

“ Petite enfance et soins palliatifs ” : comment le toucher intervient-il dans les différents soins psychomoteurs ?

Dauphine D'anselme

► To cite this version:

Dauphine D'anselme. “ Petite enfance et soins palliatifs ” : comment le toucher intervient-il dans les différents soins psychomoteurs ?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02271189

HAL Id: dumas-02271189

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02271189>

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, Bd de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14



« Petite enfance et soins palliatifs »

Comment le toucher intervient-il dans les différents soins
psychomoteurs ?

Mémoire présenté par Dauphine d'Anselme
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien.

Référent de mémoire :

Véronique Cocaïgn

Session Juin 2019

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier tous ceux qui ont participé, peut-être sans le savoir, à la rédaction de ce mémoire. Tous mes maîtres de stages, les intervenants, les professeurs, les étudiants et les patients que j'ai rencontrés au cours de ces trois ans d'études et qui sont venus enrichir mon expérience.

Un grand merci à Véronique pour sa disponibilité, son écoute et ses précieux conseils. Merci pour nos discussions, toutes ces interrogations passionnantes qui m'ont permis d'approfondir mon sujet.

Un grand merci à Laura et Christine pour leur disponibilité, leur confiance et leurs précieux conseils. Merci pour nos échanges très riches qui m'ont aidée à aller plus loin et pour les encouragements chaleureux qui m'ont été d'un grand soutien. Merci de m'avoir fait découvrir le milieu de la petite enfance.

Je remercie Joanna, grâce à qui j'ai découvert la psychomotricité en soins palliatifs. Merci de m'avoir accompagnée et appris, de m'avoir fait confiance et de m'avoir soutenue.

Enfin, merci à tous mes proches pour leur présence, leur soutien et leurs précieuses relectures.

Avant-propos

Tout au long de ma formation en psychomotricité il a été question de toucher au travers des travaux dirigés, des options, des stages... j'ai ainsi pu expérimenter ce médiateur parfois seule, parfois guidée ou accompagnée, par moi-même, grâce à d'autres étudiants, ou patients. Ces expériences m'ont fait éprouver le plaisir de masser, ou d'être massée, et d'aider l'autre à ressentir son corps par le toucher. J'ai alors eu le désir d'approfondir mes connaissances sur ce médiateur par la lecture, et de comprendre quelles étaient les populations pour lesquelles cette médiation était privilégiée. J'ai rapidement compris que le toucher n'est pas exclusivement réservé à une population donnée comme la fin de vie, mais qu'il se retrouve à tous les âges de la vie, et que c'est une médiation qui peut sembler incontournable dans la pratique psychomotrice. C'est pourquoi j'ai fait le choix de mettre en lien la clinique de mes deux lieux de stage, pour étudier à travers trois cas cliniques, les différentes facettes du toucher que l'on retrouve à travers diverses propositions psychomotrices.

Mon premier lieu de stage, d'où deux exemples cliniques sont tirés pour ce mémoire, est un centre d'action médico-social précoce (CAMSP) accueillant des enfants de 0 à 6 ans, dans le cadre d'un suivi de la prématurité, pour la prévention, le dépistage et des prises en charge précoces. J'ai aussi réalisé un deuxième stage long cette année en unité de soins palliatifs auprès de patients adultes en fin de vie, pour la plupart atteints de cancers ou de maladies dégénératives. Les patients hospitalisés sont atteints de maladie grave, évolutive et/ou terminale. Dans ces lieux de prise en charge, l'approche psychomotrice n'est pas la même car ce sont surtout des propositions d'étayage corporel, en invitant le patient à accueillir son vécu corporel propre, fait de son histoire, de ses cicatrices... avec la conscience de sa mort proche. Dans le cas des soins palliatifs, le soin n'est plus à visée curative ou rééducative, mais a surtout pour but de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes, et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

J'ai ainsi fait le choix de m'inspirer de ces deux cliniques, pour mettre en lumière l'importance du toucher dans la pratique psychomotrice.

Table des matières

Remerciements	2
Avant-propos	3
Introduction	7
I. PARTIE CLINIQUE	8
LES ATTEINTES PSYCHOCORPORELLES DE L'ENVELOPPE DU SUJET	9
A. Cas clinique de Sarah : Lorsque le corps permet l'exploration	9
1. Présentation et anamnèse.....	9
2. Evaluation psychomotrice	10
3. Projet thérapeutique/ cadre de travail	11
4. Accompagnement psychomoteur et évolution	11
B. Cas clinique de Manon : quand le toucher ouvre à de nouveaux horizons.	14
1. Présentation et anamnèse.....	14
2. Evaluation psychomotrice/ Indications	15
3. Accompagnement psychomoteur et évolution	17
C. Présentation Mme F : quand le corps s'invite au cœur de la rencontre thérapeutique	
20	
1. Présentation et anamnèse.....	20
2. Indications	21
3. Accompagnement psychomoteur et évolution	21
II. PARTIE THEORIQUE	27
LE TOUCHER	28
A. Qu'est-ce que le toucher ?.....	28
1. Définition du toucher	28
2. La Peau	29
3. Fonctions de la peau	30

4.	Le moi-peau.....	32
5.	Les effets du toucher sur la peau.....	34
B.	Toucher le patient dans un dialogue corporel	35
1.	Quand le toucher s’inscrit au sein d’un dialogue tonico-émotionnel	35
2.	Le holding et le handling	36
3.	L’attachement.....	37
C.	Retrouver son corps propre	38
1.	Une appropriation du corps par le toucher	38
2.	Quand le toucher favorise la communication.....	39
3.	Une restauration narcissique	40
D.	Sensations corporelles et émotions du psychomotricien	41
1.	L’empathie.....	41
2.	Les concepts de transfert et de contre transfert	42
3.	La proxémie.....	43
III.	DISCUSSION	46
	LE TOUCHER DANS LES DIFFERENTS SOINS PSYCHOMOTEURS.	47
A.	Le toucher dans le soin de confort	47
1.	Qu’est-ce que la prophylaxie ?.....	47
2.	Participer aux retrouvailles d’une harmonie psycho-corporelle.	48
B.	Le toucher thérapeutique	53
1.	Définition soin thérapeutique	53
2.	Toucher le corps, vers une restructuration psychique et physique	54
C.	Le toucher rééducatif	58
1.	Définition.....	58
2.	Quand le toucher participe au développement psychomoteur du patient	59

D.	Dans tous soins, toucher le patient nécessite techniques et formations	63
1.	Ma formation à l'eutonie	64
2.	Le toucher terre	65
3.	La disponibilité dans les différents âges de la vie : quel cadre proposer ?.....	66
E.	Lorsque la régression transparaît	69
1.	Quand la fin de vie conduit certains patients à la dépendance	69
2.	Une régression permise par un cadre contenant.....	70
	Conclusion.....	72
	Bibliographie	73
	Annexes	76
1.	L'Homunculus de Penfield.....	76
4.	Les différentes couches de la peau.....	77
	Résumé.....	78

Introduction

« Le toucher, indispensable au jeune enfant, l'est autant à la personne âgée et il apparaît aussi humanisant au début de la vie qu'en fin de vie ». ¹ Pour E. Pireyre, aucune pathologie, aucune période de la vie ne doit en être exclue, car c'est une médiation corporelle privilégiée qui permet l'unification du corps et de la psyché. En effet, « en touchant au corps, on touche à ce qu'il produit psychiquement, émotions, retour ou naissance des éprouvés, sensoriels, sentiments, pensées ». ² Toucher le corps peut sembler être un concept très abstrait, regroupant différentes approches et divers objectifs. De plus, il pourrait sembler qu'en fonction des cliniques, de l'état psychique et physique des patients, le toucher se modulerait de manière différente.

Dans ce mémoire, je vais ainsi tenter d'apporter une réflexion autour de l'approche psychomotrice, par la médiation du toucher, en réfléchissant à ses différents modes d'interventions dans les soins psychomoteurs. Comment le psychomotricien peut-il soutenir la corporéité dans ces deux cliniques si différentes ? Comment la médiation du toucher thérapeutique en psychomotricité peut-elle intervenir et dans quels buts, dans les différentes pratiques psychomotrices ?

Dans une première partie, nous partirons à la rencontre de la petite enfance et des soins palliatifs à travers l'étude de trois patientes qui ont nourri mes réflexions cliniques.

Dans une seconde partie, je proposerai d'aborder les fondements du toucher et de la peau pour mieux comprendre ses diverses fonctions dans les différents temps de la vie. Dans cette partie j'interrogerai les diverses répercussions vécues par le patient et le psychomotricien dans ce dialogue corporel ainsi que les mécanismes psychomoteurs mis en jeu.

Enfin, dans la discussion nous répondrons à la question centrale en détaillant les différents soins psychomoteurs (prophylactique, thérapeutique et rééducatif), et s'appuyant sur les cas cliniques, nous développerons les différentes modalités du toucher qui y interviennent ainsi que leurs objectifs. J'aborderai la place du thérapeute, en donnant quelques exemples de médiations, puis terminerai par le thème de la régression.

¹ LEFEVRE C., 2002, p.11.

² SARDA J., 2002, p. 91.

I. PARTIE CLINIQUE

LES ATTEINTES PSYCHOCORPORELLES DE L'ENVELOPPE DU SUJET

A. Cas clinique de Sarah : Lorsque le corps permet l'exploration

1. Présentation et anamnèse

Sarah est une petite fille comorienne de 2 ans et demi, née à 37 semaines d'aménorrhée à la suite d'une césarienne réalisée en urgence, dont le développement psychomoteur de début de vie est normal. Cependant, à 8 mois, Sarah présente une diminution de la mobilité du membre supérieur gauche ainsi que trois épisodes de clonies de la langue associés à des vomissements. Elle est alors hospitalisée pour convulsions associées à une hémiparésie du membre supérieur gauche. Les médecins diagnostiquent un AVC ischémique sylvien droit superficiel et profond. Elle est alors rapidement suivie dans un centre de rééducation pour tout-petits avec un début de prise en charge intensive.

L'accident vasculaire cérébral ischémique est dû « à l'occlusion d'une artère cérébrale ou d'une artère à destination cérébrale »³. L'occlusion est causée par la présence d'un caillot empêchant le sang d'apporter l'oxygène nécessaire aux neurones. Cela peut ainsi entraîner un dysfonctionnement ou une destruction des neurones atteints si l'AVC n'est pas pris en charge à temps. Sarah présente une atteinte dans l'hémisphère droit du cerveau entraînant l'hémiparésie gauche de son corps. Une hémiparésie est une forme mineure d'hémiplégie provoquant toutefois une déficience motrice du côté atteint, avec une perte de force musculaire. Elle consiste en une paralysie partielle induisant un handicap moteur.

³ Albaret JM., Giromini F., Scialom P., 2015, p.293.

Vers l'âge de 12 mois, Sarah est admise au CAMSP, où à la suite d'une consultation, le médecin prescrit un bilan psychomoteur. Les deux parents de Sarah travaillent à temps plein, et le père est régulièrement loin de sa famille, travaillant dans le Sud de la France. Sarah est donc gardée le plus souvent par sa grand-mère qu'elle appelle « coco », assistante maternelle, qui s'occupe aussi d'autres enfants en parallèle. De temps en temps, c'est sa tante, appelée « tata », qui l'accompagne. La famille est soutenante dans la prise en charge de Sarah, et s'intéresse à ses progrès. Cependant, la psychomotricienne n'a jamais eu l'occasion de rencontrer ses parents, seulement par téléphone.

2. Evaluation psychomotrice

Au passage du Brunet Lézine⁴ à 13 mois, Sarah présente un retard psychomoteur assez important sur les épreuves de motricité globale et de langage ce qui induit une prise en charge en psychomotricité, ergothérapie et kinésithérapie au CAMSP de son secteur. Au fur et à mesure des séances, Sarah évolue bien sur le plan moteur et acquiert la marche à 15 mois. Cependant, celle-ci est encore fragilisée, avec un membre inférieur en rotation interne, une hanche gauche en flexion et une importante lordose au niveau du tronc. Son polygone de sustentation reste très élargi et l'équilibre est précaire encore aujourd'hui. La motricité globale de Sarah n'est pas encore fluide, car elle réalise des mouvements saccadés, irréguliers, en particulier en cas de fatigue.

A l'évaluation du tonus, Sarah présente un tonus axial normal mais est sujette à des difficultés de régulation tonique, en particulier au niveau des membres, entraînant des mouvements brusques et impulsifs. La latéralisation se fait à droite, étant donnée la présence de son hémiparésie gauche. Toutefois, Sarah ne présente pas d'héminégligence⁵ gauche et parvient à réaliser de nombreux gestes avec sa main gauche même si celle-ci a moins de force motrice. De temps à autre, son bras gauche est encore replié dans son dos, crispé, dans un mouvement d'adduction, flexion et sonnette interne⁶. Ces postures de crispation et de repli

⁴ Brunet Lézine : échelle de développement psychomoteur de la petite enfance qui évalue les premiers mois jusqu'à l'âge de 5 ans. Elle comporte des observations sur la posture, la coordination, le langage, les conduites sociales-personnelles. Cette échelle a été élaborée par Odette Brunet et Irène Lézine. Elle fournit un quotient de développement (Q.D.).

⁵ Héminégligence : Anomalie due à la lésion cérébrale et qui conduit le patient à oublier, « négliger » le coté atteint.

⁶ Sonnette interne : dans un mouvement d'adduction du bras, l'omoplate bascule en dedans.

sembleraient mettre à mal l'intégration de son schéma corporel et modifier la perception de sa conscience corporelle.

Sarah développe une motricité fine assez homogène, avec une pince fine acquise des deux côtés malgré une faible force motrice dans la main gauche. Ses coordinations bimanuelles et oculo-manuelles tendent à être performantes et Sarah progresse en vitesse dans la réalisation de praxies manuelles.

Au début de l'année, Sarah ne parlait pas beaucoup, mais depuis quelque temps nous remarquons une explosion du langage, et une appétence à apprendre de nombreux nouveaux mots. Beaucoup dans l'imitation, Sarah répète tout ce qu'elle entend et mémorise spontanément. Malgré une certaine timidité, Sarah finit par développer une grande relation de confiance avec chacune de nous, et manifeste une appétence relationnelle forte, tout en voulant préserver son indépendance.

3. Projet thérapeutique/ cadre de travail

Les principaux axes de prise en charge en psychomotricité de Sarah consistent en une proposition d'expériences sensori-motrices pour favoriser la perception d'un corps plus unifié et contenu, et renforcer l'intégration du schéma corporel en passant par des propositions sensorielles, dans lesquelles le toucher intervient. Il lui est aussi proposé des activités de motricité globale et fine dans le but de développer son aisance corporelle, son équilibre et ses coordinations tout en prenant soin d'encourager son expression infra-verbale et verbale. Enfin, Sarah étant dans une période d'opposition, un des projets de cette année est aussi de travailler l'importance du cadre et des limites.

Tout au long de cette année de prise en charge, j'ai été attentive aux différentes facettes de toucher utilisées avec Sarah, que ce soit dans un projet thérapeutique ou rééducatif.

4. Accompagnement psychomoteur et évolution

Sarah est une enfant pleine d'énergie, dont les grands yeux noirs pétillent de vivacité et de malice, qui aime partir à la découverte du monde environnant.

Lorsque je la rencontre pour la première fois, Sarah est très intimidée et reste agrippée aux bras de la psychomotricienne. Je comprends bien que ma présence vient troubler le cadre ordinaire. Sarah est debout, le tronc en hyperextension, les deux bras dans le dos, crispés, et me dévisage sans rien dire. Son regard exprime de l'inquiétude, mais aussi une certaine curiosité ; je me présente alors et décide d'aller m'asseoir dans un coin de la salle, afin de rester en observation pour cette première séance. Sarah ne s'approche aucune fois de moi, et lorsque j'essaie de m'introduire dans le jeu, me regarde effrayée. Sa timidité l'handicape pendant la séance car les différentes activités proposées par la psychomotricienne ne sont que très peu investies. En effet, elle passe d'un jeu à un autre, prônant une désorganisation psychomotrice importante. Lorsque Sarah retrouve sa grand-mère à la fin de l'heure, elle se relâche immédiatement : ses deux épaules se décrispent, ses doigts se relâchent, son sourire réapparaît.

A ma grande surprise, dès la deuxième séance, Sarah entre en interaction avec moi : elle me sourit et me prend la main ; c'est le début d'une relation de confiance qui se tisse petit à petit entre nous à travers un premier contact corporel. Au début de chaque séance, nous proposons à Sarah un rituel de début qui consiste en la lecture d'un livre de « Tchoupi », dans un endroit de la salle réservé au temps calme. Sarah s'installe généralement sur les genoux de la psychomotricienne ou de moi-même, afin d'avoir un arrière-fond contenant et sécurisant, pour nous entendre raconter l'histoire. Depuis peu, Sarah répète de plus en plus les mots, et parvient à nous décrire elle-même les différents objets et personnages.

Il est ensuite proposé à Sarah de réaliser un parcours psychomoteur souvent préparé en amont, dans le but de développer sa motricité globale et son aisance psychomotrice par un investissement du corps, et en particulier du côté hémiparétique. Nous plaçons les modules, les cerceaux et les différents éléments du parcours de façon à ce que Sarah acquière une bonne coordination de ses membres inférieurs et supérieurs, traverse les obstacles, apprenne à sauter, enjambrer, ou rester en équilibre par exemple. A la fin des parcours, Sarah semble moins crispée au niveau des bras, présente un véritable ballant à la marche, et repart plus détendue avec une prise de conscience du haut de son corps et de son axe corporel. Sarah paraît avoir acquis pour un temps une conscience gestuelle plus stable et fluide.

S'en suivent des exercices de motricité fine, à travers des propositions de praxies ou de coordinations comme des perles, des cubes, des jeux symboliques, des encastrement. Sarah apprécie particulièrement être assise à table pour des activités plus calmes comme le graphisme,

ou les puzzles, ce qui nous permet de travailler aussi les repères spatio-temporels. Nous sommes attentives à vérifier que Sarah investisse aussi le mouvement avec sa main et son bras gauche, souvent laissés de côté. Dans ce cas, si l'étayage verbal ne suffit pas, nous stimulons avec des petites chatouilles sa main gauche pour la recruter si celle-ci est hypotonique, ou encore nous maintenons sa main droite fermement si celle-ci est trop active, pour qu'elle débloque la gauche et puisse réaliser l'exercice de l'autre côté. Le toucher intervient alors dans une alternance entre un corps « plaisir », stimulé avec les chatouilles, ou un corps « contraint », inhibé. Cette intervention nécessite de notre part une bonne lecture de la tonicité de son corps pour encourager le geste de Sarah de la manière la plus adaptée possible.

Un des axes importants des séances est la stimulation sensorielle, à travers des massages, des percussions, des mobilisations de certaines parties de son corps dans le but de travailler le schéma corporel, et la conscience de son corps. Régulièrement, pendant que Sarah est assise confortablement sur les genoux de la psychomotricienne pour lire un livre, je m'installe en face d'elle dans le but de réaliser des stimulations tactiles et sensorielles sur ses pieds. Je commence en premier lieu à faire avec mes mains des mouvements doux mais profonds de lissages, ou de massages, ce que Sarah apprécie. Dans ces cas-là, elle décrispe ses jambes, déplie ses genoux, et développe une attention encore plus particulière au livre. Je passe ensuite sous la plante des pieds avec une balle à picots afin de voir ses réactions : ses doigts de pieds se mettent en mouvement, en réponse à la stimulation musculaire. Je remarque cependant que Sarah réagit beaucoup mieux avec le pied droit, jusqu'à l'enlever en cas de stimulations trop importantes, alors que la jambe gauche semble être hypo-sensible. Le premier objectif de ce toucher est de la conduire à la détente et au relâchement, et de l'habituer au contact, ce qu'elle ne supportait pas au début, générant chez elle de grands recrutements toniques.

Du pied, je peux remonter sur ses jambes, quelquefois ses mains et ses bras, lorsqu'ils sont disponibles, pour terminer par des percussions dans son dos. Dans les meilleurs cas, Sarah se concentre sur ces différents stimuli, et répète avec moi les différentes parties de son corps touchées. A la fin de ces expériences, nous remarquons que Sarah semble avoir conscience de son corps unifié à travers des mouvements plus fluides, moins saccadés, et une hypertonie moins massive, en particulier au niveau des jambes.

Depuis peu, les séances sont plus axées sur la découverte de la sensorialité pour l'encourager à discriminer les différentes informations tactiles et permettre à Sarah d'avoir des

perceptions riches et variées à différents endroits de son corps, et ainsi de renforcer son schéma corporel. Avec le bac à lentilles par exemple, nous travaillons d'abord les sensations au niveau de la voute plantaire, avec un certain déliement du pied, qui provoque un déliement des orteils au moment de retirer les lentilles coincées entre les doigts de pied. D'abord méfiante, Sarah se laisse faire à toutes ces découvertes sensorielles qu'elle accepte avec plaisir et curiosité. Ainsi, je lui propose de poser délicatement ses deux pieds dans le bac, puis de façon plus rapide, d'effectuer quelques pas, ou de cacher ses jambes sous les lentilles par exemple. Sarah est joyeuse lors de ses activités, ses débordements dus à la période d'opposition sont moins fréquents et ses capacités attentionnelles évoluent.

Au fur et à mesure de l'année, Sarah devient de plus en plus autonome et attentive, ses irritabilités sensorielles et tactiles diminuent et l'acquisition de son schéma corporel se renforce, grâce aux différentes propositions tactiles que nous lui faisons.

Lors de mon stage en CAMSP j'ai rencontré divers enfants atteints de pathologies différentes, non spécifiques à la petite enfance. Sarah en est un premier exemple. Nous allons maintenant détailler ensemble le deuxième cas clinique de la petite enfance, choisi pour ce mémoire.

B. Cas clinique de Manon : quand le toucher ouvre à de nouveaux horizons.

1. Présentation et anamnèse

Manon est une petite fille de 4 ans, suivie au CAMSP depuis septembre 2017 pour un retard psychomoteur global important, lié à une pathologie génétique portant sur le gène *CASK*⁷ entraînant une hypoplasie ponto-néo cérébelleuse⁸, une microcéphalie⁹, et un retard mental sévère. Manon présente un développement marqué par un polyhandicap. Le polyhandicap se

⁷ Gène *cask* : calcium/ calmodilin- dépendent Serine-protéine Kinase. La mutation de ce gène dépend d'une malformation liée au chromosome X.

⁸ Hypoplasie cérébelleuse : Déformation du cervelet, de petite taille. On retrouve aussi dans cette pathologie une déformation du tronc cérébral.

⁹ Microcéphalie : périmètre crânien inférieur à la normal

définit comme « un handicap grave à expression multiple, avec déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation ». ¹⁰

Afin de réduire au mieux une importante scoliose, Manon porte au quotidien un corset, que nous enlevons lors des séances. Elle dispose aussi de différentes installations adaptées pour favoriser son maintien postural et ses déplacements (corset siège, verticalisateur, déambulateur de type tracker avec un maintien important au niveau du tronc).

Manon bénéficie d'un suivi pluridisciplinaire important. Elle profite ainsi, chaque semaine, au CAMSP : d'une séance de psychomotricité individuelle, d'une séance conjointe kinésithérapie / psychomotricité et d'une séance d'ergothérapie. Elle bénéficie également de deux séances d'orthophonie en ville et enfin d'une séance de kinésithérapie à la crèche.

Les parents de Manon sont très soutenant et investissent l'ensemble des prises en charge, permettant à leur fille d'avoir un suivi régulier et particulièrement dense. Celle-ci a une croissance staturo-pondérale en dessous de la moyenne de son âge, ce qui lui permet d'être encore régulièrement portée dans les bras, et lors des déplacements d'être installée dans une poussette adaptée. Depuis l'âge de 3 ans, Manon porte des lunettes en raison d'une importante myopie.

Manon présente de belles qualités relationnelles. Souriante, elle manifeste son excitation dès qu'elle nous aperçoit en salle d'attente et montre son envie de venir en séance. Elle nous accueille en tendant en avant ses deux bras, ou en venant nous toucher la main ou le visage. Il est très rare de la voir sans sourires ni vocalises, non réceptive à son entourage.

2. Evaluation psychomotrice/ Indications

D'un point de vue comportemental et relationnel, Manon est capable d'être présente à l'autre de façon différenciée. Elle recherche le regard de l'autre, dans le but d'avoir des échanges adressés et adaptés. Son visage et son regard sont expressifs. Manon communique ses émotions par le dialogue infra-verbal à travers des mimiques variées : sourire plus ou moins grand, crispation du visage ou des yeux, haussement des sourcils, regard expressif, détente des

¹⁰ Albaret JM., Giromini F., Scialom P., 2015, p.139.

joues, positionnement des lèvres... sont autant de stratégies mises en place pour se faire comprendre. Manon a aussi bien compris le cadre des séances, et se repère sans difficulté dans l'institution : elle reconnaît les lieux, les adultes, et semble se souvenir des activités réalisées. Lors des propositions, Manon gagne en concentration et en régulation tonico-émotionnelle, son comportement est moins labile, et son attention plus calme. Lorsque son attitude gestuelle ou émotionnelle tend au débordement, Manon est capable de se canaliser davantage grâce à l'étayage verbal de l'adulte.

Au niveau du langage et de la communication, Manon réalise des vocalises de plus en plus variées, et parvient à répéter certains sons (comme par exemple certains bruits d'animaux). Elle commence à avoir accès aux gestes symboliques comme « au-revoir », « bravo » qu'elle utilise de façon plus adaptée et stable. La psychomotricienne utilise aussi avec elle quelques gestes du makaton¹¹, dans le but de soutenir la compréhension et l'attention. (« encore », « c'est fini »). Depuis septembre dernier, il est proposé à Manon, de choisir entre deux activités en séances, à travers un support de photos. Lorsque son regard s'arrête sur une des deux images proposées, nous choisissons l'activité correspondante. Ce système de communication invite Manon à choisir et la rend actrice. Nous percevons en général son désir dans son regard appuyé sur une des photos, ou parfois par un geste où elle saisit l'image. Lorsque la fatigue se fait sentir, Manon nous le fait comprendre par des frottements des yeux ou du nez avec les mains, des bâillements, ou une hypotonie globale.

Manon a réalisé de nombreux progrès au niveau de sa motricité globale et de son développement tonico-postural. Elle a fait des progrès dans ses déplacements, et malgré une hypotonie du plan postérieur, une hypertonie des membres et une motricité dystonique, elle acquiert un tonus du tronc plus homogène, lui permettant de se tenir assise plus longtemps, ainsi que des positions de redressement comme « à genoux-dressé ». Depuis deux mois, Manon se déplace à quatre pattes, en parcourant des distances de plus en plus longues. Mais lorsque la fatigue est présente, elle choisit plutôt le « roulé-boulé » latéral, en basculant sur les côtés. Depuis le mois de janvier, Manon parvient à se hisser contre un meuble pour se mettre debout

¹¹ Makaton : Programme d'aide à la communication et au langage, constitué d'un vocabulaire fonctionnel utilisé avec la parole, des signes et/ou des pictogrammes. Mis au point par Margaret WALKER, orthophoniste britannique.

mais son équilibre reste précaire si elle ne porte pas ses chaussures orthopédiques. Celles-ci sont aussi nécessaires à la prévention de déformation de ses pieds.

Elle présente des gestes plus adaptés et de moins en moins impulsifs, tout en gardant un désir fort et spontané d'aller tout découvrir, surtout en présence de nouveautés.

Les capacités de préhension de Manon restent assez limitées : elle parvient à attraper les objets en utilisant une pince cubito-palmaire volontaire. Cependant, Manon s'intéresse de plus en plus aux jeux de manipulations plus construits (remplir, vider, manipuler, brasser, lâcher, jeter, pousser...), et commence à pouvoir donner, dans une interaction construite. Elle parvient aussi à enlever ses chaussettes sur demande. Pour l'ensemble de ces activités, Manon utilise préférentiellement la main droite, celle de gauche étant asymétriquement plus faible, le pouce en adduction avec des réflexes de grasping encore présents. Ses gestes sont par moment entravés par les émotions, conduisant ainsi à des mouvements explosifs.

Enfin, sur le plan sensoriel, Manon est préférentiellement intéressée par le bruit et les sollicitations vestibulaires. Elle est très attentive aux résonances que provoquent les objets lorsqu'elle tape dessus, ou lorsqu'elle chante à l'intérieur d'un contenant (ex : tambour, boîtes...). De plus, elle a besoin d'un important étayage lors des activités ; elle est très attentive à la prosodie, aux chansons, ou aux bruitages par exemple. Les sensations vestibulaires, couplées à des chants, conduisent Manon vers la détente et améliorent sa régulation tonique. Lors de sensations plus fines, Manon présente un déliement des doigts plus fin et une meilleure organisation du geste : la découverte de la sensorialité et les explorations perceptivo-motrices l'aident à se concentrer. Lors des activités, il est important de créer pour elle un arrière-fond contenant, l'aidant à canaliser ses mouvements involontaires, et encourageant ses moyens de communication. En confiance, Manon peut alors vocaliser, imiter et mieux se faire comprendre par des mimiques très expressives. Ainsi, le toucher intervient constamment dans sa prise en charge et facilite chacun de nos échanges, ses expériences et évolutions, à des fins prophylactiques, thérapeutiques ou rééducatives.

3. Accompagnement psychomoteur et évolution

Avec Manon, chaque début de séance est composé d'un petit rituel dans le but de se rencontrer tranquillement et de travailler le schéma corporel par un exercice de conscience du corps. Manon est assise sur les genoux de la psychomotricienne, dans une position contenant,

qui, grâce au dialogue tonico-émotionnel, privilégie les échanges et la détente. Manon peut alors me regarder dans les yeux, vocaliser, tout en étant attentive. A l'aide d'une balle à picots, alors que nous chantons « la fourmi m'a piqué la main », je réalise des petites stimulations sensorielles sur les mains, les pieds, les jambes, le dos. Je termine ensuite par des percussions. De temps en temps Manon parvient à accompagner volontairement le mouvement de la balle à picots : elle peut montrer ses pieds, ou adapter les gestes de sa main.

Puis nous commençons les activités du jour, en prenant soin de faire choisir à Manon ce qu'elle préfère entre 2 cartes. Lors des activités où Manon est assise, la main de l'adulte posée dans son dos l'aide à rester rassemblée et limite l'extension. Et, dans le cas où elle est trop éparpillée, ce toucher permet aussi de la recentrer sur ses propres ressentis et de la recadrer en contenant son impulsivité. Ces derniers temps, nos propositions sont essentiellement sensorielles ou sensori-motrices, la motivant à travailler sa préhension, ses ressentis tactiles au niveau des différents endroits du corps, et favorisant de meilleurs déliements des mains et des doigts. Ses mouvements sont plus fins au fil des explorations. Manon apprécie particulièrement ce travail autour de la sensorialité et semble être sensible à la découverte des sensations, à la nouveauté et aux diverses stimulations.

Régulièrement, nous proposons à Manon des exercices de motricité globale et dynamique par des déplacements dans l'espace afin d'encourager son développement postural. Lors des transferts, ou des tenues plus ou moins longues de postures, nous lui offrons des appuis avec un toucher sécurisant au niveau du bassin en général. C'est un toucher indicateur et profond qui la guide dans le geste qu'elle doit réaliser. Mais quelquefois il suffit juste d'un toucher non guidant, sans réel soutien, toucher léger mais rassurant, pour encourager Manon dans son mouvement et qualifier notre présence.

En fin de séance, nous lui proposons un temps de portage dans un tissu / hamac, bercée par des chants ou des musiques de relaxation. Manon profite réellement de ce moment pour se relâcher et se regrouper : calme, centrée sur ses sensations, elle se met alors dans une posture de regroupement et d'enroulement. Lorsque le toucher la contient bien physiquement, Manon a une bonne qualité de présence, en particulier par le regard, pour ensuite se regrouper sur elle-même avec une intériorisation des sensations qui l'emmène vers la détente. Manon se relâche, croise ses bras sur sa poitrine, rapproche ses genoux de son tronc, abaisse sa tête, et adopte une

respiration lente et profonde. Son tonus de fond s'apaise l'amenant vers une réelle hypotonie d'endormissement. C'est comme si Manon était installée dans un cocon.

Un matin, Manon arrive en retard à la séance, ce qui est très rare, dans les bras de sa maman. A son expression, il est évident que quelque chose ne va pas. En effet, Manon est pâle, tremblante, le visage crispé mais inexpressif. Nous ne l'avons jamais vue dans cet état. La maman, déstabilisée, nous explique que Manon sort d'un rendez-vous avec le prothésiste pour le moulage d'un nouveau corset. Elle a ainsi dû être enduite de plâtre pour prendre ses mesures, ce qui, nous explique-t-elle, a entraîné chez Manon une montée d'angoisse et de stress très importante. Malgré son état, nous décidons de la recevoir en séance. Manon se montre alors dans une posture d'hypotonie totale, sans mimiques ni réactions comportementales. Elle nous montre rapidement des signes de fatigue et d'inconfort. C'est alors que le soin de confort voit son utilité. Je propose à mon maître de stage de créer un cocon à l'aide de coussins, dans lequel caler Manon, et de réaliser sur elle un enveloppement serré avec un tissu. Mon but à travers cette installation contenant, est de mettre Manon dans une position de regroupement, favorisant un apaisement psychocorporel et la conduisant vers le sommeil. Une fois installée, Manon va fermer les yeux et se relâcher, les traits de son visage se détendent, sa respiration se calme et devient plus profonde, ses joues se colorent à nouveau. Je lui propose un toucher contenant et apaisant, une main délicatement posée sur sa tête, une autre sur ses jambes repliées, pour lui signifier notre présence, et pour contribuer à la détente à travers le dialogue tonico-émotionnel. Le toucher intervient alors dans un but de confort et de présence, sans réel but thérapeutique. Il permet à Manon de prendre un instant de répit après une montée de stress intense et de repartir plus apaisée chez elle avec sa maman.

Manon et Sarah sont des exemples de prises en charge que j'ai pu suivre tout au long de l'année scolaire, de manière régulière et progressive. J'ai pu m'investir corporellement petit à petit à leurs côtés et aux cotés de la psychomotricienne et réfléchir à l'évolution des objectifs et des axes thérapeutiques qui leur étaient adaptés. Ces prises en charge avaient lieu chronologiquement dans la semaine, après celles de mon stage en soins palliatifs. En unité de soins palliatifs, la temporalité change, le cadre varie, les patients sont adultes et en fin de vie, ce qui m'a demandé tout au long de l'année une adaptation indispensable à cet écart entre ces deux cliniques qu'on pourrait croire opposées. Nous allons ainsi développer ensemble la prise

en charge psychomotrice de Mme F, afin de découvrir de quelle manière le toucher peut aussi intervenir dans ce type de clinique.

C. Présentation Mme F : quand le corps s'invite au cœur de la rencontre thérapeutique

1. Présentation et anamnèse

Mme F est une patiente de 59 ans, arrivée début novembre en Unité de soins palliatifs pour un séjour de répit et une réévaluation de ses symptômes. C'est le deuxième séjour qu'elle réalise dans ce lieu, étant déjà venue quelques mois auparavant. Entre temps, Mme F est retournée à domicile. La patiente est atteinte d'une tumeur de l'utérus en phase terminale, avec de nombreuses métastases¹² osseuses. Les traitements curatifs sont arrêtés et remplacés par une prise en charge palliative. La patiente souffre aussi d'un syndrome de la queue de cheval¹³ avancé, entraînant sa grabatisation : la patiente n'a plus marché depuis plusieurs mois. De plus les douleurs entraînées par ce syndrome sont prédominantes et contraignent Mme F dans ses mouvements, ceux-ci limités par une paralysie de la jambe droite, et une perte de la sensibilité tactile et superficielle. Cette patiente est originaire de Roumanie, pays où elle semble avoir passé les meilleurs moments de sa vie, avant d'arriver en France pour son mariage. Mme F est une femme qui semble avoir beaucoup de tenue et de classe : elle porte de jolis tee-shirts, du vernis à ongle et un peu de maquillage. De plus, quelques produits de beauté sont disposés sur sa table de chevet.

La patiente nous parlera de temps en temps de son rapport avec sa mère, décédée, avec qui elle avait tissé des liens puissants. Chacun de ses bons souvenirs est relié à la présence maternelle. Elle nous confie ainsi avoir eu des enfants, dans le seul but de faire plaisir à sa mère. Mme F ne nous parle jamais de son mari, ni de ses fils.

¹² **Métastases** : localisation secondaire d'une affection, ici cancéreuse, entraînée par des cellules atteintes qui se sont propagées par la circulation sanguine ou lymphatique.

¹³ **Syndrome de la queue de cheval** : atteinte des racines nerveuses du bas de la colonne vertébrale, caractérisée par une compression des nerfs. Ce syndrome entraîne des douleurs rachidiennes, un déficit sensitif et moteur, des troubles sphinctériens et dans le cas de Mme F, une paralysie flasque.

Au premier abord, Mme F semble être apathique et refermée sur elle-même, déstabilisée par la douleur intense de sa jambe, malgré les traitements, et angoissée par sa maladie et sa fin de vie. En effet, Mme F pose de nombreuses questions sur son devenir, rencontre des difficultés quant à la vente de ses biens, et tente de contrôler tout ce qui lui est proposé. Cependant, elle est très en demande de relationnel, et son visage peut s'animer très vite lorsqu'elle nous raconte son passé. Mme F est très souvent sur la défensive et critique régulièrement les soins que les soignants réalisent. Elle remet en cause ce qu'on lui propose et peut sembler déstabilisante dans son désir de tout contrôler. Pendant ses deux mois de fin de vie, Mme F changera d'unité pour éviter l'épuisement psychologique des soignants, et s'éteindra début janvier, entourée par toute sa famille.

2. Indications

Lors de son premier séjour à l'USP, Mme F a eu plusieurs séances psychomotrices, prescrites par le médecin avec pour principale indication la réduction de son anxiété. A son arrivée en novembre, le médecin prescrit à nouveau des séances afin de réaliser une continuité thérapeutique. Mme F est en effet toujours très angoissée, et présente des difficultés de régulation tonico-émotionnelle, avec une image de son corps très atteinte. Mme F peut en effet passer d'un comportement impulsif à une posture inhibée, quelquefois plusieurs fois dans la même journée. De plus, les relations de méfiance qu'elle tisse avec les soignants sont l'expression d'une anxiété importante et d'un manque de lâcher-prise persistant.

Les séances de psychomotricité ont lieu dans sa chambre, environ une à deux fois par semaines et sont en général très attendues par la patiente.

3. Accompagnement psychomoteur et évolution

Dès notre première rencontre, nous remarquons que Mme F présente une désorganisation psychomotrice importante et semble être en demande de contenance : en effet, son lit est encombré par une multitude d'objets, de papiers et de couvertures. Mme F est allongée, jambes pliées et maintenues par ses bras, sa tête virevoltant d'un côté, de l'autre sans trouver de véritable stabilité. Le visage de la patiente est creusé par la maladie et sa voix est terne. Je suis marquée par ce corps abîmé, que la fonte musculaire rend fragile. Nous nous présentons l'une après l'autre, mais Mme F reste méfiante de ce que nous lui proposons, même si elle se souvient

des séances de psychomotricité précédentes, qui nous dit-elle, lui ont fait du bien. Son anxiété transparaît à travers toutes les questions qu'elle nous pose (au sujet de ses médicaments, son avenir, ses douleurs...) mais elle parvient petit à petit à se confier à nous. Ces confidences mettent alors en valeur à quel point son schéma corporel est atteint par la maladie, qu'elle ne se sent pas bien dans son corps, ne ressent pas tout « ce qui se passe en dessous du nombril ». Mme F met l'accent sur ses douleurs au niveau de la cuisse droite et du bas du dos (au niveau du nerf sciatique), et sur sa déception de savoir qu'elle ne pourra plus jamais marcher, elle qui dansait autrefois jusqu'à 8h par jour par passion ! Cette première rencontre dure au moins trois quarts d'heure, mais permet de tisser une relation de confiance avec la patiente, qui verbalise beaucoup et qui est dans une demande importante d'approche relationnelle. Dès ce premier jour, Mme F nous confie que le toucher qu'elle aimerait le plus ressentir, « est celui d'être porté dans des bras, comme un bébé », sensation qu'elle désire connaître au moment de sa mort.

Mme F est aussi très marquée par son image du corps : elle nous montre ses cicatrices, ses nodules (qu'elle entoure au bic), et se plaint de sa peau fragile, de sa peur des escarres... ce qui contribue à augmenter toujours plus son anxiété. Je me demande alors de quelle manière Mme F perçoit son corps : sans doute se le représente t'elle comme un corps objet, choséifié, dont l'enveloppe est devenue floue, insécure.

Dès notre première rencontre avec Mme F, compte tenu de sa très grande désorganisation psychomotrice et de son besoin constant de contenance et de portage, nous lui proposons de réaliser un enveloppement sec serré. La patiente nous regarde avec de grands yeux mais accepte la proposition, d'une manière nonchalante, mais certainement curieuse de découvrir cette médiation. Pour une première fois nous décidons d'utiliser ses propres draps, et commençons par envelopper en premier lieu ses membres inférieurs. Mme F nous coupe rapidement, demandant que l'exercice soit plutôt réalisé sur la partie supérieure de son corps, afin de mieux pouvoir ressentir les sensations. Sa demande est respectée, mais avec la réalisation d'un enveloppement sur le corps tout entier.

Au moment précis où la patiente est entièrement emmitouflée dans ses draps, nous ressentons à travers le dialogue tonico-émotionnel comme un grand soulagement : son visage se décrispe, ses épaules se relâchent, et Mme F semble s'apaiser et se détendre. Ses yeux restent grand ouverts, mais la patiente va petit à petit ramener ses mains à la bouche, et croiser les bras sur la cage thoracique. Je me demande alors si cette sensation de regroupement n'entraîne pas

des réflexes archaïques d'agrippement encouragés par un sentiment de sécurité interne. Nous décidons ensuite d'accompagner cet enroulement par un toucher thérapeutique, dans le but d'amplifier la sensation de contenance, et de renforcer la conscience corporelle. La psychomotricienne et moi-même nous plaçons de chaque côté du lit et proposons des pressions à quatre mains en commençant d'abord par les membres inférieurs, et en remontant petit à petit jusqu'aux épaules, et terminant par les mains. A ce moment-là, Mme F a fermé les yeux, et semble dormir. Par peur de la déranger, la psychomotricienne lui signale alors tout bas la fin de la séance ; mais Mme F ouvre les yeux et nous déclare : « pensez-vous que je puisse rester enroulée de la sorte jusqu'à la prochaine arrivée des soignants pour la toilette ? ». Rassurée par notre réponse affirmative, Mme F semble nous avoir oubliées, et nous quittons sa chambre, ravies de voir que notre proposition de médiation a été si bien investie.

La semaine suivante, nous nous présentons à la même heure avec l'idée de proposer à nouveau une séance de toucher thérapeutique à travers un enveloppement. Mme F est allongée dans son lit, terminant un appel téléphonique, préoccupée par des affaires personnelles extérieures, comme la vente de sa maison, ce qui se traduit chez elle par une désorganisation psychomotrice importante avec des mouvements de bras très impulsifs. De plus, son discours laisse percevoir une anxiété majeure et de nombreux débordements émotionnels. Je lui demande alors si elle préfère que nous la laissions régler ce souci, et que nous repassions plus tard. Sa réponse étant négative, je lui propose de renouveler l'expérience de la semaine précédente. Mme F refuse instantanément, expliquant que l'enveloppement n'est réalisable chez elle que lorsqu'elle est angoissée, affligée, et que ce n'est pas le cas ce jour-là.

Ce n'est que quelques semaines plus tard que Mme F va de nouveau accepter cette médiation, à la condition que les matières utilisées ne soient que ses couvertures chaudes et douces, en matière « pilou-pilou ». A ma demande, Mme F s'installe confortablement, cale ses deux jambes entre des oreillers, et abaisse le dossier de son lit. Sa respiration est plus calme, ses réponses plus brèves. Cependant, alors que je commence à l'enrouler doucement de ses plaids, Mme F m'arrête d'un geste de la main, évoquant sa peur d'être étouffée. Je la rassure, expliquant que j'adapterai la tension dans les draps à sa demande, pour réaliser un enveloppement peu serré. Acquiesçant, la patiente décide de se laisser faire totalement, et alors que j'entame les pressions au niveau des membres supérieurs, s'exclame dans un soupir de soulagement : « Comme un bébé ! ». La détente gagne alors petit à petit ses muscles qui se relâchent, et ses yeux finissent par se fermer. Le toucher médiatisé par les draps, et mes

pressions, a donné à Mme F un sentiment d'exister corporellement et psychiquement, et une contenance physique, lui permettant alors de s'abandonner à la détente, et d'oublier, le temps d'un instant, ses soucis extérieurs et ses angoisses permanentes.

Rapidement, le toucher s'avère être la médiation la plus appropriée auprès de Mme F, car il permet à la patiente de mieux se concentrer sur ses ressentis et sensations, à travers des pressions et des massages¹⁴ que nous décrirons ensuite. Grâce à ce toucher relationnel et thérapeutique, Mme F investit la relation et s'efforce de retrouver une conscience corporelle plus homogène.

Lors d'une séance avec Mme F, celle-ci demande un bon massage sur les jambes. Alors que je m'appête à le réaliser avec de l'huile de massage à l'amande douce, flacon habituel pour les massages des patients, Mme F refuse. En effet, elle me demande d'aller chercher dans son placard, sa trousse de toilette dans laquelle se trouve une crème corporelle de marque luxueuse. Avec cette crème nous réalisons avec la psychomotricienne un massage à quatre mains, massage de confort, hydratant et tonique, pour réaliser le désir de la patiente. Le toucher devient alors narcissisant.

Un autre jour, à mon arrivée dans la chambre de Mme F, celle-ci semble paisiblement installée dans son lit. Cependant, alors que je lui demande comment elle va, la patiente me répond : « c'est comme si j'avais été battue ». Je réalise ainsi que malgré les apparences, la patiente est très douloureuse, en particulier au niveau de la cuisse droite. Malgré la réalisation d'un bolus¹⁵, la douleur semble ne pas s'estomper et pendant la séance, Mme F se met à pleurer, disant qu'elle ne parvient plus à contrôler son mal. Pendant qu'elle se calme, Mme F se masse sans cesse la cuisse, réalisant de grands gestes en profondeur, me disant que cela lui fait du bien. Je lui propose alors de réaliser des pressions très fortes au niveau de la douleur, ce qu'elle accepte, car cela lui permet de reposer ses bras et de se relâcher un peu. Petit à petit, alors que je masse de toutes mes forces, la douleur semble s'estomper et Mme F reprend des couleurs. Le contact apporté par ce toucher en profondeur a permis de calmer la douleur. A la fin de la séance, je demande à Mme F quels ont été ses ressentis à ce moment-là, et celle-ci me répond

¹⁴ **Massage** : terme utilisé au sein de l'institution.

¹⁵ **Bolus** : Dose de médicament injecté par intraveineuse, que le patient peut réaliser lui-même en activant un bouton, afin d'obtenir une réponse thérapeutique rapide.

qu'elle apprécie beaucoup les pressions fortes, car elles lui apportent de la chaleur et réalisent comme « un enveloppement de la zone douloureuse ».

Une autre fois, lors d'une séance, Mme F nous fait part de sa grosse déception de la perte de la verticalité, et de ne plus pouvoir marcher et mettre « un pied devant l'autre ». Nous lui proposons une séance axée sur l'axe corporel afin de renforcer la conscience de sa colonne vertébrale. Le toucher intervient alors dans la réalisation d'un massage tonique au niveau de la colonne, puis dans la proposition d'étirement et d'allongement du dos, dans le but de se grandir. A la fin de ces étirements Mme F se confie sur ses jambes, qu'elle considère comme des « jambes-objets », inertes, qu'elle ne peut bouger qu'à l'aide de ses bras et qui tombent si elle ne les tient pas. Afin de lui redonner une conscience corporelle de ses jambes, je décide de réaliser des pressions fortes, en remontant du bout des orteils jusqu'aux hanches. La psychomotricienne termine ensuite par un massage global du corps. Mme F reconnaît avoir plus de sensations, mais demande à ce que celle-ci réalise du « pétrissage », au niveau de ses membres inférieurs afin de ressentir en profondeur ses muscles, « le peu de graisse qu'il me reste », et les différentes couches de peau. Alors que la psychomotricienne semble mettre toute son énergie dans ce massage, la patiente dit avec humour : « Mais vous n'avez jamais fait de pain ? ». Devant notre regard dubitatif, Mme F reconnaît que ce toucher intensif et énergique a permis de lui redonner conscience de ces os, et de mieux se rendre compte de l'existence de ses jambes.

Vers la fin du mois de décembre, je décide d'apporter une composante plus émotionnelle et personnelle dans nos séances : par le biais du dessin, Mme F se met à nous raconter deux souvenirs qui ont marqué sa jeunesse en Roumanie ; un souvenir qu'elle qualifiera de positif et un autre de négatif. Mme F se plaît à nous raconter l'histoire de son pays, et ce sont des moments de répit pendant lesquels elle oublie le temps d'un instant sa maladie et ses douleurs. Ces récits sont particulièrement tournés vers le sensoriel (odeur, toucher, vue, ouïe), et sont racontés de manière poétique et théâtrale. La contenance habituelle que l'on retrouve sur son lit (couverture, objets...) a disparu.

Petit à petit nous avons mis au point un rituel de fin, pour signifier à Mme F que la fin de la séance approche, et simplifier le processus de séparation. La psychomotricienne propose de réaliser un massage du crâne de la patiente avec un masseur manuel de tête (outil composé d'un manche en bois et de fibres en métal qui viennent entourer le cuir chevelu). Mme F s'allonge

alors entièrement dans son lit, la tête bien calée sur son oreiller. La psychomotricienne commence alors avec des gestes doux, mais est rapidement interrompue par Mme F qui réclame des gestes rapides et vifs, « comme une sorte de grattage ». Ce massage, permis par un objet tiers, lui plaît beaucoup, entraînant chez elle de grands sourires, et même une fois un éclat de rire : « On se croirait au Parc Astérix ! ».

Cette prise en charge a duré deux mois et a été très riche en expériences psychomotrices, tant pour elle que pour nous. Le toucher a joué un rôle fondamental dans nos échanges.

II. PARTIE THEORIQUE

LE TOUCHER

A. Qu'est-ce que le toucher ?

1. Définition du toucher

Le mot « toucher » est un terme qui semblerait difficile à définir au vu de sa richesse polysémique. En recherchant dans le dictionnaire PETIT LAROUSSE, le toucher est défini comme : « mettre la main, ses doigts au contact de quelque chose, de quelqu'un pour apprécier son état, sa consistance, sa chaleur ».¹⁶ Cette définition met alors en valeur la dimension fonctionnelle du toucher, que l'on retrouve dans le geste d'entrer en contact avec un objet ou un individu. Mais de nombreuses expressions langagières comme « à fleur de peau », « être bien dans sa peau », témoignent aussi de la valeur symbolique et émotionnelle du toucher, dimension affective essentielle dans la relation à l'autre, sur laquelle la psychomotricité repose essentiellement.

Le toucher fait partie des cinq sens des êtres humains et correspond à la sensibilité cutanée, dont la peau constitue l'organe. Cependant comme chaque sens, il doit être stimulé pour conserver sa sensibilité. Concernant la musicalité du toucher, M. GUIOSE (psychomotricien et psychologue) rappelle qu'elle est celle de la « Toccata », dont l'étymologie « Toccare » laisse sous-entendre cette proximité corporelle de la rencontre et la réciprocité de ce sens : « on ne peut toucher autrui, sans être touché soi-même ». ¹⁷ Il y a autant de manières de toucher que de personnes qui touchent, car le contact se vit en fonction des intentions qui l'animent, et des variétés de regards, de voix, de cadres. Le toucher peut alors aussi bien être vécu comme humanisant, structurant, enveloppant ; mais aussi comme invasif, excitant, réprimant. A. LAURAS PETIT souligne que « le contact est également perçu en fonction de l'histoire de celui ou celle qui le reçoit, déterminant donc les sensations puis les ressentis dans les souvenirs qui les évoquent »¹⁸.

¹⁶ LE PETIT LAROUSSE., 2002, p.1018

¹⁷ PRAYEZ P., *in* GUIOSE M., 2007, p. 100.

¹⁸ ALBARET J-M, GIROMINI F, SCIALOM P., 2015, p.297.

Le toucher est le sens le plus important pour le développement de l'être humain et fait partie de ses besoins vitaux comme l'ont démontré les travaux sur l'attachement de H. HARLOW et J. BOWLBY. De même, A. MONTAGU précise le rôle fondamental du plaisir tactile dans le développement de l'individu. C'est sur la base du toucher, que le tout petit en devenir appréhende l'intimité, la proximité, l'absence et la présence d'un autre, et ce depuis le stade fœtal. « De tous nos sens le toucher est le plus personnel », ¹⁹ c'est aussi celui qui se déploie dans l'espace des relations intimes. « La perte du contact avec le corps aboutit à la perte du contact avec la réalité. L'identité personnelle n'a de substances et de structures que pour autant qu'elle est fondée sur la réalité des sensations du corps ». ²⁰

M. GUIOSE explique alors qu'un des grands principes de l'embryologie veut que plus une fonction se développe tôt, plus il est probable qu'elle sera fondamentale, c'est pourquoi le toucher est le dernier sens à disparaître. Par ailleurs, si « le toucher est le sens qui permet la conscience de l'unité corporelle, de la continuité du corps » ²¹, y avoir recours semble pertinent pour accompagner des personnes aux identités psychocorporelles bouleversées.

2. La Peau

La peau, appelée aussi tégument (du latin « tegumentum » qui signifie « couverture »), est l'organe du toucher. C'est à travers elle que nous prenons contact tant avec notre corps qu'avec celui des autres car il s'agit de la partie visible, palpable de notre être tout entier. En touchant la peau, le contact s'étend à l'ensemble des tissus, vaisseaux, organes et muscles qui se situent plus en profondeur. L'ensemble de l'organisme est sollicité dans cet échange corporel.

La peau provient du même tissu embryonnaire que le système nerveux, l'ectoderme, qui est le feuillet le plus externe de trois couches de cellules. Cela montre qu'il existe une relation entre les cellules cutanées et les fibres nerveuses dès l'embryogénèse, qui demeurera tout au long de la vie de l'individu. De ce fait, il n'est pas étonnant de constater les étroites relations

¹⁹ HALL E.T., 1966, p.85.

²⁰ MONTAIGU A., 1979, p.11.

²¹ GUIOSE M., 2004, p.81.

toute la vie durant, entre notre peau et notre équipement cérébral, sensitif, sensoriel, émotionnel et nerveux.

La peau constitue la surface la plus étendue de notre corps, s'étalant sur près de 2m² chez l'adulte et représentant 18% du poids du corps. Elle est composée de trois couches.

L'épiderme est la couche superficielle de l'épithélium (peau), que l'on voit, que l'on peut toucher. Malgré sa minceur apparente, il est formé de cinq couches de cellules. Les cellules basales qui forment les couches inférieures se divisent constamment et remontent continuellement vers la couche de surface, s'enrichissant de kératine (protéine présente dans les cheveux et les poils).

Le derme est un tissu de soutien composé de fibres musculaires lisses, de fibres de collagène et de fibres élastiques, et a pour fonction de soutenir et de nourrir l'épiderme. Le derme est la couche cutanée où se trouvent collagène, élastine, et fibres réticulées ; protéines qui permettent à la peau d'être à la fois résistante et souple. Le derme représente alors la couche active de la peau, maintenant les poils, les muscles, le réseau vasculaire, les récepteurs nerveux, l'huile et les glandes sébacées.

L'hypoderme est la couche la plus profonde de la peau, de nature conjonctive. Elle est composée de tissus adipeux (graisse) constituant une couche isolante, et de vaisseaux sanguins plus importants permettant un apport en oxygène et matériaux nutritifs.

Ces différentes couches renferment des récepteurs sensoriels du toucher (1 500 000) qui sont disséminés sous la peau, sensibles aux diverses sensations agréables ou douloureuses. La multiplicité des récepteurs, des terminaisons nerveuses et des capteurs sensoriels présents dans la peau participe ainsi à la richesse et à la pertinence du contact corporel. Ainsi, « la peau forme la base, la toile de fond de l'ensemble des perceptions et expériences du sujet. »²²

3. Fonctions de la peau

La peau a plusieurs fonctions. Elle représente d'abord pour l'organisme un organe de protection pour les agressions extérieures qu'elles soient chimiques, mécaniques ou thermiques,

²² SAVATOFSKI J, PRAYEZ P., 1999, p. 137.

en empêchant la pénétration de ces substances. Grâce à la régulation thermique, la surface de la peau permet une perte de chaleur, et la couche grasseuse en fait un bon isolant. De plus, la peau est une surface d'échanges entre le milieu interne et le milieu externe, régulant la transmission de certains gaz.

Une des fonctions sur laquelle la psychomotricité s'appuie beaucoup est la fonction sensorielle de la peau. Même si la sensibilité de la peau est ponctuelle, c'est-à-dire limitée aux endroits où se trouvent les terminaisons nerveuses, elle est d'autant plus fine que le nombre de terminaisons est important. De plus, chaque type de terminaison est spécialisé à une sensibilité déterminée (chaleur, fraîcheur, tact par exemple), élargissant le spectre de la richesse des sensations. Au niveau cérébral, l'homonculus de PENFIELD²³ illustre bien la taille relative des différentes régions corticales sensibles correspondant à l'importance de la sensibilité des différentes régions corporelles. Ainsi, les lèvres et les mains sont des zones plus sensibles au toucher que le dos ou le tronc par exemple.

Enfin, une autre fonction majeure de la peau est son rôle social. La peau est un signe identitaire : chaque individu a une peau qui lui est caractéristique, avec ses propres sillons, cratères, formes, spécifiques en fonction de ses gènes mais aussi de l'environnement rencontré, de son histoire et de ses cicatrices. La peau signe un mode d'expression infra-verbale et exprime nos émotions parfois même indépendamment de notre volonté. (Par exemple notre peau rougit lorsque nous sommes intimidés). Sur notre peau sont gravés les signes du nombre de nos années, et les expériences vécues. Pour M. SERRES, académicien et historien des sciences, « la peau est notre mémoire et notre histoire, parchemins de nos expériences ».²⁴ La peau est signe de vitalité ou de morbidité. En effet, chez des personnes gravement malades, la peau peut devenir grisâtre et perdre de son élasticité. Avec l'âge, la peau devient plus claire, comme transparente, phénomène causé par la diminution du taux de renouvellement des cellules de l'épiderme. L'élasticité de la peau s'altère, provoquant des rides. Les nerfs sont plus rares rendant le toucher plus flou et provoquant des sensations douloureuses. « Ainsi la personne âgée devient vulnérable, parce que la protection du monde interne n'est plus aussi bien assurée. De plus, la peau devient une barrière sociale, bien souvent le contact physique est difficile, car peu attrayant, mais aussi parce qu'il peut donner l'impression d'une peau trop fragile pour

²³ Cf. Annexes

²⁴ SERRES M., in CABROL F., 2006, p. 80

supporter le toucher ». ²⁵ Chez les très grands prématurés où la peau est très fragile, cette impression est aussi fortement présente et peut inhiber les parents dans leur désir de soigner ou porter leurs petits.

4. Le moi-peau

D. ANZIEU (1923-1999), psychiatre et psychanalyste de formation philosophique, a décrit un système complexe qu'il a nommé le moi-peau. Reprenant les idées de J. BOWLBY sur l'attachement, il s'est inspiré des expériences de H. HARLOW sur le contact entre les petits singes et leurs mères. « Par moi-peau, nous désignons une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases de son développement pour se représenter lui-même comme moi à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le moi psychique se différencie de son moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif. » ²⁶

D. ANZIEU s'appuie sur les fonctions de la peau pour théoriser les huit fonctions du moi-peau. Au sein de ce mémoire, je fais le choix de n'en développer que quatre, car ce sont celles qui interviennent le plus dans le rôle du toucher auprès des patients décrits plus haut.

Tout d'abord D. ANZIEU décrit la fonction de maintenance du psychisme. D'un côté, la peau assure la fonction de soutien du squelette et des muscles, de l'autre, l'intériorisation d'un « holding » ²⁷ maternel comme objet support, lors des soins corporels, permet à l'enfant d'accéder à la consistance interne du soi. Ces deux processus permettent à l'enfant de trouver un appui interne en soi pour un futur « Je », et une construction identitaire. Cette fonction, par le biais de la dépendance, est aussi présente chez les patients en fin de vie, qui lors de soins maternants, se sentent vivre et penser, tout en s'individualisant dans la relation.

Ensuite, en lien avec la première, l'auteur décrit la fonction de contenance. De la même manière que la peau recouvre tout le corps dans lequel sont contenus les organes, Le Moi-Peau

²⁵ NARBONNET M., 2006, p.16.

²⁶ ANZIEU D., 1974, p.204.

²⁷ Cf. Infra, p.

enveloppe tout l'appareil psychique. En s'appuyant sur l'ensemble des soins apportés par la mère, et la manière dont ceux-ci sont réalisés, l'enfant peut se construire une enveloppe psychique, capable de contenir ses pensées, les représentations psychiques et d'intégrer la notion de contenant-contenu, dedans-dehors. Les limites du corps sont moins floues et ce processus permet l'assimilation de la fonction suivante.

Celle-ci est la fonction d'individuation de soi. Comme vu précédemment, la peau confère une identité propre à chacun, elle est faite de son histoire, de ses racines, de ses gènes, et de ses caractéristiques propres qui forment une individualité. Aussi, le Moi-peau apporte le sentiment d'être un être unique et différencié des autres avec ses propres limites corporelles. Le toucher est ainsi vécu comme non altruiste, entre deux individus différents et personnalisés. Chez les enfants, la peau est douce, élastique, généralement uniforme, ce qui les différencie de la peau des personnes âgées comme nous avons vu précédemment.

Enfin, la dernière fonction du Moi-peau, décrite par D. ANZIEU, que je souhaite développer dans ce mémoire est la fonction d'inscription des traces sensorielles. Par les diverses sensations reçues, la peau renseigne l'organisme sur le monde extérieur. En parallèle, le Moi-peau sert de support à l'inscription des traces sensorielles tactiles qui font écho aux expériences précoces. L'individu se crée alors un répertoire d'expériences sensori-motrices, qui vient enrichir son individualité, sa connaissance, ainsi que sa conscience corporelle, c'est pourquoi nous proposons diverses activités sensorielles à Manon et Sarah.

Ces quatre fonctions sont prédominantes dans le rôle que le toucher a auprès des trois patientes que j'ai décidé de décrire dans ce mémoire. Il permet de penser, s'individualiser, expérimenter, se sentir contenu et apaisé... objectifs thérapeutiques dominants dans les prises en charge avec Mme F, Manon et Sarah.

5. Les effets du toucher sur la peau

Lorsque l'on touche un patient, celui-ci le ressent et réagit. Le toucher a une résonance interne dans son corps et induit des sensations. En effet, le toucher se définit comme la stimulation de la peau par des stimuli thermiques, mécaniques, chimiques ou électriques. Ces stimuli suscitent alors au niveau de la peau des modifications d'où proviennent les sensations comme la pression, la température, la douleur et la vibration. Nous pouvons dès lors imaginer que le toucher possède une fonction générale de stimulation de tous les processus vus précédemment et a donc un impact sur l'ensemble de l'organisme. C'est pour cela, que régulièrement après avoir réalisé un toucher thérapeutique à Mme F, je lui demande de verbaliser ses ressentis : a-t-elle ressenti de la chaleur ? de la fraîcheur ? de la lourdeur ? de la douleur ? Ces questionnements sont importants pour le psychomotricien pour qu'il puisse mieux se rendre compte de l'impact qu'engendre son toucher chez le patient, et comment il doit l'adapter. Ces questionnements permettent aussi au patient de mieux comprendre son vécu.

Par ailleurs, nous avons vu qu'une multitude de récepteurs sont présents sous la peau. Lorsqu'ils sont stimulés, ils envoient un message au cerveau qui produit des hormones, notamment l'ocytocine, connue comme étant l'hormone du bien-être. L'action du toucher permet également au corps de réduire le taux de cortisol, l'hormone du stress. Ses effets sur la santé, notamment à travers le massage, très répandu dans le monde, sont bien connus. F. VIELDMAN, psychothérapeute d'origine psychanalytique, montre qu'à travers une simple main posée sur quelqu'un avec une présence en conscience, des modifications physiologiques sont très vite obtenues. C'est ce qu'il appelle un toucher haptonomique. Les effets de ce toucher sont alors « la baisse de la tonicité musculaire de base, la baisse du rythme cardiaque, la baisse du rythme respiratoire, et la modification de l'activité respiratoire. »²⁸

²⁸ ASSOCIATION ETRE ET NAITRE., 2017, p.10

B. Toucher le patient dans un dialogue corporel

1. Quand le toucher s'inscrit au sein d'un dialogue tonico-émotionnel

Le tonus, est décrit par M. JOVER comme « l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique est permanente et volontaire. Le tonus est la toile de fond des activités motrices et posturales ». ²⁹ Tonus, posture et mouvement sont intimement liés, et étayés les uns aux autres ; mais jouent aussi un rôle fondamental sur la régulation des émotions. En effet, toute émotion s'accompagne d'un recrutement tonique ; à l'inverse, agir sur le tonus peut modifier l'état émotionnel (c'est sur ce principe que s'appuient les méthodes de relaxation). H. WALLON va étudier cette idée de l'émotion, pour ensuite faire le lien entre les émotions et la communication verbale et non verbale, pour en arriver au concept de dialogue tonique.

Le dialogue tonico-émotionnel est un concept fondamental en psychomotricité, défini par J. AJURIAGUERRA dans la continuité des travaux d'H. WALLON. Il s'établit dans la réciprocité d'un échange, au sein d'une dyade « parent-enfant », ou « patient-soignant », non dans une communication unilatérale mais dans un système de correspondance entre le vécu corporel de l'un et de l'autre. Chaque membre de la dyade est actif dans ce dialogue tonique, de manière consciente ou non, et contribue par le toucher, les regards, la posture, les paroles, la régulation des émotions, à modifier le comportement de l'autre. « C'est un langage sympathique comme une contagion qui passe d'un corps à l'autre » ³⁰. Dans une dyade « mère-bébé », le dialogue tonico-émotionnel contribue à ce que le bébé se forge une véritable enveloppe corporelle, qui va déterminer les limites entre un soi et un non-soi, entre Lui et l'Autre.

A travers ce dialogue, le patient peut ainsi éprouver des stimulations nombreuses et variées qui étayent son développement perceptif et affectif, le ressenti de sa peau entière et unifiée, l'aidant ensuite à toujours mieux être acteur dans sa propre existence, favorisant la compréhension, la communication et la satisfaction des besoins. Le dialogue tonico-émotionnel

²⁹ JOVER M., (2000), p. 23.

³⁰ SCIALOM P, GIROMINI F, ALBARET J-M., (2015), p. 178.

permet l'attachement, l'intégration des sensations, et la symbolisation des émotions. Il peut être utilisé de manière thérapeutique, lors d'un toucher par exemple, s'accordant ainsi aux tensions du patient, son rythme ou sa respiration : par le toucher, j'essaye de transmettre au patient ma détente musculaire, et par conséquent ma détente psychique et mon bien-être. En revanche, si je suis crispée, je transmettrai cette tension au patient. « La relation psychomotrice en alliant toucher-peau-tonus et émotion, forme une relation thérapeutique particulière entre le psychomotricien et son patient. Ainsi se construit au fil du temps de la prise en charge une histoire tonico-émotionnelle. »³¹

2. Le holding et le handling

Comme nous avons vu précédemment, le dialogue tonico-émotionnel se développe dès la naissance de l'enfant au sein des interactions maternelles. C'est D. WINICOTT qui a décrit les fonctions de Holding et Handling maternelles (ou plus généralement parentales), modalités essentielles des relations précoces dans la construction identitaire du sujet. Tout d'abord, le Holding (de l'anglais *to hold* : tenir, maintenir, soutenir, supporter) correspond au portage de la mère, à la façon dont elle porte son enfant, tant physiquement que psychiquement lors des temps de soins. Un portage physique « solide », suffisamment ferme pour que l'enfant se sente contenu et soutenu, permet de faire l'expérience de sécurité sans se recruter dans une tension défensive. Le portage psychique correspond au rôle joué par la mère qui supplée aux fonctions du Moi de son enfant, elle est amenée à le penser comme un être à part entière par l'intermédiaire d'attitudes et comportements de maternage au décours des premiers échanges mère-enfant. Ce holding, J. AJURIAGUERRA le renomme « maintenance » et décrit la toute première phase de cet échange, phase de désarroi, où la mère devra conquérir un savoir-faire, tâtonnement qui constitue un temps de flottement avant que s'établisse cette mutualité indispensable.

Le Handling (de l'anglais *to handle* : manier, traiter) fait référence à la manière dont la mère manie et touche le corps de son enfant lors des soins quotidiens. Cette qualité de relation maternante, associée à un accordage tonique des deux partenaires, offre à l'enfant l'intégration progressive des limites de son corps. Contenu par la mère, assurant sa fonction de protection et de pare-excitation, le tout-petit intègre alors les prémices de sa propre enveloppe corporelle

³¹ POTE C., 2000, p. 74.

pour pouvoir progressivement « se tenir seul » en toute sécurité. Un attachement suffisamment sûr et solide qui lui permet de s'individualiser à son tour.

Le toucher est le médiateur principal de ces deux fonctions maternantes, car il intervient directement dans le portage et les soins. C'est à travers ce toucher que l'enfant développe ses limites, et crée son identité ; processus que l'on retrouve ensuite auprès des patients en demande de portage et de soin.

3. L'attachement

Le toucher, intervenant au sein du dialogue tonique et des fonctions de holding-handling, a pour rôle de favoriser l'attachement et les interactions entre la mère et son enfant, entre le soignant et son patient. C'est particulièrement J. BOWLBY qui va développer la théorie de l'attachement. Le postulat de base est que l'enfant est génétiquement prédisposé à maintenir un degré de proximité avec sa mère, qui est sa figure d'attachement. Ainsi, avant de se détacher et de devenir autonome, l'enfant a besoin de s'attacher dans une sécurité émotionnelle. Celle-ci lui permet ensuite d'acquiescer peu à peu son autonomie, tout en restant dans un lien affectif qu'il intériorise. « Lorsque la mère est absente, il la garde autour de lui, c'est la permanence de l'objet ».³²

Cette fonction de l'attachement est inévitablement mise en jeu lors d'une interaction soignant-soigné. Dans le cas de Mme F, nos diverses propositions de toucher thérapeutique, de dialogue et de médiations, ont renforcé les liens d'attachement que la psychomotricienne et moi-même avons tissés avec la patiente. Nos divers contacts qui se voulaient chaleureux, enveloppants, contenant, ont mis Mme F en confiance, et l'ont petit à petit encouragée à nous livrer des détails de son histoire, nous raconter ses souvenirs, ou partager son identité par exemple. Son besoin de maternage permanent prenait sens dans le Handling que nous lui offrions, enrichissant nos interactions affectives. Alors qu'en début de séance, Mme F peinait à trouver sa place en tant que sujet et à exprimer ses besoins et ses désirs, elle parvenait pleinement à habiter son corps après un massage, ou des pressions. A travers ce toucher, Mme

³² SCIALOM P, GIROMINI F, ALBARET J-M., (2015), p. 181

F s'est sentie sécurisée psychiquement, lui permettant de retrouver une certaine autonomie de penser.

C. Retrouver son corps propre

1. Une appropriation du corps par le toucher

Le toucher permet aux patients de se représenter leur corps, d'intégrer leurs expériences corporelles et de se les approprier à la fois du point de vue de la connaissance, de l'émotion, de l'affect, et dans la relation à l'autre. Le toucher va alors venir consolider les connaissances corporelles de chacun, mais aussi revaloriser leur image du corps, concepts psychomoteurs fondamentaux que je vais définir ci-après.

a) Schéma corporel

En 1970, J. AJURIAGUERRA définit le schéma corporel comme une édification sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, proprioceptives et visuelles, qui fournit à nos actes et à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. C'est un modèle perceptif du corps, permanent bien qu'évolutif qui sert selon P. BONNIER à dessiner les contours de son corps, la distribution de ses membres et de ses organes, à localiser les stimulations qui lui sont appliquées aussi bien que les attitudes qui y répondent. Le schéma corporel reste la référence constante de nos relations avec l'espace, le temps et l'environnement. Pour F. DOLTO, psychologue et psychanalyste, le schéma corporel se structure par l'expérience et l'apprentissage. Ainsi, lorsque Manon ou Sarah intègrent, à travers des jeux de stimulations sensorielles et tactiles, où se situent la tête, les pieds, les mains, le dos ... nous contribuons à renforcer leur schéma corporel.

b) Image du corps

L'image du corps est l'idée, en perpétuel remaniement, que chacun se fait de son corps ; elle traduit ce que nous percevons à chaque moment et dans la relation aux autres, des qualités de notre corps. C'est une représentation psychique qui reflète à la fois le vécu passé et actuel,

propre à chaque individu, chargée de son histoire. F. DOLTO insiste sur le fait que l'image du corps est éminemment inconsciente, tout en restant vivante, actuelle, dynamique, à la fois narcissique et inter-relationnelle. L'image du corps se constitue dès la naissance et tout au long de la vie, et favorise la communication avec autrui. Les différentes images, généralement partielles, que le sujet a de son corps se caractérisent par leur imprécision et une pauvreté de détails, comme l'indique H. ANDRE-THOMAS : « La notion du corps que nous acquérons par l'expérience est plutôt une silhouette d'ensemble qu'une reproduction fidèle ». ³³ Ainsi, lorsque Mme F nous fait part de ses impressions sur son corps, nous montre ses nodules entourés au bic, et nous parle de son corps comme si c'était un étranger à part entière, nous faisons l'hypothèse que l'image inconsciente qu'elle a de son corps est fortement dégradée. C'est comme si celle-ci ne s'enrichissait plus que des stimulations négatives (pertes, déformations, douleurs) localisées, et que les perceptions des autres parties du corps s'effaçaient peu à peu. Nous pensons que par l'intervention du toucher, qui peut être support de détente et de bien-être, nous pourrions parvenir à modifier positivement cette perception.

2. Quand le toucher favorise la communication

Lorsque le patient n'a pas accès au langage, en cas de polyhandicap comme pour Manon, ou si la douleur est trop forte et empêche l'expression comme certaines fois pour Mme F, le toucher encourage alors à l'expression et à la communication. Il fait alors émerger des ressentis émotionnels de temps en temps inconscients, que l'on ne retrouve pas lors d'un échange verbal : P. PRAYEZ, docteur en philosophie clinique et sociale, parle de la fonction de communication émotionnelle du toucher. Sous-tendue par la notion de communication non verbale dans un contact pré-langagier, cette « fonction permettrait au patient de retrouver des traces de conflits archaïques inscrites dans le système émotionnel et non accessible au système discursif » ³⁴, c'est-à-dire au raisonnement.

Chez le sujet polyhandicapé, la communication verbale est en général entravée, voire inexistante. Une approche corporelle, au niveau de leur peau, de leur enveloppe corporelle, par le biais du toucher semble alors constituer un moyen de communication efficace. « Le psychomotricien, par le toucher, invite le patient à ressentir ses propres sensations, mais aussi

³³ ANDRE-THOMAS H., 1973, p. 165.

³⁴ PRAYEZ P., 1994, p. 71.

à être attentif à ce qui se passe autour de lui ».³⁵ Le toucher permet ainsi à Manon de s'exprimer, de communiquer différemment dans une relation interpersonnelle riche. Le toucher induit forcément une relation, aspect qui lui est indissociable. « Par le toucher relationnel, le patient peut enfin se sentir considéré et « pris » dans son ensemble, reconnu comme un être à part entière. »³⁶ Enfin, J. GIONO met en valeur dans son roman que « si le toucher confirme et reconnaît le patient comme être de relation et de langage, il permet de réveiller les confidences, le besoin d'un dialogue ou les souvenirs engourdis au creux de la peau ».³⁷

3. Une restauration narcissique

Enfin, la dernière fonction du toucher que j'ai décidé de décrire dans cette partie est celle de la restauration narcissique du patient, qui se sent compris et reconnu, au sein d'un dialogue tonique, d'un accompagnement tactile, d'un contact doux mais profond, ou d'une poignée de main par exemple. J. SARDA explique que dans la rencontre entre deux êtres, « le plaisir, l'émotion, les sensations, en lien avec l'autre, font advenir un tonus propre, une assise narcissique, qui viennent faire différence et marquer la frontière entre deux corps ».³⁸ Lors de rencontres avec des patients, dans l'unité de soins palliatifs, je prends soin de leur serrer la main chaleureusement, pour signifier ma présence à eux, et les reconnaître en tant que sujets. Cet échange symbolise alors la reconnaissance de deux identités corporelles différentes et revalorise l'estime que les patients ont d'eux-mêmes.

Si le toucher est bien réalisé, avec des gestes contenant, enveloppants, non dégradants et non infantilissants pour le patient, le sujet se sent exister comme une personne à part entière, et retrouve du plaisir à la relation. C'est ce que J. GIONO nous décrit de façon poétique : « il y avait dans ses gestes des rondeurs et des mouvements de doigts qui dépassaient le monde ordinaire et s'en allaient toucher au fond de l'air la mystérieuse matrice de l'espérance ».³⁹ Avec Mme F, Sarah ou Manon, nous avons pris soin tout au long des prises en charge d'avoir recours à un toucher adapté et bienveillant, accompagné de la voix et du regard pour qu'elles puissent se sentir en confiance et l'investir comme une médiation relationnelle et thérapeutique. Avoir

³⁵ NARBONNET M., 2006, p. 62

³⁶ BONNETON-TABARIES F, LAMBERT-LIBERT A, 2009, p. 85.

³⁷ GIONO J., 1974, p.200.

³⁸ SARDA J., 2002, p.90.

³⁹ GIONO J., 1934, p. 342.

recours à un juste toucher nécessite alors que le psychomotricien soit aussi attentif à ses émotions et perceptions, ainsi qu'à ce que lui renvoie le patient.

D. Sensations corporelles et émotions du psychomotricien

1. L'empathie

« Le psychomotricien ne peut toucher sans être touché, dans ses propres ressentis. L'empathie tonico-émotionnelle y est singulière, elle signe un climat d'intimité ». ⁴⁰ Pour C. ROGERS, l'empathie est une compréhension intérieure de l'autre, qui permet de sentir le monde intérieur du patient, et ses significations intimes comme s'il était le nôtre, quoiqu'en oubliant jamais que ce n'est pas le nôtre. « Être presque l'autre, sans être l'autre et sans cesser d'être soi-même ». ⁴¹ M. GUIOSE éclaire cette définition en expliquant que cette spécificité du thérapeute et la singularité de sa place dans la relation, l'assurent du risque de l'identification ou de la fusion à l'autre. J. COSNIER, lui, définit l'empathie comme « le partage synchronique d'états psycho-corporels par des partenaires en interactions qui vivent et éprouvent un état semblable ». ⁴² Cette dernière définition est à relativiser car en soins palliatifs notamment nous ne pouvons pas être dans un état semblable puisque les patients éprouvent des sensations que nous ne connaissons pas (douleurs neuropathiques par exemple).

Lors de séances avec Mme F, alors que ses douleurs l'écrasaient, je me suis sentie atteinte par cette douleur, avec ce désir profond de la soulager du mieux que je pouvais, désir alimenté par cette empathie que je ressentais. De la même manière que D. WINICOTT parle de la préoccupation maternelle primaire auprès des petits enfants, il développe aussi la notion de préoccupation maternante terminale, auprès des personnes âgées ou en fin de vie. Peut-être est-ce cette préoccupation que j'avais en moi à ce moment-là ? Dans ce désir de rester à ses côtés pour la soutenir, la materner à travers un enveloppement ou un toucher contenant ? L'empathie qui me faisait vivre cette douleur en moi-même, me rendait encore plus à l'écoute de Mme F, et me permettait d'adapter mon toucher, ma régulation tonique, ma posture. Comme le souligne

⁴⁰ SARDA J., 2002, p. 92.

⁴¹ GUIOSE M., 2007, p. 102.

⁴² *Ibid.*

E. CHARPENTIER, lors des séances, « le psychomotricien revêt une attitude d'empathie psychique et tonique afin d'être parfaitement à l'écoute du patient et que s'élabore une dyade relationnelle ». ⁴³ Cette empathie ne me laisse pas indifférente et crée en moi, diverses émotions, mises en œuvre à travers les processus de transfert et contre-transfert.

2. Les concepts de transfert et de contre transfert

Le transfert recouvre l'ensemble des sentiments positifs et négatifs ressentis par le patient à l'égard du thérapeute, phénomène relationnel, nécessaire à la construction de l'individuation de l'individu. A l'inverse, le contre transfert résulte de l'ensemble des ressentis et réactions inconscientes du thérapeute face à son patient. Pour G. JUNG, les pulsions inconscientes du patient ont une action inductive sur l'inconscient du soignant. Le toucher peut ainsi être perçu différemment dans la dyade soignant-soigné, et être transformé par le sujet qui perçoit le contact de la main à travers le filtre de son transfert. Pour le mettre à jour, une parole, un geste, une émotion, un mouvement vont petit à petit, dans le cadre de la relation thérapeutique, éclairer les différents ressentis du transfert et du contre-transfert. Pour P. FEDIDA, le corps du psychomotricien est un espace de créativité et de résonance, disponible aux mouvements transférentiels, attentifs à l'expression de son contre-transfert, « qui devient le lieu de l'engendrement et de la transformation de l'image du corps du patient, de sa métaphore corporelle ». ⁴⁴ La dimension corporelle du transfert est maintenant reconnue dans tout le suivi où le soignant accepte de recevoir en lui-même les effets de ce que le patient lui exprime, au-delà d'un seul échange technique. En effet, dans ces registres archaïques comme le toucher, la relation transférentielle procède par contagion, transmission, contamination, comme nous le rappelle R. PRAT. Le contre transfert procède du même principe passant par « l'affectation, le changement du moi dans la proximité ». ⁴⁵ Le thérapeute se retrouve donc aux prises avec les transmissions inconscientes des éléments non symbolisés du fonctionnement psychique de ses patients.

L'attention que nous portons aux signes et indices infra-verbaux qui nous parviennent des patients, agit et transforme nos états d'être, en nous permettant de doser nos interventions et

⁴³ CHARPENTIER E., 2014, p.61.

⁴⁴ FEDIDA P., 1977, p. 20

⁴⁵ PRAT R., 2007, p 71.

mieux ajuster nos distances. « Ce n'est qu'au prix d'une analyse interne de nos propres états émotionnels contenus dans notre tonus et dans notre posture que nous pouvons repérer les impressions en provenance du patient. »⁴⁶

Aussi, après chacune de nos séances assez intenses avec Mme F, la psychomotricienne et moi-même prenons le temps d'échanger sur nos propres ressentis, et notre contre-transfert : comment avons-nous perçu l'ensemble de ses demandes, ses pleurs, ses agacements ? Il est vrai que de temps en temps, j'ai eu l'impression de devenir « esclave » de la douleur de Mme F, réduite à réaliser des pressions fortes sur la zone douloureuse, tellement forte que le sang ne circulait plus dans mes doigts, que mes bras tremblaient face à l'effort musculaire. Le toucher réalisé apportait détente et mieux-être à Mme F, mais me poussait à me mettre de temps en temps dans des postures inconfortables. N'avait-elle pas un rapport destructeur avec son corps ? Elle qui, alors que nous réalisons un massage doux avec un masseur de tête, demande à ce que le geste soit rapide et intense ; ou encore qui demande à ce que nos massages ressemblent à du pétrissage... Toucher la patiente de quelque manière qu'il soit avait forcément une résonance en moi, agréable ou non, une fois m'amenant jusqu'à remettre en question le rôle de la psychomotricité à ses côtés, et les bienfaits du toucher thérapeutique. Mais les échanges avec la psychomotricienne et le reste de l'équipe, l'entrecroisement des contre-transferts de chacun, nous permettait de revaloriser notre travail et mettre en valeur les avantages que ce toucher lui apportait.

Si on apporte une importance si grande aux sensations du psychomotricien et du patient, c'est que le toucher intervient dans une relation de corps à corps, une proximité non négligeable, qui induit la rencontre entre deux espaces différenciés, deux bulles personnelles, où deux identités se croisent.

3. La proxémie

Lorsque l'on approche le corps de l'autre, sa bulle protectrice, il est nécessaire d'y entrer avec toute la prudence et le respect nécessaire sous peine d'exercer une violence qui s'ignore.

⁴⁶ ALBARET J-M, GIROMINI F, SCIALOM P., 2015, p.298

Ainsi, E. CHARPENTIER insiste sur l'« importance de la verbalisation et de la présence contenante du thérapeute pour diminuer l'appréhension ». ⁴⁷ En effet, le toucher demande un ajustement du thérapeute qui se rapproche de son patient, induisant une réduction de la proxémie au sein de la dyade. A travers cette proxémie, si le toucher n'est pas adapté, le patient se sent alors directement attaqué. « Placé du côté de l'impensable ou marqué du signe du soupçon, le toucher peut porter le risque d'une confusion des identités, d'une emprise possible sur l'autre, ou d'une effusion affective impossible à gérer ». ⁴⁸

C'est E. HALL, anthropologue, qui va proposer le concept de proxémie en étudiant l'usage que l'être humain fait de l'espace, et en dressant une cartographie concrète des espaces et des distances entre les corps. Généralement, en petite enfance ou soins palliatifs, le psychomotricien entre dans deux champs de distances, décrits par E. HALL, avec le patient : la distance personnelle et la distance intime.

La distance personnelle sépare le patient du thérapeute d'environ 1,20 m à 45 cm. Elle laisse la possibilité à chacun de se saisir d'autrui, favorise les contacts proches et amicaux, et permet des échanges sur des sujets personnels. C'est la distance que le thérapeute choisit pour jouer avec son patient, interagir avec lui, ou être au chevet du lit du malade afin de le réconforter.

La distance intime sépare le patient du thérapeute d'environ 45 cm jusqu'au contact, car c'est elle qui permet le toucher. Le thérapeute ajuste alors les modalités de sa voix. La communication non-verbale l'emporte sur la parole et le contact physique domine dans la relation. C'est la distance choisie par le thérapeute lors d'un portage ou d'un toucher thérapeutique par exemple, même si le contact avec le corps se fait toujours dans une certaine distance.

De plus, dans la proxémie, on retrouve la notion de « tactilité du regard », développée par D. LE BRETON. En effet, porter les yeux sur l'autre n'est jamais anodin car « il donne prise, il s'empare de quelque chose pour le meilleur ou pour le pire, bien qu'immatériel, il agit symboliquement ». ⁴⁹ Si le regard n'est pas bien adressé, il est alors pouvoir sur l'autre et peut

⁴⁷ CHARPENTIER E., 2014, p.22.

⁴⁸ VINIT F., 2001, p. 140.

⁴⁹ GUIOSE M., 2007, p. 109

manifester une emprise sur l'identité du patient en lui donnant le sentiment de ne plus s'appartenir.

Avec Mme F, lors de certaines séances ce repère de proxémie nous a semblé flou. Il était difficile de trouver la juste distance thérapeutique, difficulté engendrée par la dichotomie que la patiente avait de son corps, oscillant entre corps bon ou mauvais. Cette perception d'un corps clivé se manifestait chez Mme F comme une remise en question des soins apportés, ou de la distance du soignant, parfois perçu comme « mère » étouffante, puis bonne. Mme F était capable de demander à ce qu'on arrête une proposition de massage, pour un autre soin, dans un aller-retour entre la distance personnelle et la distance intime.

Nous avons ainsi pu développer ce qu'était le toucher, à travers les différents mécanismes de la peau, et les concepts psychomoteurs principaux comme le dialogue tonique, le holding et handling de D. WINNICOTT par exemple. Nous avons aussi développé la réciprocité du toucher dans la relation psychomotricien-soignant, et les émotions que cela engage. Nous allons donc maintenant pouvoir répondre à notre question centrale qui est la suivante : comment le toucher intervient-il dans les différents soins psychomoteurs en petite enfance et soins palliatifs ? Soins pouvant être à visée prophylactique, thérapeutique ou rééducative.

III. DISCUSSION

LE TOUCHER DANS LES DIFFERENTS SOINS PSYCHOMOTEURS.

A. Le toucher dans le soin de confort

1. Qu'est-ce que la prophylaxie ?

La prophylaxie est définie par le petit Larousse comme l'ensemble des moyens visant à lutter contre l'apparition, la propagation et/ou l'aggravation d'une ou plusieurs maladies. C'est aussi un ensemble de mesures, de caractère général ou d'application individuelle, visant à préserver la santé mentale. En médecine générale, la prophylaxie regroupe l'ensemble des actes de prévention, depuis la prévention et l'hygiène, jusqu'à la rééducation. C'est dans cette optique que sont délivrés les vaccins par exemple.

En psychomotricité, dans le cas des soins palliatifs en particulier, le soin prophylactique consiste principalement dans l'accompagnement des patients déjà malades, dans le but de soutenir et de préserver leurs capacités, par des soins de confort à visée de détente, et de donner des outils pour supporter mieux la douleur. C'est un ensemble d'actes préventifs qui permettent au patient de continuer à avoir des repères psychosomatiques, des solutions de bien-être, et de garder un lien relationnel. A travers ses propositions, le psychomotricien peut ainsi choisir le toucher prophylactique pour accompagner un patient en fin de vie, assurer une présence, ou encore aider à son installation et à son confort pour encourager la venue de la détente par exemple. M. GUIOSE a décrit le rôle de la psychomotricité en soins palliatifs et met en valeur le fait que dans ce cadre-là, l'indication psychomotrice est avant tout un soin de confort : elle consiste à « aider le patient à retrouver une perception positive de lui-même en participant aux retrouvailles d'une harmonie psychocorporelle mise à mal. »⁵⁰ Tout au long de mes deux stages,

⁵⁰ GUIOSE M., 2007, p.19.

j'ai dû à plusieurs reprises avoir recours à un toucher à visée prophylactique auprès des patients, à travers des médiations différentes, que nous allons développer par la suite.

2. Participer aux retrouvailles d'une harmonie psycho-corporelle.

a. Toucher maternage :

À plusieurs reprises lors de mes stages, je me suis sentie en difficulté. Alors que la psychomotricienne et moi-même nous préparons à réaliser une séance habituelle, la patiente a une demande particulière, ou bien n'est pas dans de bonnes dispositions émotionnelles ou psychomotrices, ce qui nous demande une adaptation conséquente. Aussi lorsque Mme F me demande la réalisation d'un massage avec sa crème hydratante personnelle de luxe, ou bien que Manon arrive en séance tremblante après la réalisation de son corset et qu'elle ne demande qu'à se reposer, je me demande si je suis encore dans mon rôle de psychomotricienne. Rapidement, ce questionnement s'estompe et je comprends que c'est même tout l'enjeu du soin de confort et de maternage en psychomotricité.

Dans le cas de Mme F, la réalisation du massage avec sa crème est acceptée, et le toucher intervient alors dans un long soin d'hydratation du corps, sur les membres inférieurs et supérieurs, toucher profond mais doux, englobant mais lisse, contribuant certainement à la sensation d'un corps unifié, limité et contenu, par l'intermédiaire d'une hydratation corporelle. Ce soin ne fait-il pas partie de ce que D. WINICOTT appelle le « Handling » ? Toucher nécessitant un véritable accordage tonique dans une dyade soignant-soigné ? De plus, Mme F s'est sentie renarcissisée par la réalisation de ce massage effectuée avec sa propre crème, et a ensuite pris goût à m'en étaler quelques gouttes sur le dos de ma main. Une interaction est née, Mme F s'est sentie sujet grâce à ce soin maternant.

Alors que Manon n'est pas capable de réaliser une séance de psychomotricité habituelle, compte tenu de son état tonique instable, de sa fatigue latente, et de son anxiété majorée après les essayages de son nouveau corset ; je propose à la psychomotricienne que nous réalisions à l'aide d'un traversin et d'un tissu, un gros cocon, dans lequel placer Manon pour qu'elle puisse se reposer. Nous décidons de réaliser un enveloppement serré à l'aide du tissu et de positionner

nos mains dans le but de lui offrir un contact profond, sécurisant et contenant, lui signifiant notre présence. Le toucher intervient alors toujours dans un soin de maternage, mais à visée de présence, de sécurité. Cela permet ainsi à Manon de fermer les yeux, de se détendre et de s'assoupir.

Ces deux vignettes cliniques m'ont renforcée dans l'idée que le psychomotricien a un rôle primordial dans ces soins de maternage, à visée de confort, de prévention, car il adapte son toucher de manière à établir un dialogue tonico-émotionnel sécurisant pour que le patient se sente sujet dans la relation, et retrouve des limites corporelles rassurantes et contenant. Le patient peut alors se détendre, ou interagir de manière plus adaptée.

b. Mme C : Tenir la main au seuil de la mort

Mme C est une patiente de 92 ans, atteinte d'un cancer du pancréas qui est restée hospitalisée deux semaines en USP pour une prise en charge de fin de vie. Mme C semble souffrir psychologiquement, d'une humeur anxieuse et dépressive. Tétanisée par ses douleurs, elle a fait une demande d'euthanasie à sa famille, avant d'arriver dans l'institution. A la suite de la prescription du médecin, mon maître de stage me propose d'aller rencontrer la patiente. Celle-ci est tranquillement installée dans son lit, détendue, le visage tourné vers la fenêtre. Je me présente, et lui expose les objectifs de la psychomotricité. Mme C écoute avec grande attention et me confie d'une petite voix, faible mais assurée, qu'elle est très remerciante d'être ici, car ses douleurs ont disparu et qu'elle se sent comme « ressuscitée ». Elle dit se sentir mieux dans son corps et apaisée de savoir que sa famille s'inquiète moins pour elle.

Mme C refuse la prise en charge en psychomotricité, me disant qu'elle est très âgée et qu'elle n'attend rien de plus de nous ici. Cependant, pendant tout l'entretien, je m'aperçois que son corps s'agite pour ensuite révéler une agitation psychomotrice continue (discours logorrhéique, repositionnement dans le lit...). Je lui donne alors rendez-vous la semaine suivante, afin de voir si elle a changé d'avis, pensant au fond de moi qu'une prise en charge pourrait être bénéfique.

Je suis surprise lorsque la semaine suivante, je découvre dans son lit, une patiente au visage défiguré et totalement changé par rapport à la semaine précédente. Ses traits sont creusés, sa peau jaunie, ses yeux fermés (Mme C ne les ouvrira pas de la séance.) La patiente est entièrement recroquevillée sur elle-même, les os saillants, phénomène amplifié par les marbrures de sa peau, la rendant presque transparente. Mme C ne parvient pas à parler, seulement quelques mots qui me paraissent confus. Une fatigue immense semble demeurer en elle, et je me sens bien démunie ! Je venais pour réaliser une séance, mais je suis obligée de m'adapter et décide de prendre un temps à ses côtés. Un peu décontenancée, j'installe un fauteuil au bord du lit, m'assoies et lui prends ses deux mains glacées, afin de les réchauffer un peu et de lui signifier ma présence. Peut-être que ce désir de réchauffer les mains était pour moi signe de vie ou d'une énergie partagée ? Je décide de ne pas parler, simplement d'être là, à travers ce dialogue tonico-émotionnel et ce toucher si fort et si puissant qu'il me demande un réajustement tonique permanent : je me repositionne sur la chaise et me concentre sur ma respiration. Je ressens alors chez Mme C un apaisement, traduit par une décrispation des doigts et une respiration plus ample. Gardant les yeux fermés, Mme C parvient à diriger son visage vers le mien et à me sourire. Je m'accroche à cela. Plusieurs minutes passent, le temps est suspendu. Le rôle du psychomotricien n'est-il pas aussi celui d'accompagner dans le temps du mourir, de permettre par un contact, un toucher, une présence, l'apaisement psycho-corporel du patient ? Après un certain temps, je décide de quitter Mme C, et lui disant « au-revoir », m'éclipse de la chambre.

Mme C est décédée deux jours plus tard, entourée par sa famille.

Cette présence auprès de la patiente a soulevé de nombreuses questions en moi : ce toucher était-il vraiment nécessaire ? En effet, il n'avait aucun but curatif, mais semblait être signe d'une présence, d'une tendresse ; geste symbolique contribuant peut-être à un apaisement chez la patiente. Dans son article, N. CLEMENT HRYNIEWICZ explique que « La tendresse redonne corps au corps du patient, elle lui redonne forme ».⁵¹ Alors que la patiente n'était pas en état de parler, et que je ne savais pas si elle m'entendait, il me restait le toucher pour lui signifier mon soutien. « Je crains qu'on ne mesure jamais assez l'importance de ce contact élémentaire, fût-il limité à deux mains qui se tiennent lorsque l'échange verbal est devenu impossible ».⁵²

⁵¹ CLEMENT HRYNIEWICZ N., 2009, p. 53.

⁵² M'UZAN M., 1976, p. 194.

Pour F. DOLTO : « la présence au mourant est une présence où tout est langage (...), les touchers qui rendent corps, les mains qui imposent la paix sur un front agité, les gestes qui rafraichissent, désaltèrent, massent ou caressent, les silences et l'immobilité d'être là (...), tout cela constitue la bulle qui enveloppe le mourant. Contacts de corps et contacts d'âmes sont alors intimement liés ». ⁵³ Je perçois ainsi que le toucher a eu du sens, et fait partie de cette dynamique psychomotrice de confort et de présence dans un lien relationnel fort.

c. Quand le toucher aide à mieux supporter la douleur

Pendant toute sa prise en charge en USP, Mme F est victime d'importantes crises de douleurs, en particulier au niveau de sa cuisse droite, douleurs engendrées par le syndrome de la queue de cheval. Régulièrement, Mme F a recours à des bolus (entre-doses de morphine), dans le but de diminuer cette douleur qui l'écrase entièrement. « La douleur n'écrase pas le corps, elle écrase l'individu, elle brise l'écoulement de la vie quotidienne et altère la relation aux autres ». ⁵⁴ Lors des séances, Mme F a du mal à être présente si la douleur n'est pas soulagée, elle semble désorganisée, perdue, souvent au bord des larmes et de l'explosion psychique. D. ANZIEU précise qu'« une douleur intense et durable désorganise l'appareil psychique, menace l'intégration du psychisme dans le corps, affecte la capacité de désirer et l'activité de penser ». ⁵⁵ La douleur viendrait donc provoquer une défaillance du Moi-peau et plus précisément de la fonction d'inscription des traces sensorielles. Face à la perception douloureuse, D. ANZIEU précise la défaillance de la fonction pare-excitation.

Cependant Mme F attend toujours le dernier moment pour réaliser un bolus, elle semblerait avoir besoin de ressentir cette douleur. En effet, la douleur prend toute sa valeur existentielle dans « Je souffre donc je suis » ⁵⁶. A. Le BRETON nous dit « comme la maladie ou la mort, la douleur est la rançon de la dimension corporelle de l'existence ». ⁵⁷ Dans le contexte des soins palliatifs, l'annonce de l'impossible guérison vient menacer la sécurité intérieure et le sentiment de continuité d'existence. Définie par D. WINNICOTT prolongée par la suite par F. DOLTO à

⁵³ DOLTO F., 1998, p. 60.

⁵⁴ LE BRETON A., 2009, p.325.

⁵⁵ ANZIEU D., 1985, p.227

⁵⁶ ANZIEU D., 1985, p.229.

⁵⁷ LE BRETON A., 2009, p.326

travers le concept d'image de base ; pour un sujet la continuité d'existence permet « de se ressentir dans une « mêmété » d'être, dans une continuité spatio-temporelle qui demeure et s'étoffe depuis sa naissance, malgré les mutations de sa vie et les déplacements imposés à son corps et en dépit des épreuves qu'il est amené à subir »⁵⁸. Attaquée dans la conviction de sa continuité d'existence, de par l'effraction du réel de la mort, Mme F ne tente-t-elle pas de la rétablir en supportant ses sensations nociceptives ? Ainsi paradoxalement, la douleur qui a rendu ce corps objet de soins ne permet-elle pas de retrouver une possession de soi, d'éprouver un réel ressenti de son corps et de restaurer un semblant de continuité d'existence devant l'imminence de la mort ?

Toujours est-il qu'en séance Mme F réclame régulièrement que nous venions réaliser des pressions fortes sur la zone douloureuse, pressions qui parviennent à faire diminuer le ressenti de la douleur, et l'apaisent. La douleur serait-elle ainsi soulagée par le toucher ? Un contact profond ? Ce phénomène est expliqué par le système neurophysiologique du *Gate Control*, théorisé par R. MELZACK et P. WALL. C'est un contrôle qui agit au niveau de la corne postérieure de la moelle, lieu de passage des fibres sensibles : les grosses fibres somesthésiques cutanées (A alpha et beta) et les petites fibres nociceptives (C et A delta). Toutes ces fibres sont connectées aux mêmes interneurons inhibiteurs, qui sont eux-mêmes associés aux neurones qui transmettent le message douloureux vers le cortex. La vitesse de conduction des fibres somesthésiques étant plus importante que celle des fibres nociceptives, l'activation d'un message agréable ou neutre au niveau de la lésion peut inhiber le message douloureux. Le frottement de la partie douloureuse envoie un message nerveux contraire à celui de la douleur au cerveau, ce qui permet de la diminuer. Dans le cas de Mme F, les massages ou les pressions permis par le toucher sont donc une alternative contre la douleur. Ceci est accentué par la libération d'endorphines, d'ocytocines créée par le toucher, qui anesthésient également la douleur et aboutissent à un sentiment de mieux-être.

Nous venons ainsi de voir, à partir de quelques vignettes cliniques, comment le toucher peut intervenir dans un but prophylactique, afin d'apporter confort, présence, maternage, alternatives aux patients. Ces techniques de prévention ou d'accompagnement peuvent ensuite très régulièrement s'entre-couper avec la thérapie psychomotrice.

⁵⁸ Cité par PIREYRE E., 2014, p.112.

B. Le toucher thérapeutique

1. Définition soin thérapeutique

La thérapie est définie comme un ensemble de soins, de traitements et de procédés médicamenteux ou non, visant à traiter une maladie, dans le but de la diminuer ou de la faire disparaître. En psychomotricité, le toucher est une médiation très utilisée thérapeutiquement, afin de soulager les symptômes déjà présents : on parle alors de toucher thérapeutique.

P. ANDRE., T. BENAVIDES., F. GIROMINI utilisent le terme de toucher thérapeutique pour qualifier le massage en psychomotricité. Néanmoins, ils précisent que « le toucher thérapeutique diffère du massage [à fonction rééducative en kinésithérapie] par sa dimension d'exploration de l'identité, par sa volonté d'apporter un soulagement aux troubles mentaux dont souffrent les patients ». ⁵⁹ J. SARDA y voit une invitation au relâchement musculaire et tonique ainsi qu'à l'expression des ressentis, des images mentales et des émotions. Qu'il soit proposé par le psychomotricien ou sollicité par le patient, le toucher thérapeutique nécessite des adaptations et un aménagement à chaque personne malade, ainsi qu'aux réalités institutionnelles. Proposer un toucher thérapeutique est donc histoire de rencontre et non de techniques formelles.

Tout au long de mes deux stages, et particulièrement en soins palliatifs, je me suis beaucoup servie du toucher thérapeutique pour entrer en relation avec les patients, mais aussi pour leur apporter soulagement et bien-être, favoriser le relâchement, réduire le stress et l'anxiété par un travail autour de la conscience corporelle. En effet, « le toucher thérapeutique agit entre autres sur la régulation tonico-émotionnelle via le relâchement neuromusculaire, sur l'éveil de la mémoire sensorielle ainsi que sur l'intégration du schéma corporel et des éprouvés corporels, le tout dans une relation à soi et à autrui ». ⁶⁰ J'ai fait le choix de développer dans ce mémoire certaines fonctions de ce toucher, correspondantes à mes réflexions autour des cas cliniques présentés plus haut.

⁵⁹ ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F., 2004, p.183

⁶⁰ CHARPENTIER E., 2014, p. 19.

2. Toucher le corps, vers une restructuration psychique et physique

a. Toucher le corps pour mieux se souvenir

Régulièrement en séance, Mme F nous confie ses souvenirs, très axés autour des vécus du corps. Un jour, Mme F nous parle de ses jambes et de sa déception de la perte de la verticalité, elle exprime son rêve de pouvoir peut-être un jour redanser. La patiente nous raconte ses journées où elle dansait pendant 8h d'affilée, car c'était sa passion, et qu'elle aimerait revivre toutes les sensations « virevoltantes de liberté » qui en découlaient. Je me questionne alors sur ce travail de mémoire corporelle : comment par le toucher lui redonner conscience de son axe, lui redonner des sensations de mouvements, de souplesse, lui permettant de s'évader psychiquement, et de renouer avec des sensations anciennes ?

La psychomotricienne et moi-même décidons alors de réaliser un massage de la colonne vertébrale pour redonner cette conscience de l'axe corporel. Nous proposons à la patiente des mouvements d'extension/ flexion/ inclinaison de la colonne, mouvements induits par notre toucher et nos impulsions tactiles. Mme F dit reprendre conscience de son axe, de son dos trop souvent abandonné sur le matelas. Nous continuons ensuite le massage sur les membres inférieurs, avant de proposer des mobilisations passives, afin de permettre à Mme F de retrouver des sensations de mouvements, dans ces jambes paralysées. Notre axe thérapeutique est ici de permettre à Mme F de renouer avec son passé, son vécu, ses souvenirs, à travers un toucher « plaisir ». J. KEPNER, médecin, insiste en effet sur le fait que « le toucher peut permettre de réveiller la mémoire corporelle, de libérer des émotions retenues depuis longtemps, de réorganiser la structure corporelle et, partant, de modifier la relation entre le patient et sa vie ».⁶¹ A la fin de la séance, Mme F est souriante, apaisée, et se plaît alors à nous raconter des souvenirs de galas roumains, récit échappatoire qui lui permet le temps d'un instant de s'évader.

b. Quand le toucher participe à la construction d'une enveloppe externe

A la fin de chaque séance, la psychomotricienne et moi-même plaçons Manon dans un grand tissu bleu, afin de réaliser une sorte de hamac enveloppant, pour réaliser un portage. Nous

⁶¹ KEPNER J., 1998, p. 89.

soulevons le hamac du sol, réalisant alors des sollicitations vestibulaires en balançant doucement et régulièrement le hamac de gauche à droite, chantonnant une berceuse. Ce sont des moments clefs pour Manon, qui, la plupart du temps, en profite pour se recroquer sur elle-même, fermer les yeux et se concentrer sur les sensations offertes par cette enveloppe externe. D. HOUZEL décrit la notion d'enveloppe comme « ce qui entoure complètement un espace et qui, de ce fait, contient tout ce qui se trouve dans cet espace, qui est ainsi fermé »⁶². De plus, il écrit : « ce qui est commun à tous les types d'enveloppes est la notion d'une limite entre un dedans et un dehors, entre ce qui est contenu à l'intérieur et ce qui est à l'extérieur d'un espace donné »⁶³.

Parallèlement, je remarque que Mme F apprécie beaucoup la réalisation d'enveloppements avec ses draps, lorsqu'elle est entièrement allongée dans son lit. Ce sont des instants qui lui permettent de se recentrer, de se sentir portée et contenue. Mme F renoue avec des sensations archaïques de portage et de maternage, et retrouve, grâce aux tissus serrés contre son corps, la perception de son enveloppe corporelle unifiée.

Dans ces deux exemples cliniques, le toucher est médiatisé par le biais du tissu, plus grand et enveloppant que nos mains pour recouvrir le corps tout entier. L'enveloppement est alors une médiation qui fait lien avec le « Holding » de D. WINNICOTT, rend le patient acteur de ses sensations pour lui permettre ensuite d'être plus disponible à l'autre et à son environnement. Pour O. GAUCHER-HAMOUDI, « Le portage est une attitude, une disponibilité psychique et/ou physique qui permet d'étayer suffisamment l'autre pour qu'il puisse vivre de façon plus positive la relation à son entourage et à lui-même ».⁶⁴ Enfin, dans le cas où le patient, comme Manon ou Mme F, a une enveloppe psychocorporelle défaillante, l'enveloppement offre « des enveloppes de secours structurantes, qui prennent la place, pour un temps, des enveloppes pathologiques ».⁶⁵ L'enveloppement a alors un vrai rôle thérapeutique car il aide le patient à construire ou retrouver une image corporelle, en privilégiant les vécus sensoriels et émotionnels.

⁶² HOUZEL D., 2010, p.9.

⁶³ Ibid

⁶⁴ GAUCHER-HAMOUDI O., 2007, p.5.

⁶⁵ ANZIEU D., 1985, p. 136.

c. Masser pour mieux rêver

Lors de mon stage avec Mme F, j'ai aussi beaucoup utilisé le toucher thérapeutique dans le but de réaliser des massages relaxants. C'est une médiation que la patiente appréciait particulièrement et demandait beaucoup. En plus de son aspect décontractant, par la détente qui agit sur les muscles grâce aux pressions et appuis du thérapeute, le massage laisse libre cours à la relaxation et à l'échappement de l'esprit. En effet, J. SARDA affirme que « le massage mobilise la représentation mentale que le patient a de son corps et de son image subjective. Dans ses pensées vagabondes et dans ses rêveries, il peut enfin voyager, regard intérieur, allant et venant, partant et revenant d'un ailleurs lointain ou proche, réel ou imaginaire... à son corps ici et maintenant, en la présence vivante du psychomotricien ». ⁶⁶

Le massage est réalisé sur la peau, à la limite même du dedans et du dehors de l'enveloppe corporelle du patient, il transmet alors par le dialogue tonico-émotionnel la posture, l'équilibre, la détente tonique du psychomotricien, mais aussi ses tensions. Le toucher, réalisé de part et d'autre du corps, renforce alors le schéma corporel du patient, et favorise la construction d'une image du corps positivée. « Le massage en relaxation enveloppe tout le champ affectif de la personne. Le toucher-touchant du massage se place à la marge de l'écriture sensorielle sur la peau. Soutenu par le toucher de la voix, du regard, de la parole, du silence, il favorise dans le même temps le regard intériorisé de ces mêmes images : sons, mots, peau, silence ». ⁶⁷ Lors de séances de massage, Mme F pouvait ainsi se permettre de rêver, de penser à autre chose, de se remémorer des souvenirs d'antan. Ce type de relaxation, ouvrant à l'espace des possibles, lui permettait ensuite de nous faire part de ses souvenirs familiaux, de ses désirs, de ses rêves. Le massage, accompagnant la détente, avait fait office d'échappatoire, le temps d'un instant.

d. La fonction de réparation

Enfin, une des dernières fonctions du toucher thérapeutique que je développerai dans ce mémoire est la fonction de réparation. Cette fonction thérapeutique du toucher a été décrite par P. PRAYEZ, voyant l'impact du toucher chez des patients très déprimés voire régressés. Il explique que le toucher vient ici combler les carences, les frustrations que chaque homme a en

⁶⁶ SARDA J., 2002, p.92.

⁶⁷ *Ibid.*

lui depuis que les soins de la mère ou de l'entourage familial lui ont fait défaut. « Le toucher aurait alors une fonction de maternage, de réparation des carences affectives ». ⁶⁸ Cette explication vient alors éclairer la manière dont Mme F nous parle de sa maman après certaines séances de toucher thérapeutique. En effet, Mme F a un rapport très particulier à sa mère, personnage pilier dans sa vie familiale. L'on pourrait supposer que dans son cas, la dyade mère-enfant ne forme qu'un seul et même bloc, où la séparation psycho-affective n'a pas eu lieu. Chacun des bons souvenirs de Mme F est rattaché à la présence de la mère ; elle nous confie avoir eu ses enfants, dans l'unique but de faire plaisir à sa mère. Depuis que cette dernière est décédée, Mme F raconte ne jamais avoir été apaisée. Dernièrement, sa demande de mourir « portée dans des bras », nous a fait poser l'hypothèse que le toucher, chez Mme F, avait vraiment tout son sens dans sa fonction de maternage et de réparation d'un manque.

Toucher le corps, en prendre soin, permet aussi de soigner des blessures physiques, mais aussi psychiques, renforçant ainsi le sentiment d'intégrité psycho-corporelle. Par les soins, en allégeant l'effraction générée par la maladie et l'angoisse de son évolution, il se crée alors une frontière corporelle stable qui permet la rencontre avec l'autre. C'est pourquoi, M. GUIOSE nous livre que « le toucher en psychomotricité permet de cicatriser, de soigner, voire de construire le « Moi-Peau » (Anzieu, 1985), première enveloppe corporelle d'un temps d'avant, première frontière, première expérience incontournable de bordure du corps vers la naissance d'un moi corporel et psychique ». ⁶⁹ Le toucher permet ainsi de renforcer une topographie corporelle stable, et d'accompagner le patient vers un apaisement psycho-corporel.

Par conséquent, dans ces expositions de cas pratiques, nous avons vu comment le toucher intervenait dans les séances de psychomotricité d'un point de vue prophylactique et thérapeutique, nous appuyant essentiellement sur les cas cliniques de Mme F et de Manon. Cependant, il est intéressant de constater que ce mode de soin psychomoteur intervient davantage encore en petite enfance dans un but rééducatif et éducatif, et que le toucher peut en devenir un des piliers fondamentaux.

⁶⁸ GUIOSE M., 2007, p.104

⁶⁹ *Ibid* p.94.

C. Le toucher rééducatif

1. Définition

Dans le dictionnaire HACHETTE encyclopédique, la définition de la rééducation est : « Ensemble de traitements et d'exercices visant à faire recouvrer l'usage d'une fonction lésée à la suite d'un accident, ou d'une maladie. On parle dans ce cas de rééducation motrice ».⁷⁰ La psychomotricité est une discipline qui fait aussi partie de cette optique. Dans le cadre de la petite enfance, elle s'intéresse aux enfants qui présentent des troubles moteurs liés à un retard de développement, à une insuffisance de maturation du système nerveux, à un polyhandicap (comme c'est le cas pour Manon), ou à un accident (comme c'est le cas pour Sarah, victime d'un AVC à 8 mois). La psychomotricité s'intéresse aussi aux enfants qui présentent des troubles du comportement ou du développement affectif, ayant une influence dans l'évolution du développement moteur et éducatif de l'enfant, malgré des possibilités motrices demeurant peu ou mal utilisées.

Dans cette dernière sous-partie, je vais m'appuyer sur mes expériences de stage vécues avec Sarah et Manon, où le toucher intervient sans cesse dans la prise en charge, de manière minime ou prédominante. Il peut s'agir d'un toucher entre la dyade « psychomotricien-patient », ou l'acquisition d'une sensorialité tactile chez l'enfant. Le toucher participe alors à son développement psychomoteur, permettant la réalisation d'expériences sensorielles et sensori-motrices, renforçant l'acquisition du schéma corporel, ou participant à l'acquisition de schèmes moteurs et posturaux par exemple.

⁷⁰ *Dictionnaire HACHETTE*, 2000, p. 1593.

2. Quand le toucher participe au développement psychomoteur du patient

a. Expérience sensori-motrice

Dans le cas d'un AVC ou d'un polyhandicap, on retrouve diverses déficiences motrices. Les déficiences motrices entraînent « une absence ou une réduction des possibilités d'agir sur son environnement physique (...) ces actions concernent la préhension et la locomotion ». ⁷¹ Ces déficiences motrices sont souvent accompagnées de troubles du tonus, de la régulation tonique et de l'ajustement tonique ayant une incidence sur la motricité. Du fait des différents troubles évoqués précédemment, il en résulte un état de dépendance plus ou moins important. Suivant l'ampleur de son handicap, le jeune enfant handicapé ne peut aller explorer l'environnement comme le ferait un tout-petit poussé par sa curiosité dans la période sensori-motrice.

Ainsi, la personne polyhandicapée (dans le cas de Manon) est rarement en capacité de toucher par sa propre volonté, d'aller à la rencontre de son environnement et d'elle-même en comptant sur ses seules ressources. En effet, à cause des rétractions tendineuses, de la spasticité des muscles, et des contraintes des dispositifs médicaux, les personnes polyhandicapées ne touchent l'ensemble de leur corps que rarement, voire presque jamais. De même, la déficience mentale joue un rôle très limitant dans le désir d'aller à la découverte des objets environnants. Aussi, le rôle du psychomotricien va être alors de proposer à ces enfants de vivre ces expériences sensorielles et motrices, et de les accompagner dans ces découvertes. Mais nous pouvons nous demander ce qu'est la sensori-motricité ?

J. PIAGET situe la période sensori-motrice entre 0 et 18 mois. Il la considère comme une première forme d'intelligence, qui se développe à travers l'expérience concrète que fait l'enfant dans sa prime enfance. Il s'agit d'un processus continu en plusieurs étapes, qui débute par des actions réflexes, puis par des actions découvertes par hasard sur le corps et sur les objets. Cela aboutit à la réalisation d'actions volontaires et intentionnelles. Ainsi, nous imaginons que

⁷¹ DALLA PIAZZA S., GODFROID B., 2004, p. 27

l'expérience tactile en particulier s'avère indispensable dans la réalisation de ce processus. Il n'est pas rare d'entendre des personnes dire que « leur enfant touche à tout » dans les premières années de leur vie. Selon A. MONTAGU « Il est que la forme décisive de notre relation aux choses est le toucher. Le toucher et le contact sont nécessairement les éléments les plus décisifs que nous utilisons pour définir la structure de notre monde »⁷², en plus des autres sens de l'être humain. Ainsi, au cours de leur développement, les enfants découvrent leur environnement par le toucher, ce qui leur permet ensuite de s'ouvrir au monde, à la relation.

A. BULLINGER quant à lui, a beaucoup travaillé autour de la question de la sensorimotricité du jeune enfant en s'inspirant des travaux de PIAGET, de WALLON et d'AJURIAGUERRA. Il a essayé de montrer la complexité et l'articulation des éléments instrumentaux, psychologiques, cognitifs, psycho-affectifs et environnementaux permettant à l'enfant de se développer et de se construire. Il présente les choses à partir d'une logique de construction, sans qu'il y ait de stades figés. Pour A. BULLINGER, le corps n'est pas une donnée en soi, toute une construction est nécessaire pour que l'enfant fasse de son corps un espace à lui. A partir de là, il pourra en faire un moyen d'interaction sur son milieu physique et humain. H. BUCHER rappelle que « l'enfant est tout naturellement porté à expérimenter le monde par l'intermédiaire de son corps, à communiquer avec lui, à prendre plaisir à ses diverses fonctions »⁷³ L'enfant en situation de handicap a alors besoin d'un coup de pouce, pour expérimenter sa sensorialité grâce à diverses informations tactiles, proprioceptives et kinesthésiques. « Ces diverses stimulations affinent les perceptions corporelles qui vont d'abord être éprouvées, intégrées puis mémorisées par le patient afin de constituer et enrichir son registre sensoriel ».⁷⁴

Lors de mon stage, la psychomotricienne et moi-même prenons soins de proposer diverses activités sensori-motrices comme l'exploration d'un bac à lentilles, de la pâte à modeler, de diverses textures sensorielles, ou d'un plancher à boutons par exemple. Ce sont des activités qui permettent à Manon et Sarah, suivant leurs compétences, de réaliser de nombreux gestes pratiques nécessaires à leur bon développement psychomoteur. Manon par exemple, aime passer du temps à explorer les lentilles, elle tente de les attraper d'une pince cubito-palmaire, puis de les lâcher, de les retirer d'un pot pour un autre, d'attraper des objets plus gros,

⁷² MONTAGU A, op.cit., p. 84

⁷³ BUCHER H., 1995, p. 2

⁷⁴ CARRIE-MILH S., 2009, p.102.

plus petits... Tous ces gestes, à travers des stimulations sensorielles, participent au déliement des doigts, de la main, grâce à une expérience tactile, à un désir de « toucher ».

Avec Sarah, nous travaillons beaucoup avec la pâte à modeler, dans le but de l'encourager à utiliser plus sa main gauche, et de développer ses coordinations. Sarah apprend à découper la pâte, la déchirer, la rouler en boule, la modeler avec différents appuis, en modifiant sa régulation tonique. Elle touche, manipule la pâte en modulant la profondeur et l'intensité de son contact, dans un jeu de plaisir et d'éveil sensori-moteur.

Ainsi, par le biais du toucher, Manon et Sarah développent leurs capacités praxiques, leurs coordinations, et vont à la découverte de la sensorialité.

b. Toucher libérateur du handicap

Lors d'une de nos séances régulières, Sarah demande à monter sur un module qui peut se transformer en culbuto. Avec notre accord, Sarah s'assoit sur le bord du module, et place ses pieds au sol, sur lesquels je pose mes deux mains et avec un contact franc afin de les ancrer dans le sol pendant toute l'activité. Ce « toucher-appui » au niveau des pieds sécurise Sarah qui peut se concentrer sur les sensations vestibulaires réalisées par la psychomotricienne qui balance de gauche à droite le module, en chantant « bateau sur l'eau ». Ce toucher organise Sarah, qui peut alors libérer ses bras, au demeurant agrippés au module, et être attentive à ses sensations. Assise en face de moi, Sarah me regarde dans les yeux, et sourit de tout son cœur, profitant pleinement de cet instant de « liberté » et d'ancrage, permis par ce toucher qui lui a fait oublier le temps d'un instant sa déficience motrice. Je pose alors l'hypothèse que le toucher peut quelquefois compenser un handicap, ce qui, dans le cas de Sarah lui a permis de placer sa conscience corporelle sur l'expérience vestibulaire et proprioceptive qu'elle était en train de vivre.

c. Toucher support du geste

A cause de son hémiplégie gauche, Sarah a dû pendant longtemps compenser par une mauvaise rotation du bassin lors de ses déplacements par la marche, entraînant une adduction de la jambe gauche et le déplacement de son pied vers l'intérieur. Pour que Sarah ait une meilleure conscience de son axe corporel et des déplacements plus fluides, lors de parcours

psychomoteurs par exemple, nous utilisons un toucher-appui/impulsion en plaçant nos deux mains au niveau de son bassin, sur la partie supérieure de ses crêtes iliaques. Ce toucher permet de la guider et d'inciter son bassin à réaliser les mouvements de rétroversion et d'antéversion, lorsqu'il lui est demandé de parcourir un passage très étroit, ou de réaliser des enjambements en hauteur, l'obligeant à mouvoir son bassin de manière plus fluide. Le toucher ici intervient alors comme réel support du mouvement, comme indicateur et guide du geste à réaliser, à travers un contact profond. Ce toucher de guidage demande au psychomotricien une adaptation particulière et une bonne connaissance des différents niveaux d'évolution motrice de l'enfant. Il permet alors à l'enfant de sentir puis ressentir le mouvement. Manon, dont le développement est plus lent, a besoin d'être accompagnée de deux adultes lors de ses déplacements. Le premier va la positionner dans une posture adéquate et la maintenir, tandis que le deuxième active son attention. Ce toucher aide ainsi à l'éducation motrice de l'enfant.

D'autre fois, une main dans le dos, sur le bassin, ou à l'arrière des jambes, par un simple contact léger mais sécurisant permet de mettre l'enfant en confiance face à la réalisation d'une activité. L'enfant se sent soutenu par le psychomotricien à travers ce toucher.

d. Acquisition du schéma corporel

Enfin, dans le cadre rééducatif, le toucher intervient aussi dans l'acquisition du schéma corporel ou son renforcement chez l'enfant, pour l'encourager à différencier les différentes parties de son corps. Dans le cas de Manon, lors de notre rituel de début, nous réalisons avec une balle à picots un inventaire des parties principales de son corps (mains, dos, tête, pieds par exemple), avant de réaliser la suite des activités. En effet, J. LHERMITTE « insiste sur la nécessité de rendre compte des praxis à travers notre schéma corporel. Pour agir sur les objets qui nous entourent, pour nous déplacer, il nous faut avoir de façon plus ou moins consciente l'idée de notre corps ». ⁷⁵ D. ANZIEU complète en rajoutant que le schéma corporel est une représentation permanente également malléable, les nouvelles expériences s'y référant et l'enrichissant. C'est pourquoi, avec Manon et Sarah, nous travaillons à l'enrichir à travers des expériences tactiles, afin de renforcer leur conscience corporelle et les inciter à agir sur l'environnement. « Le psychomotricien soutient et aide donc le sujet dans l'élaboration

⁷⁵ GUIOSE M., 2007, p.89

psychique et progressive de son vécu corporel : le ressentir, le reconnaître, le nommer, se le représenter par des images, un dessin... puis par des mots ».⁷⁶

Ainsi, nous avons pu voir comment le toucher pouvait intervenir dans le cadre des différents soins psychomoteurs, comment il rythmait au quotidien nos séances, et ceci à travers trois cas cliniques. Cependant, toucher un patient, de quelque manière que ce soit, dans un cadre professionnel et médical n'est pas un acte anodin. Cela nécessite formations et techniques, un cadre spécifique et peut engendrer des conséquences sur l'état psychique du patient, engendrant diverses ressemblances et besoins de maternage communs entre la fin de vie et la petite enfance.

D. Dans tous soins, toucher le patient nécessite techniques et formations

Lors de tout engagement psycho-corporel au sein des prises en charge psychomotrices, A. LAURAS PETIT souligne que le thérapeute met à disposition de son patient son engagement via son savoir-faire, « mélange de techniques et d'expériences professionnelles, mais aussi de cheminement personnel »⁷⁷. Le toucher que le psychomotricien propose à son patient est porteur de sens, avec un ou plusieurs objectifs particuliers, que le thérapeute mûrit avant et pendant la séance. « Dans chaque médiation corporelle, mais surtout dans le toucher, il y a une vibration, une contagion relationnelle qui vont permettre au psychomotricien d'ajuster son propre tonus aux mouvements tonico-corporels et émotionnels de l'enfant ».⁷⁸

En tant que stagiaire, je n'avais pas encore beaucoup d'expérience, et je me suis tout d'abord beaucoup formée par l'observation, en regardant les psychomotriciennes agir auprès des patients : je me centrais sur la façon dont elles les touchaient, entraient avec eux dans un dialogue tonico-émotionnel, quels étaient leurs postures et leurs regards ou encore quels étaient les gestes « techniques » lors de la réalisation de massage par exemple. Puis au fur et à mesure

⁷⁶ CARRIE-MILH S., 2009, p. 213.

⁷⁷ ALBARET J-M, GIROMINI F, SCIALOM P., 2015, p.300.

⁷⁸ SARDA J., 2002, p.87.

j'ai pu me lancer, d'abord soutenue par les psychomotriciennes dans mes gestes, puis seule. Je me suis aussi beaucoup appuyée sur deux de mes options semestrielles de troisième année qui étaient « l'eutonie » et la formation au « toucher-terre ». Ce sont deux médiations psychomotrices, dans lesquelles le toucher tient une place prédominante, et qui m'ont permise de vivre une expérience corporelle personnelle. « Il est donc évident que la pratique du toucher trouvera sa dimension pleinement thérapeutique et transformatrice dans l'expérience vécue par le psychomotricien d'une thérapie corporelle personnelle éclairée de ses dimensions transférentielles ». ⁷⁹

1. Ma formation à l'eutonie

L'eutonie est une discipline mise au point par G. ALEXANDER (1908-1994), méthode de relaxation axée sur la prise de conscience du corps. M-E. EALET MEMERY, psychomotricienne, détaille la technique en expliquant que c'est un travail qui conduit à la conscience des limites, des appuis, des volumes, des mouvements internes et externes. Une grande attention est donc portée à l'espace, aux formes du corps, à leurs évolutions ». ⁸⁰ L'eutonie est une méthode pragmatique qui cherche à adapter notre tonus à l'environnement immédiat. Cette technique utilise souvent des objets médiateurs (bambous, balles de tennis, marrons), qui sont des supports à la recherche de sensations, permettant d'explorer le « contact » en profondeur, ou le « toucher » en superficie. L'eutonie s'adresse à toute personne désireuse de développer une conscience corporelle fine, encourageant à la diminution des tensions, la réorganisation de la posture, l'adaptabilité aux situations et enfin la mobilisation des émotions. Cette méthode m'a ainsi beaucoup aidée à faire un travail sur moi-même, mes propres éprouvés et ressentis, pour trouver un accordage tonique juste avec le patient. P. PRAYEZ souligne que le toucher thérapeutique ne peut être valable que s'il suppose une attitude intérieure du thérapeute, une intention juste s'exprimant dans sa présence corporelle, ses postures et ses gestes. « Le psychomotricien doit faire un travail de repérage de ses propres éprouvés et mouvements intérieurs pour mieux recevoir ceux de ce patient-là ». ⁸¹ L'eutonie m'y a beaucoup aidé, en particulier quant à ma présence auprès des patients en fin de vie : « un

⁷⁹ ALBARET J-M, GIROMINI F, SCIALOM P., 2015, p. 299

⁸⁰ ALBARET J-M, GIROMINI F, SCIALOM P., 2015, p. 528.

⁸¹ SARDA J., 2002, p.87.

aspect intéressant de l'eutonie est la régulation émotionnelle qu'elle procure. La conscience corporelle affinée permet en effet de mieux gérer les émotions qui nous envahissent parfois au contact de la souffrance des patients ». ⁸²

2. Le toucher terre

L'option toucher-terre m'a fait découvrir la médiation du toucher sous un angle nouveau : celle du modelage de l'argile et de l'automassage, pour ensuite acquérir des gestes de massages fins et précis. Selon M. HAAS, psychomotricienne, cette technique permet « avec soi, avec l'autre, avec la matière, d'emprunter des chemins de créativité pour aller à la rencontre de son toucher ». ⁸³ Par cette technique, toucher et modeler l'argile nous apprend à toucher l'autre, en affinant nos perceptions tactiles, en repérant l'intention, l'action, le geste, l'empreinte, le mot. Nous apprenons à écouter nos mains, à les rendre plus vivantes en lien avec tout notre être. En effet, « le travail avec les mains aide au développement de sa pensée, de ses perceptions, à la connaissance de soi, bien sûr à condition qu'il ne soit pas acculé à des répétitions stérilisantes. » ⁸⁴ Il engendre une meilleure connaissance du schéma corporel : par le toucher, nous prenons connaissance de notre architecture, de notre constitution. Et par rebondissements, l'image du corps s'en trouve transformée, encore plus et autrement vivante.

Aussi, cette médiation m'a beaucoup inspirée car elle pousse à la créativité, et à travers n'importe quel médiateur, à trouver la voie à l'automassage, au déplacement subtil des mains sur un corps, sur une matière. Je m'en suis servi avec Sarah en séance ; profitant du fait qu'elle apprécie les bulles de savon. Assise, bien confortablement installée devant moi, je lui demande de disposer des gouttes de savon à différents endroits de ses jambes nues dans le but de les « étaler ensuite ». Sarah réalise d'abord cet automassage avec sa main droite, avec des gestes lents et gracieux. Les bulles de savon fondent sur sa peau, sous la chaleur du contact. Puis avec un étayage verbal et un arrière-fond sécurisant, Sarah se sent suffisamment contenue et peut alors mettre en jeu l'ensemble de son tronc avec un massage des deux mains sur ses deux jambes. Nous profitons alors de ce moment pour nommer les différentes parties du corps où l'on peut disposer le savon pour ensuite l'étaler (pied, main, genou, jambe, nez...) pour

⁸² ALBARET J-M, GIROMINI F, SCIALOM P., 2015, p. 529.

⁸³ Association être et naître, 2017, p. 66.

⁸⁴ Ibid, p. 81.

approfondir sa connaissance du schéma corporel. Sarah découvre ainsi l'automassage et les différentes qualités de toucher que ses mains peuvent avoir sur différentes parties de son corps. (Étaler, caresser, frotter, essuyer...). Le médiateur des bulles de savon est un outil très intéressant. Pendant tout ce travail, Sarah est concentrée et reste longtemps à découvrir cette proposition. Elle est bien calée dans ses postures et ses appuis, face à moi, ce qui facilite les échanges car elle agit beaucoup sur imitation. Comme avec la terre, les bulles de savon ont été ici un moyen de découvrir son corps, ses qualités de massage à travers un toucher plaisir et sensorimoteur. Nous voyons donc comment avec les mains et un matériel simple, nous pouvons proposer un temps de restauration, de relaxation, de prise de conscience du schéma corporel, de vécu avec l'imaginaire.

Ce type de toucher me parle beaucoup, c'est celui que j'apprécie le plus utiliser. En effet, il oblige le thérapeute à se saisir d'objets du quotidien, ou de jouets appréciés par le patient, pour le détourner de sa finalité première, et avec l'apport de l'imaginaire et de la créativité, d'en faire un nouveau moyen d'exploration, de libération de l'affectivité. Découvrir ses capacités tactiles et corporelles par l'exploration de matières particulières, est aussi un moyen de capter l'attention du patient, d'animer sa créativité et ses désirs, et de faire naître en lui la joie de la sensorialité. Le toucher devient alors exploration du mouvement, du geste, dans un processus créatif porteur de sens pour le patient et son vécu.

3. La disponibilité dans les différents âges de la vie : quel cadre proposer ?

Toucher un patient, c'est en quelque sorte entrer dans son univers, s'approprier quelque chose de lui, participer à un échange, à un dialogue. Comme nous l'avons vu précédemment avec le dialogue tonique, la relation qui se tisse dans le toucher est à double sens, il convoque le « corps en relation » selon J. AJURIAGUERRA. Aussi, pour se préserver et préserver l'intimité du patient, le toucher doit intervenir dans un cadre thérapeutique stable, approprié aux conditions psychiques et physiques du patient. Au sein de ce cadre s'établissent ainsi des échanges, laissant des traces dans le vécu du psychomotricien car « nos émotions sont

particulièrement sollicitées quand nous rencontrons un être dans une relation de peau, une relation faite d'intuition ». ⁸⁵

« Le cadre vient recueillir les éléments constitutifs de la séance : il concerne le lieu, son aménagement, la durée préétablie de la séance, sa périodicité, ses modalités. Il définit aussi la place et le rôle des protagonistes, ainsi que leurs distances dans ses modulations et dans ses limitations. » ⁸⁶ Le cadre est ainsi régi par certaines règles, interdits ou permissions, où le corps à corps est prohibé, et le respect de l'intimité est prôné. Le toucher ne déborde pas le seuil de tolérance du sujet, ni dans le sens d'une érotisation qui l'excite, ni dans le sens d'une violence qui le persécute.

Toute thérapie corporelle se doit de définir son cadre, ses objectifs, ses moyens, ses indications et contre-indications. Ainsi, le toucher qui impose au patient une certaine dépendance et proximité se doit d'être utilisé dans un cadre précis où le patient se reconnaît comme sujet. J. AJURIAGUERRA souligne que le toucher, lorsqu'il est engagement et non pas simple technique, convoque le corps en relation, à travers le dialogue tonico-émotionnel qu'il engage. Le psychomotricien se doit ainsi d'ajuster sa propre distance, le rythme de ses séances en fonction de ce qu'il pense être le mieux pour son patient. Il est alors important de demander au patient son avis et de respecter ses choix, lorsque dans une juste mesure, celui-ci refuse le contact. De plus, le toucher s'accompagne toujours d'une invitation à la verbalisation du patient, à l'écoute de sa pensée et de sa parole de sujet. Le patient doit pouvoir être capable de refuser ou critiquer un toucher, ce qui le mène à l'appropriation de ses propres affects.

Cependant, en petite enfance au sein d'un CAMSP, et en Unité de soins palliatifs, le cadre des séances de psychomotricité est différent. Tout d'abord, au CAMSP, nous disposons de deux grandes salles de psychomotricité, où peuvent être réalisées les séances individuelles et groupales. Les enfants viennent toutes les semaines, aux mêmes horaires, pour un suivi continu et régulier. Lors de la séance, le temps est découpé en plusieurs parties : le temps du bonjour, les activités de motricité globale puis de motricité fine, et le rituel de fin. Chaque temps impartit a lieu dans des espaces spécifiques de la salle, pour permettre à l'enfant de garder ses repères et se sentir en confiance, dans un lieu et un cadre connu. Ici, le toucher intervient plutôt dans des soins à visée thérapeutique ou rééducatif, avec des objectifs propres au développement

⁸⁵ POTE C., 2000, p. 128

⁸⁶ ALBARET J-M, GIROMINI F, SCIALOM P., 2015, p.299.

harmonieux de l'enfant, lors d'activités spécifiques, ou de temps de relaxation-détente comme un instant de portage ou d'auto-massage. Il est important de souligner qu'il n'y a pas de moments consacrés au toucher spécifiquement, car les enfants ne tiendraient pas en place. Le toucher s'insère au milieu d'une activité comme sur le temps de lecture d'un livre, d'un parcours psychomoteur, d'un jeu d'imitation etc. Dans le cas de Sarah par exemple, le livre de « Tchoupi » a servi d'objet médiateur et de fonction de pare-excitation, permettant à la patiente de canaliser son attention. Le toucher accompagne alors la lecture, permettant une détente et diminution de son irritabilité sensorielle.

Avec des patients adultes en fin de vie, ce cadre diffère car les patients sont beaucoup plus réceptifs à ce type de soin. Les séances ont lieu dans leur chambre, compte tenu de leur grabatisation ou de leurs difficultés à se déplacer : ils sont le plus souvent alités ou au fauteuil. C'est la psychomotricité qui vient à eux. Avec la psychomotricienne nous avons convenu de voir Mme F une fois par semaine, le mercredi matin, avant la réalisation de sa toilette par l'équipe soignante, car c'est le moment où elle est le plus réceptive. Avant de réaliser un massage, ou des pressions contenantantes par exemple, nous demandons toujours la permission. La temporalité de la séance n'est pas fixée, elle varie entre 15 et 45 minutes, en fonction de l'état du patient et de sa demande. Ici, le toucher intervient dans un lieu plus intime et sécurisant pour le patient : sa chambre. Il est ainsi plus disponible et réceptif au contact. Pour signaler notre présence et ne pas être dérangée pendant la séance, la psychomotricienne met en place une pancarte sur la fenêtre du hublot de la porte, et ferme celui-ci. Elle allume ensuite le témoin orange, signifiant qu'un soin est en cours. Le patient se sent alors en sécurité, la séance peut commencer.

Lorsque le psychomotricien établit son propre cadre, il se doit de réfléchir aussi aux contre-indications de ses médiations, et dans le cas du toucher, à quel moment celui-ci ne doit pas être utilisé, ou comment pourrait-il être mal perçu par son patient. Au fur et à mesure des séances avec Sarah, je me suis rendu compte que lorsque le cadre n'est pas assez contenant et sécurisant, celle-ci n'accepte pas le toucher, et présente une grande irritabilité tactile aux différentes textures qu'on peut lui proposer. De plus, avant de toucher un patient, le psychomotricien doit s'assurer que celui-ci ne présente pas de douleur ou de contre-indications physiques particulières comme des fractures ou des œdèmes suintants par exemple. D'un point de vue psychique, il doit aussi s'assurer que le patient soit dans un état psychologique adapté à la compréhension de la prise en charge. Le psychomotricien se doit ainsi de participer aux

transmissions afin de se renseigner sur l'état psychique et physique du patient. A la fin de la séance, il lui est demandé de faire un retour à l'ensemble de l'équipe, par l'intermédiaire du logiciel de l'institution, où sont répertoriés l'ensemble des suivis. Enfin, le thérapeute doit toujours tenter de répondre aux attentes et besoins de son patient car « la tendresse peut rapidement s'avérer intrusive si elle ne tient pas compte de l'autre dans ses besoins, ses limites et, en ce sens, ne répond qu'à des règles de bienséance ou encore à un besoin personnel de réparation où l'autre a peu sa place ». ⁸⁷

E. Lorsque la régression transparait

Enfin, un dernier point que je tenais à développer dans ce mémoire est le thème de la régression. En effet, j'ai voulu m'appuyer sur des cas cliniques tirés de la petite enfance et de la fin de vie, pour mettre en valeur ce que la régression observée en fin de vie, et encouragée par le toucher, favorise. Ce processus permet ainsi de mettre en commun deux cliniques, que tout semblerait opposer.

1. Quand la fin de vie conduit certains patients à la dépendance

Mes toutes premières rencontres avec des patients en fin de vie, que la fragilité et la maladie ont rendu dépendants, m'ont marquée. Leur besoin de soins quotidiens, de maternage, me faisait songer aux patients en petite enfance. Manon, du fait de son polyhandicap, est totalement dépendante de l'adulte pour la toilette, l'habillage, les repas, les activités et les déplacements, dépendance encore peu marquante compte tenu de son jeune âge. Sarah quant à elle commence à acquérir cette autonomie tant recherchée, par l'acquisition de la propreté, les prises d'initiatives dans la relation et le jeu, ou encore ses déplacements rendus autonomes par la marche. Ces deux petites filles commencent à grandir et sortir de la période de la toute petite enfance, où les soins de maternage sont permanents et nécessaires à leur survie.

Ainsi, j'ai remarqué de nombreux liens communs entre les patients en fin de vie, et ceux de petite enfance. Tout d'abord, en fin de vie, les patients, comme dit précédemment,

⁸⁷ CLEMENT HRYNIEWICZ., 2009, p. 54.

deviennent pour la plupart dépendants. C'est alors une position de fragilité qui amène l'autre à s'occuper d'eux, dans les soins quotidiens (toilette, changes, repas), mais aussi lors de soins techniques et médicaux. Cette position de fragilité peut sembler dégradante pour le patient qui se sent régresser et ne peut lutter contre. Cependant, M. NARBONNET développe qu'à d'autres moments, le vécu de dépendance peut apporter des bénéfices secondaires appréciés du patient. Dans cette position de perte d'autonomie, la personne malade se retrouve cajolée, entourée, et ce vécu qui peut être difficile à vivre par moments, peut à d'autres instants être un moyen de se rassurer et de se sentir vivre.

De plus, comme au sein d'une dyade « mère-bébé », les personnes en fin de vie ont besoin, lors des soins, d'étayage émotionnel par le contact ou la parole. Cela forme ainsi une fonction pare-excitatrice permettant d'offrir une contenance nécessaire à l'expression des émotions en toute sécurité. Les fonctions de holding et handling de D. WINNICOTT, se retrouvent ainsi permises par le toucher, et favorisent l'émergence d'un Moi-peau limité, contenu et sujet. Les patients en fin de vie se sentent alors reconnus dans leurs pensées et actions.

Enfin, la régression qui a lieu chez le patient en fin de vie, favorise un retour aux sensations archaïques, que l'on retrouve en petite enfance. Mais le patient a besoin de vivre des expériences psycho-sensori-motrices comme le toucher, pour favoriser l'émergence de ces sensations. En effet, « c'est dans la période de la petite enfance que le toucher est intégré et qu'il participe à la construction identitaire de la personne, et que la régression amenée par la maladie peut faire écho chez l'adulte à son vécu d'enfant et donc à ce qu'il y a d'archaïque en lui ».⁸⁸ La régression du patient en fin de vie, n'est pas un phénomène pathologique ; elle est au contraire nécessaire à son individualisation et permise par la formation d'un cadre contenant.

2. Une régression permise par un cadre contenant

« Pour D. WINNICOTT, « la régression d'un patient est un retour organisé à une dépendance primitive ou une double dépendance. Le patient et le cadre se fondent dans la

⁸⁸ NARBONNET M., 2006, p. 26.

situation originelle heureuse du narcissisme primaire ». ⁸⁹ Pour lui c'est la formation d'un cadre contenant qui facilite la régression et qui a un lien avec la symbiose. Le cadre institutionnel en soins palliatifs, où la fin de vie est prédominante, induit la régression vers des pensées qui touchent à la douleur de la perte, de la finitude, de la néantisation en même temps qu'il l'encadre. Le cadre exerce alors son rôle de pare-excitateur en servant d'écran, de filtre, entre le monde extérieur et la réalité psychique. Le contexte de soins impose des représentations qui rappellent les soins et l'attention d'une mère pour son enfant. « Cette situation, où le patient se dirige progressivement vers une dépendance qui, de relative devient absolue, va dans le même sens et attise des affects et des préoccupations généralement décrits entre une mère et son nourrisson. » ⁹⁰ M. GUIOSE explique que le soignant doit être capable de mettre au service du patient cette qualité psychique de contenance et de maternage, dans le cadrage de l'angoisse de mort, jusqu'à rendre cette pensée supportable. « C'est une manière d'accompagner la vie jusqu'à la mort ». ⁹¹

Le psychomotricien, de par sa profession, est apte à faire pratiquer cette « plongée régressive » ⁹², comme l'appelle M. GUIOSE. A travers le toucher, le psychomotricien entre en symbiose avec son patient, comblant ainsi son besoin relationnel et le faisant exister comme sujet. « L'ajustement de la pratique thérapeutique permet que l'expérience régressive soit intégrée et transformée comme support psycho-corporel, afin que le patient puisse retrouver les bases d'un corps vécu et le sentiment d'être en relation ». ⁹³

Enfin je terminerai cette analogie entre petite enfance et fin de vie, par cette citation d'O. GAUCHER-HAMOUDI : « Le besoin relationnel du patient en fin de vie montre que ce qui est essentiel au début de la vie, l'est tout autant à la fin. Il est étroitement lié à son état de régression ». ⁹⁴

⁸⁹ WINNICOTT D., 1954, p. 56.

⁹⁰ GUIOSE M., 2007, p. 93

⁹¹ Ibid, p. 94.

⁹² GUIOSE M., 2007, p.90.

⁹³ CHARPENTIER E., 2014, p.22.

⁹⁴ GAUCHER-HAMOUDI O., in GUIOSE M., 2007, p. 95.

Conclusion

Dans ce mémoire, j'ai tenté d'interroger les différentes modalités du toucher au sein de deux cliniques différentes, et comment celui-ci intervenait dans les différentes pratiques psychomotrices.

Par le toucher, la rencontre psychomotrice vient s'inscrire dans la construction psychosomatique de l'individu, dans un temps escompté que ce soit en petite enfance ou en soins palliatifs. En offrant un espace suffisamment contenant et sécurisant, le psychomotricien qui use du toucher vient soutenir, consolider l'enveloppe psychocorporelle, le développement psychomoteur et le sentiment de soi dans l'instant présent. C'est une véritable continuité entre l'avant et l'après, le dedans et le dehors qui peut se déployer. C'est toute une parole qui est redonnée au corps sensible dans une interaction construite et objectivée. En effet, le corps est le médiateur inconditionnel du toucher et convoque à la réflexivité de la relation et à son authenticité.

Que ce soit dans un but prophylactif, thérapeutique ou rééducatif, toucher le corps c'est aussi accepter d'entendre les ressentis corporels de chacun, et de répondre avec justesse, sans jugement mais avec humanité. Car « on ne touche pas qu'un corps, pauvre bout de chaire, mais un corps riche d'une vie psychique haletante et qui, jusqu'au tout dernier moment, en redemande encore ».⁹⁵

Le toucher est une médiation que je souhaite continuer de découvrir. Je formule alors le vœu d'être portée, éclairée dans ma pratique par celle de mes aînés, des personnes qui nous ont formés ou qui nous inspirent par leur manière d'être.

A présent, à la découverte de ma propre clinique, d'autres réflexions émergent et viendront nourrir mon identité de psychomotricienne à venir. A moi de prendre conscience de qui je suis et de qui est l'autre.

⁹⁵ GUIOSE M., 2007, p. 109.

Bibliographie

ARTICLES

CLEMENT-HRYNIEWICZ N. (2009), la tendresse, un lien entre les patients et leurs proches en fin de vie, *Le journal des psychologues*, n°271, p.51-54.

GAUCHER-HAMOUDI O. (2007), Le portage au travers des pérégrinations d'une psychomotricienne, *Thérapies psychomotrices et recherches*, n°151.

JOVER M., (2000), Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture, in *Le développement psychomoteur du jeune enfant*, Paris, éd. Solal.

LE BRETON D. (2009), Entre douleur et souffrance : approche anthropologique, *L'Information psychiatrique*, 85, p.323-328.

POTEL C., (2000), Le toucher : du corps touché aux jeux de l'imaginaire, in *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, In Press.

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

SARDA J. (2002), Le toucher en thérapie psychomotrice, *Enfances et psy*, n°20, p.86-95.

SERRES M., in CABROL F., (2006), De bois, de bois, je suis une marionnette... et je deviens petit garçon, *Thérapies psychomotrices et recherches*, n°146, p. 80.

VINIT F. (2001), Le toucher en milieu de soin, entre exigence technique et contact humain, *Histoires et Anthropologies* n°23, p.131-141.

LIVRES

ASSOCIATION ETRE ET NAITRE., (2017), *Toucher et être touché*, Actes du colloque du 18 mars 2017.

ALBARET JM., GIROMINI F., SCIALOM P., (2015), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, 1. Concepts fondamentaux*, Paris, de boeck solal.

ALBARET JM., GIROMINI F., SCIALOM P., (2015), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, 2. Méthodes et techniques*, Paris, deboeck supérieur.

ALBARET JM., GIROMINI F., SCIALOM P., (2015), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, 3. Clinique et thérapeutique*, Paris, deboeck supérieur.

- ANCET P., BERNARD A. COHIER-RAHBAN V., et al, (2010), *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*, Paris, Dunod.
- ANZIEU D., (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.
- BLANCHON C. (2006), *Le toucher relationnel au cœur des soins*, Paris, Elsevier.
- BONNETON-TABARIES F, LAMBERT-LIBERT A, (2009), *Le toucher dans la relation soignant-soigné*, 2ème éd, Med-line.
- BUCHER H, (1995), *Le plaisir d'être comme thérapie*, Paris, Masson.
- CARRIE-MILH S., (2009), *la pratique du Shiatsu en thérapie psychomotrice*, Paris, Grego.
- CHARPENTIER E., (2014), *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*, Paris, de Boeck Solal.
- DALLA PIAZZA S., GODFROID B., (2004), *La personne polyhandicapée, son évaluation et son suivi*, Paris, De Boeck.
- DOLTO f., (1998), *Parler de la mort*, Paris, Mercure de France.
- FEDIDA P., (1977), *Corps du vide, espace de séance*. Paris, Delarge Editions.
- GIONO J., (1934), *Le Chant du monde*, Paris, Gallimard.
- GIONO J., (1974), *Regain*, Paris, Le Livre de Poche.
- GUIOSE M., (2004), *La relaxation dynamique psychomotrice*, Paris, Vernazobres-Grego.
- GUIOSE M., (2007), *Soins palliatifs et psychomotricité*, Paris, Heures de France.
- GUIOSE M. (2007), *Relaxations thérapeutiques*, Paris, Heures de France.
- HALL E-T., (1966), *La dimension cachée*, Paris, Points.
- HOUZEL D., (2010), *Le concept d'enveloppe psychique*, Paris, In Press.
- KEPNER J., (1998), *Le corps retrouvé en psychothérapie*, Paris, Retz.
- LEFEVRE C., (2002), *Le corps en fin de vie : apports psychomoteurs dans les soins palliatifs, Entretiens de Bichat*, Paris.
- MONTAIGU A., (1979), *La peau et le toucher, un premier langage*, Paris, Seuil.
- M'UZAN M., (1976), *De l'art à la mort*, Paris, Gallimard.
- PERSONNE M. et al. (2011), *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*, Toulouse, Erès.
- POTEL C. et al. (2000), *Psychomotricité. Entre théorie et pratique*, Paris, In press.

PRAYEZ P., (1994), *Le toucher en psychothérapie*, Paris, Desclée de Brouwer.

SAVATOFSKI J, PRAYEZ P., (1999), *Le toucher apprivoisé*, Paris, Lamarre.

WINNICOTT D., (1954), « Les aspects métapsychologiques et cliniques de la régression au sein de la situation analytique », *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.

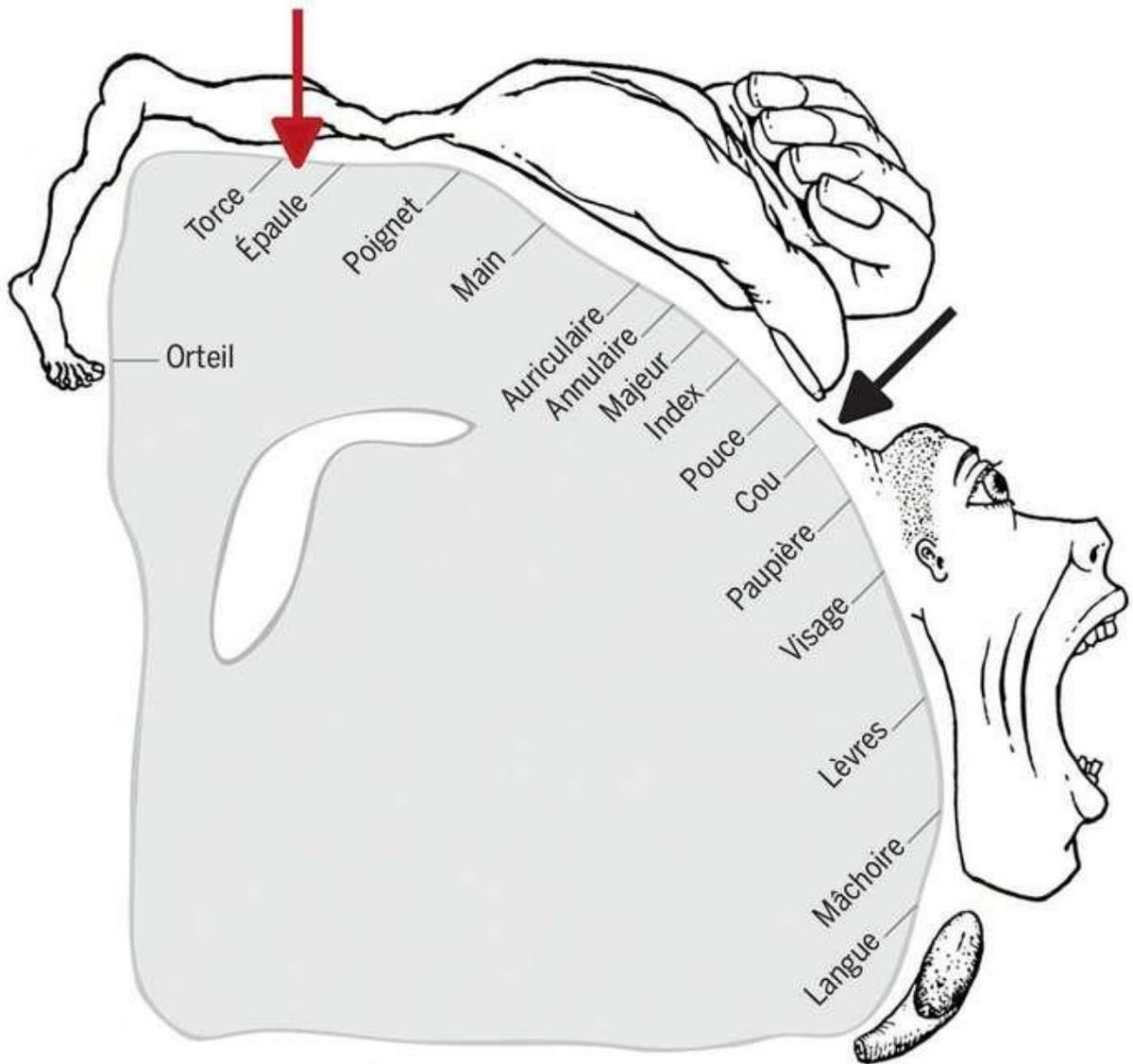
MEMOIRE

NARBONNET M., (2006), *Le toucher à la fin de la vie dans le soin psychomoteur*, Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien.

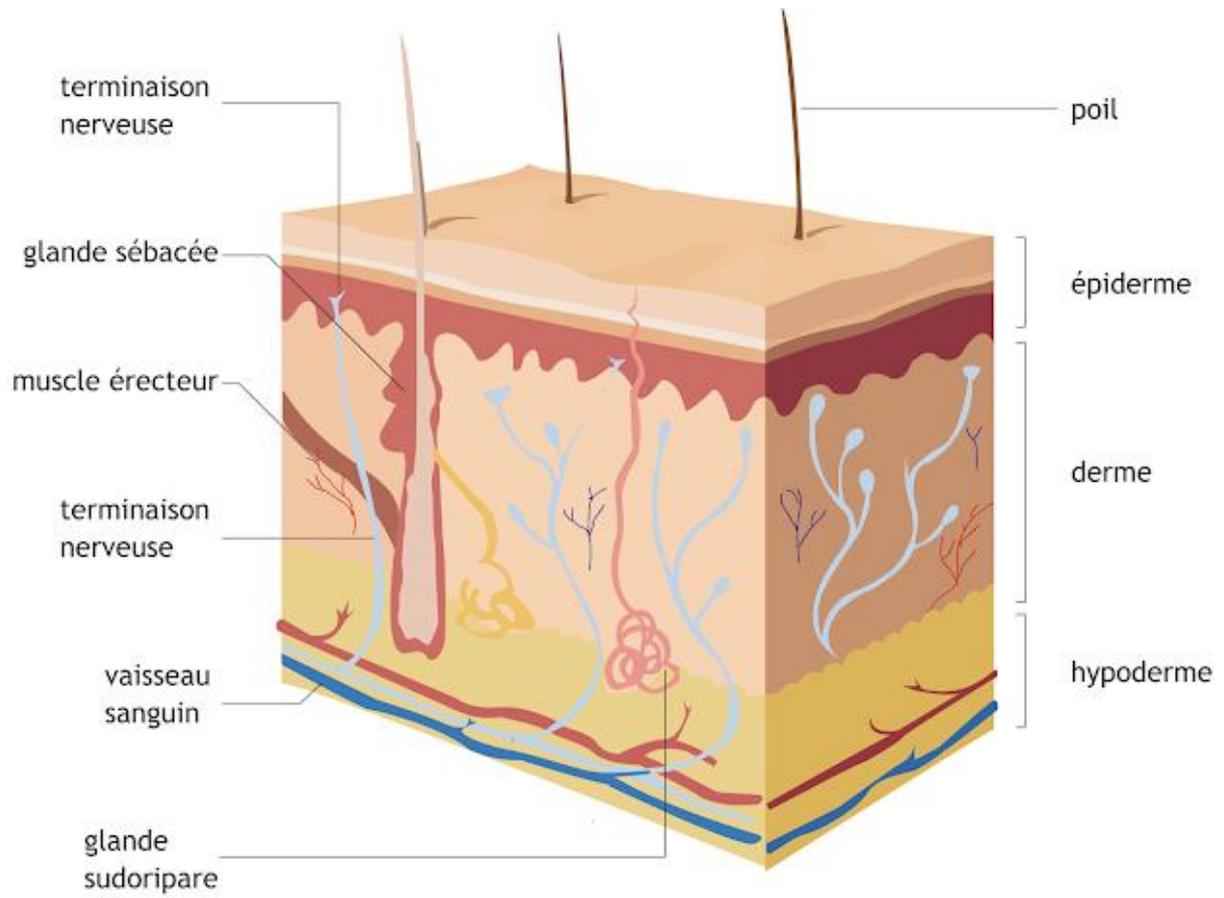
ROJAS L., (2016), *Quand le toucher s'invite dans la rencontre de « l'entre deux » en soins palliatifs*, Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien.

Annexes

1. L'Homunculus de Penfield



4. Les différentes couches de la peau



Résumé

Que ce soit en petite enfance ou en soins palliatifs, le psychomotricien rencontre des patients dont les histoires sont différentes, du fait de leurs pathologies, leur culture, leur personnalité, ou leurs expériences. Cependant diverses médiations psychomotrices sont communes à ces cliniques, dont une, à laquelle le psychomotricien a régulièrement recours : le toucher. Que ce soit dans un but prophylactique, thérapeutique ou rééducatif, aucune pathologie, aucune période de la vie ne doit en être exclue, car c'est une médiation corporelle privilégiée qui permet l'unification du corps et de la psyché. Le toucher, premier sens à apparaître chez l'être humain et dernier sens à disparaître, constitue une médiation à la fois thérapeutique et relationnelle, prônant la découverte ou la réappropriation de son corps propre. Il nécessite de la part du thérapeute formations et techniques, car le toucher convoque, par sa réciprocité, émotions et sensations au sein de la dyade psychomotricien-patient. Enfin, à travers l'étude de cette médiation, nous pouvons mettre en lien deux cliniques que tout semblerait opposer.

Mots Clefs : Soins palliatifs – Petite enfance – Toucher - Relation – Formation – Soins psychomoteurs

Whether in early childhood or in palliative care, the psychomotrician meets patients with different stories, coming from their pathologies, culture, personality or experiences. However, various psychomotrician mediations are common to these clinics, including one that the psychomotrician therapist regularly resorts to: The touch. Whether for a prophylactic, therapeutic or rehabilitative purpose, no pathology, no period of life should be excluded, because it is a privileged body mediation that allows the unification of the body and the psyche. Touch, the first sense to appear in humans and the last to disappear, is a mediation that is both therapeutic and relational, advocating the discovery or reappropriation of one's own body. It requires training and technical for the therapist, because the touch brings, by its reciprocity, emotions and sensations inside the psychomotrician-patient dyad. Finally, through the study of this mediation, we can link two clinics that all seem to oppose.

Keywords: Palliative Care - Early Childhood - Touching - Relationship - Training - Psychomotrician Care.