dans cette entreprise, là où « Dans l'approche heuristique, la question de recherche émerge si et uniquement si l'intérêt de la personne pour celle-là prend suffisamment de place pour devenir une crise, un défi, pour devenir significative personnellement au point de l'investiguer selon une méthode de pensée ». [...] Cependant « Le bon déroulement de ce processus nécessite, [...], une capacité certaine d'introspection, de connaissance de soi afin de se connecter le plus justement avec ses valeurs et attitudes humaines fondamentales, son authenticité. »²⁷

On voit poindre ici le caractère très personnel d'une telle démarche que l'on pourrait qualifier de « position individuelle ». Cette proposition de terme pouvant être rapprochée de ceux employés par GRIM.

En effet, cet auteur psychomotricien et anthropologue distingue trois types de positions dans l'implication du chercheur.

- La position impliquée lui fait être lui-même porteur du phénomène qu'il tente de décrypter. Par exemple être porteur d'un handicap et d'en faire son sujet de recherche.
- La position intermédiaire est celle du soignant. Un lien existerait entre une souffrance personnelle et le fait d'exercer une profession du médico-social selon l'auteur.
- La position subjective signe la présence de l'observateur dans son observation.

Le psychomotricien se situerait dès lors, à la fois dans une position intermédiaire et subjective. Il existerait donc un lien entre un vécu personnel et sa profession de soignant. De plus, son implication corporelle le placerait à l'intérieur de son observation, dans une position subjective.

Cependant, même si la subjectivité peut être considérée « comme la voie royale vers une objectivité authentique plutôt que fictive »²⁸, il convient de s'arrêter plus en avant sur ce terme.

²⁶ GAIGNON (2006) p.24.

²⁷ *Ibid* p.30.

²⁸ DEVREUX (1967) p.30.

La notion de SUJET

Historiquement, le vocable « sujet » a évolué durant huit siècles dans une diversité de définitions. Passant de « sujet à une autorité souveraine » au XIIème à « sujet de la connaissance » par rapport à un objet placé devant « ob-jectum » au XIVème siècle, on voit déjà apparaître une modification d'usage en deux cent ans seulement.

Pour ce qui nous intéresse ici, nous ne développerons pas les autres définitions qui se succéderont au cours du temps.

« En réalité la connaissance, à quelque niveau que ce soit, est toujours saisie comme interrelation et que sujet et objet se définissent, dans les termes mêmes, comme corrélatifs ».²⁹
Il n'existe donc pas de sujet sans objet, tout comme le soignant ne peut être sans soigné, mais aussi inversement, car « dans l'échange des soins nous sommes l'un pour l'autre autant des objets que des sujets »³⁰

Dès lors, on comprend que sans l'autre il n'existe pas de sujet. Ainsi, « Le sujet ne saurait se définir, ni surtout s'épuiser, dans l'acte qui le rive à lui-même, dans la pseudo-connaissance qui, violence à autrui, est surtout complaisance à soi-même, impossibilité à sortir de soi ». [...] car « la fonction du sujet est au contraire [...] dans la rencontre avec l'objet ».³¹

Appliquer dans le domaine du soin, cela signifie qu'être soignant et donc ex-ister (sortir de) en tant que tel, réclame une attention toute particulière vers cet objet singulier, le patient-sujet, dont la rencontre participe aussi à la construction d'un soignant-sujet.

Pour revenir à la démarche heuristique en tant que telle, là où le chercheur se place dans l'équation qu'il tente de résoudre, on observe que mettre l'accent sur la personne ainsi que sur le processus interne de la recherche est spécifique à ce type d'approche. Mais est-ce vraiment la seule ? A cette question, une autre pensée philosophique apparaît.

Très en lien avec la pensée psychomotrice car considérant l'autre avant tout comme être en relation, la phénoménologie s'invite ici de manière adaptée.

²⁹ ELIANE AMADO LEVY-VALENSI (1972) p.19.

³⁰ RENAULT (2002) p.70.

³¹ ELIANE AMADO LEVY-VALENSI (1972) p.115.

b) La phénoménologie

Fondée par HUSSERL, ce courant philosophique consiste en substance à dire que la connaissance de soi s'effectue dans une interaction permanente avec notre environnement par notre corps qui se fait à la fois émetteur et récepteur dans celui-ci. Il s'agit dès lors de se laisser instruire par les choses, c'est-à-dire de s'ouvrir à l'environnement sans chercher à le contrôler. Dans la continuité des philosophes sceptiques grecs, la phénoménologie use du principe d'épochê, c'est-à-dire une absence de tout jugement. Idée qui orienterait en psychomotricité vers la recherche d'une première rencontre sans avoir trop d'informations sur le patient en amont.

Cette approche plaçant l'individu au cœur de son milieu afin de lui conférer ce statut d'être en relation converge vers celle de la psychomotricité en tant qu'elle est « une proposition relationnelle d'étayage corporel »³².

Seulement, il ne s'agit pas uniquement de sentir ou de percevoir les objets environnants mais aussi d'en être conscient. A ce titre HUSSERL dit que la conscience n'est que conscience de quelque chose, et se rapproche dès lors de la pensée du philosophe SPINOZA.

En effet, ce dernier explique que « L'objet de l'idée constituant l'Esprit humain est le corps [...] »³³ Ainsi donc cela signifie qu'on ne peut dissocier l'esprit de l'enveloppe charnelle. Il s'agit d'une vision moniste où corps et esprit sont en simultanéité dans leurs usages. Chacun représentant une modalité d'expression rattaché au même être. Ce dernier, se développant selon SPINOZA par « la puissance d'agir ».

Selon lui, il existerait trois formes d'émotions qu'il nomme passions. Le désir, la joie et la tristesse desquels tous les autres sentiments découleraient. Le désir étant l'essence de l'Homme afin qu'il se réalise en acte. La joie serait la manifestation de l'augmentation de la puissance d'agir et de pensée. Quant à la tristesse, il s'agirait du parfait inverse.

En psychomotricité, considérant l'autre comme un être de désir, nous partageons avec lui des expériences qui tentent d'étayer sa capacité à être au monde. Ainsi donc comme le dit MEURIN :

« La psychomotricité se situant naturellement du côté de l'augmentation des puissances d'agir et de penser, pourrait être qualifiée de thérapie de la Joie ».³⁴

³² COCAIGN, Option de Soins Palliatifs dispensée à l'IFP Salpêtrière.

³³ SPINOZA (1677) p.113.

³⁴ MEURIN (2016) p.95.

2/ De la psychanalyse à la psychomotricité

a) Théorie psychanalytique : *La furor therapeuticus* ou la compréhension d'un tissage entre vie personnelle et professionnelle.

PRAYEZ, dans un ouvrage intitulé « la fureur thérapeutique ou la passion de guérir », développe une théorie concernant les motivations du thérapeute à exercer cette fonction. Il établit alors des ponts entre le vécu personnel du soignant et sa volonté de soigner autrui. PRAYEZ questionne en effet ce sens aigu de la responsabilité face à la souffrance de l'autre, ainsi que le devoir d'agir sur cette souffrance. La notion de culpabilité apparaît par la suite et l'auteur ajoute que « la responsabilité pour autrui est toujours, en dernière analyse, responsabilité de la mort d'autrui », s'appuyant sur la pensée du philosophe LEVINAS. La culpabilité comme cause première de l'élan soignant rapproche PRAYEZ des théories psychanalytiques, et plus particulièrement des théories Kleiniennes.

Il s'appuie alors précisément sur le concept de la « position dépressive » de KLEIN. Phase du développement qui ferait suite à celle dite « paranoïde-schizoïde » où les premiers mécanismes de défenses apparaissent. Durant celle-ci en effet, l'enfant tolère si mal la frustration du manque (nourriture, soins du corps etc...) qu'il clive en deux sa Mère, celle lui prodiguant ces soins. Il considère comme « bon objet » celle qui le comble et « mauvais objet » celle qui le fait attendre. C'est aux alentours de six mois qu'il prend conscience que ces objets sont en réalité un seul « objet total ». C'est à cette période qu'il vit la position dépressive.

La position dépressive

KLEIN explique que « La base de l'angoisse dépressive est [...] le processus par lequel le moi synthétise des pulsions destructrices et des sentiments d'amour envers un seul objet. Le sentiment que le mal fait à l'objet aimé est causé par les pulsions agressives du sujet, telle me paraît être l'essence de la culpabilité. »³⁵

L'enfant pense alors qu'il est la cause de l'absence de sa Mère (vécue comme un abandon) de par sa propre méchanceté. Face à cette situation, il élabore deux solutions. La première consiste

³⁵ KLEIN cité par PRAYEZ (1986) p.111.

à être dans un mouvement de réparation. La seconde -nous l'illustrerons plus tard avec une vignette clinique- consiste en un déni maniaque.

La réparation s'observe, selon l'auteur de cette théorie, par la destruction de jouets, et puis par la tentative chez l'enfant, de recoller, réassembler ces éléments ayant subi son agressivité. La culpabilité éprouvée dans ces jeux symboliques sera la même envers sa Mère dont il cherche la réparation « en fantasme (la croyance en la toute-puissance de la pensée lui fait croire que cette réparation magique suffit), ou encore, dans la réalité, en se montrant gentil avec maman. »³⁶

PRAYEZ établit alors un parallèle entre le vécu de l'enfant et celui du thérapeute.

Le premier culpabilisant de l'absence de sa Mère et le second de se sentir responsable de la maladie d'autrui.

Le premier tentant de réparer l'objet aimé pour regagner son amour et le second de soigner à tout prix le malade en plaçant cette réussite dans un enjeu vital.

Ceci l'amène à créer le concept de *furor therapeuticus*.

Entrée dans la théorie de PRAYEZ

Selon lui, il s'agit d'un besoin impossible à assouvir de réparer, afin de lutter contre une angoisse dépressive liée à cette position du même nom qui n'a pas été dépassée. Le thérapeute est resté « bloqué dans cette façon de se positionner face aux objets ».³⁷

Toujours en lien avec la théorie kleinienne, il expose les différents modes maniaques ou défenses maniaques³⁸ présentes dans la relation de soin. On retrouve trois grandes catégories : le contrôle, le triomphe et le mépris.

Le contrôle est relatif à la fragilité du lien éprouvé par le soignant. Inconsciemment dépendant du soigné, il préfère que ce dernier le soi envers lui. Une place de guérisseur, de sauveur peut apparaître impliquant « l'utilisation du sentiment de toute-puissance pour commander et maîtriser les objets ».³⁹

Le triomphe est la démonstration d'une performance de réussite. Le soignant expose et revendique ses capacités à son groupe de pair afin de faire valoir son potentiel. Potentiel qu'il

³⁶ PRAYEZ (1986) p.112.

³⁷ *Ibid*

³⁸ Du grec mania signifiant passion, folie, il s'agit de mécanismes de défense psychique visant à se protéger de l'angoisse dépressive.

³⁹ KLEIN (1968) p.328.

ne manque pas de mettre en lien avec ses cas cliniques « résolus » ou guérit par sa main comme autant de trophées accumulés.

Le mépris est la supériorité du soignant éprouvé à l'égard des patients. Il s'agit d'un moyen d'expression de l'agressivité contenue chez le soignant.

PRAYEZ exprime donc que « la relation soignant/ soigné peut se décrire comme une relation maniaque aux objets et se distingue par les trois sentiments dominants qui répondent aux différents risques de l'angoisse dépressive ». ⁴⁰

Ces mécanismes de défense maniaque éviteraient au soignant de rechuter dans une position dépressive qu'il n'a pas complètement dépassé. Ce dernier vacillerait alors entre un vécu dépressif lié à la culpabilité qu'il porte en lui et un sentiment de toute-puissance où contrôle, triomphe et mépris pourraient faire leurs apparitions !

Avançant pas à pas dans une recherche de ce qui anime le soignant, on observe un croisement entre une part de son histoire de vie personnelle et sa volonté d'aider l'autre.

Ayant traité le « pourquoi », avançons à présent dans notre réflexion au travers du « comment ». Mais tout d'abord, peut-on envisager un lien entre ces deux questionnements ? En effet, à mon hypothèse de départ-étant qu'on se construit thérapeute en partie par la relation avec le patient, existe-t-il une théorie, articulant relation thérapeutique et relation à soi ? Dit autrement, un outil permettant de s'appuyer sur la conscience de soi tout en étant engagé dans la relation où des impressions nous parviennent.

b) Théorie psychomotrice : Le contre-transfert corporel

Se basant sur les recherches issues de la psychanalyse, POTEL élabore un nouveau concept. Il s'agit du contre-transfert corporel. Au-delà de la réceptivité à la parole, déployée en séance par le patient, le thérapeute observe ici une toute autre écoute. Mais avant d'explorer cette notion, effectuons un léger rappel des définitions analytiques. ⁴¹

Transfert : le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation

⁴⁰ PRAYEZ (1986) p.123.

⁴¹ LAPLANCHE ; PONTALIS (1967)

analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué.

Contre-transfert : Ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et particulièrement au transfert de celui-ci .

On observe donc qu'il s'agit de mouvements inconscients se déroulant préférentiellement dans le cadre d'une cure analytique. Mais quid de ce qui se joue en séance de psychomotricité. Quelle place accorder au corps dans pareille conception ? POTEL exprime alors :

« Le thérapeute est inspiré-au sens presque respiratoire du terme- dans ses gestes et dans ses intentions, par la relation à son patient. Le retour des affects originaires transférés sur sa personne produit en lui des émotions, des sentiments, dont une part lui appartient en propre et dont l'autre part revient au patient. »⁴²

Cette définition renseigne de la spécificité d'écoute du thérapeute psychomotricien. Ecoute émotionnelle donc corporelle. L'intérêt d'un tel outil réside dans sa fonction à discerner ce qui dépend du thérapeute - en lien avec son histoire de vie- et de ce qui appartient au patient. Bien que toujours pris dans l'enjeu relationnel avec le patient, le psychomotricien peut alors prendre du recul dans son vécu. Ceci, afin de s'en servir par la mise en sens d'un acte, qui en apparence en est dénué. Sens qu'il sera à même de proposer en gestes ou en mots, au patient.

Ainsi, « l'acceptation de l'émotion, ressentie et immédiate, la prise en compte des perceptions, y compris celles qui sont à priori incompréhensibles, la mise en conscience des résonnances induites par le patient, cette somme de mouvements internes va aboutir à une qualité de gestes qui peuvent alors, à certains moments, prendre une valeur quasi interprétative ».⁴³

Le thérapeute utilise donc sa propre capacité à penser son vécu afin de « prêter » son élaboration au patient qui ne peut faire ce travail. Dès lors, comment affiner cette compréhension en amont de la relation avec le patient ?

POTEL exprime que « pour cela, il ne peut certes pas faire l'impasse d'une connaissance de lui-même dans son corps, sa sensorialité, sa réceptivité corporelle à l'autre mais, presque plus important encore, il doit s'intéresser à ses propres cheminements internes qui lui ont permis de tisser des liens, en lui, entre les deux niveaux de symbolisation. C'est-à-dire les

⁴² POTEL (2015) p.115.

⁴³ *Ibid* p.116.

communications primaires non filtrées par une activité de pensée et [...] le langage ou autres formes d'expressions sophistiquées. »⁴⁴

Le contre-transfert corporel interroge donc de fait, le travail personnel du thérapeute dans la compréhension de sa fonction. POTEL ajoute : « Cette écoute du corps, le thérapeute ne pourra l'offrir au patient que s'il a lui-même fait un travail corporel conséquent, indépendamment ou en complément d'un travail psychique personnel [...] »⁴⁵

On observe le rapprochement de cette conception avec celle des études de psychomotricité, où les expériences psychocorporelles proposées, sont autant d'opportunités d'un approfondissement dans la connaissance de soi. C'est donc un travail « de » et « dans » sa propre subjectivité que l'étudiant amorce en étude et poursuit en tant que professionnel.

Cette grille de lecture psychomotrice suppose donc qu'être en mesure d'écouter l'autre, c'est aussi être capable de s'écouter soi. Indirectement, être engagé auprès du patient avec cette conception, ouvre aussi une meilleure connaissance de soi, par le cheminement intérieur qu'elle engage. Cheminement personnel, qui aidera à se différencier de celui emprunté aux côtés du patient, et donc à respecter ce qui lui appartient.

Le contre-transfert corporel est une théorie qui demeurera présente tout au long de mes observations de stage. Néanmoins, l'appréhendant seulement en début d'année, elle est encore en maturation actuellement. Ceci ne permettra donc pas de la mentionner à chaque cas clinique du fait de son articulation progressive avec le terrain.

Afin de clarifier mon propos quant à mon hypothèse de départ, je propose ici une courte synthèse et sélection des éléments théoriques les plus pertinents énoncés auparavant.

La phénoménologie, nourrie de la vision moniste de SPINOZA expose que :

- L'être humain est avant tout un être en relation.
- Le désir est l'essence de l'Homme afin qu'il se réalise en acte.
- Tout comme le principe d'épochê, il s'agit de rencontrer l'autre sans avis préconçus.

⁴⁴ *Ibid* p.38.

⁴⁵ *Ibid* p.41.

La fureur thérapeutique suppose :

- Une corrélation entre les premiers échanges parents-enfant et le choix à l'âge adulte d'une profession de soin.

Le contre-transfert corporel propose que :

- Le thérapeute peut se baser sur ses propres impressions en séance, s'il effectue en parallèle un travail d'élaboration psychothérapeutique et/ou psychocorporelle.

C'est avec toutes ces bases théoriques, que je vous invite à présent, à découvrir le monde palliatif. Espace, où des échos certains avec ces théories, se feront entendre...

III/ Immersion en Soins palliatifs

1/ Une autre approche du soin

a)Présentation historique

Il existe dans le monde médical trois approches : la médecine préventive, la médecine curative et enfin les soins palliatifs. Provenant du latin *palliare* signifiant « pallier », ces soins ont pour objectifs d'offrir la meilleure qualité de vie possible au patient et non de le guérir.

Ils se sont développés à partir de 1842 en France, avec la création d'une association de bénévoles, pour femmes incurables par GARNIER, nom actuel de la plus grande USP⁴⁶ d'Europe, située à Paris. Ces types de soins seront repris en Angleterre, avec notamment SAUNDERS, qui introduira les traitements morphiniques autour des années 1960. Ce n'est que récemment, dans les années 1980, que les soins palliatifs sont reconnus en France, notamment avec la création de la première équipe mobile d'accompagnement en soins palliatifs (EMASP) en 1989.

Puis, en 1990 est créée la société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) qui définit cette approche comme suit :

« Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. [...] Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche »

Ils s'adressent donc à toute personne dont la pathologie organique, ou autre, ne peut être guérie d'un point de vue médical. Ainsi, le temps en phase palliative n'est pas le temps en phase terminale. C'est donc la représentation de la mort qu'il s'agit de mettre au travail ici, car elle

⁴⁶ Unité de Soins palliatifs. Ces unités accueillent les patients atteints d'une maladie grave évolutive présentant des symptômes difficilement gérables en hospitalisation traditionnelle ou nécessitant un temps d'accompagnement important. Elles peuvent aussi les accueillir pour un temps déterminé et proposer ainsi un répit et un soutien aux familles.

n'est pas obligatoirement imminente, mais cependant considérée comme une réalité proche. Pouvant varier sur des semaines à des années, ce temps palliatif peut débuter en fin de traitement curatif ou dès l'annonce du diagnostic. Le but est d'éviter une obstination déraisonnable avec de lourds traitements qui paraissent détériorer davantage qu'ils ne soutiennent l'état du patient. Les soins palliatifs interviennent donc dans ce temps dit « d'échappement thérapeutique » où le traitement en cours ne permettra pas une guérison.

C'est donc un ensemble d'acteurs professionnel (Médecin, infirmier, psychomotricien etc...) qui participe à ce type de soins. Au-delà d'un geste uniquement technique, ils s'inscrivent dans une véritable démarche éthique. Ils considèrent en effet que la dignité humaine est ontologique et qu'ainsi « ni la maladie, ni la détérioration du corps du malade n'entament »⁴⁷ celle-ci. Le patient s'inscrit dans une temporalité singulière, parfois proche de la mort, mais toujours dans un temps de vie. C'est pourquoi on peut retrouver la notion de « désir » dans la clinique palliative, car l'individu porteur d'une souffrance demeure un sujet désirant jusqu'à sa mort.⁴⁸

b) Une inscription sociale

Il s'agit dès lors d'intégrer ce temps de vie dans celui plus large de l'histoire du malade, afin de demeurer respectueux et attentif à son cheminement. A ce titre JACQUEMIN exprime que « Cette dimension de présence à l'autre dans son histoire, dans le temps ultime qu'il vit encore, où des besoins spécifiques peuvent encore s'exprimer, nécessite une attitude de la part des soignants et accompagnants : celle de « faire société » avec le malade, c'est-à-dire d'entrer en sa compagnie dans une certaine solidarité, d'être présent dans ce lieu où lui se trouve en cette période de vide ».⁴⁹

Ce discours fait lien avec le rôle des bénévoles, pionniers de la démarche palliative. Si les bénévoles sont encore présents aujourd'hui, c'est justement pour faire « advenir la société » au patient, lui qui souvent ne peut plus la côtoyer. Bien qu'en retrait du fait de ses souffrances, il n'est cependant pas isolé du corps social auquel il appartient. Les bénévoles, attachés à une association qui les sélectionne et les forme, prêtent leur écoute, échangent avec le patient, ou parfois propose une simple présence muette.

⁴⁷ GUIOSE ; HAMOUDI GAUCHER (2007) p.22.

⁴⁸ RENAULT (2002)

⁴⁹ JACQUEMIN D (2002) p.149.

2/ L'équipe Mobile d'accompagnement en Soins Palliatifs (UMASP)

a) Son rôle dans l'hôpital

Je suis cette année en stage dans une UMASP, elle-même incluse dans une structure hospitalière. Elle est dite mobile car les différents professionnels qui la composent sont amenés à se déplacer dans différents services. En oncologie digestive, thoracique, mais aussi dans les services de chirurgie, de gériatrie et en Hôpital de Jour (HDJ). Différents espaces qui disposent de lits identifiés. Il s'agit ici de lits notamment dédiés à la prise en charge palliative, ce qui diffère d'une Unité de Soins Palliatifs (USP) où chaque lit est voué à une approche palliative au sein d'une structure spécifique à ce type de soins. L'UMASP intervient lorsqu'un médecin, référent d'un patient, estime qu'une approche palliative est pertinente et en fait la demande. Seulement l'équipe mobile, présente pour les patients, est aussi un soutien pour le personnel soignant. En effet, celle-ci peut se retrouver en difficulté dans l'accompagnement d'une personne en phase palliative. Ecouter et former les soignants en prêtant une grille de lecture afin de compléter leur perception, fait donc parti des missions de l'UMASP. Dans cette perspective de soutien d'équipe, on peut noter aussi, la mise en place de séances hebdomadaires de relaxations par la psychomotricienne destinées aux soignant qui le désirent.

L'UMASP peut intervenir lorsque la problématique d'un patient vient mettre à mal l'équipe tels des symptômes complexes ou une difficulté à contenir la souffrance de la famille. Elle est également présente lors de réflexions éthiques quand la qualité de vie du patient est questionnée suite à la limitation ou l'arrêt d'un traitement. Elle est enfin sollicitée quand le projet de vie émit par un patient, nécessite une réflexion éthique.

Ses missions d'accompagnements du patient, de ses proches, de soutien et de formation des soignants, permettent d'assurer une mise en lien entre ces différents acteurs de soins et l'UMASP. Ceci participe alors à faire revoir les représentations des soins palliatifs au sein de l'hôpital et de les solliciter assez tôt pour ouvrir si besoin, une rencontre adaptée avec le patient.

Les différents professionnels qui composent cette équipe sont deux médecins, deux infirmières, une psychologue et une psychomotricienne. Comme énoncé précédemment, une équipe de bénévole est également présente, avec un système de roulement pour les intervenants. Des

bureaux individuels pour chacun des professionnels cités sont présents, ce qui permet d'accueillir certains patients en soin de « consultation ».

Chaque matin, les transmissions du personnel hospitalier, concernant les patients suivis par l'UMASP, sont partagées avec l'ensemble de l'équipe. Ceci participant à la connaissance de l'évolution de chacun d'eux, mais aussi à faire émerger des demandes, notamment en psychomotricité. Un collègue pouvant en effet transmettre de nouvelles données, donnant lieu à une indication psychomotrice. Par ailleurs, un staff réservé à l'UMASP est en place à raison d'une matinée par semaine, ainsi que d'autres staffs avec les différents services hospitaliers, hebdomadaires eux-aussi. Tout ceci participant à instaurer un véritable travail transversal et pluriprofessionnel.

b)La psychomotricité dans l'UMASP

Tout d'abord, il est important de savoir que l'intervention du psychomotricien nécessite au préalable l'aval du médecin de l'UMASP par une prescription. Ceci étant, il peut être sollicité par tout soignant nécessitant son approche psychocorporelle. C'est en cela que le staff est d'importance puisqu'un membre de l'équipe peut être « seul » dans le suivi d'un patient. La communication est donc primordiale avec ce type d'organisation.

Le psychomotricien peut alors intervenir pour différentes raisons et suivant différentes indications. Seul, il peut intervenir pour une évaluation afin d'établir un projet thérapeutique adapté au patient, et ainsi le poursuivre par un travail thérapeutique. Cette évaluation peut également intervenir ponctuellement afin d'ouvrir un angle de compréhension plus grand sur la problématique du patient pour l'équipe en difficulté. Avec un autre soignant (kinésithérapeute, aide-soignant etc...) le psychomotricien peut intervenir dans un objectif de « compagnonnage ». Toujours dans cette idée de formation, il peut par exemple être présent lors de la toilette du patient pour apporter des outils psychomoteurs à l'aide-soignant. Ceci ayant pour but de mutualiser les compétences des différents professionnels au profit du patient.

En ce qui concerne les indications psychomotrices, il est possible d'en énumérer un certain nombre, sans toutefois considérer cela comme exhaustif. On retrouve majoritairement :

Des altérations de l'image du corps avec une importante mésestime de soi au sein d'une unité psychocorporelle fragile, ceci pouvant conduire à des angoisses archaïques. Un trouble du

schéma corporel avec pertes des repères corporels et donc une perturbation des somatognosies. Des troubles tonico-émotionnels provoquant des paratonies⁵⁰, des hypertonies ou hypotonie impliquant une région spécifique ou le corps dans son entièreté. Des perturbations de la motricité spontanée avec une agitation motrice ou un ralentissement psychomoteur. Des troubles de l'investissement corporel provoquant soit un désinvestissement soit un surinvestissement d'une partie ou de la totalité du corps. Des troubles du comportement tels que l'apathie ou l'hypercontrôle des horaires des traitements. Une anxiété somatisée avec entre autres une agitation motrice. Une perte d'autonomie progressive avec une atteinte de la verticalité ou une difficulté dans les actes quotidiens. Des troubles de la communication avec un repli relationnel. Une atteinte narcissique en lien avec un trouble identitaire.

Le travail en psychomotricité pouvant s'ouvrir par ces portes d'entrée, peut alors s'axer selon diverses problématiques. Les plus fréquemment retrouvées concernent l'atteinte de l'enveloppe, les troubles de la régulation tonico-émotionnelle, la dissociation somatopsychique, le manque d'ancrage mais aussi l'atteinte de l'axe en lien avec la perte de la verticalité.

Du fait de l'altération générale des patients rencontrés, les bilans standardisés sont peu utilisés et utilisables en clinique palliative. Néanmoins des items de bilan tels que l'équilibre bipodal et unipodal sont parfois utilisés. Ceci étant, l'observation psychomotrice est surtout qualitative, et elle consiste essentiellement à analyser la façon dont le patient habite son corps. Sa posture, son installation dans l'espace, sa qualité gestuelle et de coordination, sa gestion du temps, ses réactions tonico-émotionnelles sont autant d'éléments venant traduire un état psychocorporel singulier. La lecture psychomotrice se faisant dans la rencontre, on pourrait dire que l'évaluation est déjà une forme de soin thérapeutique.

⁵⁰ Anomalie de la contraction musculaire dans laquelle le muscle, au lieu de se relâcher se contracte plus ou moins.

IV/ La clinique palliative

Dans cette partie, ce sont en tout quatre vignettes cliniques qui seront exposées sous quatre formats différents. Ceci afin de lier la forme au fond, dans le but de respecter avec le plus d'authenticité possible, les types de rencontres effectuées et leurs inhérentes réflexions clinico-théoriques. Par ailleurs, des paragraphes en italiques seront présents. Ils viendront mettre en avant mes propres réflexions, impressions et perceptions advenues durant les séances. Enfin, dans un souci de synthèse, les deux premières rencontres cliniques concluront sur un récapitulatif des éléments ayant participé à construire mon identité psychomotrice. En ce qui concerne les deux dernières, plus longues, des points de synthèse seront présents par intermittence dans le déroulé mais également en fin.

1/ Rencontre avec Monsieur B.

a) Une ouverture dans le monde palliatif

Monsieur B a 60 ans, ancien représentant de commerce actuellement à la retraite, il fut également un athlète de haut niveau. D'un point de vue médical, il est à présent atteint d'une tumeur rénale avec métastase osseuses, pulmonaires et cérébrales, diagnostiqué en Juillet 2018. Le 23 Septembre, il est emmené aux urgences suite à des douleurs thoraciques provoquées par une quinte de toux au soir, puis sera hospitalisé quelques semaines. Son état évoluant vers un déclin rapide, l'équipe mobile de soins palliatif est alors interpellée pour ce suivi. L'infirmière de l'équipe ayant déjà rencontré Monsieur, elle fait part de son évaluation clinique à la psychomotricienne dont elle pense la présence pertinente. Le rapport au corps de Monsieur semble en effet préoccupant dans la mesure où il refuse davantage les toilettes et apparaît inconfortable en position allongée, dans son lit. L'indication psychomotrice émerge donc, et nous nous rendons à trois- l'infirmière, la psychomotricienne et moi-même- dans la chambre de Monsieur B.

Ce qui va suivre est le compte-rendu rédigé dans la semaine qui a suivi cette première rencontre. Ce format illustrant au mieux l'apport théorique qui va suivre.

Jeudi 11 Octobre 2018.

« C'est un homme alité, dans une position immobile, extrêmement fatigué que nous voyons. La chaleur semble l'envahir car on retrouve de nombreux indices cherchant à équilibrer cet état : ventilateur, fenêtre ouverte, absence de vêtements. Son visage exprime de l'inconfort, il est donc communicant, et ses bras peu mobiles ont tout de même saisi un objet alentours que nous observons en rentrant. Nous rencontrons Monsieur B.

Le peu de gestes effectués avec les bras, amène à penser que la proprioception de ceux-ci est efficiente. Centrés sur son corps propre (il se gratte), ces actions ne sont pas à visées interactionnelles. On remarque une discrimination explicite de localisation de besoin corporel, car le patient accepte un soin sur le visage et pas sur le reste du corps. Serviette humidifiée face aux lèvres, il éprouve la sensation de l'eau sur celles-ci. Il effectue alors une succion afin de s'hydrater.

J'observe que des choix sont effectués en accord avec des désirs spécifiques. Monsieur m'apparaît alors acteur dans cette rencontre.

Il est important de noter que Monsieur B peut être dans la relation puisqu'il mentionne ses accords et régulièrement ses désaccords avec les propositions faites. Le plus souvent par des mimiques faciales et plus rarement par une faible voix, comme ici où il a pu verbaliser son désir de soif.

Monsieur B me donne l'impression d'être pleinement présent et de l'exprimer corporellement.

Bien que conscient de la présence d'autrui, il ne semble pas gêné de sa nudité partielle. Ses bras œdématisés et son buste hypertrophié ne cherchent pas à se dissimuler. La recherche de fraîcheur est prégnante. Le visage et plus globalement la tête, par son investissement corporel quasi exclusif revêt une importance ostensible. Ce siège de la cognition et de l'expression émotionnelle est entretenu par un contrôle important.

En effet, dans l'ensemble, le patient semble hypotonique, excepté peut-être pour la tête où une mise en tension empêche son relâchement total. Une oscillation entre détente sur le côté et remise dans l'axe s'observe.

Alité, mais possédant une fonction instrumentale encore efficiente, son champ d'action est réduit mais existant. Même chose pour son regard qui peut se diriger vers une personne entrant dans la pièce.

Décrit comme exigeant par le personnel soignant, quant au rôle spécifique qu'il attribue à chacun, Monsieur B montre un contrôle mental important. On peut dès lors imaginer qu'il sent son corps vulnérable et qu'il souhaite choisir qui peut poser la main dessus. Ses nombreux refus aux différentes propositions faites semblent indiquer une volonté d'affirmation de soi. »

« Les objectifs psychomoteurs envisagés sont les suivants :

La thérapie psychomotrice pourrait dans un premier temps questionner pour accueillir les différentes sensations éprouvées et tenter dans un second temps de les soutenir par un retour verbal. De plus, concernant Monsieur B, ses bras en mouvement, assez toniques pour assurer une fonction instrumentale pourraient être sollicités dans un geste davantage conscientisé. Proposant des mises en relation avec des objets préhensibles ou des mobilisations passives, le but étant de lier mouvement-sensation-interaction. Le toucher thérapeutique paraît privilégier à des figures précises et choisis, il ne semble donc pas indiquer ici, d'après les refus obtenus. Mise à part la tête, hautement investie, et manifestant des tensions. Un travail de relaxation à ce niveau paraît approprié, ce qui permettrait à Monsieur B d'accepter une détente dans cette zone tout en restant dans l'interaction. »

Cette observation suite à une visite d'une trentaine de minutes, et les objectifs psychomoteurs envisagés, témoignent d'une vision quelque peu clivée. Rétrospectivement, il n'est fait mention à aucun moment de l'état agonisant de ce patient et donc sa fin de vie. L'éventualité d'une mort proche s'efface devant la volonté d'établir un projet dont j'ai la certitude qu'il pourrait être mis en place dès la semaine suivante. C'est à mon retour en stage la semaine suivante, avec un esprit rempli d'idées nouvelles pour ce patient que j'apprends son décès.

b)Un apprentissage de non- appartenance

Après réflexion, mon premier constat est d'observer un fait : Le temps de la mort ne nous appartient pas. Une rencontre et un accompagnement en soins palliatifs peuvent se faire durant quelques minutes ou durant plusieurs semaines voire mois. Ce temps n'est pas l'apanage du patient et encore moins celui du soignant. Dès lors, délaissant notre toute-puissance au profit d'une compréhension dans ce qui se joue là, dans le présent, c'est toute une approche du soin

qui se définit. Démarche éthique où le respect de l'autre devient la garantie d'une relation thérapeutique humanisante.

Ainsi, si ce temps de la mort n'est pas sous notre contrôle, la personne qui le traverse, ne l'ai pas davantage. Dès lors, l'usage de déterminants possessifs pour parler de « mon » patient ou bien de « ma » patiente me paraît inapproprié ici.

Le patient n'appartient pas au soignant avec lequel il chemine. Monsieur B. m'apprend à délaisser mon pouvoir soignant, et à ajuster ma conscience de l'autre. Cet autre ici, bien que vivant au moment de la rencontre, témoignait déjà de signes corporels le situant proche de sa finitude. Respiration difficile, corps dévoilé dans une nudité presque totale, altération importante de communication verbale etc...

Mais comment relier ces termes de vie et de mort sans tomber dans l'exclusivité de l'un ou de l'autre ? C'est en revenant sur les définitions de base des soins palliatifs qu'une réponse émerge et donne sens à ma recherche de compréhension. Plus particulièrement, celle de l'OMS où ce couple paradoxal s'épouse en se rassemblant dans l'unité d'une phrase :

« Les soins palliatifs [...] considèrent la mort comme un processus normal, [...] et proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort [...] »

Cet extrait de définition m'apparaît pertinent dans la mesure où il n'évade aucun des deux pôles, mais les inclut tous deux avec justesse dans le principe même de l'existence. Monsieur B m'apprend alors à concevoir la fin de vie comme un temps d'existence à part entière. Un temps de vie certes, mais touchant bientôt à sa fin qu'il ne faut pas ignorer non plus.

Ainsi quelle protection s'est activée en moi pour ne pas concevoir cette idée d'une mort proche ? Une défense psychique inconsciente ?

c) Les mécanismes de défense

Les mécanismes de défenses agissent comme des anticorps psychiques. Là où « toute situation d'angoisse, d'impuissance, de malaise, d'incapacité à répondre à ses propres espérances ou à l'attente d'autrui, engendrent en chacun de nous des mécanismes psychiques qui, s'instaurent à notre insu, revêtent une fonction adaptative et nous préservent d'une réalité vécue comme intolérable parce que trop douloureuse. Ces mécanismes de défense, fréquents, automatiques et

inconscients, ont pour but de réduire les tensions et l'angoisse, et s'exacerbent dans des situations de crise et d'appréhension extrême. »⁵¹

Les patients en soins palliatifs, face à la contraction d'une maladie grave et évolutive engageant le pronostic vital présentent de fait des défenses. Cependant, ils ne sont pas les seuls, les soignants sont aussi concernés par ces protections du psychisme. Il est à noter que « quel que soit la défense, il faut toujours séparer ce qui ne doit pas se toucher sous peine d'être contaminé psychiquement. » A ce titre, du côté soignant « beaucoup d'exemples en attestent : port de gants pour toilette mortuaire, changement de stéthoscope entre vivants et morts etc... »⁵². Les mécanismes de défense permettraient donc d'expliquer le phénomène décrit auparavant, où l'idée de mort ne pouvait être liée à la vision vivante de Monsieur B. Dès lors, séparer une pensée d'une autre peut être rapproché du mécanisme de défense nommé isolation.

GAUCHER et GUIOSE nomment cette défense du côté soignant, en expliquant qu'il s'agit d'un phénomène comparable au « clivage »⁵³ que l'on retrouve chez le patient.

L'isolation devient ainsi la séparation de l'affect lié à une représentation ou la séparation artificielle entre deux pensées ou deux comportements qui sont liés en réalité.

Monsieur B, à la suite de notre rencontre, m'apprend donc trois éléments dans ma construction soignante :

- Ni le temps de la mort, ni le patient ne m'appartiennent.
- La vie et la mort sont reliées dans le principe même de l'existence.
- En tant que soignant, j'ai des mécanismes de défense visant à me protéger psychiquement.

⁵¹ RUSNIEWSKI (1995) p.15.

⁵² GAUCHER-HAMOUDI ; GUIOSE (2007) p.32.

⁵³ Pris dans le cadre des soins palliatifs, ce terme peut désigner par exemple chez le patient, une séparation entre une partie saine de son corps et une autre partie malade.

2/ Rencontre avec Madame H.

a) Un suivi où la rencontre s'installe

Madame H a 45 ans, elle est originaire d'Algérie, pays dans lequel elle vécut jusqu'à ses 25 ans. Son père, souvent absent car régulièrement en voyage pour la France du fait de son travail, amène Madame à avoir un rôle particulier dans l'éducation de sa fratrie. Elle devient en quelque sorte la garante de l'éducation de ses frères et sœurs-avec sa mère- et ainsi devient une sorte de « père de substitution ». Elle quitte cependant sa famille à l'âge adulte pour partir en France, lieu où elle restera et exercera un emploi dans le médico-social. Femme « indépendante » comme elle le nomme elle-même, elle vit seule et sans enfant.

D'un point de vue médical, sa biographie se poursuit comme suit.

En décembre 2017, un scanner est réalisé suite à la manifestation de douleurs abdominales. Celui-ci révèle une masse ovarienne au niveau de l'ovaire droit. Très rapidement, une opération chirurgicale est programmée, une ovariectomie droite est réalisée. Par la suite, une persistance des symptômes douloureux et un important amaigrissement s'observent (perte de 20 kg en sept mois). Un bilan est alors réalisé à l'hôpital le 06/07/2018 pour suspicion de syndrome occlusif sur probable carcinose péritonéale⁵⁴. Ce bilan confirme la présence du cancer, qui nécessite un traitement chimio thérapeutique dès juillet. Madame jongle alors entre son hospitalisation à l'hôpital et de courts séjours (trois semaines en moyenne) en SSR⁵⁵ et ce, jusqu'au 30 Novembre 2018, date où elle apparaît symptomatique avec des vomissements et des douleurs abdominales. C'est alors l'ensemble de l'équipe mobile qui est sollicitée, et non plus seulement la psychomotricienne, qui a déjà débuté une prise en charge depuis août suite à la demande de relaxation de la patiente.

Un travail autour de la relaxation mais aussi par le toucher thérapeutique afin d'appréhender les douleurs de Madame et de les réinscrire dans une lecture globale du corps a été mis en place, et ce, durant plusieurs mois.

Avant de rencontrer pour la première fois la patiente, la psychomotricienne m'explique qu'au départ Madame H ne saisissait pas l'intérêt de la psychomotricité. De nombreuses séances ont été nécessaires afin de lui permettre de mûrir sur cette nouvelle approche corporelle. De plus,

⁵⁴ Envahissement de cellules cancéreuses dans le péritoine, fine couche qui tapisse la paroi de l'abdomen.

⁵⁵ Soins de suite et de réadaptation.

je comprends davantage sa problématique psychomotrice lorsque la psychomotricienne m'annonce les gestes médicaux accomplis. Poses de drains, perfusions répétées, ventre mutilée, pose de stomie⁵⁶... La notion d'enveloppe paraît mise à mal, je comprends donc davantage la proposition d'un toucher thérapeutique. Celui-ci venant contacter la peau pour étayer un sentiment d'unité psychocorporelle.

Informations partagées, nous rentrons dans la chambre de Madame H.

Jambes pliées, assise sur son lit, mains sur le tuyau de la stomie, elle nous lance un grand sourire dès notre arrivée dans la chambre. La psychomotricienne occupant une posture clinique au sens étymologique du terme, se place proche de la patiente, à côté du lit. Davantage dans l'observation, je me place plus à distance, au pied du lit, face à la patiente. Bien que connaissant la psychomotricienne depuis trois mois, et me découvrant en ce jour, Madame m'inclue dans l'interaction par un regard vif et alerte. Au fil de la conversation, elle explique que son sommeil est altéré, ce qui génère chez elle de la fatigue. Cependant, malgré cet état, elle ne cesse de mouvoir son corps et plus particulièrement ses jambes durant l'échange.

La psychomotricienne m'expliquera plus tard qu'au fur et à mesure des séances, la patiente et elle-même ont trouvé un surnom à Madame : « la femme debout, celle qui marche ».

Puis, elle manifeste son désir « d'indépendance » et aussi de rentrer chez elle mais « avec plus de force ». Elle associe cette force à des qualités corporelles très précises : ses « muscles » et son « poids ». Avançant dans la sphère émotionnelle, elle verbalise qu'elle ressent « une peur dans le thorax » et « une colère dans le ventre ». La tristesse est également présente et donne lieu à des pleurs au cours de la séance. Madame dit pleurer à cause de sa « dépendance aux autres » pour se déplacer et ajoute que « le cancer ne veut pas se radicaliser » puis reprend, « s'éradiquer ».

Ce lapsus ou simple glissement de mot m'évoque le caractère sournois de la maladie, et donc l'impossibilité de le combattre directement. Ceci apparaît affecter grandement Madame H qui ne peut ne peut affronter le cancer frontalement comme ennemi visible « radicalisé ». Il ne peut pas non plus être éliminé et donc « éradiqué ».

La psychomotricienne, dans la continuité des séances précédentes, propose alors un massage par « touchers-pressions » des pieds à la tête. Elle poursuit en localisant son toucher au niveau

⁵⁶ On désigne sous le nom de stomie une petite ouverture, temporaire ou permanente, créée lors d'une opération chirurgicale pour évacuer les selles lorsqu'elles ne peuvent plus l'être par les voies naturelles.

des épaules. C'est alors l'occasion pour Madame H de déplacer ses mains, initialement posées sur son ventre, pour les déposer dans le pli de l'aîne. Ses yeux fermés s'apaisent de battements moins réguliers, et sa respiration devient plus abdominale. Le massage continue sur l'arrière et le sommet de la tête, partie du corps que la patiente paraît déposer avec de plus en plus de poids entre les mains de la thérapeute.

Suite à ce soin, Madame H verbalise que ce massage lui a permis d' « ouvrir son ventre comme son esprit » et que « le corps et l'esprit sont reliés ». En guise de conclusion à la séance elle dépose ces mots : « le temps est nécessaire pour résoudre les choses ».

Nous retrouvons Madame H pour la seconde fois, un mois après notre première rencontre, du fait de son séjour en SSR.

Quand nous rentrons dans la chambre, la psychomotricienne et moi, nous voyons Madame H en position fœtale dans son lit, le dos tourné à la fenêtre. Elle nous accueille avec ce même sourire lumineux, et nous annonce rapidement son état de fatigue. Ceci, tout en se redressant sur son lit pour se retrouver en position assise.

Questionnant ses envies du jour et tentant d'affiner la compréhension de son état, nous recevons la psychomotricienne et moi-même des informations très ambivalentes. En comparaison de la première rencontre, il n'est plus question de maladie mais de douleurs. Les propositions de lien entre ces termes faites par la psychomotricienne ne trouvent pas d'accroche. Madame hésite sur ce qui lui conviendrait le mieux aujourd'hui, « peut-être un massage », et trouve difficile de nommer son état psychique et émotionnel, seule la fatigue semble présente.

Mon principal sentiment est celui de l'ambivalence en cet instant. Je sens mon corps « partir en avant » afin de proposer un massage à madame, et dans un même temps j'éprouve de la retenue comme teintée d'une certaine tristesse.

Après un temps d'échange, la psychomotricienne lui propose un massage du dos, ce qui amène la patiente à se remettre dans sa position initiale, sur le côté, qu'elle qualifie de « confortable ».

Durant ce temps j'observe une proposition très contenante, comme un soin prodigué à un nourrisson. Madame H me donne l'image d'un petit oiseau dont il faut prendre soin. Me vient alors ici l'aspect plus concret du holding et handling de WINNICOTT.

Par la suite, il est proposé que je continue ce massage, au niveau du visage.

Une fois réinstallée sur le dos pour poursuivre ce soin du corps, Madame replie ses jambes sur le lit. Quelques minutes après avoir commencé, j'observe celles-ci, qui progressivement, se déplient et bientôt s'ouvrent légèrement dans un mouvement d'abduction, en roulant vers l'extérieur. Ses yeux sont alors fermés. La psychomotricienne placée en face de nous, mime de son visage une expression d'endormissement, pour me faire comprendre que Madame est probablement entrée en sommeil. Quand ce dernier se termine, elle émerge progressivement de l'état de détente dans lequel elle se trouvait, et nous remercie tous deux. Elle exprime alors son désir de poursuivre ce repos. Respectant son choix, nous partons de la chambre après un échange d'aurevoir dans un calme ambiant.

Les vacances de Noël se faisant durant la période d'hospitalisation de Madame, je la retrouve trois semaines plus tard.

Lorsque nous entrons dans la chambre, je la vois assise sur un fauteuil, tête en appui, dans le coin de la pièce vers la fenêtre, les yeux clos, mains jointes sur son entre-jambe. L'obscurité de la pièce contraste avec le teint ictérique⁵⁷ de Madame H. Ses os devenus plus saillants sur l'ensemble de son corps, sont davantage ostensibles au niveau de son visage.

J'observe la grande différence de son état en seulement trois semaines. La question identitaire intervient. Est-ce la même que la dernière fois ? Je suis saisi par un tel changement.

Notre arrivée dans la chambre, ouvre alors ses lèvres d'un large sourire presque simultanément à ses yeux. Nous nous installons auprès d'elle. Elle tente d'exprimer ce qu'elle ressent, mais la force semble lui manquer pour le faire. Elle murmure à bas mots l'attente de la venue de sa mère, « elle qui vit en Algérie ».

La psychomotricienne propose par la suite, en accord avec la patiente, une relaxation. Durant celle-ci, le téléphone de Madame sonne, sa mère tente de la joindre, ce qui recrute sa vigilance et l'amène à être confuse quant au temps présent. Le jour et l'heure apparaissent difficile à trouver, sa temporalité semble perturbée. La relaxation peut néanmoins se poursuivre, et Madame se plonger à nouveau dedans.

L'étonnement et la confusion sont alors éprouvés non plus par la patiente, mais par la psychomotricienne et moi-même. Apaisée par la reprise de la relaxation, son tonus semble très

⁵⁷ Ictère est synonyme de jaunisse. Il correspond à une coloration jaune de la peau et des muqueuses due à l'accumulation dans les tissus de bilirubine. La première manifestation visible d'un ictère apparaît au niveau des conjonctives oculaires. La bilirubine est un pigment jaune ocre excrété dans la bile.

bas, au point de nous faire douter de son état de vitalité : quelques secondes suffisent pour que je m'interroge si Madame H est encore vivante.

Alors que cette idée traverse mon esprit, elle ouvre son regard au temps de la reprise. La verbalisation est brève et paraît même impossible. L'éveil semble insoutenable, nous nous dirigeons donc vers la porte au moment où la patiente se retire dans le sommeil. Ceci est la dernière séance passée auprès de Madame H.

La semaine suivante, je la croise furtivement, mais en dehors du cadre de la thérapie psychomotrice. En fin de matinée, je la vois dans l'avenue hospitalière, cette grande allée à l'entrée de l'hôpital. Elle est en fauteuil roulant, entourée de sa famille et notamment de sa mère. Je quitte l'hôpital avec ces images en tête et ressens une envie très précise, celle d'écrire.

« Nous sommes le 11/01/2019 et bientôt, une vie va s'éteindre.

Une légère flammèche devenue frêle de par sa maladie...

Aujourd'hui brillante d'un sourire étincelant, elle fut petite étoile dans le ciel de mes rencontres.

Un corps qui parle dans son immobilité croissante, où le silence nous connecte au cœur du sacré, dans la dignité la plus profonde. Féconde rencontre de l'éphémère, elle m'enseigne cet aurevoir aux soupçons d'adieu. Peut-être nous reverrons nous, et si ce n'est pas le cas, je vous accorde cette place si spéciale en mon être, cet intemporel du souvenir,

Ma Mémoire. »

A mon retour en stage la semaine suivante, j'apprends la mort de Madame H, décédée dans le week-end.

b) Articulation entre processus créatif et construction identitaire psychomotrice.

Ce poème très intime et pourtant relié à un contexte professionnel, me fait à nouveau relier mon vécu et mon identité psychomotrice dans le contexte de la relation thérapeutique. Cherchant à élaborer à l'aide de théorie sur cette production, c'est une autre défense psychique qui apparaît.

*La sublimation*⁵⁸

Il s'agit d'activités humaines apparemment sans rapport avec la sexualité, mais qui trouveraient leur ressort dans la force de la pulsion sexuelle. FREUD a décrit comme activités de sublimation principalement l'activité artistique et l'investigation intellectuelle. La pulsion est dite sublimée dans la mesure où elle est dérivée vers un nouveau but non sexuel et où elle vise des objets socialement valorisés.

Ce concept, bien qu'encore efficient aujourd'hui fut tout de même contesté par ces mêmes auteurs. ROUSTANG les cite lors d'une conférence qu'il donne à propos de la sublimation⁵⁹ : « Dans la littérature psychanalytique, on recourt fréquemment au concept de sublimation ; il est en effet l'index d'une exigence de la doctrine, dont on voit mal comment on pourrait se passer. L'absence d'une théorie cohérente de la sublimation reste une des lacunes de la pensée psychanalytique ».

Il s'agit donc d'un outil à manier avec parcimonie, mais qui ne perd cependant pas toute utilité quant à son utilisation dans une approche clinique.

Cependant faire appel à la sublimation dans la rencontre avec Madame H, m'interroge sur ce statut de « défense psychique ». S'agit-il en effet d'une défense de ma part ou bien d'un processus témoignant un approfondissement de la rencontre ? Peut-être les deux.

RUSZNIEWSKI accole à la notion de sublimation celle de « combativité ». Ce terme me paraît alors très en lien avec l'histoire de vie de Madame H, cette « femme debout ». Indépendante, s'étant éloignée de sa propre famille pour venir vivre en France, il n'est pas inadapté ici de dire que Madame fut dans une posture de combativité dans son existence.

En lien à cette histoire, c'est également mes propres sensations en séance (par exemple mon envie de proposer un massage) qui m'indiquent un élan vers la création. Par ailleurs, l'implication et l'écoute corporelle spécifique de la psychomotricité amènent une réceptivité émotionnelle singulière. Cette « impression de tristesse » évoquée auparavant ne traduit pas mon émotion, mais celle de Madame H. Cependant, le fait qu'elle ne m'appartienne pas n'induit pas que je ne sois pas affecté. Je réalise que l'on compose avec l'émotion sans être envahie par elle. C'est également le déclin rapide de son état qui me touche et vient m'interroger sur son

⁵⁸ LAPLANCHE ; PONTALIS (1967)

⁵⁹ ROUSTANG (2009) p.74.

identité. J'observe alors qu'elle est la même (notamment par son sourire) bien que son état psychocorporel ait grandement changé.

Ainsi j'analyse ce poème comme une mise en lumière de deux éléments. Il semble traduire d'une part une défense psychique face cet accueil émotionnel, mais aussi face à cette proximité avec la mort. D'autre part il manifesterait le degré de rencontre avec Madame H.

RUSZNIEWSKI explique que « la sublimation (est aussi), apte à prévenir un enlèvement dans l'angoisse et l'impuissance » (bien qu'elle) constitue peut-être le mécanisme le plus « réussi » [...] ». ⁶⁰

La rencontre avec Madame H. est donc riche d'élaboration et admet une certaine profondeur de par notamment, la créativité qu'elle a suscitée. Je retiens donc ces points à la suite de ce suivi :

- Un mécanisme de défense singulier peut venir parler du fonctionnement du patient en passant par le thérapeute.
- En psychomotricité, l'accueil émotionnel est un outil respectant le « mouvement affectif » du patient, pour mieux le discerner de l'émotion propre du thérapeute.
- En phase palliative, le déclin du corps peut s'effectuer rapidement. Le patient demeure le même malgré ses modifications. Son identité de sujet n'est pas altérée en fin de vie.

⁶⁰ RUSZNIEWSKI (1995) p.56.

3/ Rencontre avec Madame R.

a) Le massage, un premier contact

Madame R, 42 ans, est originaire de Madagascar, lieu où elle vécut avec son époux et leurs deux enfants (6 et 10 ans respectivement) jusqu' au jour où la nécessité de venir en France pour poursuivre des traitements s'est imposée à elle. En effet, en décembre 2015 un cancer de l'ovaire gauche est diagnostiqué, et il est opéré par ovariectomie. En Mai 2016, de nouveaux symptômes apparaissent. De l'ascite⁶¹ se forme en abondance, ce qui donne lieu à de nouveaux examens qui rendent compte d'une carcinose péritonéale diffuse. Un traitement chimio thérapeutique est alors enclenché en première ligne à Madagascar. Le cancer évoluant, le corps médical annonce une prise de chimiothérapie en deuxième ligne en France, car plus adapté pour ce type de prise en charge. Madame arrive donc en France, en aout 2017. Le suivi curatif continu, et à partir de Mars 2018, Madame, en plus de sa chimiothérapie administrée en hôpital de jour (HDJ), bénéficie d'une ponction d'ascite bimensuel qui deviendra hebdomadaire à partir de décembre 2018. Puis en novembre 2018, son oncologue décide de poursuivre la chimiothérapie qui semble ralentir sans pour autant guérir la maladie. Et d'ajouter que la pathologie risque d'échapper au traitement, et dès à présent une possible inclusion dans un protocole thérapeutique est envisageable. Dès lors, l'équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs est sollicitée car il s'agit ici d'une maladie grave et évolutive en instance d'être en échappement thérapeutique. Par ailleurs, cette dame est accompagnée par une psychologue de l'hôpital à une fréquence bimensuel.

Lors du premier entretien avec le médecin de l'équipe, Madame fait part de douleurs au niveau du dos causé par un alitement prolongé dû à la ponction d'ascite dans la partie ventrale. L'indication douloureuse, liée à sa restriction de mobilité par sa posture en décubitus dorsale imposée, ouvre l'espace d'une rencontre avec la psychomotricienne.

⁶¹ L'ascite est un épanchement de liquide (ou accumulation de liquide) dans la cavité péritonéale, c'est-à-dire à l'intérieur de la membrane qui entoure les viscères abdominaux.

Première Séance

Nous nous dirigeons la psychomotricienne et moi-même à l'HDJ afin de rencontrer la patiente. Moi pour la première fois, la psychomotricienne pour la seconde. Durant le trajet, je suis renseigné sur la demande explicite de la patiente, à savoir, un massage du dos. Des informations globales me sont données sur elle, et je propose à la psychomotricienne d'être celui qui effectuera ce massage⁶², lui expliquant en effet que j'ai récemment fait une formation sur cette médiation⁶³. Nos places respectives attribuées, nous arrivons au niveau de l'HDJ, nous rencontrons alors Madame R dans sa chambre.

Dès notre arrivée, elle exprime : « j'ai cru que vous m'aviez oublié ». La rassurant de la fiabilité de nos présences, la psychomotricienne nomme la mienne et mentionne ma posture active pour le massage proposé. Elle dit avec spontanéité et légèreté : « c'est un expert en massage ». Madame acquiesce d'un hochement de tête. Elle se redresse dès lors du lit sur lequel elle était allongée et me questionne sur la posture la plus adaptée pour ce massage. Nous convenons ensemble qu'elle s'assoie sur un côté du lit, le buste en avant, posé sur un oreiller lui-même installé sur une table. Les bras croisés venant soutenir sa tête sont eux aussi sur l'oreiller. La psychomotricienne assise sur une chaise à notre droite occupe une place d'observatrice.

Installés, nous débutons le massage. Je pose mes mains sur les épaules de Madame en guise de prise de contact.

Je ressens immédiatement un relâchement tonique au niveau de sa ceinture scapulaire de par l'abaissement de celle-ci.

Puis, durant 20 minutes, j'applique le protocole vu lors de ma formation. Je suis concentré sur mes gestes dans un souci de reproduction de ce que j'ai appris. Le massage terminé, la patiente émerge progressivement dans un état de vigilance plus important, afin que nous puissions partager sur son vécu.

⁶² Le terme « massage » sera employé ici dans le sens de « toucher thérapeutique ». La psychomotricienne de l'hôpital, en accord avec les kinésithérapeutes, a choisi ce mot afin d'éviter une éventuelle confusion anxiogène dans la représentation des patients quant à cette médiation. Le mot « toucher » pouvant évoquer un acte médical intrusif.

⁶³ Formation de quatre jours avec une psychomotricienne/ ostéopathe où un mélange de techniques ayurvédiques et californiennes ont été expérimentées. Inclue dans un groupe de six, chacun a reçu et donné les protocoles de massage, sur la globalité du corps.

Se plaçant en position assise sur le lit, elle effectue un mouvement d'ouverture des bras vers l'avant en soufflant. Telle est sa réponse quand la psychomotricienne la questionne sur son ressenti actuel. Nous interprétons par ce geste une portée symbolique de soulagement, d'apaisement. La psychomotricienne étant dans l'obligation de se rendre à une consultation avec une autre patiente, elle nous laisse donc terminer cette séance à deux. Je conviens alors avec Madame d'une autre séance, à la même heure, la semaine suivante. Je ne le savais pas encore, mais cet engagement réciproque m'amènera à accompagner Madame M dans son suivi psychomoteur.

Bilan de la séance

Pour ce qui est de la séance, je me suis donc concentré studieusement à appliquer le protocole appris. À la demande, j'ai proposé une réponse qui s'est avérée adaptée de par le tonus⁶⁴ perçu et l'expression de madame en fin de séance.

Mais, cela venait-il traduire une véritable rencontre ? La demande verbalisée par la patiente se situait-elle uniquement sur ce massage du dos ? Et que venait donc dire sa phrase en début de séance sur son rapport à l'autre ? Echangeant sur ces questionnements avec ma maître de stage, nous convenons que j'assurerai « seul » le suivi de cette patiente pour les séances à venir.

Deuxième séance

Je rencontre madame pour la seconde fois, mais cette fois ci seul. Allongée comme la semaine passée dans son lit quand j'entre, elle se recrute afin d'adopter une position assise. Un regard questionnant s'invite dans le mien. Je prends alors un temps pour expliquer le nouveau cadre de séance.

Je suis assez intimidé de débiter pour la première fois une prise en charge seul. Je ressens alors le besoin en moi d'être dans l'action.

Je propose rapidement, sur le même modèle que la semaine passée, un massage sur la zone du dos. Réfléchissant ensemble à la posture la plus confortable pour Madame et moi-même, nous convenons qu'elle s'allonge sur le côté. Spontanément, elle se place sur le côté gauche, ce qui me positionne du même côté du lit que la semaine précédente. Relevant son haut pour permettre

⁶⁴ Le tonus : Etat de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique, permanente et involontaire fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice ni de mouvement, ni de déplacement. Il s'agit de la toile de fond des activités motrices et posturales.

ce nouveau massage en peau à peau, je lui explique qu'il s'agira du même type de toucher, à savoir enveloppant. Madame acquiesce, nous pouvons alors débiter.

J'applique le protocole appris jusqu'à l'instant où la position de la patiente ne me permet plus de le poursuivre.

J'éprouve dès lors une gêne au niveau des lombaires, puis un recrutement tonique de plus en plus intense dans mes épaules. Mes gestes deviennent moins surs et l'envie de poursuivre le massage sur le bras droit rend ma posture physique et psychique inconfortable. « Ce bras est trop loin » me dis-je, « mon ancrage n'est pas assez stable, et peut-être me retrouverais-je trop en face d'elle ? »

Ces questionnements intellectuels parasitant mon équilibre psychocorporel finissent alors par s'évanouir lorsque je débute un massage au niveau du cuir chevelu. Sortie de protocole. Je suis alors à l'écoute du dialogue tonique en jeu, et retrouve peu à peu une attitude sereine.

J'observe alors chez Madame des yeux fermés, un visage paisible qui bouge dans un bercement léger. J'effectue alors des mouvements d'avant en arrière à un rythme très lent sur le sommet de sa tête.

L'impression d'une connexion de l'avant de son corps et de l'arrière me parvient. Le fait d'être en mesure de voir son visage participe aussi à cette sensation, moi qui ne connaissais que son dos. Nouvelle forme de rencontre ou poursuite de la précédente, je découvre en tout cas un partage plus riche en cet instant où l'émotion s'invite.

Car c'est bien de cela qu'il s'agit, comme le verbalise Madame lorsque le massage prend fin. L'air gênée, les bras pliés avec les mains près de son visage légèrement empourprée elle exprime : « c'était agréable sur la tête ». J'énonce alors qu'en séance de psychomotricité Madame pourra toujours déposer ses ressentis positifs comme négatifs, ainsi que ses envies. A ces propos, elle me regarde attentivement et me demande si un massage du ventre est autorisé. La réponse positive la fait sourire. Nous posons donc ensemble ce projet pour la prochaine fois.

Bilan de la séance

Sortant de la chambre, je suis étonné de l'avancée dans la rencontre avec cette patiente en aussi peu de temps. En effet, en deux séances j'ai pu contacter son dos, puis sa tête et il est prévu pour la séance suivante d'apporter un soin sur son ventre, siège symptomatique de sa pathologie. Ces contacts haptiques en différents lieux du corps apparaissent comme autant d'ouverture psychique en des points de rencontres différents. Ceci traduisant à mon sens, une

évolution du suivi par un approfondissement de la relation. Plus précisément, c'est par l'écoute de mon propre tonus et celui de la patiente qu'un dialogue tonique s'instaure et qu'une alliance thérapeutique⁶⁵ dans une prise en charge psychomotrice s'effectue.

J'observe alors la différence entre une réponse à une demande précise, protocolaire, et le fait d'être à l'écoute de ses propres ressentis, inscrits au sein d'un dialogue tonique. Démarche qui a déployé davantage de créativité et de sens dans ce toucher thérapeutique selon moi.

Dès lors, tentons de comprendre ce concept de dialogue tonique.

b)Le dialogue tonique ou dialogue tonico-émotionnel

WALLON définit les émotions comme des « formations d'origine posturale qui ont pour étoffe le tonus musculaire »⁶⁶. Ainsi, tonus et émotion sont donc liés. Mais comment traduire une émotion en fonction d'un tonus donné ? Un retour aux interactions précoces paraît alors approprié pour expliciter cette question.

Dans la prime enfance, le nouveau-né, dépourvu de langage verbal n'a que son corps comme moyen de communication, et d'être au monde. Lorsqu'il est traversé par un état (de faim, de fatigue ou autre) nécessitant une aide, il doit pour sa survie physique comme psychique, l'exprimer afin de ne pas déperir. Un autre, une figure parentale dont il est dépendant, comble alors ce besoin. Cette réponse apportée à l'enfant est un retour à un message communiqué dans l'infraverbal, il s'agit donc d'un dialogue en deçà du langage. Dans la continuité des travaux de WALLON, AJURIAGUERRA définit le terme de dialogue tonique comme suit :[...] « Les positions de l'enfant et les postures de la mère par rapport à son enfant sont à la base d'un dialogue préverbal dans lequel mère et enfant peuvent trouver la confirmation de leur rôle, de leur confort et de leur découverte.»⁶⁷

On voit alors poindre des liens pertinents avec la clinique psychomotrice, notamment avec Madame R.

⁶⁵ L'alliance thérapeutique désigne le processus interactionnel qui lie patient et thérapeute autour de la finalité et du déroulement de la thérapie. Souvent synonyme de relation thérapeutique, il croise aussi les concepts d'empathie, de relation d'aide et de transfert.

⁶⁶ WALLON (1949)

⁶⁷ AJURIAGUERRA (1988)

Le dialogue tonique effectué en séance a permis d'ajuster nos rôles avec un souci de confort réciproque afin d'ouvrir un espace de rencontre, de découverte. Trois mots qui rentrent en résonnance dans l'ajustement de la place de psychomotricien avec le patient.

Cependant, il est à préciser que ce dialogue tonique, davantage perceptible dans ce contact peau à peau en séance, demeure en dehors du toucher, à distance. Aussi les termes de « posture » et de « position » employés dans la définition précédente, sont sans doute aussi à comprendre dans une dimension symbolique. Le psychomotricien, au fait de cette connaissance, devient conscient de son propre engagement psychocorporel lié à sa posture, et de son impact dans la qualité relationnelle.

Troisième séance

Je retrouve donc Madame pour la troisième fois. Après un court temps d'échange, je lui propose de compléter ce massage du ventre prévu, par un autre sur le sommet de la tête, afin qu'elle éprouve des sensations agréables comme émit la semaine dernière. L'idée est aussi de distinguer éventuellement deux vécus différents, en deux lieux du corps. Madame accepte la proposition. Un léger temps s'opère jusqu' à ce qu'elle dévoile son ventre.

J'interprète cela comme une forme de pudeur quant à cet intime qu'elle me donne à voir, et bientôt qu'elle m'autorisera à contacter par le toucher. Ce lieu du corps gonflé, qui l'oblige à venir en ce jour à l'hôpital, pouvant donner l'impression qu'elle est enceinte. Conscient que ni mon geste, ni la zone contactée ne seront neutres, une certaine tension physique et psychique s'accroît en moi.

Je débute alors le massage par un toucher peu assuré aux mains tremblantes.

J'observe un ventre gigantesque, difforme, avec l'impression que je ne pourrai pas le contacter dans toute sa superficie. Comme si sa taille me questionnait sur ma capacité à le cerner dans son entièreté, et psychiquement sur ma capacité de contenance. Allais-je donc être en mesure d'accueillir dans mes mains cette zone malade et souffrante ? Ces questionnements n'émergeant par des mots qu'après coup, ils ne s'exprimaient qu'au travers de mon tonus en cet instant, élevé, sur mes membres supérieurs.

Puis avançant dans la trame du massage, je ressens progressivement un apaisement tout en parcourant de plus en plus d'espace avec mes mains. Celles-ci trouvent leur rythme et un mouvement plus en lien avec la respiration de la patiente qui se fait davantage abdominale. Je passe alors au massage du cuir chevelu. Dans la continuité de la semaine passée, j'effectue des

mouvements d'avant en arrière, avec toujours cette sensation de volume de par ce lien entre l'avant et l'arrière du corps. La tête faisant donc office de pont, lieu de connexion.

Le massage prend fin, arrive le temps de verbalisation. Madame émerge progressivement en ouvrant les yeux lentement. Elle prend une grande inspiration, puis expire par les narines dans une détente observable. Ses premiers mots sont « ça me détend » pour qualifier son ressenti au niveau de la tête. Elle raconte s'être vue dans « un salon de massage » à l'ambiance tamisée, où l'odeur d'encens flottait dans la pièce. Ses dires s'accompagnent d'un regard qu'elle porte en direction du plafond suivi de sa main gauche qui s'élève dans un même mouvement vertical.

Elle exprime alors « un soulagement » au niveau du ventre, en distinguant deux parties sur celui-ci. La moitié supérieure (le nombril étant pris comme référentiel du milieu de l'abdomen) est effectivement soulagée des douleurs souvent présentes. Quant à la moitié inférieure, Madame R dit : « ça me démange ». Précisant sa pensée, elle me dit : « C'est comme quand une douleur survient, c'est lorsque l'on passe la main dessus que l'on a mal ». J'interroge alors si mon toucher a réveillé et/ou apaisé une sensation douloureuse. Sa réponse est floue mais gagne en précision quand je lui évoque la théorie du « gate control »⁶⁸. Très attentive à cette explication intellectuelle, elle exprime qu'il s'agit de cela, et d'ailleurs qu'elle-même se fait des automassages au niveau du ventre quand une douleur survient.

Enfin madame m'évoque une troisième partie, plus périphérique, « les flancs ». Elle palpe sa peau sur cette zone avec un toucher appuyé, et m'explique qu'elle a ressenti une partie d'elle nouvelle. Elle me questionne alors sur le lien entre le toucher et le contact avec ses organes. J'explique que globalement quatre systèmes existent : les organes, les os, les muscles et la peau, et c'est précisément sur ce dernier que le travail s'est effectué. Nous discutons alors de l'élasticité de sa peau, sujet qui questionne madame au niveau de son ventre. « J'ai l'impression que ça tire parfois » me dit-elle en me montrant la moitié supérieure de ce dernier.

Je note donc qu'un lien est établi entre ses sensations douloureuses, l'étirement de sa peau et l'auto-apaisement qu'elle se prodigue elle-même par le toucher.

⁶⁸ Gate control : Théorie selon laquelle les fibres nerveuses de la douleur sur une zone donnée, sont inhibées dans leurs transmissions par des fibres cutanées plus rapides, également liées à cette zone. Ceci conférerait l'automatisme commun d'effleurer sa peau sur la partie endolorie du corps, et donc d'apaiser la douleur ressentie.

A la fin de la séance, Madame exprime avec assurance son envie de renouveler ce massage la semaine suivante. Avant que je ne m'en aille, elle nomme elle-même le programme : « nous commencerons par le ventre et puis finirons sur la tête comme aujourd'hui ».

Bilan de la séance

Elaborant sur ce qui s'est joué en cette séance, je découvre un lien pertinent entre mes questionnements, mes sensations lors de ce toucher et la verbalisation de la patiente. J'analyse en effet, que si elle est en mesure de s'apaiser elle-même par des auto-contacts, elle a pourtant été en demande d'un autre. Un thérapeute, la contactant sur sa peau, comme pour étayer cette limite corporelle. Notion de limite que j'ai interrogée également chez moi d'un point de vue psychique dans ma capacité à accueillir une souffrance.

Cette mise en lien psychocorporelle, dans la relation avec cette notion de limite corporelle, ne vient-elle pas mettre en avant ma fonction de contenance par le toucher ?

Je pose alors en hypothèse, que ce temps de massage a permis par le contact d'une zone symptomatique, l'accueil d'un éprouvé douloureux par un toucher contenant.

La peau-limite se référant à une contenance psychique me fait faire le lien avec ce concept princeps en psychomotricité.

c)Le Moi-peau

ANZIEU introduit cette notion en 1985 et propose une théorie. Selon lui, « Toute activité psychique s'étaye sur une fonction biologique. Le Moi-peau trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau »⁶⁹. Dès lors, cet étayage corporel soutient le développement du Moi. Dans la continuité de la théorisation de FREUD, qui écrit : « Le Moi est avant tout un Moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, il est lui-même la projection d'une surface c'est-à-dire : le Moi est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps »⁷⁰.

ANZIEU définit donc le Moi-peau comme tel : « 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

⁶⁹ ANZIEU (1985) p.61.

⁷⁰ FREUD (1923) p. 238.

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 ». ⁷¹

Les toutes premières expériences de l'enfant avec son environnement lui permettent donc de se constituer progressivement un Moi-peau. Celles-ci étant dans un corps à corps, elles viendront délimiter un intérieur d'un extérieur.

Par la suite, Didier Anzieu développe son propos et théorise huit fonctions du Moi-peau. Dans un souci d'apporter un éclairage théorique sur la vignette clinique présentée, je n'ai retenu ici que deux fonctions :

- La fonction de maintenance du psychisme : La peau assure la fonction de soutien du squelette et des muscles. Parallèlement, l'intériorisation d'un « holding » maternel comme objet support, lors des soins corporels avec la mère, permet à l'enfant d'accéder à la consistance interne du soi, de trouver un appui interne en soi pour un futur « je ».
- La fonction de contenance : La peau recouvre tout le corps dans lequel sont contenus les organes, tout comme le Moi-peau enveloppe l'ensemble de l'appareil psychique. En s'appuyant sur le « handling » maternel vécu avec sa mère, l'enfant peut se construire une enveloppe psychique, capable de contenir les pensées, les représentations psychiques et d'intégrer la notion de contenant-contenu.

Ces fonctions de contenance et de maintenance du psychisme trouvent un écho dans les éléments décrits précédemment. Ce toucher enveloppant faisant émerger des questionnements sur le contenu du corps (les organes), et aboutissant sur l'affirmation d'un désir plus franc (organisation du massage la semaine suivante) de la part de la patiente, vient sans doute faire état d'un Moi-peau plus étayé, d'une enveloppe plus structurée. Reprenant les termes de Winnicott, j'aurais prodigué un « holding » et « handling » par ce toucher. Cette expérience m'invite alors à considérer ma posture comme une manière de réactualiser des soins de la prime enfance, et donc de rejouer un type de relation renvoyant peut-être à des représentations antérieures.

⁷¹ ANZIEU (1985) p.61.

d)Le contrôle, une défense maniaque ?

Durant trois séances nous continuons ce travail de massage au niveau du ventre et du sommet de la tête. Durant celles-ci, des informations nouvelles viennent enrichir la relation et des tentatives de symbolisation par le passage à l'écrit sont effectués. Une silhouette est proposée à la patiente sur deux séances, afin qu'elle y inscrive par des couleurs et des mots son ressenti. (Ci-joint document en ANNEXE 1)

Bilan et synthèse des trois séances

Les mêmes mots signifiés auparavant, « détente » et « soulagement » dans les séances précédentes réapparaissent par l'écriture et seules les zones contactées par mon toucher sont inscrites sur le papier (écriture de mots et coloriage). De plus, de nombreuses questions techniques sur le fonctionnement du corps humains me sont posées par la patiente. A l'instar des théories telles le *gate control*, nous discutons de massage stimulant le drainage lymphatique ou encore de qualité de toucher apportant un mieux-être pour la peau etc... Madame me questionne même sur la précision de mon toucher durant le message. « Contactez-vous des points précis ? » En effet, elle voit une acupunctrice depuis peu et met en parallèle ces soins.

Je suis au bout de ces trois séances, quelque peu déstabilisé quant à l'axe de travail à avoir, mais surtout quant à ma posture. Les retours de la patiente et ma façon d'être engagé dans ce travail thérapeutique m'interrogent. J'ai l'impression de gagner en assurance et d'être en mesure de répondre à ses attentes et questions, mais cependant je n'ai pas d'axe psychomoteur clairement définit. Il me manque quelque chose, ou alors, un élément est en excès, et m'empêche de situer le soin psychomoteur avec davantage de précision. De plus, la maladie, en dehors de ses symptômes n'est ni nommée par la patiente ni pensée dans mon esprit.

Je réalise que l'éventualité de la mort proche de cette patiente dans une temporalité qui n'est pas la mienne ne réside pas dans ma pensée. C'est comme si mon geste de soin avait pallié à cela. L'impression que la place conférée par la patiente à mon égard et confirmée par mon discours docte (docteur signifiant littéralement : celui qui sait) avaient contribué à cela. Comme si dans la relation, j'occupais une place de guérisseur.

Il devient dès lors intéressant d'interroger cette perception, qui vient faire écho à la théorie de P PRAYEZ, *la fureur thérapeutique*, énoncée en première partie de ce mémoire.

On pourrait dès lors rapprocher ce comportement du *contrôle* dont fait mention KLEIN en tant qu'il s'agit d'une défense maniaque. PRAYEZ de reprendre que le thérapeute, ainsi positionner en guérisseur devient indispensable aux autres car il peut les sauver. Il ajoute : « Ce sont eux qui ont besoin de lui, un besoin quelques fois vital. Ce sont eux qui dépendent de lui. »⁷²

Cette dernière phrase pourrait être mise en lien avec la première émise par la patiente lors de notre première rencontre. Cette susceptible angoisse d'abandon lorsqu'elle évoquait « j'ai cru que vous m'aviez oublié » a-t-elle agit sur ma posture thérapeutique ? M'a-t-elle poussé finalement, dès le départ, vers une place de pouvoir en tant « qu'expert du massage » comme nommé par la psychomotricienne, et *in fine*, « docteur en guérison » ?

Prise de recul faite, il fallait dès lors en faire autant avec la patiente en séance. J'imagine alors qu'un travail de relaxation pourrait s'inscrire dans une continuité de par l'éventuelle détente et soulagement possiblement procurés par cette médiation. De plus, cela nous permettrait de nous décoller du peau à peau, et ainsi ouvrir le regard dans une approche plus globale. C'est ce qui alors proposé pour les deux séances suivantes

Synthèse et bilan des deux séances

Durant celles-ci je propose à Madame une relaxation de type Dupont à inductions verbales, en énonçant que les points d'appuis. La proposition est rapidement acceptée et sera même redemandée explicitement pour la seconde fois. Pour autant, la patiente exprime toute la difficulté que cette médiation représente pour elle. Si les temps précédents la verbalisation sont en apparences investis pleinement, dans un relâchement et une quiétude observable, son discours, et surtout sa manière de le porter, sont autres. En effet, Madame R. voit cela comme « trop abstrait » et dit ne pas s'être totalement relâchée. Selon elle, la relaxation consiste à « tout relâcher, à être relax ». Des mouvements de flexions/extensions des bras accompagnent ses mots.

Tout en m'énonçant cela, je réalise que Madame R. ne m'adresse pas un regard depuis qu'elle verbalise son vécu, chose qui ne s'était jamais produite auparavant, mais qu'elle répète ici durant deux séances.

⁷² PRAYEZ (1986) p.119.

Ainsi, suis-je partis trop loin ? La distance proposée n'est-elle pas celle appropriée ? Cette absence nouvelle de regard vient-elle traduire une difficulté d'ajustement dans notre relation soignant-soigné ?

J'imagine alors pour la séance suivante une relaxation avec inductions tactiles. Et au préalable de cette nouvelle approche, j'aimerais proposer à Madame R de représenter sur une feuille « un personnage, homme ou femme, réel ou imaginaire, avec le plus de détails possibles »⁷³. Ceci, afin d'ouvrir un nouvel espace de rencontre afin d'ajuster la prise en charge psychomotrice. Un espace pour rencontrer à nouveau Madame R., elle dont je réalise au final, que je n'ai que peu d'informations sur son histoire de vie.

Neuvième séance

e)Le dessin, un support à la rencontre

La semaine suivante nous nous retrouvons donc comme convenu pour une nouvelle séance. En entrant dans la chambre, je vois une Madame R. en action, qui organise son espace sur la table avec ses différents effets personnels. Son regard est vif et ses mouvements le sont davantage également. Sa poigne de main apparaît aussi plus franche et consistante. Nous discutons de son état du jour, et elle me dit être moins fatiguée cette semaine. Profitant de sa position assise dans le lit, je l'invite à effectuer un quart de tour afin de se trouver face à la table. Je lui propose alors un temps de dessin et évoque la consigne énoncée plus haut. D'abord dubitative, elle questionne cette proposition car ne semble pas la comprendre et y mettre un sens. Une fois la formule intégrée, elle décrète : « je vais me dessiner moi ».

Durant ce temps d'échange et d'installation du matériel, je suis installé moi aussi, assis sur le lit, à gauche de Madame R. Nos regards sont périphériques, et la feuille blanche, accompagnée d'un stylo bleu se fait point central, véritable support à une expression partagée. Nous sommes côte à côte, dans un espace relationnel frontal pouvant évoquer une posture particulière, celle de la confiance. Dès lors Madame R. saisit le stylo et effectue sa production.

(Ci-joint document en ANNEXE 2)

⁷³ Test psychomoteur mettant en avant le degré d'intégration du schéma corporel et la symbolisation de l'image du corps.

C'est l'occasion pour elle de se raconter en même temps qu'elle se représente dans un espace graphique. Elle débute par le dos. Grande ligne continue, axe posé, mais sans volume pour l'arrière du corps. Juste après elle dessine son ventre, « son gros ventre » comme elle le dit. Les jambes ensuite, et enfin le bras et la tête. Les détails des cheveux et des chaussettes, ainsi que sa poitrine légèrement griffonnée sont faits à la fin. Elle explique alors qu'il lui « reste tout de même des cheveux » et qu'elle « porte tous les jeudis les mêmes chaussettes » et enfin « qu'ici il n'y a plus rien ». Sa production parachevée, elle dit « Je me suis mise de profil, comme tous les jours quand je me regarde devant la penderie ». C'est alors l'instant où elle raconte qu'elle observe quotidiennement si le volume du ventre décroît ou non.

Enfinement comme si tout le volume de son corps se logeait dans cette zone.

Elle énonce alors l'importance de la ponction d'ascite tous les jeudis. Ceci étant elle constate qu'une grande quantité enlevée ne la rend pas forcément « plus légère » comme elle le dit. Elle distingue donc sa réalité corporelle visible par le regard, des sensations qu'elle peut éprouver. En d'autres termes, Madame R distingue la vision de son schéma corporel⁷⁴, de ses sensations plus internes, sans les corréler de fait. Après ce temps d'approfondissement dans la relation, nous débutons le travail de relaxation.

Je propose alors un temps d'induction verbale, complété par la suite par un toucher contenant en nommant la partie du corps contactée. Un simple contact, de quelques secondes, en débutant par les pieds pour finir au sommet de la tête. Le temps d'approfondissement se fait paisible et le silence qui parcourt la pièce m'apparaît comme différent des semaines passées. La reprise s'effectue assez rapidement où Madame R, une fois les yeux ouverts, les dirige vers les miens et verbalise son vécu.

Elle exprime avec un plaisir ostensible la plus grande facilité qu'elle a eu à se relaxer, le contact l'aidant à ressentir une détente. Elle dit avoir « tout relâcher » et « commence à comprendre ce qu'est la relaxation ». Désirant poursuivre ce travail la semaine suivante, nous nous engageons donc sur ce projet. Les séances suivantes, nous avancerons sur cet axe, en le nommant « travail de réappropriation du volume du corps ». Au moment où ces lignes sont écrites ce dernier est toujours en cours et continue à s'affiner.

⁷⁴ Le schéma corporel se définit comme : l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même (localisation des différentes parties du corps dans un tout) et qui s'organise grâce aux liens entre la perception et l'action. Le schéma corporel est ce qui permet également de se situer dans l'espace. Il est issu d'un mécanisme neurologique, mais s'intègre plus globalement dans un processus biologique, psychologique et social.

Bilan de la séance

Le dessin intervient en tiers dans la relation avec Madame R. Support physique et lieu d'expression de la perception qu'elle a d'elle-même. C'est un moyen pour elle de se raconter dans son corps et dans son quotidien. Il est signifiant d'observer un changement de comportement chez Madame R. En effet son regard porté et dirigé avec une attention particulière dénote des séances précédentes, là où précisément, le toucher était absent.

Je ne peux dès lors m'empêcher de mettre en corrélation ce contacte cutané et celui du regard. Car si « on ne peut toucher sans être soi-même touché »⁷⁵, il en va ici de même de même, dans l'absence. Un défaut de contact entraînant une absence de regard, une distance corporelle probablement trop importante empêchant de se voir.

Cette séance nous permet à Madame R et moi-même de nous situer avec davantage de justesse dans la relation, dans un travail proxémique. Ni trop près par un massage en peau à peau, ni trop éloignés par une exclusivité d'utilisation de la parole. Comme si à l'instar du volume travaillé en certaines parties de son corps, nous avons donné du volume à la relation thérapeutique de par l'ajustement de la distance relationnelle. Là où les mots ouvriraient un espace, le toucher viendrait leurs donner une limite, concrète, palpable, corporelle.

Bilan global du suivi

Ainsi, durant ces neuf séances, c'est un ensemble de théories qui ont été utilisées afin d'éclairer la clinique. Cette articulation clinico-théorique m'aide alors dans ce travail d'ajustement relationnel avec Madame R. Il s'avère donc que ce suivi participe grandement à ma construction identitaire psychomotrice, laquelle se trouve enrichit de ces apports :

- Un protocole sécurise mais peut se distancer de l'affect et donc empêcher l'ouverture de la rencontre en psychomotricité. Il n'est pas le cadre, notion plus interne qui autorise l'adaptation.
- Mon tonus et celui du patient interagissent au sein d'un dialogue tonique, véritable outil dans ma posture psychomotrice.
- Le Moi-peau intègre une dynamique psychocorporelle, notamment dans le contexte du massage où la notion d'enveloppe est contactée.

⁷⁵ AJURIAGUERRA J., 1989.

- Ma posture thérapeutique peut glisser vers des défenses maniaques tel que le contrôle, et ainsi risquer d'être figée dans un sentiment de toute-puissance. Ceci s'inscrivant dans la relation, je réalise qu'être attentif aux attentes du patient est primordial, afin de ne pas demeurer à une place où il m'attend, sans en avoir conscience.

- Enfin j'observe la pertinence de la production graphique. Tiers dans la relation, elle ouvre la rencontre par sa valeur expressive et personnelle. Le patient-sujet s'inscrit, se voit, et se donne à voir au thérapeute.

4/Rencontre avec Madame M.

Dans une réciprocité de cheminement.

A présent, je vais présenter une vignette clinique dont le suivi a débuté il y quelques mois et s'effectue encore actuellement. J'ai commencé cette prise en charge, à la suite de la présentation de la patiente en réunion d'équipe. Les quelques éléments fournis m'ont permis d'élaborer une hypothèse quant à la problématique psychomotrice en jeu. Celle-ci ne pouvant se construire à priori sans rencontre, il ne restait qu'à l'engager.

Cependant avant de débiter cette présentation, une rapide explication s'impose quant à la forme proposée. S'apparentant à un long compte-rendu, ce format met en avant la patiente, sa problématique et les propositions psychomotrices visant à l'accompagner. Certes des questionnements et vécus personnels seront amenés, mais ne seront pas au premier plan. Des points seront toutefois faits par intermittence, afin de permettre une meilleure compréhension dans ma démarche. Celle-ci étant que la pratique étaye l'appropriation d'une identité psychomotrice par l'expérience clinique.

Pour le dire vulgairement, la construction de l'identité psychomotrice est ici plus incarnée que théorisée. C'est sur ce dernier point que cette vignette clinique diffère de la précédente. Ceci dans le sens où le chemin parcouru aux côtés de Madame M, m'a permis de saisir consciemment de nombreux éléments psychomoteurs, dans la démarche palliative.

Les retours de la patiente, en lien avec l'axe psychomoteur travaillé, m'ont fait comprendre avec plus de lucidité le sens de la thérapie psychomotrice et de l'accompagnement.

C'est donc dans une réciprocité de cheminement que nous avons évolué Madame M et moi, tout au long de ces séances. A présent, il convient de les exposer.

Je rentre dans la chambre de Madame M, accompagné de l'infirmière UMASP qui me présente à elle. Je rencontre une dame alerte, à la fois dans ses mouvements qui soutiennent des propos s'enchaînant rapidement mais également dans son regard qui pénètre celui de son interlocuteur. Assise dans un lit légèrement surélevé pour lui donner un appui dos, elle possède sur sa gauche de nombreux effets personnels : sac à main, haricot sur le lit, nourriture abondante et livre sur sa table de chevet.

Femme de 78 ans, ancienne secrétaire dans un cabinet ORL, elle se caractérise comme étant « déterminée, énergique et courageuse » tout ceci guidée par une volonté de retrouver son état antérieur, avant le diagnostic du cancer colorectal en 2018. Cette deuxième annonce fait suite à un précédent cancer, du sein, traité en 2000 par radiothérapie. Information importante de l'époque aux résonnances actuelles : Madame M refusait et refuse encore aujourd'hui la chimiothérapie. En effet une de ses amies est décédée d'un cancer alors qu'elle profitait de ce type de traitement en 1999.

Dans son histoire du corps, elle dit ne jamais avoir été malade et ne s'être jamais plainte non plus. Son discours semble dénué d'affect jusqu'au moment où l'on aborde la source de cette vitalité qu'elle exprime.

Le visage qui rougit et le regard plongé en l'air, elle témoigne une gêne en rassemblant sont haut au niveau du thorax. Puis elle nomme son éducation familiale comme éventuelle ressource. Lorsque l'on tente de nommer une zone corporelle, comme éventuel siège de sa ressource individuelle, la zone de la tête est désignée.

Madame M parle de son plaisir à se cultiver par la lecture, les expositions, le cinéma etc... plaisir réduit à présent du fait de son altération sensoriel aux jambes (paresthésies) qui l'empêche de marcher. Elle critique cet état et nomme qu'elle désire principalement marcher. Elle fait d'ailleurs mention des séances de kinésithérapie qu'elle a eu régulièrement durant six mois l'an passé, et qui ont développé sa musculature qui « logiquement doit être encore présente du fait de ces efforts ». Ses mots s'accompagnent de palpations au niveau de la région haute de la cuisse gauche.

De plus à la simple évocation d'une partie des membres inférieurs, celle-ci se met en mouvement. Ainsi donc le schéma corporel de Madame M ne semble pas très altéré à ce niveau, malgré ses paresthésies aux jambes qui lui confèrent « une sensation cotonneuse ».

Perception étrange, j'ai l'impression que Madame n'a qu'une jambe sous sa couverture, la gauche, et ce dès mon entrée dans la chambre. Ses auto-contacts, ainsi que ses mouvements sur cette jambe la rendent également plus visible.

Nous parvenons à élaborer un projet ensemble où il s'agira d'affiner la conscience corporelle au niveau de ses jambes. Proposition qu'elle saisit car liée à sa volonté de retrouver de la mobilité. Ceci malgré le fait que je lui mentionne qu'il n'y aura pas de corrélation obligatoire et immédiate entre notre travail et ses attentes. Le travail en psychomotricité étant un soutien d'accompagnement, pas une solution.

Nous débuterons cette approche par le biais de représentation mentale ayant pour objet son corps, puis je proposerai différentes stimulations sensorielles sur les membres inférieurs. Il s'agit de mobiliser l'attention cognitive de madame M sur ses ressenties propres afin d'abaisser sa charge mentale, et de lui permettre de préciser sa mise en mot sur son vécu corporel. L'indication en psychomotricité concerne donc un travail de liaison somatopsychique.

La semaine suivante.

Je revois Madame M pour la seconde fois. Allongée dans son lit, elle m'accueille dans sa chambre et nous débutons une conversation d'emblée. Je ressens chez elle un besoin d'exprimer par le langage une anxiété importante. Celle-ci se traduit corporellement par des mouvements segmentaires, vifs de sa tête. Sa logorrhée et les mots qui adviendront plus tard dans la séance confirmeront cette impression.

Une fois notre nouvelle rencontre installée, je me permets de lui réitérer notre projet. Assis à sa gauche, je lui explique le dérouler de la séance envisagée afin d'instaurer un cadre thérapeutique clair et sécurisé. Dans ce dernier, figure également le facteur temporel où un temps d'éprouvé sera suivi d'un temps de verbalisation. Madame adhère à la proposition, je nous sens prêt, nous débutons.

Je l'invite à sentir ses différents points d'appuis en débutant par les talons, pour progressivement remonter jusqu'au bassin. Durant ce temps de conscience corporelle, Madame rétorque à chaque induction de ma part des « oui je vois » ou bien des « j'ai compris » d'un ton laconique. Je vois dans ces jets de mots un besoin d'ancrage dans des signifiants verbaux afin de parer une difficulté à délaisser son mental au profit d'une écoute uniquement corporelle. En début de séance lors de notre échange, elle me parlait justement de son travail en ORL « centré sur la tête », un léger sourire accompagnant ses mots.

Avançant dans le travail, je lui propose alors des mobilisations actives.

Etant donné l'importance qu'elle accorde au travail de kinésithérapie de l'an passé, j'envisage des mouvements simples aux éventuels échos avec ce travail déjà effectué. Ceci dans le but de faire émerger des ressources présentes, et d'instaurer une alliance thérapeutique où elle peut se sentir compétente.

Nous commençons par des flexions/extensions des chevilles. Etayant verbalement ses potentielles sensations dans le mouvement, elle me coupe de temps en temps pour manifester sa compréhension intellectuelle. J'accueille ses paroles tout en continuant les miennes. J'énonce alors des rotations internes/externes des deux jambes. Un éprouvé fait dire à Madame qu'elle « va moins loin avec la gauche et que ceci est sûrement lié à sa dysplasie congénitale de la hanche gauche. » Et de compléter qu'il s'agit « d'une jambe faible par rapport à la droite ».

Que vient dire cette verbalisation de l'histoire corporelle de Madame ? Et y'aurait-il un lien avec cette jambe unique perçue en première séance ? En tout cas, ses mots et ma vision se croisent sur cette zone du corps.

Nous poursuivons. Pour terminer sur les mobilisations actives, je propose un léger balancement sur les côtés, jambes fléchies, plantes de pied en contact sur le lit. C'est alors tout son corps qui s'engage dans le mouvement. A l'instar d'une séance d'entraînement sportif, j'observe que Madame opère un important recrutement tonique dans sa musculature abdominale afin d'osciller dans un mouvement ample de balancier.

Conscient des efforts déployés et de l'investissement fourni, j'adopte alors une prosodie calme et volontairement apaisante en l'invitant à déplier ses jambes sur le lit. Observant une modification de l'amplitude respiratoire aux abords de cette induction, je poursuis le travail de conscience corporelle au niveau de la respiration. Proposant une observation plus fine de sa qualité respiratoire, j'invite ensuite Madame à s'appuyer sur celle-ci, afin de diffuser dans l'ensemble du corps ses sensations perçues au niveau des membres inférieurs.

En effet, il m'apparaît important que les sensations éprouvées sur les jambes soient reliées aux autres parties du corps.

Très rapidement, sa respiration s'amplifie davantage et devient plus profonde. Sa tête roule sur le côté. Je lui propose alors de visualiser différentes parties de son corps, puis poursuit par un long temps de silence. Ses paupières bougent moins sur ses yeux fermés, et sa bouche entrouvre un léger espace.

Dans cette quiétude environnante, je repense à notre échange en début de séance, et notamment à deux éléments. Sa fatigue et son anxiété. Ceci me confirme que ce temps de repos est adapté au vu de la verbalisation de son état du jour.

Mais pour le compléter, je lui propose une induction verbale où elle peut laisser défiler pensées, images, idées qui lui parviennent éventuellement. Ceci afin de ne pas dissocier son corps et son mental auquel elle accorde une grande importance. Silence. Et puis, retour à un état de vigilance plus marqué avec le temps de reprise.

Si j'utilise ce terme de « reprise », spécifique à la relaxation, c'est parce que la conscience corporelle effectuée initialement, s'est muée durant la séance en une amorce de relaxation. Amorce qui sera discutée en fin de séance, afin d'orienter la suivante dans cette veine.

Ainsi, la reprise de Madame est progressive. Se basant sur mes indications volontairement ouvertes, elle bouge ses doigts à rythme régulier et inscrit dans une alternance de flexion/extension ses bras dans un mouvement presque rééducatif.

Je vois encore ici l'importance pour elle d'un corps fonctionnel dont le maintien doit passer par ce type d'exercice, probablement visité lors de sa rééducation kinésithérapique. A cet instant, je comprends davantage la souffrance qu'elle doit éprouver quant à son incapacité croissante à se verticaliser sur ses jambes. Cette zone corporelle qui ne peut plus la porter physiquement mais aussi psychiquement.

Dans son retour, Madame exprime un plaisir d'être en aptitude, même à son âge, à découvrir des vécus nouveaux, ce qui la rend sûrement « atypique ». Elle énonce également le fait que cette expérience lui a fait « lâcher ses pensées anxieuses qui ne la quittent pas ». J'interroge alors la teneur de ces pensées et surtout l'objet de celles-ci. Et d'obtenir en réponse : « l'anxiété de l'avenir ».

J'entends un discours teinté d'angoisse de mort qui vient nommer la rupture avec un état antérieur. Cependant, jamais madame ne fait mention de son cancer incurable.

Elle évoque enfin des images qui lui sont parvenues : Une maison, celle de ses parents, située à la campagne où elle avait l'habitude de faire du vélo, enfant. Dans sa rêverie, elle était à côté de cette maison, dans une forêt dont elle percevait couleurs et odeurs. Elle cueillait des champignons avec ses frères et sœurs. C'est alors l'occasion pour elle de nommer son inscription familiale. Elle est la cinquième d'une fratrie de six enfants. Ce qui l'amène à dire qu'elle n'est pas seule justement mais plutôt bien entourée.

Au vu de cette riche séance et de son appétence à la rêverie par l'amorce de la relaxation, je propose un rendez-vous la semaine prochaine à Madame afin d'approfondir cette médiation.

Avant de poursuivre, faisons un point sur ces deux séances.

Afin de revenir à la construction de l'identité psychomotrice, plusieurs éléments apparaissent ici. Je débute ce suivi en me représentant la problématique de la patiente, et mets un sens à ma venue. Je laisse cependant la rencontre advenir afin d'affiner cette hypothèse. Comme énoncé dans la partie théorique, je me réfère à la phénoménologie afin de ne pas avoir d'idées préconçues. J'envisage donc la première séance comme un temps de rencontre et d'évaluation psychomotrice. Durant celle-ci, j'écoute la patiente, et j'écoute surtout, la racine corporelle de ses mots. Que vient exprimer son corps quand elle en parle ? Quelle est sa demande vis-à-vis de lui ? Son histoire ? et plus largement, quelle est son inscription familiale, sociale et spirituelle ? La rencontre interroge, et ouvre un dialogue de connaissance sur l'autre. Avant de faire, il s'agit d'être, dans un présent partagé. Puis j'amène des propositions psychomotrices visant à mettre en lumière les capacités de Madame. Bien que « patiente », elle est actrice de son soin.

Poursuivons dans le suivi.

Troisième fois que je rencontre Madame M Avant de la retrouver dans la chambre, je prends un temps avec l'infirmière référente de son suivi en ce jour. Elle m'explique que quelques insomnies sont apparues cette semaine et que Madame paraît plus anxieuse sur son état général ces derniers jours. De plus, j'apprends par l'infirmière UMASP qu'à la suite d'une visite la veille, Madame M a exprimé qu'elle me verrait le lendemain pour « une séance de méditation ». J'arrive donc nourri de ces informations lorsque je retrouve Madame, qui semble attendre notre entrevue afin de « méditer ».

J'entre, et la voit au fond de la pièce à droite, située entre la table de chevet et les fenêtres. Assise dans un fauteuil, les jambes allongées sur son déambulateur, elle regarde la TV. Je m'installe à ses côtés, et me renseigne alors sur son état général et questionne son vécu depuis la semaine dernière.

Madame apparaît alors plutôt déprimée, le regard sur le côté et se dit fatiguée. Elle voudrait intégrer un SSR afin de poursuivre sa rééducation mais il n'y aurait pas de place pour l'accueillir actuellement et cela l'affecterait grandement.

Questionnant son ressenti au niveau des membres inférieures, elle exprime que la sensation cotonneuse n'est plus et laisse place à une « sensation normale ».

Durant notre échange, elle ne cesse de plier et déplier sa jambe gauche renforçant encore ma perception d'un corps unijambiste. De plus, j'ai l'impression que cette sensation normale l'inquiète de par le manque d'afférence sensorielle.

Puis soudainement, relatant ses exercices avec la kinésithérapeute, elle saisit son déambulateur sur lequel elle s'appuie dans un mouvement de flexion de hanche où le buste tout entier est engagé, pour se lever à l'aide de la force de ses bras. Son visage grimace, tout son corps tremble, et une fois maintenue dans un équilibre précaire, elle compte à voix haute jusqu'à 10 puis revient sur son fauteuil en s'affalant.

Que vient-elle mettre en scène ici ? Pourquoi faire voir au soignant que je suis ce genre d'attitude qui lui coûte autant ? Une reconnaissance de sa volonté paraît recherchée dans mon regard, retour réflexif de sa capacité à se verticaliser. J'émet l'hypothèse que son Image du corps est fragilisée, et qu'elle s'agrippe à ses représentations corporelles passées. L'acceptation de la diminution de ses capacités motrices paraît difficile chez Madame M.

Fatiguée par cet effort, elle m'interroge sur le déroulé de notre séance. Je lui propose alors, tout comme la semaine dernière, de débiter par un travail de conscience corporelle, puis de le poursuivre par une relaxation nommée *La visualisation du lieu idéal*. Le cadre proposé devient posé lorsque Madame me signifie qu'elle en accepte la forme.

La visualisation du lieu idéal est une relaxation qui débute par un ancrage corporel, puis continue dans un espace de rêverie, avant de revenir sur cette même partie du corps évoquée au départ. Ici, placé à sa gauche, mon induction verbale initiale concerne sa main gauche, lieu corporel symbolique de la mise en relation. Remontant de la main à l'épaule, j'invite Madame à se concentrer sur ses sensations, la faisant ainsi passer d'une extrémité à son centre. Commence la proposition d'un lieu idéal. Zone géographique, individus présents, mais surtout

exploration sensorielle (autour des cinq sens) sont proposés sans jamais être imposés. Un retour au corps réel, suite à cette découverte imaginaire, est alors énoncé en repassant de l'épaule à la main gauche.

L'interprétation analytique de cette relaxation consiste à dire qu'il s'agit d'un retour au ventre maternel, où une omnipotence demeure. « Pouvoir » et « sécurité » sont en effet des mots employés pour accompagner les patients.

Moins de mots apparaissent durant le travail de conscience, ce qui me laisse penser à une intériorité explorée plus rapidement en ce jour.

J'amorce alors la relaxation. Quelques recrutements toniques apparaissent en différents points du corps, ainsi que quelques regards jetés en ma direction en réouvrant ses yeux. Lors de la reprise, Madame M apparaît songeuse et triste lorsqu'elle dépose sa joue sur son poing droit. Interprétant que cette reprise est trop brutale, je poursuis la relaxation avec un travail axé sur la respiration.

Bien qu'observant l'émotion de tristesse de la patiente, je ne la nomme pas, et tente même d'y pallier. Défense de ma part, où j'imagine probablement associé cette expression de peine, à ma responsabilité. Finalement, comme si je ne voulais être que dans l'invitation à un mieux-être, et qu'une souffrance exprimée à la suite d'une proposition, pouvait faire de moi un mauvais-objet.

Elle adhère et témoigne d'une détente globale que son corps traduit par une tête roulant sur le côté et des pieds se frottant l'un l'autre très légèrement par intermittence.

À la suite de cette proposition suggérant un vécu apaisant et serein, Madame exprime avec clarté les images de sa visualisation idéale :

Elle était dans la maison de sa sœur, à la campagne, en été. En sa compagnie, elle voyait les arbres fruitiers dans le jardin, desquels elle a pu déguster des pêches et des cerises. C'était également l'occasion de voir des fleurs, dans cet espace qu'elle a exploré en marchant avec son hôte sans s'aventurer à l'extérieur, dans la zone pavillonnaire.

C'est un lieu où elle compte retourner, sa sœur semblerait l'y accueillir avec plaisir selon les dires de Madame. C'est l'occasion pour elle d'ailleurs de répéter qu'elle n'est pas seule et donc bien entourée.

Echo avec la première séance.

Elle verbalise que « cette très bonne initiative » fut un instant agréable car elle a justement « oublié ses sensations désagréables ». Un sourire apparaît en se doublant d'un échange de regard plus fixe dans notre conversation. Et puis, suite à cette émotion positive, Madame revient sur sa perte de capacité à marcher altérant son autonomie. Elle exprime sa « peur de ne pas s'en sortir et de ne pas y arriver ».

Madame M opère ici une alternance émotionnelle entre joie et peur. Ces émotions entraînant des mouvements complémentaires⁷⁶ d'élan en avant et de retrait en arrière, j'ai l'impression qu'elle chemine dans la conscience de son état. L'inquiétude d'un probable échec à se « remettre sur pied » s'allège par ses ressources relationnelles visitées pendant la relaxation.

Elle évoque ensuite une sensation de lourdeur au niveau de son dos, lieu d'une opération du fait d'une épидурite⁷⁷. De cette zone cicatricielle elle m'explique que « ça doit être bon en surface mais sûrement pas guérit de l'intérieur ».

Par cette hypothèse qu'elle émet sur cette cicatrice, vient-elle parler d'elle plus largement ?

J'aborde alors la notion de massage en psychomotricité et la questionne sur son vécu corporel par rapport à cette pratique. Elle n'en a jamais reçu, mais ne voit pas d'inconvénient à en recevoir. Dans la continuité de nos deux dernières séances, je lui propose alors pour la semaine prochaine de débiter par un massage des deux jambes afin d'étayer sa conscience corporelle à ce niveau. Enfin nous poursuivrons ceci par une visualisation du lieu idéal afin d'ouvrir un espace de rêverie ancré sur des sensations corporelles.

Madame en profite pour me parler de deux songes survenus les nuits précédentes. Elle marchait seule dans l'hôpital et l'exprimait aux autres alentours avec un sentiment de joie. Ce qui l'amène à me dire en cette fin de séance : « c'est important de rêver ».

Mme M semble être dans le processus du travail de deuil. Elle oscille entre un corps fantasmé dans ses rêves lui permettant de marcher, et ce corps réel ne pouvant plus la soutenir dans son autonomie. Au retour du rêve accompagné (relaxation) dans le réel de son corps, elle témoigne

⁷⁶ ART-MELLA (2016) p.12.

⁷⁷ Une épидурite est une inflammation de la membrane située à proximité immédiate de la moëlle épinière

une certaine mélancolie teintée de tristesse. Cette émotion vient peut-être faire liant entre son corps fantasmé et sa réalité corporelle.

Dès lors j'observe que la psychomotricité intervient dans un accompagnement entre ces différents niveaux. Travail de reliaison somatopsychique entre corps fantasmé et corps réel où l'émotion de tristesse intervient ici en liant.

Cette séance, très riche en informations, m'amène à faire un nouveau point.

J'observe ici qu'être psychomotricien, c'est avant tout être dans une équipe. Dès lors, partager les informations avec les collègues, c'est ouvrir un regard multifocal sur la patiente, et donc sur son accompagnement. De plus, incluse dans une équipe mobile de soins palliatifs, j'effectue un retour après chaque séance à l'infirmière ou l'aide-soignante du service où réside la patiente. Ceci, dans le but de prêter une grille de lecture psychomotrice venant compléter celle du soignant. La « formation » étant l'une des missions de l'équipe mobile.

Pour en revenir à la séance, Madame M m'amène à comprendre ce que la verticalité revêt d'important. Elle me fait en effet voir la dimension psychocorporelle de cette capacité à s'ériger, se porter, attestant d'une autonomie par rapport aux autres. Ce rapport à l'autre, elle le met en jeu quand elle cherche à rester debout. Cette attitude me fait alors davantage comprendre la notion d'image du corps. Eminemment relationnelle et lié au narcissisme, cet item psychomoteur m'apparaît plus clair à présent. Apparaît par la suite la notion de cadre. Je vois par la nécessaire adhésion de la patiente à ma proposition, l'aspect adaptable du cadre. Limitant, contenant et structurant, il me permet d'être ancré dans ma posture soignante, instaurant un sentiment de sécurité partagé afin que les émotions adviennent.

Retour dans le suivi.

A mon retour à l'hôpital la semaine suivante, Madame M est partie en SSR. Nous nous retrouvons donc un mois et demi plus tard.

La patiente est décrite comme peu communicante par et avec l'équipe soignante, depuis son retour de SSR. Structure qu'elle réintégrera incessamment sous peu, après une courte hospitalisation.

Je revois donc Madame M, après ce temps dit de « répit de SSR ». En entrant dans la chambre, elle exprime aussitôt : « Je vous reconnais ». Très critique sur l'hôpital et la raison de son retour ici, elle mentionne son agacement. Ceci notamment sur le fait qu'en ce lieu «il n'y a pas

d'équipements, c'est moche, il n'y a pas de fauteuil roulant ». Elle m'explique qu'elle était mieux en SSR où elle bénéficiait de deux séances quotidiennes de kinésithérapie.

J'envisage qu'il s'agit ici d'un mécanisme de défense, le déplacement. Son agacement serait en réalité l'expression d'une angoisse sous-jacente, maintenue à distance en la transférant sur une autre source d'inquiétude, ici le matériel.

Elle parle alors des exercices effectués, et m'en fait une démonstration physique. Bras élevés et rabaissés, flexion/ extension des chevilles, genoux etc... Elle ajoute que « cela ne doit pas se perdre », ces efforts doivent être repris ici afin de ne pas avoir été vain. J'observe en effet que la motricité de ses jambes s'est améliorée et lui fait savoir. Elle émet alors à nouveau son désir de marche, et de « retrouver de la force dans ses jambes ». Ses mots ne cessent de se doubler de mise en mouvement articulaires sur l'ensemble de ses jambes. Surtout de la jambe gauche qu'il lui arrive parfois d'enlacer de ses bras.

Encore cette jambe si visible, avec l'impression que Madame la dorlote après un effort conséquent. Je m'interroge à nouveau sur cette attention portée vers ce lieu du corps.

Son investissement physique comme psychique est tout entier porté vers cet espace corporel, celui qui porte et permet le déplacement. Action importante pour Madame, qui désire un fauteuil roulant au vu de son incapacité à se mouvoir seule dans l'espace.

Bien que son objectif principal soit la réappropriation de sa verticalité, la patiente s'autorise une posture assise, en fauteuil. Que vient dire ce choix ? J'envisage que l'impossibilité d'un retour à un maintien debout, est amorcé inconsciemment par la patiente. A noter que la position assise, n'entrave pas forcément l'axe⁷⁸ de la personne. Dès lors, je vois dans son désir de se mouvoir avec une aide, le maintien d'un axe et d'une possibilité de se déplacer dans l'espace, de décider d'une trajectoire physique, qui viendrait garantir sa subjectivité par le choix. De plus, concernant Madame M, il s'agirait d'une avancée dans le deuil progressif dans sa quête de verticalité.

Nous abordons ensuite la sphère psychoaffective. Elle me parle alors de son impossibilité à se rendre à l'anniversaire de sa sœur, ceci lui provoquant de la « déception ». L'émotion présente

⁷⁸ Sur le plan anatomique, l'axe corporel est constitué du tronc, du cou et de la tête. En psychomotricité, il est considéré comme le point d'ancrage du moi corporel, de la représentation du corps et permet de donner lieu aux élaborations psychiques.

est « la tristesse » que son corps vient exprimer par un regard tombant vers le lit. « Mais » dit-elle, « c'est peut-être elle qui viendra, elle qui marche ! »

La séance prend fin, et nous convenons de nous retrouver la semaine suivante afin de faire une *Visualisation du lieu idéal*. En effet, parlant beaucoup de son corps réel, je nomme qu'une place du côté de l'imaginaire paraît complémentaire avec cette perception, ce à quoi Madame acquiesce.

Semaine suivante.

Je rentre dans la chambre et vois la patiente allongée dans son lit, regardant la télévision, les jambes pour la première fois dénudées, posées sur le lit. Dès mon entrée, elle éteint l'écran et se redresse afin d'adopter une posture plus engagée dans la relation. Je m'assieds sur une chaise, à sa gauche, et observe qu'elle effectue un recrutement tonique important au niveau de ses cervicales. Je lui mentionne, et lui propose un réajustement dans son installation afin d'être plus confortable. Elle remonte l'arrière de son lit, puis se stoppe dans une position qui l'oblige tout de même à recruter ses muscles cervicaux pour maintenir son regard dans le mien. Suggérant à nouveau un probable inconfort, et m'apprêtant à me lever cette fois-ci, elle rétorque : « c'est bon ». Sa voix affirmée me fait comprendre qu'il est important de respecter ce choix.

Question : Ce recrutement, sûrement inconfortable, amenant un maintien de l'axe et un échange de regard en face à face, vient-il traduire quelque chose de sa recherche d'autonomie ? Cet effort visible et coûteux de sa part (Madame au fil de la séance déposera sa tête quelques secondes sur l'oreiller par intermittence, comme épuisée de la soutenir) signe-t-il une déliaison avec ses sensations corporelles, ou alors, s'inscrit-il à l'instar de ses exercices musculaires de rééducation, dans une recherche de validation du regard soignant quant à sa volonté combative de demeurer sujet ?

En complément à ce questionnement, une sensation s'installera en moi et se stoppera au moment de la relaxation. Mon contre-transfert corporel m'indique en effet une vive tension au niveau des cervicales, m'obligeant moi-même à passer parfois une main sur cette zone pour l'apaiser.

S'ensuit un long temps où Madame M apparaît logorrhéique. Elle parle de la chimiothérapie qu'elle a accepté, élément nouveau dans son parcours de soins, elle qui refusait catégoriquement ce type de traitement. « Le traitement sera moins fort et les effets secondaires seront aussi moins importants ».

Vient-elle parler indirectement de son amie, par ce « moins » comparatif, traitée par chimiothérapie mais décédée de son cancer ?

Puis Madame M m'exprime son désir de marcher dans des musées, de visiter des sites touristiques et d'aller au cinéma, lieux où elle se rendait souvent, notamment avec sa sœur.

Après cet échange autour de ses centres d'intérêt, et de sa culture cinématographique, je propose que l'on débute la relaxation prévue.

Réceptive immédiatement après l'annonce de cette médiation, elle laisse tomber sa tête sur l'oreiller, bouche ouverte comme harassée. La *visualisation du lieu idéal* avançant dans le déroulé, le visage de la patiente se détend davantage et sa tête roule légèrement sur le côté.

Reprise. C'est un plus grand temps dont a besoin Madame M aujourd'hui pour revenir de cet état de vigilance très bas (en ondes Alpha), déclenchée par la relaxation⁷⁹.

Elle verbalise alors la vision de sa marche, dans le jardin des plantes. Elle y a aperçu des passants, des fleurs aux nombreuses couleurs, mélangeant ainsi « des souvenirs réels et l'imagination ». De plus, elle s'est vue, après l'induction verbales concernant la sensorialité tactile, au SSR avec « les mains posées sur les barres » de la salle de kinésithérapie.

Madame M amène donc des éléments de réalité dans sa rêverie, ce qui laisse supposer qu'un tissage psychocorporel s'effectue, elle qu'elle intègre progressivement ses modifications corporelles.

Elle exprime également que la relaxation l'aide car lui « donne de la force », et que c'est avec « plaisir » qu'elle renouvellera cette expérience la semaine prochaine.

Semaine suivante.

Madame M est repartie en SSR, mais revient en ce jour pour recevoir sa chimiothérapie en hôpital de jour. Je la revois donc dans ce cadre, en chambre individuelle.

Nous débutons la séance par la prise de connaissance de son état, et du vécu de sa semaine. Madame dit que l'« autonomie » demeure son objectif, mais qu'elle peut demander de l'aide si besoin. D'ajouter après un court temps de silence, pensive : « Je me sens diminuée quand on ne me laisse pas faire ».

⁷⁹ Le cerveau fonctionne sous différentes fréquences ou ondes cérébrales. Par exemple, à l'état d'éveil, lors d'activités courantes voire intenses de la journée, il est en ondes Beta. En relaxation, tout comme dans un état de calme et de bien-être, les ondes Alpha sont prédominantes.

La façon dont elle porte corporellement ce mot « d'autonomie », me fait penser qu'elle se saisit des séances de psychomotricité en « saisissant » notamment les signifiants verbaux que j'ai pu lui proposer auparavant. Madame M semble donc sensible à l'étayage verbal, et nomme avec plus de précision son ressenti.

Puis elle m'explique qu'elle peut à présent se tenir debout, en gardant seulement une main sur un barre de soutien durant un cours laps de temps.

Je ne peux m'empêcher de faire un lien entre ces mots et ceux concernant son autonomie relative. Comme si gagner en autonomie quelques secondes permettait de réaliser qu'un appui, un soutien (un soignant ?), soit nécessaire à ses côtés, lorsque celle-ci vacillera.

L'échange avançant, elle aborde un fait important du passé, « les décès » de ses deux neveux à un âge précoce.

C'est la première fois en séance qu'elle parle de la mort, ce qui signifie qu'elle n'isole pas complètement cette notion.

Elle poursuit en nommant sa « déception » et sa « peine » de n'avoir pu se rendre à l'anniversaire de sa sœur, première absence notable à cet événement. Occasion pour Madame de raconter son rapport à cette sœur. Elle se dit à la fois « sous sa coupe protectrice » mais aussi « manipulée par elle ».

De la recherche et de la nuance colorent son discours quant à cette figure familiale, véritable ressource relationnelle.

Après ce temps d'échange, nous passons à celui de relaxation.

Tout comme la semaine passée, c'est son corps tout entier, à commencer par sa tête, qui se relâche dès le départ.

J'observe cependant une différence, et ce pour la première fois. Il ne s'agit cependant pas de la patiente, mais de ma place par rapport à elle. Fait nouveau, je me situe à sa droite lorsque je la guide pendant la relaxation. Cela m'étonne sur le moment, et je garde en tête cette observation nouvelle. Nous poursuivons.

La reprise, davantage étirée dans le temps par rapport à la semaine passée, laisse voir Madame M émerger lentement. Pendant la verbalisation, elle dit s'être vue dans une église, « ce lieu calme et serein », avec toute la sensorialité qui s'y déploie : La fraîcheur des pierres, « la luminosité des vitraux », les sons des paroles murmurées par les gens. Elle nomme une église

précise, et raconte qu'elle avait l'habitude d'y aller avec ses ami(e)s. Elle évoque alors le manque de les voir, et son désir de retrouver « cette vie d'avant » où elle était entourée et « n'arrêtait pas ».

Ceci étant, elle dit que cette séance lui « a fait beaucoup de bien » malgré l'apparente nostalgie qui semble apparaître dans ses précédents mots.

La séance touche à sa fin, je me dirige alors vers la porte quand Madame M s'exclame d'un « ah oui, je me suis rappelée ! », index de sa main pointé vers moi. « Je me suis rappelée de ce film dont on parlait, c'est un biopic ! ». Parlant effectivement de films la séance précédente, nous évoquions cette catégorie cinématographique qui relate des histoires de vie.

A l'instar de cette reviviscence mnésique sur ce film développant la vie d'un individu, j'ai l'impression que Madame M se raconte en séance de psychomotricité. Comme si elle saisissait cette espace de thérapie psychomotrice tel un moyen de déployer son histoire, et d'y tisser des fils entre ses différentes relations, mais aussi de se réinscrire dans une unité psychocorporelle.

Je réalise autre chose au sortir de cette séance. Cette patiente qui vient mettre au premier plan sa volonté de marcher ne m'a pourtant jamais sollicité dans une approche rééducative, avec pour but, une amélioration fonctionnelle de ses jambes.

J'en arrive alors à penser que sa demande première de « retrouver la marche » dans le cadre psychomoteur, symbolise autre chose. Il s'agirait plutôt d'une demande d'accompagnement dans une « marche psychique » (là où elle utilisait le terme d'« évolution ») tout en considérant sa réalité corporelle visible. Avançant pas à pas en faisant le deuil de ses capacités antérieurs, au profit d'une conscience de son état présent. Le tout contenu et soutenu dans le cadre des séances.

Semaine suivante

Nouvelle rencontre avec madame M en HDJ. Comme à son habitude, madame n'a de cesse de mobiliser ses jambes lorsqu'elle dialogue. Très vite, elle me fait un point sur la semaine passée dans le SSR sans que je ne lui pose aucune question.

Puis, elle marque un temps et regarde attentivement mon badge sur lequel est écrit mon nom et ma fonction dans l'hôpital, et me dit s'être « imaginée à Versailles marchant avec sa sœur dans les jardins et la galerie des glaces » : « Un bonheur absolu ». Elle m'explique en effet qu'elle a pris un temps au SSR pour elle, où elle a fermé les yeux en visualisant ces images. J'évoque le lien avec les visualisations faites précédemment en séance, élément qu'elle confirme.

Les séances semblent donc faire trace pour la patiente qui s'approprie la médiation.

C'est alors l'occasion pour elle de raconter de nombreux souvenirs. Elle fait des liens à plusieurs niveaux. Générationnels, en évoquant que sa grand-mère est décédée d'un « cancer des intestins » puis sa voix se faisant plus basse, de préciser « colorectal » comme elle.

Elle tisse un lien familial dans le contexte de son cancer qu'elle en mesure de nommer ici. Ses mots viennent matérialiser son cheminement.

Et puis la conversation s'ouvre sur une tendinite qu'elle a éprouvé jeune au bras gauche. J'exprime alors ma vision de sa jambe gauche toujours en mouvement, toujours visible. C'est l'occasion pour Madame de faire le lien dans son histoire du corps sur l'ensemble de la partie gauche. Elle exprime « C'est vrai que je suis droitière mais je m'appuis sur ma jambe gauche maintenant. Puis j'ai eu mon cancer du sein à gauche et ce bras, c'est à gauche aussi. Tout est à gauche ».

Puis, Madame M amène également une nuance dans ses propos sur la marche. Elle évoque en effet sa volonté de ne pas être en fauteuil roulant dans un lieu public, mais qu'« avec une canne » cela serait envisageable. Elle s'imagine bien être à Versailles avec un canne par exemple.

Son état ne lui permettant pas cette possibilité, il demeure néanmoins intéressant qu'elle le mentionne, car ceci pourrait signifier l'acceptation d'une aide physique et symbolique. Le fait est qu'elle se projette dans un avenir debout, dans un lieu agréable et connu. De plus accepter cette canne en lieu public vient rendre visible son besoin d'aide et donc rend compte d'une forme d'acceptation des conséquences de sa maladie. C'est son image du corps qui s'inscrit progressivement avec le deuil de sa marche.

En fin de séance, je propose à Madame M d'effectuer *un dessin du bonhomme*. Ceci afin d'observer notamment, si elle fait mention de « cette jambe gauche » toujours visible à mes yeux en séance. La consigne étant pour ce test : « Dessinez un personnage réel ou imaginaire, homme ou femme, avec le plus de détails du corps possible ».

Elle réalise son dessin avec beaucoup d'application et d'implication. Elle exécute des traits vifs, toniques, segmentaires.

Une mise en lien s'effectue dans l'instantané dans ma tête. La voir ainsi dessiner, avec des gestes si rectilignes fait émerger en moi le mot « segmentaire ». Je vois alors un rapport entre sa qualité d'expression graphique et sa qualité relationnelle. Madame M qui sélectionne les

soignants pouvant l'accompagner, qui décide une chose précise et la fait, qui ne cesse d'être dans un mouvement psychique d'avant en arrière, mais aussi physique avec ses flexions-extensions. La voir ainsi faire ce dessin m'amène à me dire que c'est son unité psychocorporelle qui est « segmentaire » et donc sa manière d'être au monde.

De plus, durant sa production, son buste tout entier est recruté. En avant sur son fauteuil, elle saisit avec une tonicité intense de sa main gauche la table sur laquelle repose la feuille de dessin. Commençant par une tête ronde, elle ajoute des détails au visage, puis complète après avoir mis un trait en guise de bouche, un autre à la fin de sa production, venant marquer un sourire. Elle dit : « elle sourit ». Ce sur quoi je rebondis en disant qu'il s'agit donc d'une femme. Elle évoque alors le manque d'attribut féminin et dessine une jupe sur le personnage. Des détails au genoux, aux pieds mais aussi ses cheveux sont ajoutés en fin.

A noter qu'une succession de traits horizontaux jalonnent de haut en bas le buste du personnage. Ceci vient peut-être parler de l'axe présent chez Madame M.

Pendant sa production, elle nomme « le bras gauche est fatigué » et « la jambe gauche est plus grande ». (À noter que Madame conserve un référentiel spatial autocentré et désigne donc le bras gauche du personnage sur le côté gauche de la feuille).

Le bras droit dessiné de manière plus rectiligne est évoqué par la patiente comme signe de victoire. Elle lève alors son bras en l'air et fait avec ses doigts un « V ». Et d'ajouter : « la droite c'est l'avenir ». La séance touche alors à sa fin après cette mise en lien spatiotemporelle avec sa topographie corporelle.

(Ci-joint document en ANNEXE 3)

Le suivi de Madame M est encore en cours au moment de l'écriture.

Effectuons dès lors un dernier point quant à ce suivi.

Madame M m'apprend au fil de cette prise en charge à me fier à mes impressions et perceptions. Je parle notamment de sa jambe gauche, mainte fois visible en séance. Le nommer en cette dernière, ouvre une mise en lien dans l'histoire corporelle de Madame. Ainsi, être psychomotricien selon moi passe aussi par la mise en lien d'images perçues en séance.

Autre élément également, la demande. Je découvre ici qu'un discours explicite peut en réalité manifester autre chose. Madame qui souhaite remarcher à tous prix ne semble pas venir

chercher cela en psychomotricité. Ainsi, il s'agit d'affiner les propositions afin de se situer au plus proche de ce qui est nécessaire à l'autre.

Ceci sans se fixer un axe de travail préétabli en cherchant absolument un « mieux-être ». Par exemple, lorsque Madame est inconfortable et que moi-même je ressens une douleur cervicale, il ne s'agit pas ici d'invalider son vécu psychocorporel mais plutôt de le soutenir. C'est être dans le respect de ce qu'elle est afin de l'accompagner et de le mettre en sens par une grille de lecture psychomotrice. Le corps plaisir devient alors une modalité d'état, pas une injonction soignante.

Au fil des séances, c'est une plus grande capacité à se raconter qui est apparue également. Je vois que les propositions lexicales ont fonction d'étayage verbal et font trace dans le suivi. Ainsi, être psychomotricien c'est aussi accompagner par des mots afin de permettre au patient de se dévoiler en tant que sujet. Il s'inscrit dans une histoire et devient capable d'en faire le récit au sein d'une relation thérapeutique sécurisée.

Pour en revenir à la posture du psychomotricien, elle passe selon moi par une conscience de son engagement corporel et spatial. Ici, j'observe rapidement que l'espace gauche est investi chez Madame M comme espace relationnel. Je suis en effet, toujours positionné en séance à sa gauche. Cependant je suis incapable de mettre en lien cette information avec une autre. C'est seulement à la dernière séance, citée plus haut, qu'une hypothèse de mise en lien se fait. Il est en effet intéressant que ma place de soignant soit toujours située du côté du corps « fragilisé » chez Madame M. Ainsi, il existerait peut-être un lien entre mon propre choix d'investissement spatial et ma perception de cette jambe gauche unique. Mais placé dans les enjeux de la relation thérapeutique, il s'agirait ici plutôt d'un choix à deux, implicite, où la demande de la patiente aurait croisée mon observation psychomotrice.

Enfin, en tant que dernier élément psychomoteur abordé ici, c'est la notion d'image du corps qui apparaît. Ce concept encore théorique, devient appréhendable dans la pratique par ce suivi. La capacité à distinguer des espaces dans lesquels Madame M choisit de se faire voir différemment dans son rapport au corps m'éclaire. Ceci par son discours mais surtout par sa production graphique. Cette représentation sur papier permet de déployer une large mise en sens et en lien dans l'identité psychocorporelle de Madame.

C'est donc mon identité de futur psychomotricien que Madame étoffe indirectement. Entre autres par une mise en lien clinique du concept d'image du corps, mais aussi par tous les éléments cités précédemment.

Comme évoqué au début, lors de la présentation de cette vignette clinique, c'est une véritable réciprocity de cheminement qui s'est instaurée durant ce suivi.

Cheminement de la patiente dans sa quête d'elle-même et le maintien de sa « puissance d'agir ». Concomitamment cheminement personnel-soignant, où l'identité de psychomotricien s'est densifiée au fur et à mesure lors de l'élaboration sur les vécus en séance.

V/ Discussion

1/Fragments autobiographiques

En lien avec la fureur thérapeutique de PRAYEZ, je ne pouvais éluder ma propre histoire dans ce mémoire. Il s'agit donc ici de me raconter, afin de proposer un nouvel apport dans la compréhension d'une construction identitaire psychomotrice.

J'ai choisi d'être en soins palliatifs en troisième année, clinique que je n'aurai jamais abordée si moi-même je n'avais pas rencontré de décès proches dans mon existence. Fait important de mentionner car c'est probablement ces décès qui m'ont orienté plus largement vers la psychomotricité en tant que métier du soin. Loin d'être conscient à l'époque de ces motivations sous-terraines, il n'en demeure pas moins qu'un lien s'est imposé à moi lorsque j'ai effectué ma demande de stage en soins palliatifs. Étais-je capable de m'aventurer en tant que soignant, auprès d'une population si proche d'un traumatisme personnel ? Allais-je être juste avec les patients et moi-même afin de garantir cette « juste distance thérapeutique » ? Pléthore de questions me sont donc parvenues. Mais loin de demeurer des réflexions isolées en cet instant, celles-ci venaient plutôt dans une continuité, un cheminement d'élaboration personnel que je propose d'aborder à présent.

Mon choix d'entrée en formation de psychomotricité et son déroulé.

Après plusieurs tentatives dans différentes facultés (Médecine, biologie, Sciences humaines), j'ai décidé d'effectuer une année sabbatique afin de me laisser un temps de pause d'où émanerait dans l'idéal un choix de formation plus en lien avec mes aspirations profondes. Période d'exil, à l'image de ce que TRIGANO définit comme étant « [...] l'interprétation de la séparation propre à l'existence, aidant à une maturation de cette conscience d'être chez soi »⁸⁰. Véritable temps pendant lequel je décidais de m'isoler afin de mieux me rencontrer. Ceci afin d'inscrire ma future profession dans une trajectoire de vie éthique, en accord avec moi-même. Ce fût alors une année de lecture et de découverte idéologique. Des valeurs se sont esquissées, puis ont fait trace en moi : Engagement, responsabilité, authenticité, tout ceci régit par la

⁸⁰ TRIGANO (2001) p.31.

volonté d'être juste, avec soi-même et avec les autres. C'est alors qu'au détour d'une recherche internet concernant ma future formation, j'ai découvert pour la première fois la psychomotricité. Son approche éclectique dans la connaissance et son regard global de la personne m'apparaissait dès lors d'une pertinence évidente.

M'engageant alors dans une classe préparatoire, j'ai obtenu, non sans labeur, mon concours d'entrée. Cette précision d'effort inclue bien évidemment le travail scolaire fourni pour la réussite du concours mais pas seulement. Il montre également de la mise à l'épreuve des valeurs citées plus haut. A commencer par le principe même du concours qui sélectionne par l'argent et par un niveau de connaissances basé sur le contenu de la filière scientifique de 1^{ère} et de Terminale. Apparaît déjà un « tamis social » où aspect financier et *capital culturel*⁸¹ favoriseront certaines classes. Ce fut mon premier obstacle et constat dans ma démarche d'éthique professionnel : Ne pouvait pas être psychomotricien qui le voulait. Dit autrement, devenir psychomotricien, c'est appartenir aussi à une certaine classe sociale. Cette vision sociologique globale, renseignant sur un groupe, n'a cependant pas une valeur de vérité mais en éclaire plutôt une partie.

Ne produisant pas un mémoire sur la formation du psychomotricien, je n'entrerai pas dans les détails pour cette partie. Cependant, c'est durant cette période qu'advient l'instruction d'une pensée et l'appropriation d'outils psychomoteurs afin de lier savoir-être et savoir-faire dans une démarche clinique qui fait sens. Elle vient signer la genèse de l'identité psychomotrice de tout un chacun, et ce, par différents faisceaux. Conscience d'un soi psychocorporel, de l'autre, du soin. C'est aussi l'espace-temps de maturation, transit avant d'être professionnel.

Effectuant une parenthèse anthropologique, on pourrait dire que cette formation correspond à la première étape d'une nouvelle construction identitaire. En effet, MURPHY en développant sa théorie sur la liminalité reprend les rites de passages encore présents dans certaines communautés. A savoir : Une période d'isolement et d'instruction, un instant de renaissance ritualisée et enfin une réincorporation dans la société avec un nouveau rôle. Le parallèle avec les différents stades de la formation, de la soutenance du mémoire et de l'inscription sociale en tant que professionnel paraît tout trouvé. Cette période « d'isolement » aux connotations introspectives sous-entend l'idée d'une quête, probablement celle de soi-même. Normativement quête d'un métier.

⁸¹ Le capital culturel est l'ensemble des ressources culturelles (savoirs, savoir-faire ou compétences, maîtrise de la langue et des arts) détenues par un individu et qu'il peut mobiliser selon la théorie de BOURDIEU, sociologue.

Mais faire vivre une première année de formation volontairement pensée comme temps d'expérimentations psychocorporelles, et le nommer comme tel aux étudiants, cela n'induit-il pas déjà une liaison entre compréhension de soi et compréhension de la profession ? Ainsi donc mettre en lien la quête de soi-même avec celle de l'identité psychomotrice ? C'est en tout cas le choix idéologique que j'ai opéré. Et à ce titre, je ne pense pas pouvoir dire qu'il ne s'agit que d'une formation, mais bien plutôt celui d'une transformation. Car si le but premier est bien de former des étudiants à un emploi, les mouvements de structuration déclenchés traversent un grand pan de l'édifice psychique, potentiel lieu de remaniements et donc de transformation créant du nouveau.

Mais revenons chronologiquement sur la formation. Si la première année d'étude induit un recentrage sur soi avec les Travaux dirigés, cette démarche introspective a pris un autre tournant lors de la deuxième année.

Cette deuxième année commence avec un grondement interne. Le stade de la découverte est maintenant dépassé, le travail de thérapeute s'amorce progressivement. Je suis en proie à des émotions et des états nouveaux, mon corps tout entier vibre de sensations inconnues. Décontenancé par un « je ne sais quoi », ma compréhension de pareils ressentis s'éclaire lorsque mon stage dans un Institut médico pédagogique débute. De là, je perçois le tourbillon de questionnement qui m'assaille par cette délimitation nette : un patient occupe un espace, dès lors j'occupe un autre espace, celui de thérapeute.

Qu'est-ce donc que cette place jamais occupée auparavant ? Pourquoi mes connaissances théoriques apprises l'an passé ne suffisent-elles pas à apaiser mes angoisses ? L'orage bat son plein, je tombe. Il oppose à l'anticyclone de joie de la première année, une chute, une dépression.

Je comprendrai par la suite qu'un statut nouveau ne peut exclure l'expérience. Et qu'en psychomotricité, le rôle de thérapeute l'engage dans un tout. Sa matière première étant le corps, il le met donc en mouvement tout comme ses pensées et ses émotions. Et comme le dit si bien DOGEN : « le permanent est ce qui n'a pas encore été mis en mouvement. »⁸² Dès lors, activer en soi une identité nouvelle ne peut qu'entraîner un mouvement, aussi tombant soit-il, tel qu'on le retrouve dans les affects de tristesse⁸³ liés au vécu dépressif.

⁸² DOGEN (2013) p.65.

⁸³ Guide des émotions Art-Mella (2016) p.13.

Le choix de débiter une psychothérapie advient alors. Je ne peux laisser ces émotions sans chercher à les mettre en sens, sans chercher à métaboliser ce vécu pour l'instant incompréhensible. L'association de pensée, tissée au sein d'un discours dans un espace thérapeutique me permet progressivement de m'approprier mon vécu, de le comprendre intellectuellement. En parallèle, la formation continue et ouvre de nouveaux lieux d'expérimentations psychocorporelles.

La plus révélatrice est pour moi celle du TD de « faire semblant »⁸⁴. C'est lors de ces cours qu'un lien se tisse entre corps et émotion. Je vis en effet cette posture d'acteur, face au regard d'un public, et joue un rôle qui n'est pas moi. Pourtant, j'habite ce personnage dans mon corps, et constate qu'une part interne de moi se meut, pour me mettre en mouvement corporellement. J'existe face aux autres dans un élan à la fois psychique, émotionnel et corporel.

C'est une grande mise en sens de la psychomotricité qui s'opère dès lors en moi.

J'ai par ailleurs la chance de pouvoir renouveler cette médiation en stage, chaque lundi, avec un groupe d'enfants. Une articulation entre la formation, une démarche personnelle et mon stage s'effectue alors. Je saisis progressivement qu'une boucle s'installe. Les patients qui dévoilent leurs souffrances sans artifices font bouger quelque chose en moi. La mise en sens par l'appropriation d'outils thérapeutiques permet alors d'apporter une aide, aux côtés de cette souffrance. Mais c'est aussi un travail de discernement qui s'opère. L'élaboration sur ce qui se joue en séance permet de distinguer ce qui appartient au patient et ce qui appartient au thérapeute. Cette recherche d'attitude juste entraîne donc un autre mouvement, celui de la connaissance de soi.

C'est donc au contact des patients que la construction de mon identité psychomotrice s'est densifiée. Mais plus encore, ce sont d'autres identités qui ont résonné, faisant passer la relation d'aide à une réciprocité transformatrice.

⁸⁴ Le jeu de faire semblant correspond au jeu de fiction, de rôle et se retrouve dans le jeu dramatique et a fortiori dans l'expression théâtrale.

2/La réciprocité transformatrice

Il s'agit d'un concept développé par GAIGNON, éducateur et titulaire d'une maîtrise en études des pratiques psychosociales de l'université du Québec.

Soucieux de mettre en lien son histoire de vie et sa pratique professionnelle, cet auteur expose son cheminement. Abordant une partie autobiographique, il écrit sur ses propres pertes (décès de sa mère entre autres), et discute de son processus résilient au travers de sa pratique éducative.

« Si un être humain emprunte le chemin de la relation d'aide, c'est notamment pour dialoguer avec la partie de son intériorité en déséquilibre, même si cela s'avère le plus souvent inconscient. [...] Il me semble par ailleurs que, lorsque la souffrance devient un moteur, elle n'est plus souffrance, mais elle a subi une mutation ; elle est devenue ressource. »⁸⁵

C'est dans cette vision d'un échange mutuel où éducateur et accompagné (nous pouvons reprendre ici : thérapeute et patient) participent à mettre en lumière leurs ressources respectives. Bien entendu, il ne s'agit pas ici d'un rapport d'égal à égal où la relation s'avèrerait horizontale. Le soignant demeure garant du cadre proposé et détient une responsabilité que le soigné n'a pas. La réciprocité transformatrice devient alors ce « regard intérieur intime, la rencontre avec soi en interaction avec son environnement, en résonnance aux situations professionnelles [...] »⁸⁶

Ce concept, découvert en milieu d'année, a souligné une approche du soin qui se développait déjà en moi à l'époque. La clinique palliative m'a en effet poussé à prendre conscience de nombreuses choses, en reliant différentes identités pour mieux les discerner dans un tout unifiant. Le rapport à la mort vient en effet questionner la vie dans sa substance existentielle. Tissage spiralé dans un mouvement centrifuge, c'est l'origine qui trouve une proximité à chaque fin. C'est pourquoi l'ouvrage de GAIGNON où il évoque le rapport à la mort, à la manière de l'inscrire dans la vie, tout ceci lié à sa posture soignante m'a beaucoup apporté. D'autant plus qu'il s'agit pour lui de rendre l'autre acteur de sa prise en charge, en nommant l'apport de ce-dernier dans la relation d'aide. Je vois alors consciemment l'application concrète de la réciprocité transformatrice dans les suivis avec Madame R et Madame M.

⁸⁵ GAIGNON (2006) p.189-190.

⁸⁶ *Ibid* p.191.

Enfin, selon lui, l'« intervenant » agit davantage sur le processus que sur le contenu.

Je note ici un parallèle intéressant avec la clinique psychomotrice où le but n'est pas de modifier une personne, mais de transformer un vécu. Ceci afin que ce « contenu » soit saisi dans un « contenant » fiable. C'est alors le propre processus du patient qui est mis au travail, dans le but qu'il développe son « appareil à penser les pensées » pour lui-même, en autonomie. (On voit ici le lien avec la fonction contenante de BION). La finalité idéale étant qu'il n'ait plus besoin de thérapeute pour avancer sur sa route. Mais c'est aussi respecter ce qui appartient à la personne accompagnée en discernant le vécu de celui du thérapeute afin d'être thérapeutique :

« Être éducateur, intervenant, implique de prendre soin de nos lieux ombragés pour être en mesure autant que possible d'accueillir l'ombre des personnes que nous accompagnons, lorsqu'elles choisiront de l'exprimer, autant que pour tenter de ne pas les encombrer avec ses zones d'ombres, par des projections inconscientes par exemple. »⁸⁷

Cependant, les relations humaines n'étant pas soumises à une catégorisation purement objectivable et mesurable, ce travail processuel de discernement peut être considéré comme une recherche d'idéal. Mais comment accepter de ne jamais l'atteindre tout en le considérant comme une aide au cheminement ? La notion de deuil apparaît alors.

3/Le deuil, un concept à plusieurs niveaux

Le deuil est une notion majeure dans la clinique palliative. Il concerne à la fois le patient, sa famille et ses proches, mais aussi les soignants. Ce délien dans l'investissement libidinal envers des objets perdus pour s'appuyer sur de bons objets internes (Théorie de FREUD) peut concerner soignant comme soigné. Il peut s'agir pour le patient de faire le deuil d'une capacité (par ex : Madame M avec sa verticalité) et pour la famille le deuil du défunt notamment. Afin de continuer ma recherche dans la construction soignante, j'éclairerai ici davantage ce point.

Le soignant opère par sa fonction, un deuil à plusieurs niveaux. Je pense en effet, que la clinique palliative met en avant un premier niveau, celui du deuil de la « toute puissance ».

J'ai appris cette année à mettre au travail ce deuil d'un idéal soignant. Encore en cours actuellement, je découvre que je ne possède pas LA réponse ou LA vérité. Je possède la mienne

⁸⁷ *Ibid* p.198.

et la met au contact de celle du patient dans la rencontre, écoutant alors son « expertise profane » comme certains l'appellent. Il y a du hasard, de l'incompréhensible, de l'aléatoire, de l'inexplicable etc... et je pense profondément que les pistes de réflexions les plus pertinentes émanent du doute. Sorte de brèche provoquant un tremblement vibratoire pourvoyeur de mouvements inédits. Trop intense, elle peut conduire à un séisme narcissique déstructurant, mais inexistante, elle fige la pensée dans un immobilisme mortifère. Composer avec le doute, voilà bien une première forme d'humilité à adopter dans la posture soignante selon moi.

L'approche globale de la psychomotricité, provoque de fait par son éclectisme une impossibilité de tout connaître. Des champs sont privilégiés par rapport à d'autres en fonction de l'affinité, des rencontres, des questionnements etc... du psychomotricien. Bien qu'étant un esprit curieux et avide de savoir, je ne peux que réaliser l'importance de faire le deuil d'une posture omnisciente conduisant à l'illusion d'omnipotence. Selon moi, l'illusion est un vernis quand l'idéal est un horizon.

Ainsi, appréhender le discernement précis d'une appartenance à soi ou à l'autre dans le vécu partagé d'une séance, devient un objectif que l'on sait inatteignable. Pour autant, il donne sens à un juste accompagnement. C'est un processus et pas une fin en soi.

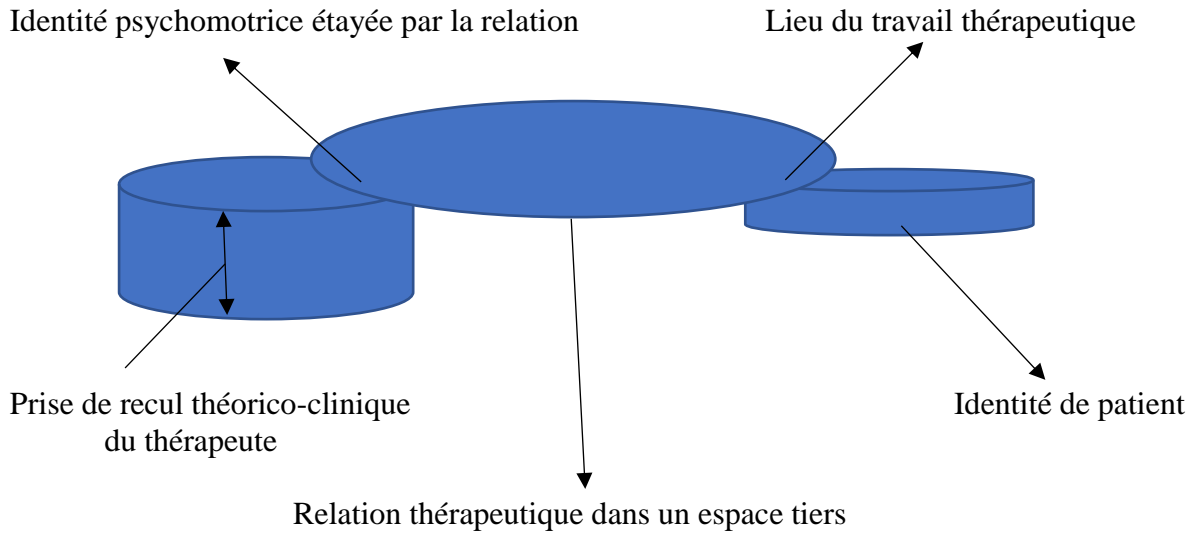
D'autres niveaux de deuil existent aussi chez le soignant. J'observe en effet que dans la clinique palliative, certains patients après leurs décès font plus trace dans la mémoire soignante. Pourquoi ?

Comme je l'ai mis en hypothèse tout au long de ce mémoire, on ne ressort jamais identique après une rencontre. Ainsi, des patients ont « touché » plus profondément des soignants, par ce qu'ils émanaient en fin de vie (Par exemple Madame H, patiente ayant touché davantage l'ensemble de l'équipe mobile). Il s'agit dès lors de faire le deuil de ces personnes humaines tout en les considérant dans un contexte professionnel. Tâche complexe... Car même drapé dans une symbolique blouse distançant le « touché », le soignant reste un humain, et la mort comme la dignité humaine demeure ontologique. Il est donc normal d'être affecté de la mort d'un patient voire de le pleurer, afin d'en faire le deuil progressif.

Le psychomotricien se retrouve être ce funambule, qui s'équilibre à mesure qu'il chemine...

4/Tentative d'une modélisation de la relation thérapeutique

En guise de « pré-conclusion », je propose ci-contre un schéma illustrant la relation thérapeutique entre ces deux acteurs du soin, le patient et le psychomotricien.



La relation thérapeutique ne serait alors ni horizontale (le patient en demande n'est pas à place égale avec le thérapeute), ni verticale (ce n'est pas une relation de pouvoir) mais s'inscrirait plutôt dans une transversalité tridimensionnelle. Le psychomotricien ayant alors davantage de volume, de par sa prise de recul (obtenue par les théories et ses expériences psychocorporelles) entre sa posture thérapeutique et ses identités plus intimes. Le patient quant à lui, apparaît amoindrit de ce volume, par sa souffrance qu'il exprime au premier plan. Il apparaît en effet dans la clinique, qu'un patient souffrant de sa pathologie puisse s'identifier à celle-ci au point de ne devenir qu'elle.

Cette proposition schématique demeure donc modulable en fonction du thérapeute, du patient et surtout, de la relation. Elle est donc à saisir dans une perspective dynamique.

Conclusion

Connaissance de l'autre, connaissance de soi se retrouvent intrinsèquement liées dans la clinique psychomotrice. Vacillant entre ces pôles, c'est une véritable dialectique qui s'instaure dans la relation thérapeutique, s'inscrivant dans une réciprocité de cheminement. Être aux côtés du patient, c'est en effet garantir une progression singulière dans la construction d'une identité psychomotrice. Complémentaire des éléments théoriques et des expérimentations psychocorporelles du psychomotricien, cette rencontre avec le patient éprouve ces pensées par cette matérialité concrète de « l'autre ». Cet autre qui déstabilise ou qui met « à l'aise » en rassurant ou non le thérapeute sur ses compétences. Mettant alors en mouvement l'estime qu'il se porte à lui-même, dit autrement, sa base narcissique identitaire. Éprouvé à son tour, il peut alors dans sa fureur thérapeutique, tenter de se convaincre en usant de défenses maniaques. Oui mais, à quel prix ? Sûrement celui d'utiliser cet autre vulnérable, afin d'étaler son baume d'altruisme sur ses propres failles. Le dévouement trouvant alors une certaine proximité avec l'égoïsme. Mais comment parvenir à surpasser cette fureur thérapeutique si l'on en est atteint ?

Afin de conclure ce mémoire, j'emprunterai pour la dernière fois les mots de PRAYEZ, auteur de cette notion

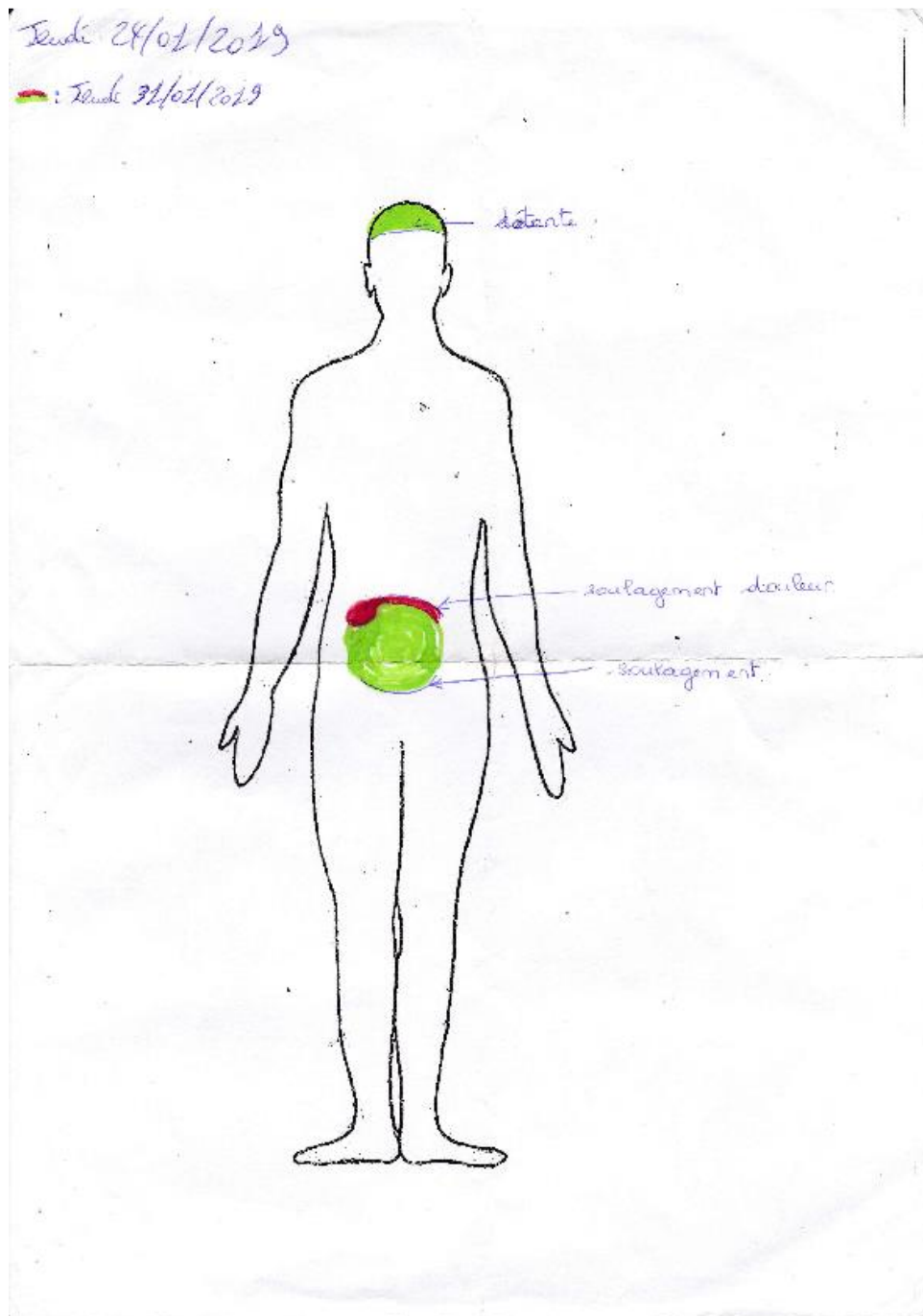
« Le travail personnel du thérapeute ne doit pas l'aider à faire « carrière », mais à trouver sa vérité (c'est-à-dire la vérité de son désir). Pour cela, il lui faut accepter les affects dépressifs, prendre conscience de sa dépendance, de son agressivité et de sa culpabilité, et surmonter ainsi sa *furor therapeuticus*. Une telle évolution suppose du thérapeute qu'il ait renoncé à jouer les sauveurs de l'humanité. [...] Le désillusionnement [d'une croyance illusoire de toute puissance], c'est au praticien de le mener pour lui-même afin de guider ensuite son patient vers l'indépendance. Transmettre cette juste vision du monde ne peut se faire que si le thérapeute a déjà évolué à travers l'expérience du deuil, s'il a quitté son orgueil et sa prétention à être le sauveur.

Dans ces conditions, on devine que soigner ou guérir autrui n'est pas seulement un symptôme, mais un chemin, une extraordinaire aventure pour progresser vers une humilité toujours plus grande, et donc une autonomie et une liberté toujours plus grande. »⁸⁸

⁸⁸ PRAYEZ (1986) p.158-160.

Annexes

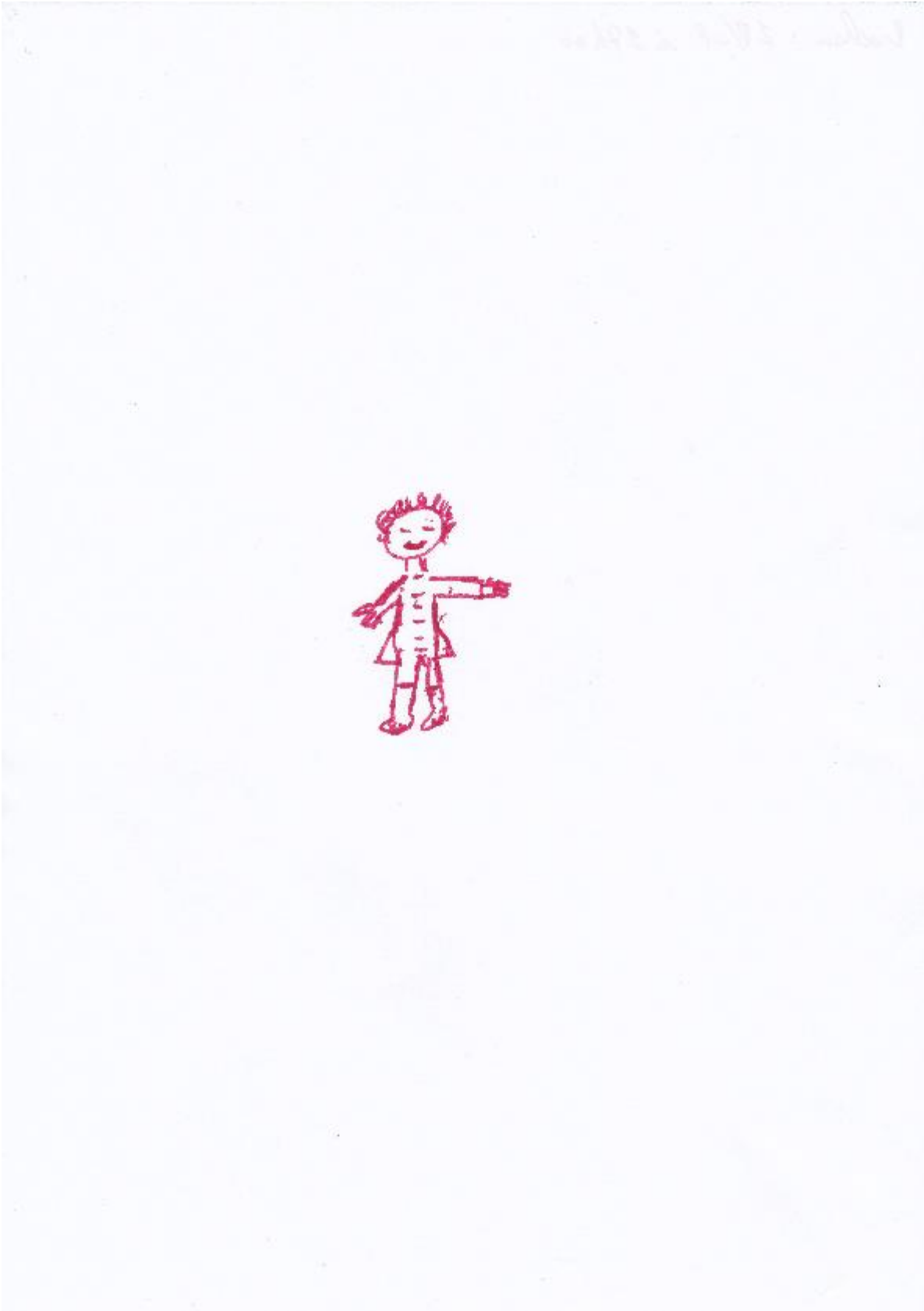
Annexe 1. Traces de Madame R. sur silhouette



Annexe 2. Dessin de Madame R.



ANNEXE 3 : Dessin de Madame M.



Bibliographie

LIVRES

AMADO LEVY-VALENSI E. (1972). *Le dialogue psychanalytique*. Paris : Puf.

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

ART-MELLA. (2016). *Emotions : enquête et mode d'emploi (Tome 1)*. Cholet : Pourpenser.

CAMUS A. (1958). *L'envers et l'endroit*. Paris : Gallimard.

CYRULNIK B. (2008). *De chair et d'âme*. Paris : Odile Jacob.

DOGEN E. (2013). *La voie du zen*. Paris : Gallimard.

FREUD S. (2010). *Cinq leçons sur la psychanalyse*. Paris : Payot et Rivages.

FREUD S. (1987). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris : Gallimard.

GAIGNON C. (2006). *De la relation d'aide à la relation d'être, la réciprocité transformatrice*. Paris : L'harmattan.

GATECEL A., MASSOUTRE-DENIS B., GIROMINI F., MOYANO O., SCIALOM P., CORRAZE J. (2015). *La relation en psychomotricité*. (p.327-351) Dans SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M. *Manuel d'enseignement de psychomotricité (Tome 1 : Concepts fondamentaux, p327 à 351)*. Paris : De Boeck Solal.

GAUCHER-HAMOUDI O., GUIOSE M. (2007). *Soins palliatifs en psychomotricité*. Paris : Heures de France.

GIRARDIER N. et al (2016). *La psychomotricité entre psychanalyse et neurosciences. Histoire, actualité et perspectives : pour une pensée en mouvement (Clinique psychomotrice)*. Paris : In press.

GRIM O. (2008). *Mythe, monstre et cinéma*. Paris : PUG.

HEINICH N. (2018). *Ce que n'est pas l'identité*. Paris : Gallimard.

MUCCHIELLI A. (2013). *L'identité*. Paris : Puf.

- POTEL C. (2012). *Être psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse : Eres.
- POTEL C. (2015). *Du contre-transfert corporel, une clinique psychothérapique du corps (L'ailleurs du corps)*. Toulouse : Erès.
- PRAYEZ P. (1986). *La fureur thérapeutique ou la passion de guérir*. Paris : Retz.
- RENAULT M. (2002). *Soins palliatifs : questions pour la psychanalyse*. Paris : l'Harmattan.
- ROUSTANG F. (2009). *Feuilles oubliées, feuilles retrouvées*. Paris : Payot et rivages.
- RUSZNIEWSKI M. (1999). *Face à la maladie grave. Patients, familles, soignants*. Paris : Dunod.
- SPINOZA B. (1954). *L'éthique*. Paris : Gallimard.
- T. HALL E. (1971). *La dimension cachée*. Paris : Editions du seuil.
- TOURNIER M. (1967). *Vendredi ou les limbes du pacifiques*. Paris : Gallimard.
- WINCKLER M. (2016). *Les brutes en blanc*. Paris : Flammarion

ARTICLES

- DAVID C. (1996). Le deuil de soi-même. *Revue française de psychanalyse*, (N°60), p15 à 32.
- MATTEI.S. (2006). La relaxation psychomotrice – Une dualité de soin et de l'accompagnement. *Thérapie psychomotrice et recherches – La relaxation psychomotrice de 1986 à 2006*, (N°146), p28 à 39.
- ROUBERT-OUVRAY S. (2002). Le contre-transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice. *Thérapie psychomotrice et recherches – Filiation : entre corps et société*, (N°132), p62 à 67.

MEMOIRE

ROJAS L. (2016). *Quand le toucher s'invite dans la rencontre de « l'entre-deux » en soins palliatifs*. Sorbonne Université, Paris.

SITE INTERNET

LAPLANCHE J ; PONTALIS J-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse (PUF)* :

http://195.154.185.60/fr/dictionnaires/laplanche_et_pontalis/voc318.html#toc437

COURS

PAVOT C. (2016). *Tonus et fonction tonique*. Université de la pitié Salpêtrière.

GRIM O. (2018). *Anthropologie du handicap*. Université de la pitié Salpêtrière.

COCAIGN V. (2018). *Option de Soins Palliatifs*. Université de la pitié Salpêtrière.

RESUMÉ

Devenir psychomotricien, c'est être doublement engagé. A la fois impliqué dans la relation avec le patient, le thérapeute l'est aussi avec lui-même, dans une écoute interne. Son identité se construit dès lors dans cette articulation entre la rencontre avec autrui et ses propres éprouvés en séance. A même de discerner son vécu de celui du patient, il peut s'appuyer dessus afin d'en faire un outil thérapeutique. Cette capacité se construit donc sur ce que le patient amène comme matériel d'élaboration. Les théories psychomotrices, accompagnées d'un travail personnel du thérapeute (psychothérapeutique et/ou psychocorporel), liées à cette élaboration, ouvrent alors des hypothèses cliniques.

Un accompagnement en Soins palliatifs où le thérapeute observe un important respect de l'évolution du patient, l'amène-lui aussi à être conscient de sa place. Ainsi, c'est une réciprocity de cheminement qui s'opère, là où l'identité psychomotrice se construit aux côtés du suivi du patient.

MOTS CLEFS

Contre-transfert corporel, histoire, subjectivité, soins palliatifs, réciprocity, deuil, cheminement, éclectisme, philosophie.

SUMMARY

To become a psychomotrician is to be doubly engaged. At the same time involved in the relationship with the patient, the therapist is also involved with himself, in an internal listening. His identity is built in this articulation between the meeting with others and his own experience in session. In order to discern his experience from the patient's, he can rely on it to make it a therapeutic tool. This capacity is built on what the patient brings as material of elaboration. The psychomotor theories, accompanied by a personal work of the therapist (psychotherapeutic and / or psychocorporal), related to this elaboration, then open clinical hypotheses.

A palliative care accompaniment where the therapist observes an important respect for the patient's evolution, also brings him to be aware of his place. Thus, it is a reciprocal path that occurs, where the psychomotor identity is built alongside the patient's follow-up.

KEY WORDS

Countertransference, history, subjectivity, palliative care, reciprocity, mourning, path, eclecticism, philosophy.