HAL
open science

En corps et maintenant : une rencontre palliative dans le présent

Oriane Latimier

To cite this version:

Oriane Latimier. En corps et maintenant : une rencontre palliative dans le présent. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02936762

HAL Id: dumas-02936762

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02936762v1

Submitted on 11 Sep 2020

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.

IFP de la Pitié-Salpêtrière

Faculté de Médecine Sorbonne Université

91, Bd de l'Hôpital

75364 Paris Cedex 14

En corps et maintenant.

Une rencontre palliative dans le présent.

Mémoire présenté pour le DE de psychomotricien
Session : Juin 2020

Référente de mémoire : Zélia KREBS

Oriane LATIMIER

Remerciements

Mes remerciements se tournent vers toutes les personnes qui ont participé directement ou indirectement à la construction de mon identité psychomotricienne…

A tous les patients que j'ai rencontrés en stage qui ont nourries ma réflexion et mes questionnements, et m'ont apporté des billes pour avoir cet ancrage nécessaire à tout psychomotricien.

A toutes mes maîtres de stage et particulièrement à Sabine et Véronique. Vous avez su me communiquer votre passion de la psychomotricité, chacune avec vos qualités.

A ma maître de mémoire pour sa disponibilité et sa bienveillance. Tu as su m'accompagner grâce à tes conseils avisés à approfondir ma réflexion.

A mes patients relecteurs qui ont repris mes erreurs. Je sais que ce n'était pas une mince affaire.

A tous les professeurs et intervenant de l'IFP qui ont su nous transmettre des enseignements théoriques et pratiques de qualité.

A tous mes camarades du groupe 4, et plus particulièrement Lise, Solenn et Emilie. Merci pour vos singularités qui m'ont tant appris et vos blagues à n'en plus finir…

Ces remerciements ne seraient pas complets sans un mot à :
Ma famille pour leur soutien et leurs bons petits plats,
Mes amis pour leur présence,
Et Victor, pour sa bonne humeur communicative.

Sommaire

Introduction: **6**

I. Immersion en soins palliatifs: **8**

A. La veille du dit *stage* : 8
B. Le jour J : l'entrée dans une grande fourmilière : 8
C. Le tabou de la mort 9
D. L'émergence des soins palliatifs 10
E. L'équipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs 13

II. Être patient en fin de vie **17**

A. L'annonce : 17
B. Les étapes du « *Mourir » :* 18
C. Les angoisses : 19
D. Les mécanismes de défense : 20
E. Un changement de corps, d'accord ? 24

III. Être soignant auprès de patients en fin de vie **33**

A. Leurs vécus : 34
B. Les mécanismes de défense : 34
C. Le psychomotricien et le rapport au corps 39

IV. Rencontre soignant – soigné **49**

A. Le cadre thérapeutique: 50
B. Le transfert et le contre-transfert 55
C. La juste distance thérapeutique 59
D. Le temps palliatif, le temps du présent ? 62

Conclusion: **70**

Bibliographie: **71**

Annexe : **75**

Annexe 1 : dessin de Monsieur P : « la pâquerette qui fait coucou » 75

Table des matières : **76**

« Accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre. C'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas. »

Patrick Verspieren

Introduction:

Bientôt trois ans d'études où la compréhension de soi et des autres d'un point de vue psychocorporel est de mise. Et pourtant, les interrogations ne cessent de se multiplier. A l'heure où l'on commence à s'écouter, éprouver, ressentir, où les sens sont en éveil, tant d'informations sont à traiter et chacun y donne son propre sens. C'est comme un réveil, où il y a de nombreux terrains à explorer, sur soi, comme dans la rencontre avec l'autre, au quotidien ou en stage.

C'est lors d'un stage court en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EPHAD) en fin de première année que mes premiers questionnements sur la temporalité dans le soin ont émergé. Une patiente était atteinte d'une paralysie supra-nucléaire progressive[1] : comment pouvais-je l'accompagner en sachant que ses jours étaient comptés et que sa perte de capacités ne cessait de s'accroître ? Cela m'effrayait. Comment pouvais-je rester passive face à une personne qui vivait ses derniers instants ? Comment était-il possible d'accompagner une personne ayant une maladie grave chronique ? Ce questionnement est resté en suspens jusqu'à ma troisième année où je voulais pouvoir accompagner « jusqu'au bout ». J'ai de ce fait décidé d'effectuer un stage en Unité Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (UMASP). Un stage déconcertant qui n'a cessé d'accroître mes questionnements, tant du point de vue philosophique questionnant la fin de vie que de ma place de future soignante. Il m'était difficile de m'ancrer dans ce temps que je voyais défiler devant moi. J'étais tiraillée par de nombreuses émotions, innommables de prime abord, ma pensée était comme gelée. C'est seulement quelques semaines après le début de mon stage que je pus y mettre des mots, m'approcher de mon vécu propre, le toucher du doigt pour mieux l'appréhender.

A l'heure actuelle, où le temps est une denrée rare du XXIème siècle, où tout le monde court comme pour rattraper un bus qui vient de partir, comment pouvons-nous prendre le temps quand celui-ci est compté et dans un même temps, méconnu ? En tant que soignant, notamment en soins palliatifs, comment pouvons-nous faire de la rencontre un moment de partage et de thérapie dans le présent, tout en ayant en tête que l'on est là pour un projet thérapeutique ? Face à la finitude qui nous semble *visible et proche* d'un patient, où nos propres défenses, ainsi que celles des patients, face à la mort sont mises à rudes épreuves : comment pouvons-nous être simplement présent à l'autre ?

Dans ce mémoire, je tâcherai d'approcher cette question de la temporalité et ce jonglage qui me semble nécessaire pour tout psychomotricien entre l'instant présent et le projet thérapeutique,

[1] Paralaysie supra-nucléaire progressive (PSP) = maladie neurodégénérative souvent associée à la maladie de Parkinson, affectant tous les différents domaines psychomoteurs : marche, équilibre, coordination, déglutition, parole… Entraînant une dégradation progressive des capacités de l'individu. L'espérance de vie des personnes est de quatre à six ans. (Lefèvre, 2020)

notamment lorsqu'il y a une incertitude temporelle. En premier lieu je parlerai de l'univers des soins palliatifs et ce que cela peut soulever comme question chez chacun des soignants. Ensuite je parlerai des patients en fin de vie, et de ce qui peut se jouer à ce moment-là de leur vie. Suite à cela j'aborderai le point de vue des soignants. Enfin je terminerai par une partie sur la rencontre soignant – soigné et ce qui permet à une relation thérapeutique authentique de se former.

I. Immersion en soins palliatifs:

A. La veille du dit *stage* :

La nuit précédant le début de mon stage, j'ai été prise d'angoisses : je voulais faire de nombreux tests afin de vérifier que mon corps ne me faisait pas défaut. Pourquoi tant de ruminations et de questionnements apparaissaient ? Finalement, j'allais seulement faire un stage en soins palliatifs, pourquoi avais-je si peur ? Qu'est-ce que le fait de travailler près de la mort entrainait chez moi ? Guiose parle de « *contamination psychique du corps soignant en soins palliatifs* ». (Guiose, 2005) Je fais le parallèle entre son article et mon propre questionnement : la veille de mon plongeon dans cet environnement physique si proche de la mort d'individus, comment ne pas penser à cette contamination ? Ainsi un soignant, au moindre ressenti somatique, peut s'alerter et se demander s'il a un éventuel cancer.

J'imagine donc qu'à l'idée de travailler en soins palliatifs, souvent raccourci sociétalement comme travailler près de *ceux qui vont mourir*, toute somatisation questionne et tout peut être maladie grave, incurable ou mortelle.

B. Le jour J : l'entrée dans une grande fourmilière :

Le matin même, je me dirige sur mon lieu de stage avec une appréhension. Lorsque je franchis les portes de ce grand hôpital, j'ai l'impression d'entrer dans une fourmilière, où chaque blouse blanche s'active de toute part, où des patients déambulent avec leurs perfusions portatives, où la lumière est d'une intensité déconcertante. D'extérieur j'ai l'impression d'être dans un hors temps où tout s'accélère, où chacun court après le temps. Dans cette agitation générale, j'ai l'impression d'être un pion : à quand *l'échec et mat* ?

Une fois cette première impression passée, je me dirige vers le bureau des Soins Palliatifs. Il faut que je ressorte mon agenda où j'ai noté les indications de la psychomotricienne pour m'y rendre. Pour atteindre le service, il faut en traverser de nombreux autres, comme s'il était emmitouflé pour être contenu. Est-ce que la mort se répandrait sinon ? J'arrive donc au lieu-dit. Les bureaux sont vides et aucun membre de l'équipe n'est arrivé. Je m'installe donc sur le canapé à l'entrée. Je décide de lire un livre que j'avais préalablement commencé dans le métro. Il m'est impossible de me concentrer, chaque mouvement de portes ou de bruits de pas me met sur le qui-vive. Je me sens comme une observatrice

passive de mes émotions. Lorsqu'enfin la psychomotricienne arrive, mon tumulte intérieur se calme. Comment pouvais-je penser ce vécu psychocorporel ? D'autant plus que mon stage n'avait pas commencé en tant que tel, et pourtant de nombreuses émotions m'avaient déjà traversées.

Ce calme permit par la contenance de la psychomotricienne me renvoie au modèle « contenant-contenu » de Bion (1962). Il théorise le fait qu'un bébé aurait besoin de sa mère afin de transformer une expérience chaotique et confuse en une expérience pensable. Ciccone explique cette théorie : « *L'objet contenant [la mère] transforme les éléments « bêta », éléments bruts projetés, en éléments « alpha », éléments disponibles pour la pensée.* » (Ciccone, 2001, p.85). Dans les premiers temps de ce stage, la psychomotricienne aura ce rôle contenant auprès de moi, en me renvoyant désintoxiqués les éléments de ma pensée qui étaient de l'ordre du trop-plein émotionnel. De par son étayage verbal et physique (regard, voix, etc.) mes questionnements s'approfondiront et j'y trouverai des pistes de réponses, que vous pourrez lire au fil de mon écrit.

A l'arrivée de toute l'équipe, c'est-à-dire : le médecin, l'infirmière et la psychologue, et après une brève présentation, c'est l'heure du staff matinal. Que s'était-il passé depuis hier ? Quel patient était encore dans l'établissement ? Dans quel état ? Et qui était décédé ? Ces questions brutes et détaillées sur la fin de vie et le langage médical me donnaient des frissons. Comment pouvait-on s'habituer à parler de la mort au petit réveil ? Comment pouvions-nous traiter les informations sans avoir un sentiment d'impuissance prégnant ?

J'avais l'impression que le langage des différents soignants était cru. Quand je fis part de ma remarque d'« habituation à un langage cru » à ma maître de stage, elle me questionna sur ce que j'entendais par-là, et si parler de mort était rude pour moi. Effectivement c'était le cas. De cette réflexion commune a émané la question de la place de la mort dans notre société occidentale actuelle. Qu'est ce qui aujourd'hui faisait l'objet d'un tabou de la mort ?

C. Le tabou de la mort

Cuchet (2020) professeur d'histoire contemporaine et chercheur en anthropologie religieuse des sociétés contemporaines, lors d'une conférence dans un café associatif, parlait de la mort en Occident. La mort est devenue un tabou sociétal depuis mai 68. Cela serait dû, selon lui, au passage d'une mort extraordinaire à une mort ordinaire. Avant on mourrait tué au front, pour la patrie. La mort était violente et les personnes étaient plus jeunes. Aujourd'hui, notamment avec l'avancée de la médicalisation, la mort est davantage ordinaire, avec un profil en cloche. C'est-à-dire que les capacités d'un individu décroissent avec l'âge, et il y a une « compression de morbidité » puisque les maladies

s'accumulent au fil du temps. Il y aurait une dégradation physiologique et psychologique progressive, avec une multiplication d'angoisses de mort. Les angoisses sont davantage pré-mortem contrairement à avant où les angoisses étaient post-mortem et la question était de savoir si on allait en Enfer ou au Paradis. Aujourd'hui, ce qui importe davantage sont les conditions du mourir, s'il y aura souffrance ou pas.

Stiefel reprend l'idée de cette mort mise à l'écart :

> *Depuis quelques décennies, la mort est écartée, voire exclue, retirée dans les institutions et entourée de professionnels. Auprès et autour de nous, elle est absente ou invisible. Paradoxalement, les adultes et les enfants la rencontrent quotidiennement devant l'écran télévisé, représenté dans le journal d'information, le documentaire, la fiction et les jeux vidéos virtuels. Si leur regard peut supporter ces images c'est qu'il est fasciné, désensibilisé, voire immunisé contre une éventuelle réaction de révolte ou de tristesse. Dans une société qui glorifie le plaisir, l'esthétisme et la jeunesse, la mort gêne et quand elle apparaît, on la gère le plus discrètement possible. Or on ne constate aucunement qu'elle perde ainsi son potentiel anxiogène. A l'inverse, cette invisibilité la rend encore moins pensable et davantage exclue de notre existence.* (Stiefel, 2007, p.64)

Bien que masquée, la mort intrigue et questionne. La mort est un sujet qui inquiète, et c'est de par cette angoisse que la place de cette parole de l'être mortel ou mourant est refoulée. On emploiera d'autres termes pour parler de la mort comme par exemple « départ », « partir », « aller au ciel », etc. Sachant cela, comment a émergé la pratique des soins palliatifs en France ?

D. L'émergence des soins palliatifs

Les soins palliatifs sont nés « *au sein d'une médecine toute puissante qui eut comme seule réponse à la mort, une escalade des moyens techniques jusqu'à prolonger la vie de manière inadéquate* » (Stiefel, 2007, p.66), et leur émergence apporte une nouvelle vision du soin. Saunders, considérée comme la pionnière de l'émergence des soins palliatifs disait *« lorsqu'il n'y a plus rien à faire, il y a encore quelque chose à faire ; lorsqu'il n'est plus possible de « traiter » (cure), il est encore possible de soigner (care) »* (Saunders, 1989, p.267).

Ainsi, en 1986, les soins palliatifs entrent en vigueur en France avec la circulaire Laroque. Celle-ci stipule que *« l'épreuve inévitable de la mort soit adoucie pour le mourant et supportée par les soignants et les familles sans que cela n'entraîne de conséquences pathologiques »* (Circulaire Laroque, 1986, p.1). Par la suite, de nombreuses lois vont être faites pour l'accompagnement des personnes en phase

palliative, dont la dernière loi de 2016 : la loi Claeys-Leonetti, qui crée de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Les droits des patients qui émanent de cette loi sont les suivants : droit au refus de l'obstination déraisonnable, droit au refus de soin, droit à l'apaisement de la souffrance, mise en place des directives anticipées, droit de désigner une personne de confiance pour exprimer ses volontés et les faire respecter, et enfin : droit à la sédation profonde et continue. La prise en charge palliative soulève différentes questions éthiques puisque la mort peut être abordée selon différents points de vue et donc différents désirs : celui du patient, du soignant, ou de la famille. C'est pourquoi mettre en mots et essayer de clarifier dans la loi ce qui est de l'ordre du raisonnable ou du déraisonnable est nécessaire, et permet de mettre une distance par rapport à son propre point de vue.

La Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) définit les soins palliatifs comme tel :

> *Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.*
>
> *Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.* (SFAP, 2020)

Ainsi, la clinique palliative aborde les soins de manière holistique. La pratique de ces soins a émergé en France dans les années quatre-vingt et s'est développée au sein de différentes structures, jusque dans l'accessibilité à domicile.

Par ailleurs, l'expression « soins palliatifs » persiste à gêner les équipes hospitalières qui ont encore des difficultés à l'introduire auprès des patients et de leurs proches. Cette dénomination est en effet imprégnée de " l'odeur de la mort ", comme si les mots absorbaient ce à quoi ils réfèrent. L'expression pourrait avoir une valeur performative, comme si le prononcer pouvait, en quelque sorte, faire advenir la mort. (Avérous, 2019, p.170)

Dans l'hôpital où j'ai effectué mon stage, j'ai pu ressentir cette envie plus ou moins refoulée de vouloir cacher la mort. Tout d'abord, le service de l'UMASP se situe dans un recoin de l'hôpital, derrière de nombreux autres services. Seuls ceux qui le souhaitent vraiment peuvent avoir un aperçu de ce qui s'y passe. Ma maître de stage m'explique d'ailleurs que le panneau « Unité de Soins Palliatifs » a été longtemps débattu, et certains médecins pouvaient l'enlever pour le remplacer par « Soins de

Confort ». Le terme palliatif renvoyant directement à la mort dans l'imaginaire collectif, chacun met en place des mécanismes de défense afin de pallier à ses angoisses de mort. Je développerai davantage ces mécanismes dans la partie trois, sur les soignants. Ici, je peux imaginer que le refus de voir apparaître le terme « palliatif » sur la porte seraient dû à cela : éloigner ce terme pour éloigner la mort. Cela nous renvoie également à la théorie de Guiose sur la contamination psychique [2] : ici, c'est comme si la mort pouvait se transmettre ne serait-ce que par le terme « palliatif ». *« Il faut bien reconnaître que, au moins en France, [les soins palliatifs] sont trop souvent assimilés à l'échec thérapeutique et ce faisant, à la fin de vie. »* (Fourneret, 2014, p.25)

Dr Copel, chef de service de l'USP du groupe hospitalier Diaconesses de la Croix-St-Simon, présente ce que sont, ou plutôt ne sont pas, les soins palliatifs. Sa présentation tend à déconstruire l'idée communément répandue des soins palliatifs. Pour reprendre ses dires : les unités de soins palliatifs ne sont pas *« un service pour mourir »,* ils ne sont pas dû à un *« échec de la médecine* », et ils ne sont pas un *« lieu de malheur »* (Copel, 2019).

> *Les soins palliatifs répondent à trois principes : le respect des limites médicales, la globalité du patient incluant ses dimensions psychologiques, sociale et spirituelle et la nécessité d'un travail interdisciplinaire apte à garantir la meilleure qualité de vie possible pour les personnes gravement malades et en fin de vie.* (Stiefel, 2007, p.7)

Cette question de la place de la mort au sein de la société et au sein de nos hôpitaux questionne toujours. Bien que la législation ait fait avancer la réflexion, elle n'en reste pas moins en retrait. Nous pouvons sentir cette ambiance lorsque nous nous déplaçons au sein des différents services. Lorsque nous intervenons en tant qu'Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (EMASP), j'ai l'impression que nous sommes représentatifs de la mort aux yeux des autres soignants. Ainsi, par notre simple présence, c'est comme si nous étions un rappel de l'existence de la mort. Bien qu'admis collectivement comme *faisant partie de la vie*, la mort n'en reste pas moins inquiétante.

Tout de même,

> *Les soins palliatifs peuvent être interprétés non pas comme une nouvelle forme de ritualisation de la fin de vie mais plutôt comme une nouvelle forme de mise à distance de la mort. Une mort qui est toujours une menace pour l'ordre social. De ce point de vue, les soins palliatifs constituent une procédure, un moyen pour contenir cette violence symbolique et essayer de reconstruire du lien social. Ils peuvent ainsi être considérés comme un moyen pour atténuer collectivement l'angoisse et la violence la mort.* (Castra, 2014, p.71)

[2] cf. *supra,* I, A.

E. L'équipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs

En France, il existe différentes structures de soins palliatifs :

- Les Unités de Soins Palliatifs (USP) qui sont des services hospitaliers spécialisés accueillant principalement les malades en phase palliative terminale.
- Les Unités ou les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (UMSP ou EMSP) qui sont composés d'une équipe pluridisciplinaire intervenant dans les différents services d'un hôpital.
- Les Lits Identifiés en Soins Palliatifs (LISP) qui sont des lits situés au sein des services fréquemment confrontés à des personnes en de fin de vie, mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs.
- L'Hospitalisation à Domicile (HAD) qui accompagne les malades, et leurs proches à domicile.
- Les réseaux de soins palliatifs qui permettent de faire le lien entre les différents protagonistes qui ont pris en charge le patient ainsi que le lien entre les différentes institutions et le domicile.

Ayant fait mon stage en EMASP, je vais détailler ci-après son rôle.

1. Qu'est qu'une EMASP ?

La SFAP les définit comme tel :

> *Les équipes mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) ont pour mission d'apporter une aide, un soutien, une écoute active, des conseils aux soignants qui prennent en charge des patients en fin de vie dans d'autres services. La mission des EMSP concerne : la prise en charge globale du patient et de son entourage familial, la prise en charge de la douleur et des autres symptômes, l'accompagnement psychologique et psychosocial, le rapprochement, le retour et le maintien à domicile, la sensibilisation aux soins palliatifs et à la réflexion éthique.* (SFAP, 2020)

L'EMASP est une équipe pluridisciplinaire composée à minima d'un médecin, d'un infirmier, d'un psychologue et d'un secrétaire. Elle travaille en partenariat avec des bénévoles qui interviennent auprès des patients en effectuant un *« accompagnement relationnel basé sur la présence et l'écoute »* (SFAP, 2020). Cette équipe est implantée au sein d'un hôpital et intervient dans les différents services à la demande des professionnels des services.

> *L'équipe mobile a pour but de faciliter la mise en place de la démarche palliative et d'accompagnement dans les services d'hospitalisation, qu'ils disposent ou non de lits identifiés de soins palliatifs (LISP). Elle participe à la continuité des soins palliatifs au sein de*

> *l'établissement, et au sein du territoire qu'elle dessert lorsqu'elle intervient à l'extérieur de l'établissement, ainsi qu'à la permanence téléphonique.* (circulaire du 25 mars 2008)

Elle a également une mission d'enseignement et de recherche en soins palliatifs ainsi qu'une mission d'accompagnement social et psychologique des proches du malade.

La majeure partie du temps, je remarque que l'appel du professionnel d'un service est considéré par celui-ci comme un *appel à l'aide* puisqu'il appelle souvent quand la symptomatologie est compliquée à prendre en charge et nécessite donc un avis extérieur d'un professionnel davantage formé sur la prise en charge de la douleur par exemple. Cela peut le renvoyer directement à son sentiment d'impuissance. C'est pourquoi, en pratique, je trouve que l'équipe est sollicitée tardivement.

A noter tout de même que cette réticence s'amoindrit avec le temps et l'ancienneté de l'implantation de l'équipe. De plus, je constate que certains services sollicitent davantage l'EMASP que d'autres. Les services d'oncologie (thoracique, digestive et médicale) ainsi que le service de gériatrie appellent plus régulièrement l'équipe contrairement aux services de médecine interne et de cardiologie par exemple. Cela me semble dû à différentes choses. Les services d'oncologie et de gériatrie sont davantage confrontés à des personnes atteintes de maladie graves évolutives, et faire appel à l'EMASP semble ancré dans leurs pratiques. Alors que dans les services de médecine interne et de cardiologie, la majorité des soins sont curatifs. Ainsi, je pense que la connaissance ou non de cette équipe et de son rôle impacte sa sollicitation.

De plus, dans les études médicales ou paramédicales, l'enseignement de la pratique palliative reste minime donc la compréhension de ce système de soins reste lacunaire. Chaque soignant décide ou non de s'y intéresser et d'apprendre le rôle de ces équipes, en fonction de la spécialité médicale qu'il exerce et de son rapport à la mort.

Cependant, l'émergence de cette pratique de soins permet aux soignants qui se retrouvent dans une impasse de faire appel à une équipe soignante formée sur la problématique de fin de vie, les traitements proposés, l'accompagnement des familles, la gestion de la douleur, etc. Ces questions éthiques sont d'ailleurs abordées au sein même de l'équipe, avec un échange interdisciplinaire.

> *Une démarche interdisciplinaire cherche à croiser les analyses de représentants de disciplines différentes afin de mieux comprendre une situation ou un problème et de définir une stratégie commune. Pour autant, cette coopération et cette co-construction n'impliquent pas l'éclatement de la discipline de chaque intervenant. Chacun garde sa propre discipline, son référentiel, son domaine de compétences.* (Mallet & Chaumier, 2017, p.61)

Ainsi, les différents professionnels de l'équipe co-construisent un projet, afin d'avoir une approche globale, au plus près des besoins d'un patient, en se référant à la demande du soignant du service.

2. *Mon lieu de stage*

L'EMASP que j'ai intégrée en tant que stagiaire se trouve au sein d'un grand hôpital. Elle est composée d'un médecin en équivalent temps plein (ETP), de deux infirmières : une en ETP et une en temps thérapeutique à 40%, d'une psychologue à 50%, d'une psychomotricienne à 80% et d'une secrétaire en ETP.

L'équipe se déplace dans les différents services de l'hôpital afin de répondre aux demandes des soignants de chacun des services. Elle peut être sollicitée pour :

- Apporter des conseils pour la prise en charge des symptômes (douleur, insomnie, troubles de l'alimentation, etc.)
- Faciliter le choix d'orientation d'un patient et faire le lien entre les différentes institutions
- Participer au choix thérapeutique pour le patient et aux réflexions éthiques
- Soutenir l'équipe soignante
- Sensibiliser et informer les soignants sur l'approche palliative

Elle a également un rôle auprès des proches du patient pour les soutenir dans leur travail de deuil. Si besoin, elle fera le lien avec différentes associations et professionnels extérieurs pour les accompagner.

Pour cela, l'équipe se rend dans les services qui l'ont sollicité. Elle commence par aller voir les soignants du service pour en savoir davantage sur l'état actuel du patient : quels sont ses traitements actuels ? comment s'est passé sa nuit ? est-il possible de le rencontrer maintenant ou est-il en attente de soins ? Effectivement, l'EMASP doit s'adapter au rythme du service dans lequel elle intervient. Avant chaque rencontre, elle s'informera donc de sa possibilité de rencontre auprès du patient.

Lors de la première rencontre, les professionnels de l'EMASP interviennent en binôme afin d'avoir une vision plus globale d'un patient. S'en suit un retour aux soignants du service. En parallèle, chaque matin, un staff est organisé au sein de l'Unité Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (UMASP). Lors de ce staff, le médecin de l'équipe mobile rend compte des nouveaux évènements pour chacun des patients. Une véritable discussion s'engage pour chacun d'eux afin qu'ensemble ils décident ce qui est le plus pertinent pour le confort du patient : est-ce nécessaire de le suivre régulièrement ? quel suivi est à privilégier et quel soignant est le plus qualifié pour répondre à ses besoins ? Après cela, un suivi peut commencer auprès d'un patient ou d'une famille. Pour la psychomotricienne, une prescription médicale par le médecin de l'équipe est faite.

L'équipe que j'intègre me fait part des nombreux remaniements qu'elle a vécu et qu'elle continue de vivre. Initialement, il y avait deux postes de médecins. Suite au départ d'un médecin après huit mois dans le service, la direction a supprimé le poste. Il ne restait alors plus qu'un poste de médecin : celle

que je rencontre. Elle est enceinte et deux semaines après le début de mon stage, elle part en congé maternité. Le poste n'a pas été remplacé bien que l'équipe ait sollicité de nombreuses fois la direction. Ce manque de personnel entraînera un déséquilibre dans l'équipe ce qui se répercutera dans le soin apporté aux patients. L'activité de chacun va ainsi augmenter, afin de répondre à un maximum de demandes.

Avec la psychomotricienne, nous nous retrouverons ainsi seules dans le service de nombreuses fois. Mes jours de présence étant les jeudis et vendredis matin, je ne verrai pas toujours les mêmes professionnels. La majeure partie du temps, je verrai la psychologue lors du staff matinal et parfois, la seconde infirmière.

De manière générale, l'ambiance est pesante et la frustration de ne pouvoir répondre à toutes les demandes est importante. D'autant plus que certains services commencent à bien intégrer l'EMASP dans leurs prises en charge, et plus précocement. Lorsque l'on intervient dans les services, des soignants viennent vers nous pour nous demander où appeler car ils s'étonnent de toujours tomber sur le numéro de la psychomotricienne. Il n'y a plus de médecin, très rarement une infirmière. Alors comment pallier à ce manque ?

Remontons dans le temps : au passage à la Tarification à l'Activité (T2A), en 2007. Cette application de la loi qui consiste à financer les hôpitaux en fonction des soins prodigués impacte directement la qualité des soins en soins palliatifs. Les professionnels de l'équipe disent courir après le temps et jongler entre les patients, alors qu'avant chacun pouvait gérer sa temporalité et l'adapter au mieux avec celle des patients. Lorsqu'ils ont fait leur bilan annuel de 2018, ils ont constaté qu'ils avaient largement augmenté le nombre de prises en charge. Cependant, en moyenne, chaque patient a été vu moins de fois qu'auparavant. La mise en place de cette loi a augmenté la prise en charge palliative. Par ailleurs, les professionnels de l'équipe sont insatisfaits, ils ont l'impression de devoir penser chiffre au lieu de soin et ce n'est pas ce qui les a amenés à exercer ce métier, me confient-ils.

Dans le monde médical, j'ai pu constater que tout va très vite, lorsqu'il y a un décès dans une chambre, le corps du défunt est emmené dans une chambre mortuaire, caché des yeux de tous. On ne parle pas de la mort. Et dans la journée, le lit sera de nouveau occupé. Les soignants vivent de nombreux investissements et désinvestissements, parfois très brefs. Le temps file, et chacun essaye de s'accrocher à un fil. Dans cette temporalité palliative, comment est-il possible d'être à l'écoute de soi, de l'autre ? J'apporterai des pistes de réponses dans la partie trois où je parlerai davantage du point de vue des soignants.

La compréhension de la dynamique d'intervention de l'EMASP et de l'émergence de la clinique palliative comme vision holistique du patient nous emmène à nous questionner sur le *« vécu même du malade à l'approche de la mort »* (Castra, 2018, paragr. 12).

II. Être patient en fin de vie

Tout au long de mon écrit, ceux que je nommerai comme « patients en fin de vie » seront toutes les personnes pour qui une maladie incurable a été diagnostiquée et annoncée comme telle.

A. L'annonce :

Commençons par le commencement : l'annonce de la maladie. C'est un moment clé dans la prise en charge où la relation soignant-soigné est directement impactée. La parole, aussi dure à prononcer qu'à recevoir, touche directement le médecin, le patient, et par la suite les proches.

La première annonce, celle du médecin envers le patient concernant sa maladie, pourra être suivie d'une deuxième annonce, celle de la prise en soins par l'EMASP. Cette annonce n'est pas des moindres. Comme l'explique Avérous, la violence du mot « palliatif » renvoie directement l'individu à sa finitude. (Avérous, 2019, p.115) Lors de mon stage, je n'ai pas assisté aux annonces faites aux patients pour leurs débuts de suivi en soins palliatifs, j'en ai seulement eu des échos. Certaines personnes étaient en demande, elles entendaient davantage la notion de « soins de confort ». Elles associaient la prise en charge palliative à une médecine douce, une médecine pour leur bien-être. Et peut-être aussi un espace pour parler de cette mort angoissante, et qui a peu de place dans la médecine moderne. Les professionnels de l'équipe mobile, de par leurs formations continues, peuvent accompagner également cette réflexion de fin de vie.

D'autres personnes, au contraire, ne voulaient pas en entendre parler, disaient être en forme et qu'elles n'avaient pas besoin d'être suivi en « palliatif ». Certaines fois, ce sont les proches qui intervenaient avant que cette seconde annonce soit faite au patient : « il n'est pas prêt, il ne faut peut-être pas lui dire, il ne sait pas, etc. » Parfois, cette annonce est d'autant plus bouleversante pour les proches qui ne veulent pas entendre parler de cette prise en charge palliative. Pour eux, leur proche est encore là, et il va bien.

> *Par l'annonce de la maladie grave, le patient se trouve projeté à l'autre pôle de la vie qu'est la maladie, par opposition à la santé ; l'annonce fait vaciller l'existence et l'introduit dans une crise existentielle, avec un rapport désormais anxieux et non plus insouciant au temps.* (Dumont, 2015, pp. 23-24)

Le temps. Cette notion mise entre parenthèses, et qui pourtant rythme nos vies. *« On voit le temps moins intensément qu'on ne le "vit". »* (Carric, 2014, p.248) Effectivement, la perception du temps est avant tout subjective, elle dépend de nos expériences et de la coloration de celles-ci. L'annonce d'une

maladie vient teinter la conception du temps de la personne. *« Le temps n'est pas une dimension abstraite à la surface des choses, c'est le mouvement concret, réel de ma vie interne, de mon vécu. »* (Carric, 2014, p.248)

L'annonce d'une maladie, ou d'un passage en soins palliatifs vient changer la perception du temps de la personne. Elle est premièrement perçue comme un temps mort, un temps d'arrêt avant que la parole ne fasse sens. S'en suit alors une course contre le temps de la maladie comme si le temps s'accélérait et raccourcissait par la même occasion le temps de l'existence. Les jours semblent comptés et le temps restant, incertain. Il n'y a pas de date butoir, seulement des pronostics. Ce temps semble échapper au patient, comme s'il se trouvait dans un entre-deux entre la vie et la mort, qui peut basculer à chaque instant. Comment le patient peut-il donc garder un équilibre psychocorporel face à ces dires ?

B. Les étapes du « *Mourir » :*

Kubler-Ross propose cinq étapes pour décrire les mouvements psychiques du sujet à ce stade de la vie. (cité par Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007, pp. 43-45) Bien évidemment, ces stades servent de référentiel théorique pour comprendre les remaniements psychiques d'un patient. Ils ne se veulent ni exhaustifs, ni normatifs.

La première étape est celle du refus et de l'isolement. Le patient est en état de choc. C'est comme un arrêt du temps, une pause. L'état de sidération est tel qu'il va provoquer un repli sur soi, tant corporel que psychique. Le patient se crée une carapace que rien ne pourra altérer. Les paroles de l'annonce ne prendront pas de sens pour le patient. *« L'appareil psychique ne peut voir surgir cette réalité externe qui déferle dans le monde interne où règne une inconsciente immortalité. »* (Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007, p. 43) Le patient est dans le déni.

La seconde étape est celle de la colère et de la révolte. Le patient a une rage en lui, une incompréhension du « pourquoi lui » qu'il déverse sur ceux qui se trouvent à sa portée : soignants, familles, etc. Il cherche à donner un sens à sa maladie et essaye de trouver le ou les responsables. L'agressivité, la projection, le clivage, sont des mécanismes de défenses permettant au patient de contenir sa souffrance et sa tristesse.

La troisième étape est celle du marchandage. Le patient veut pouvoir aboutir certains projets avant de disparaître. Ici ce qui œuvre est la pensée magique, l'idéalisation et la toute-puissance. Le patient imagine pouvoir contrôler le temps, et pouvoir ainsi définir quand sera la date butoir.

La quatrième étape est celle de la dépression. Cette étape surgit lorsque tous les signes vont dans la même direction : un changement, une fin en soi. Les symptômes cliniques se multiplient. Le corps

change et s'amaigrit. Le milieu social s'amenuise, le lien aux autres change. A ce moment, chaque patient réagit à sa manière pour faire le deuil : en s'isolant ou en demandant de l'aide.

La cinquième et dernière étape est celle de l'acceptation. Cette étape est possible si l'accompagnement a été contenant et compréhensif. Alors, le patient se laisse aller, comme un lâcher-prise, un détachement de toute vie. Cette phase est apaisante pour le patient, dépourvue de douleur.

Chaque étape décrite par Kubler-Ross soulève diverses angoisses.

C. Les angoisses :

L'angoisse se distingue de l'anxiété car c'est une peur sans objet, qui s'accompagne de manifestations somatiques et neuro-végétatives. (Bevillard, 2011, p.17)

> *L'angoisse est une réaction qui se présente au sujet à chaque fois qu'il se trouve dans une situation plus ou moins traumatique, c'est-à-dire qu'il est soumis à un afflux, trop important pour lui, d'excitations d'origines externes ou internes, excitations non maîtrisables et non compréhensibles.* (Pireyre, 2015, p. 141)

En soins palliatifs, la principale angoisse dont découle toutes les autres est l'angoisse de mort. Selon Tribolet : *« pour approcher au plus près du phénomène de l'Angoisse il faut percevoir cette "mort" qui est constitutive de notre propre fonctionnement psychique, constitutive de notre inconscient. Il est courant de dire "Toute angoisse est angoisse de mort". »* (Tribolet, 1997, p.20)

Toute angoisse signifie qu'il y a une souffrance sous-jacente. En soins palliatifs, le patient souffre de vivre sa fin de vie. La mort sort de fait du domaine de l'inconscient et vient faire effraction dans le fonctionnement psychique de l'individu. Cette angoisse de mort est caractérisée par un sentiment d'impuissance face à cet inconnu futur et sa finitude à venir. Elle peut entraîner la manifestation de différentes angoisses, que je vais énumérer ci-après : l'angoisse de morcellement, de liquéfaction, de séparation ou d'abandon, de castration ou encore de chute.

Afin de pallier à ses angoisses, le patient met en place des mécanismes de défenses. Ceux-ci sont importants pour réduire l'impact de sa souffrance originelle. Tout un chacun met en place des mécanismes de défenses, pour faire face aux diverses souffrances quotidiennes. C'est le juste équilibre de ceux-ci et leurs conscientisations qui permet un bien-être psychocorporel.

D. Les mécanismes de défense :

Les mécanismes de défense, aussi appelés mécanismes psycho-adaptatifs par la SFAP, sont des *« fonctionnements inconscients qui apparaissent suite à la perception de l'imminence d'un danger, notamment de la mort. Ils visent à réduire les tensions psychiques internes, notamment l'angoisse »* (SFAP, 2020). Ils sont mis en place par les patients et leurs proches, ainsi que les soignants. Il est important de les prendre en compte dans la relation thérapeutique, bien qu'ils soient fluctuants et imprévisibles.

Ruszniewski, psychologue clinicienne en soins palliatifs, définit divers mécanismes de défense existant chez les patients faisant face à une maladie grave. L'angoisse de mort ainsi générée contraignent les patients *« à recourir à des subterfuges inconscients, susceptibles de le soustraire à cette foudroyante réalité »* (Ruszniewski, 1999, p.38). Elle précise que ces mécanismes de défense ainsi que leur degré de manifestation divergent en fonction des personnes et également en fonction de l'avancée de la maladie.

1. L'annulation :

Le patient annule l'expression de la parole du soignant comme s'il annulait la maladie, cette *« représentation insupportable de la réalité »* (Ruszniewski, 1999, p.39). Ainsi, une annonce d'une quelconque maladie grave ne sera pas assimilée par le patient, qui pensera toujours être en bonne santé.

Ce mécanisme se manifeste souvent aux abords de l'annonce mais tient peu dans le temps car la réalité des soins et de l'état corporel rend impossible sa durabilité.

2. La dénégation :

Le sujet accepte une part de la réalité, celle qui est tolérable et ne met pas sa vie en jeu. Il rejettera ce qui sera trop douloureux pour lui, une réalité encore intolérable. Ainsi, un patient demandera des informations précises concernant son état de santé à son médecin, mais lorsque celui-ci voudra lui délivrer ces informations, le patient changera directement de sujet, ou associera ses symptômes à une maladie de moindre gravité.

3. *L'isolation :*

Le patient clive le somatique et l'affectif. Il reconnaît la menace, l'a entendu et « intellectualisée ». Cependant il ne la fera pas sienne. Il parlera de *la* maladie et non de *sa* maladie. Son discours portera sur la maladie et les symptômes de manière très rationnelle, dénué d'émotionnel.

4. *Le déplacement :*

L'angoisse de sa maladie étant insupportable, le patient déplace une angoisse inhérente à sa maladie sur un élément substitutif à celle-ci ou à un élément sans rapport apparent. Cela lui permet ainsi d'exprimer son angoisse, mais en l'atténuant.

Vignette clinique

Monsieur L. a 62 ans et est en phase terminale de son cancer. Je le rencontre avec la psychomotricienne pour un transfert en USP trois jours après. *« Plus que deux mois à vivre »*, nous répète-t-il plusieurs fois. Cet homme s'adresse à nous de manière agressive. Il interroge notre venue et la légitimité de nos questionnements. Il ne comprend pas pourquoi nous venons alors *« qu'il n'a plus que deux mois à vivre »,* nous répète-t-il. *« J'ai un cancer vous savez »*. Il reconnaît cette réalité. Cependant, une fois que sa posture agressive s'atténue, c'est un homme recroquevillé qui apparaît sous nos yeux. Il semble révolté que cette maladie lui soit tombée dessus. Il répètera plusieurs fois combien l'avenir de son fils de 22 ans lui est cher. Et dans un même temps, il en voudra à son fils de ne pas être à ses côtés en ce moment.

Pour moi, ce monsieur alterne entre différentes émotions et ne sait plus quelle attitude avoir : révolte ? rémission ? plainte ? Comme si la construction de ces mécanismes de défense était en plein remaniement, pour qu'il puisse y trouver son équilibre. Je fais également le parallèle avec les étapes du mourir[3] précédemment décrites. Il me semble qu'au début de la séance, Monsieur L. s'adresse à nous avec une certaine colère, comme dans l'étape trois. Ensuite il se replie sur lui-même, ce qui nous renverrait à la quatrième étape, celle de la dépression. Se référer à la théorie nous amène des pistes de réponses pour mieux comprendre ce qui se passe pour Monsieur L.

A la fin de la séance, j'ai l'impression qu'il déplace ses angoisses sur une angoisse moins massive : celle de l'avenir de son fils.

[3] cf. *supra* II. B.

5. La maîtrise :

Le patient tente par ce mécanisme de se convaincre qu'il maîtrise sa vie. Pour cela certains utilisent la rationalisation, d'autres l'humour et l'irrationalité, et d'autres encore le respect de certains rites obsessionnels.

Vignette clinique

Monsieur P., a 77 ans et est atteint d'un cancer du poumon métastasé. Lors d'une séance en psychomotricité, Monsieur P. questionne ses fourmillements au niveau de l'extrémité de ses doigts : *« c'est quoi déjà ces neuro… neuro-quoi ? »* - *« neuropathies ».* Monsieur P. questionnera de nombreuses fois pour obtenir le vocabulaire médical précis utilisé pour parler de ses différents symptômes. Il me semble que cela sous-tend une certaine maîtrise en rationalisant ses symptômes en les nommant.

La séance suivante, Monsieur P., ayant bien identifié notre rôle, à la psychomotricienne et moi-même, répondra en scannant ses éprouvés corporels à la question *« comment allez-vous aujourd'hui ? ».* Monsieur P. est ce jour-ci très douloureux, notamment au niveau de son épaule droite où il a des métastases osseuses. Un traitement morphinique lui a été prescrit, ainsi il peut s'auto-administrer des doses de morphines par bolus[4], grâce à la mise en place d'une PCA[5]. Cependant, il nous exprime ne pas vouloir enlever cette douleur. Nous comprendrons après un échange sur son vécu corporel que sa douleur à l'épaule lui sert de baromètre pour évaluer l'avancée de son cancer. Ainsi il expliquera nombre de ses éprouvés corporels douloureux par *« c'est normal, c'est le cancer »*.

6. La régression :

Ce mécanisme de défense opère différemment des précédents. Le sujet ne cherche pas à nier sa maladie. A l'inverse, il vit seulement par sa maladie. Il se fond en elle. Les patients préfèrent *« s'y nicher dans un repli total de leur être, engendrant alors un amoindrissement de leur maturation affective et psychique »* (Ruszniewski, 1999, p.50). Le sujet adopte souvent un comportement infantile, ne laissant aucune place à quelconque autonomie psychique, ni physique. Le sujet peut même aller jusqu'au non-contrôle de ses sphincters. Ce mécanisme est souvent une *« fonction adaptative et temporaire »* (Ruszniewski, 1999, p.52). La personne en sort lorsqu'elle aperçoit une nouveauté, qu'il y a une lueur d'espoir dans son pronostic.

[4] Injection rapide et brève d'une substance dans un vaisseau sanguin
[5] Pompe de perfusion sous-cutanée permettant au patient de s'auto-administrer de la morphine

Vignette clinique

Madame A. a 84 ans, elle est atteinte d'un cancer du poumon. C'est une femme que l'on rencontre en trinôme : l'infirmière, la psychomotricienne et moi-même. La demande de suivi par l'EMASP vient des infirmières du service. Cette dame est très douloureuse, et les antalgiques (notamment la morphine) ne la soulagent pas.
Lorsque l'on entre dans sa chambre, Madame A., après une brève saccade oculaire sur chacune de nous, verbalise : « je me sens mal, mal, mal. », « papa, maman, j'ai mal. ». Cette femme semble chercher l'étayage soignant sur l'origine de ses plaintes, comme un nourrisson qui a besoin de sa mère pour qu'il situe ses besoins. Ainsi par des questions précises sur son vécu corporel nous allons déterminer si ses plaintes sont globales ou localisées. Puis nous chercherons avec elle des positions qui lui sont plus confortables, en ajoutant des traversins par exemple.

7. *La projection agressive :*

Ce mécanisme est à l'antipode de la régression. Le patient, anéanti par son sentiment d'inutilité, projette de manière agressive sur son entourage la responsabilité de ses maux. Ainsi l'environnement ne correspondra jamais aux besoins du patient, que ce soit l'environnement matériel, médical ou psychique. C'est comme si le patient faisait « l'enfant gâté » : il est capricieux, colérique et exigeant. C'est une *« ultime forme de révolte pour tenter d'abattre la maladie »* (Ruszniewski, 1999, p.54).

Vignette clinique

Madame R. a 58 ans. Elle a un cancer du sein métastasé au pied droit. Je rencontre pour la première fois cette dame. Ma maître de stage, elle, la suit depuis trois jours afin de favoriser l'investissement de son corps et permettre l'intégration d'une enveloppe corporelle sécurisante.

Cette dame m'explique donc la situation de son cancer. L'évolution, selon elle, serait dû à son ancienne oncologue *« qui n'a pas bien fait son travail ». A contrario*, elle idéalise la psychomotricienne avec qui tout est positif, elle est à l'écoute et fait des miracles avec ses massages. Un réel clivage entre le bon (la psychomotricienne) et le mauvais (l'ancienne oncologue) s'opère chez cette dame.

Le médecin est souvent la cible privilégiée de cette projection agressive. (Ruszniewski, 1999, p.53) Selon moi, cela est dû au fait que le médecin est celui qui délivre les informations concernant l'avancée de la maladie et celui qui est censé guérir.

8. *La combativité / la sublimation :*

Pour le patient comme pour l'entourage, ce mécanisme est moins coûteux et plus positif. La personne, consciente des répercussions corporelles qui vont suivre, va puiser dans ses ressources internes pour trouver un mieux-être psychique. Cela aura des répercussions positives sur son état physique. Certains peuvent également aller jusqu'à la sublimation : le don de soi pour aider les autres. Les personnes utilisent leurs ressources pour entamer des projets dirigés vers les autres. *« Tout se passe comme si l'intensité même du présent pouvait atténuer la souffrance à venir ; sans s'en trouver pour autant annulée. »* (Ruszniewski, 1999, p. 56)

Tous ces mécanismes de défenses sont comme des armes nécessaires pour le patient, pour ne pas s'effondrer physiquement et psychiquement. Ils sont essentiels et permettent au patient de trouver des ressources internes afin de traverser cette phase délicate qu'est la phase palliative.

> *En effet, patients, familles et soignants sont face aux réalités d'une mort annoncée et aux processus psychologiques du deuil. Ceci suscite généralement de vives réactions émotionnelles d'une part et, d'autre part convoque le corps global car tous les espaces - de la psyché au soma - sont mis à l'épreuve.* (Narbonnet & Vaysse, 2007, p. 161)

Après avoir abordé les souffrances avant tout psychiques, que pouvons-nous dire concernant le corps ? Etymologiquement, la maladie somatique est une *maladie du corps* puisque « somatique » vient de la racine grecque *soma*, qui signifie *corps.* Le corps est ainsi directement impacté. Pour un souci de compréhension j'ai séparé la partie sur le psychique de celle sur le corps, cependant, en réalité, les deux sont intimement liées.

E. Un changement de corps, d'accord ?

« De nombreux patients en soins palliatifs sont confrontés à des maladies et à des traitements qui déforment leur corps, support archaïque de leur identité, et se demandent alors si celui-ci reste bien le leur. » (Avérous, 2019, p.130)

Effectivement, leur corps se voit modifié. Ces changements corporels visibles entraînent une atteinte narcissique de la personne. Elle ne se reconnaît plus dans son corps. La personne doit faire le deuil de son physique d'*avant la maladie* : avant les tumeurs, les gonflements, les paralysies, les perfusions, la perte de cheveux, l'amaigrissement, etc. Ces nombreux changements impactent également la relation à l'autre : comment se montrer à l'autre si on ne se reconnaît plus soi-même ? Quelles sont les principales atteintes psychocorporelles rencontrées chez les patients en soins palliatifs ?

1. Les atteintes psychocorporelles :

1. Troubles psychomoteurs

Troubles du schéma corporel :

Le schéma corporel est la représentation tridimensionnelle que l'on a de notre corps dans l'espace. Il est *« édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification »* (Ajuriaguerra, 1970, p.239).

Cette représentation corporelle dynamique est donc en perpétuel mouvement en fonction des affluences sensorielles.

Dans la maladie somatique, les sensations sont différentes et bouleversées. Elles peuvent être intenses lorsqu'elles sont intrusives (perfusions), ou manquantes au niveau proprioceptif, par la diminution de mouvements et les potentielles atteintes neurologiques. Le corps change intérieurement comme extérieurement et le patient n'a pas toujours le temps d'intégrer ces modifications. La reconnaissance des différentes parties du corps sera impactée, allant parfois jusqu'à l'asomatognosie. Le patient aura des difficultés à trouver des repères stables dans son corps.

Vignette clinique

Madame S. est une femme de 44 ans, atteinte d'une cardiopathie congénitale[6]. Elle est entrée dans le service de médecine interne suite à une nouvelle décompensation cardiaque dû à une atrésie pulmonaire à septum ouvert[7] de stade 3. Elle est suivie en psychomotricité pour des angoisses importantes. Un travail de reconstruction d'une enveloppe corporelle sécurisante est fait en utilisant la médiation du toucher, qu'elle associera directement à du « massage ».

Madame S. est alitée depuis son hospitalisation, c'est-à-dire depuis deux semaines. Elle a eu de nombreuses perfusions, qui se voient sur la peau de ses bras marqués par de nombreux hématomes. Son haut du corps semble surinvesti, contrairement au bas de son corps. D'ailleurs, lorsqu'elle touchera ses jambes, elle parlera de ses pieds. Ce qui se situe en dessous de son bassin est réduit à cette nomination des pieds.

[6] Cardiopathie congénitale : maladie du cœur survenant dès le début de l'embryogenèse.
[7] Atrésie pulmonaire à septum ouvert = cardiopathie congénitale complexe où il déviation antérieure du septum conal.

L'alitement prolongé entraîne une diminution d'afférences sensorielles. Le cerveau reçoit ainsi peu d'informations, ce qui ne permet pas une bonne intégration du schéma corporel. De plus, en position allongée, la mobilité des jambes est faible et leur fonction principale de marche ne peut être exercée. Chez Madame S., ces répercussions d'ordre sensoriel et émotionnel semblent entraîner un désinvestissement du bas de son corps.

Trouble de l'image du corps :

Le schéma corporel et l'image du corps sont intrinsèquement liés. Ainsi, lorsqu'il y a un trouble du schéma corporel, cela sous-tend souvent un trouble de l'image du corps. L'image du corps est la représentation affective, relationnelle et inconsciente que l'on a de son propre corps.

> *Elle participe au sentiment d'exister. […] Cette image est également blessée lors d'une atteinte organique. Dans ces circonstances, des sensations inhabituelles font irruption dans le corps, alimentent l'imaginaire et réveillent des fantasmes qui ont besoin de prendre sens (par exemple : peau qui éclate, os qui s'effritent, etc.).* (Aflalo, J. et al., 2016, p.229)

Ce trouble peut se manifester par une diminution de l'estime de soi, une honte de son corps. Cela entraîne un désinvestissement corporel avec une perte progressive de l'autonomie. Certaines angoisses peuvent également apparaître, comme une angoisse de morcellement (la personne ne voit plus son corps comme une seule et même entité), ou une angoisse de liquéfaction (angoisse de s'écouler et de se répandre).

Vignette clinique

On retrouve chez Madame S. des troubles de l'image du corps. La médiation du toucher a été proposée pour recontacter son corps qu'elle semble dévaloriser. Elle verbalise d'ailleurs : *« Je ne suis pas bien dans mon corps. »*

Lorsqu'on lui propose de dessiner un personnage, Madame S. dit *« je commence par le corps ».* On peut donc supposer un clivage entre la tête et le reste de son corps. Nous lui proposons de donner un titre à son dessin. Il s'appelle *« en bonne forme ».* Elle nous explique qu'elle s'est dessinée lorsqu'elle avait 16 ans, *« en bonne forme »* pour parler de la santé et de la corpulence. Elle aimerait être davantage corpulente, nous confie-t-elle.

L'image du corps est une appréciation que l'on a de son corps. Lors de cette séance, Madame S. semble avoir une image négative d'elle-même et ne semble pas apprécier les changements corporels entraînés par sa maladie.

Troubles de l'orientation spatio-temporelle :

Des changements opèrent de manière brutale dans le quotidien de la personne. Le passage du domicile à l'hôpital, se restreignant parfois à la chambre ou au lit, modifie les repères spatio-temporels de la personne. Le rythme journalier de la personne dépend avant tout des soins qui lui sont prodigués. De plus, les repères spatiaux sont également bouleversés par la perte de repères corporels stables, or ce sont ceux qui nous permettent de nous repérer dans l'espace en premier lieu. On se déplace dans l'espace grâce à nos repères corporels propres.

Cela impacte également la vie sociale et professionnelle de la personne. Elle passe du statut de travailleur à celui de patient. La perte d'autonomie et la dépendance aux autres augmentent. Par la même occasion, les relations et communications avec les proches s'en voient modifiées.

Ce changement de cadre spatio-temporel peut être difficile à intégrer de par la rapidité des modifications. On peut donc voir apparaître des troubles de l'orientation spatio-temporelle où la personne a du mal à se situer dans le temps et dans l'espace, allant même parfois jusqu'à une désorientation temporo-spatiale.

Vignette clinique

Lors de la première rencontre, Monsieur P. est désorienté dans le temps. Il est allongé dans son lit, les mains jointes sur son bas ventre. Il a les yeux fermés mais les entre-ouvre par moment. Au début de la séance, sa femme est présente puis au fil du temps, nous lui suggérons qu'il serait préférable de sortir de la chambre pour laisser l'espace de la séance à son mari, ce qu'elle accepte. Aussitôt, Monsieur P. referme les yeux et les rouvre pour nous questionner sur l'heure qu'il est. Dans un même mouvement, il regarde sa montre, et verbalise *« c'est dur de savoir l'heure qu'il est ».* Nous faisons l'hypothèse qu'il dit ceci au vu du contexte hospitalier où les jours se ressemblent et les repères ne sont pas les mêmes que chez lui. Puis la psychomotricienne lui demande : *« je n'ai pas de montre, pouvez-vous me dire l'heure qu'il est ? »* - *« 17h ».* Il est midi et demi, et lorsqu'on lui en fait part, il répond en souriant *« oh bientôt l'heure du repas à 13h… »* puis referme les yeux.

Le contexte d'hospitalisation et d'alitement prolongé semble ainsi avoir impacté la représentation temporelle de Monsieur P.

Troubles du comportement :

A l'avancée de sa maladie, la personne observe les changements qui se produisent dans et sur son corps. Cela peut mettre à mal son estime d'elle-même et peut entraîner différents troubles du comportement: inhibition, agitation, confusion, etc.

Vignette clinique

Madame B. est une femme de 46 ans, atteinte d'une leucémie. Une indication en psychomotricité est faite pour des troubles du comportement : Madame B. a eu un état de confusion dans la nuit qui perdure ce matin.

Lorsque nous rencontrons cette femme, elle est allongée dans son lit du fait de sa paraplégie. Madame B. est chauve et son corps nous semble fait de paradoxes. Sa tête est de taille importante et repose sur un cou fin ; ses mains sont de grandes tailles, alors que ses bras sont minces. Sa corporéité nous bouscule. De plus, Madame B. est amimique avec un regard fixe et pénétrant. L'équipe du service nous a expliqué que leurs communications avec Madame B. restaient distantes et protocolaires. Nous la questionnons sur son vécu corporel et ses réponses sont paradoxales : *« J'en ai marre des questions sur ma nuit, je ne sais pas ce qui s'est passé »* puis elle poursuit *« je suis allée courir dans la forêt … mais en même temps ce n'est pas possible puisque sinon j'aurais de la terre sous la voûte plantaire, mais je n'ai rien, j'ai vérifié. »*

Madame B. est confuse et semble avoir du mal à différencier le temps réel du temps imaginaire. Cela peut entraîner des moments d'agitation ou de repli sur elle-même car *« personne ne la croit »*, nous confie-t-elle.

Troubles tonico-émotionnels :

Le tonus est l'état de légère tension des muscles au repos. Cette contraction permanente et involontaire constitue la toile de fond des activités motrices et posturales du sujet.

« Selon H. Wallon, " les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire". » (Aflalo et al., 2016, p.229) Le tonus et les émotions sont donc intrinsèquement liés.

Les personnes en fin de vie peuvent présenter des troubles tonico-émotionnels : chroniques, transitoires ou réactionnels. Le tonus est une des modalités principales de la communication non-verbale. C'est la première à apparaître et la dernière à disparaître. Pour reprendre les dires de Lefèvre,

la régulation tonique constitue la vie, puisque la définition psychomotrice de la mort est l'absence de tonus. (Lefèvre, 2020)

Ainsi, nous retrouvons différents troubles tonico-émotionnels: les dystonies, les réactions de prestance, les syncinésies, les paratonies, les tics, les bégaiements, ou encore les tremblements.

Ces troubles peuvent venir d'une anxiété somatisée et de la douleur. Ils impactent le comportement de la personne : inhibition ou agitation psychomotrice, instabilité, agressivité, confusion, etc. De plus, le tonus étant *« le vecteur majeur de la communication non verbale »* (Aflalo et al., 2016, p.229) cela impactera les relations avec un trouble de la communication. Ces troubles « *peuvent être majorés par le contexte émotionnel et/ou psychoaffectif. »* (Aflalo et al., 2016, p.229)

2. Problématiques psychomotrices :

Dans leur article sur la *Psychomotricité en Soins Palliatifs,* Aflalo & al (2016) ont évoqué différentes problématiques psychomotrices rencontrés chez les patients en soins palliatifs.

Atteinte de l'axe corporel :

Un alitement prolongé ainsi que la mise en place d'un matériel médical comme les perfusions, les poches, les drains, etc., impactent la conscience de l'axe et la verticalité avec une diminution de la motricité. Les patients peuvent verbaliser leur tristesse de ne pouvoir marcher. Ils ont une faible estime d'eux-mêmes, ce qui impacte leurs relations avec des attitudes de repli sur soi par exemple.

Un manque d'ancrage :

Les stimulations plantaires, proprioceptives et vestibulaires sont pauvres lorsqu'il y a un alitement prolongé. Cet appauvrissement de sensations peut être accentué lorsque les personnes ont des troubles de la sensorialité, notamment dû à différentes chimiothérapies. Cela accompagné d'une perte de repères propre ainsi qu'une difficulté à s'inscrire dans le présent peut provoquer un manque d'ancrage chez certaines personnes.

Vignette clinique

Madame S., lors d'une séance en psychomotricité, verbalise : *« là en médecine interne je suis bien, je ne bouge pas, j'aimerais mais en même temps j'ai peur de voir que ça ne va pas. »*

Le parcours de soins de Madame S. a débuté très tôt, puisqu'elle a été diagnostiquée à l'âge de 9 ans d'une cardiopathie congénitale. Les soins s'en sont suivis, avec parfois des décompensations cardiaques nécessitant des soins plus importants. Cette fois-ci, Madame S. est en service de médecine interne, après un séjour de deux semaines en cardiologie. Ces changements à répétition perturbent les repères de Madame S., allant jusqu'à la perte de repères internes où son corps lui fait défaut.

Lors d'une autre séance, Madame S. nous dit dormir sur le côté de son lit, en position semi-allongée car si elle se met au milieu, elle *« se sent comme dans un puit ».* Effectivement, le milieu du lit est davantage en creux et affaissé. Madame S. souhaite donc se mettre sur le côté afin de tenir, ce qui sous-tend sûrement une angoisse d'effondrement.

Une atteinte de l'enveloppe :

Cette problématique est fréquemment retrouvée en soins palliatifs, notamment lorsqu'il y a des troubles du schéma corporel ou que les patients suivent des traitements importants, nécessitant de nombreuses perfusions. Leur enveloppe corporelle est attaquée et intrusée par la maladie et les dispositifs médicaux. Elle peut être poreuse et la différenciation de soi et de l'autre, du dedans et du dehors est perturbée. On peut observer des angoisses de liquéfaction ou de morcellement. Pour pallier à cela, on constate souvent un comportement d'hypercontrôle et une *« difficulté de circulation dedans-dehors (respiration, transit, etc.) »* (Aflalo et al., 2016, p. 231).

Vignette clinique

Comme je l'ai indiqué précédemment, Madame S. est une femme suivie en psychomotricité pour des angoisses somatisées.

Une pose d'un Picc-Line[8] vient d'être effectuée. Madame S. en parle beaucoup, et dit avoir eu très peur. Son regard reste fixé dessus, et elle justifie toutes ses douleurs du côté gauche de son corps par ce cathéter : c'est *« dû à ça »*, nous dit-elle.

De par la fixité de son regard, on imagine que Madame S. est dans l'hypercontrôle en scrutant constamment le Picc-Line, comme pour vérifier sa présence à cet endroit précis.

[8] Cathéter veineux central afin de diminuer les piqûres effectuées sur les veines des patients.

Elle est dans la rationalité en expliquant nombre de ses ressentis par des éléments extérieurs à elle-même qui lui ont été mis. La pose de ce cathéter a d'ailleurs suscité de nombreuses discussions préalables avec son médecin qui la suit depuis ses neuf ans. Tout de même cela s'est avéré nécessaire puisque Madame S. ne pouvait plus supporter de perfusions sur ses avant-bras qui étaient devenus hypersensibles et douloureux. C'est donc à contrecœur qu'elle a accepté cette opération qui semble mettre à mal l'imperméabilité de son enveloppe corporelle, d'autant plus que cette dernière était déjà fragilisée par les nombreuses perfusions que Madame S. a pu avoir sur ses avants bras.

Un trouble de la régulation tonico-émotionnelle :

Ce trouble s'observe lorsque la personne n'extériorise pas ses émotions et a un plexus solaire verrouillé. La personne se crée une carapace tonique afin de contenir toutes ses émotions. Elle peut également avoir des angoisses d'effondrement.

Vignette clinique

Monsieur F. est un homme de 72 ans, hospitalisé pour un cancer du poumon. Lorsqu'on le rencontre, il est alité et semble peu interroger notre venue. Il est amimique. La discussion sera entrecoupée de nombreux moments d'absence où il restera figé dans une position, quand bien même il lui faut supporter le poids contre la gravité, comme un bras en l'air par exemple. Cela me fait penser que Monsieur F. a des paratonies. Ce sont des *« anomalies de la contraction musculaire qui se traduisent par une immobilité de résolution musculaire volontaire »* (Aflalo et al., 2016, p.229). Pour cacher ses absences, Monsieur F. semble s'attacher au dernier mot que l'on a dit, et en fera une interprétation, parfois hors sujet.

Une dissociation somatopsychique :

Ce clivage entre le corps et l'esprit se caractérise par une perte d'écoute sensorimotrice et une difficulté d'introspection. Cela peut amener des dissociations au sein même du corps : entre le haut et le bas, la gauche et la droite, la tête et le corps, etc. Ainsi, on retrouve des troubles de la coordination chez certains patients.

Vignette clinique

Monsieur A. est un homme de 58 ans. Il a une tumeur cervicale grandissante, entraînant une compression du tronc cérébral, siège de plusieurs fonctions vitales comme la régulation de la respiration ou du rythme cardiaque. Il est donc en phase terminale.

Nous le rencontrons sur demande de l'équipe car Monsieur A. a de nombreux comportements agressifs et revendicateurs envers l'équipe soignante. Effectivement, lorsque nous le voyons, il nous exprime sa colère envers les soignants qui *« ne veulent pas lui faire une douche debout »*. L'aide-soignante passe pendant notre séance et il lui affirme qu'il ne fera pas de toilette au lit mais bien dans la douche. Monsieur A. se sent persécuté et pense qu'on ne veut pas lui octroyer ce droit. Il ne lui est pas possible de voir sa perte d'autonomie et de capacités. Il en est de même lorsqu'un Dujarier lui est donné suite à une fracture de l'humérus droit afin que son bras droit soit maintenu : il refuse de le mettre.

Les comportements de refus de Monsieur A. me font penser qu'il dissocie son corps sain de son corps malade. Il se sent apte à se doucher debout et ne tient pas compte de l'altération de ses capacités corporelles.

2. Qui dit corps dit psychomotricien ?

Face à ces différents troubles on voit se dessiner les modalités d'intervention du psychomotricien en soins palliatifs. Le psychomotricien porte une attention globale sur le patient puisqu'il s'intéresse à lui comme une seule et même entité corps-esprit. Ainsi, à travers diverses médiations, son rôle sera de permettre au patient une meilleure intégration psychocorporelle.

Cocaign définit l'approche psychomotrice en soins palliatifs comme :

> *Une proposition relationnelle d'étayage corporel, […] une invitation à accueillir le vécu corporel propre de la personne avec ses empreintes, traces sensibles, cicatrices bruyantes ou silencieuses. C'est une rencontre avec sa réalité dans l'ici et maintenant. Cette réalité est porteuse de projets futurs mais aussi de peurs, de croyances, de fantasmes sur un corps marqué par sa finitude.* (Cocaign, 2012, p. 62)

Pour ce faire le psychomotricien commence par effectuer une évaluation psychomotrice afin de dégager un projet thérapeutique. Celle-ci se caractérise par une observation attentive des différentes capacités psychomotrices du patient, à savoir : ses capacités relationnelles, son tonus, sa posture, son schéma corporel, son estime de lui-même, sa motricité globale et fine, sa représentation temporelle et spatiale et sa sensorialité. Il est également attentif à toute la sphère psycho-affective du patient, et

les éventuelles réactions tonico-émotionnelles. Suite à cela, il construit un projet thérapeutique avec le patient, afin qu'il soit acteur et qu'il adhère au projet, la motivation de celui-ci étant à mettre en avant. S'en suivent les séances avec un cadre particulier puisqu'une adaptation au rythme institutionnel ainsi qu'au rythme du patient est nécessaire. Dans ce cadre de travail auprès de personnes en fin de vie, pouvons-nous, en tant que thérapeute, faire l'impasse de *« penser la mort »* ? (Bertrand, 2010, p.62)

« Penser la mort », *« c'est aussi "sentir " comment cette idée nous investit, nous travaille dans notre globalité d'être au monde, à différents niveaux, corporel, affectif, intellectuel et spirituel, ce qu'elle paralyse en nous ou ce qu'elle dynamise. »* (Bertrand, 2010, p. 62) Être en relation avec des patients en fin de vie nous amène à « penser la mort » par rapport à notre propre histoire, nos propres pertes. Cela viendra colorer notre façon d'être avec l'autre, à chacune des rencontres, ainsi que notre manière d'être soignant.

Cependant, nous en revenons à la problématique initiale : comment ce suivi peut-il se faire dans l'ici et maintenant ? Quels sont les modalités pour que cela soit possible ? Pour cela, je vous propose de nous intéresser au point de vue des soignants de manière générale, puis plus précisément au point de vue du psychomotricien, pour qui le vécu corporel du patient est au centre de son travail.

III. Être soignant auprès de patients en fin de vie

De manière générale, lorsque l'on questionne un soignant sur sa vocation initiale à le devenir, les réponses sont orientées vers une volonté de soigner, de guérir. Lorsque l'on s'intéresse au contenu des cours des différentes formations médicales et paramédicales, peu de cours sont dédiés à l'approche palliative et à l'accompagnement de fin de vie et des symptomatologies difficiles.

De fait, les soignants exerçant dans le domaine palliatif font des formations complémentaires afin d'accompagner au mieux les patients, les familles et les équipes soignantes. Cependant, cet accompagnement n'en reste pas moins difficile et peut bouleverser leurs vécus nécessitant ainsi des aménagements de leur part.

A. Leurs vécus :

Travailler en soins palliatifs suggère de travailler auprès de patients en fin de vie. Bien que l'approche palliative prône l'idée que la mort fait partie de la vie, *« l'inconscient œuvre pour reléguer cette réalité intolérable dans les oubliettes »* (Guiose, 2005). D'ailleurs, suite à un décès, le corps du défunt est emmené au service funéraire, qui se trouve dans un autre lieu, souvent au sous-sol de l'hôpital. Ce clivage géographique permet de séparer la mort de la vie. Par cette simple idée de séparation géographique, l'idée imaginaire de contagion de la mort semble s'amoindrir. Cela se poursuit également par l'utilisation des termes « il est parti » ou encore « il nous a quitté » préférés à celui-ci : « il est mort. » La distanciation par des mots moins évocateurs permet aux soignants de se protéger de cette angoisse de mort massive.

Tout de même, le soignant est sans cesse confronté à la mort de patients et cela le ramène à cette réalité refoulée que nous sommes des êtres mortels. Cette angoisse de mort est éveillée en soins palliatifs. Bien qu'ils ne ressentent pas directement dans leurs corps les dégradations entraînées par une quelconque maladie, les soignants sont confrontés aux émotions des patients qu'ils suivent, et baignent ainsi dans cette atmosphère de fin de vie.

Cette confrontation à la mort de l'autre suppose également que le soignant soit amené à vivre différents investissements et désinvestissements. Comme le dit Malraux : *« Les millénaires n'ont pas suffi à l'homme pour apprendre à voir mourir. »* (cité par Ruszniewski, 1999, p.125) Ainsi, comment cela est possible pour le soignant, et comment peut-il suivre un rythme important de nouvelles rencontres tout en étant disponible et présent à l'autre ?

Effectivement, bien que les professionnels en soins palliatifs soient confrontés à plusieurs décès, cela n'en reste pas moins angoissant. D'autant plus que leurs rencontres ne cessent de s'accroître, à un rythme plutôt effréné.

Ainsi, afin de pouvoir être disponible à l'autre, et faire fonction de soignant, quelles sont les stratégies que ce dernier met en place ?

B. Les mécanismes de défense :

La mise en place de mécanismes de défense permet au soignant de se protéger contre les angoisses qu'il est amené à vivre en travaillant auprès de personnes atteintes de maladie somatique grave qui le renvoie à un sentiment d'impuissance face à cette souffrance somatique et psychique des patients.

Ainsi, *« pour appréhender au mieux son patient, il est indispensable que le soignant […] sache apprécier sa propre subjectivité, ses projections, ses désirs et ses limites »* (Ruszniewski, 1999, p.16). Afin de

prendre conscience de cela, chaque soignant se doit d'être attentif à sa personnalité et aux propres mécanismes de défense qu'il met en place. Dans son livre, *Face à la maladie grave*, Ruszniewski nomme et décrit certains mécanismes de défense des soignants.

1. Le mensonge

L'annonce du diagnostic est difficile à énoncer pour le soignant qui a l'impression, par sa simple parole, de rapprocher l'échéance de la vie du patient. Il n'aura alors d'autres défenses que de mentir. Ainsi il ne dévoilera pas la gravité de la maladie au patient, ce mensonge est une contre-vérité.

Ce mécanisme de défense aura des conséquences pour le patient car il ne permettra pas à ce dernier de faire face à sa maladie. Son temps d'adaptation et de préparation à l'évolution de sa maladie sera diminué et le patient ne pourra pas élaborer avec ses angoisses. Or, l'angoisse a un rôle de *« pare-excitation permettant ainsi au patient de s'ajuster à la menace : l'angoisse peut dès lors se révéler protectrice par le biais des contre-tensions qu'elle engendre »* (Ruszniewski, 1999, p. 17). L'angoisse permet ainsi de se construire un bouclier psychique pour les éventuels attaques ultérieures.

Par ailleurs, ce mensonge est à différencier du *mensonge par omission*, qui consiste à dévoiler les informations au rythme du patient, pour justement éviter cet état de sidération qui démunit psychologiquement le patient.

2. La banalisation

Le soignant reconnaît une certaine vérité mais il ne s'intéresse qu'à une part de celle-ci. Ainsi, il se focalise sur une partie de la souffrance du patient mais ne le prend pas en compte dans sa globalité. Ce mécanisme consiste *« à traiter une maladie avant de traiter le malade. En privilégiant exclusivement la souffrance physique, le soignant va a priori parvenir à occulter la souffrance psychique du patient »* (Ruszniewski, 1999, p.18).

Cela a des répercussions psychiques sur le soigné. Il est insatisfait des « réponses » que le soignant lui apporte. Ses besoins ne sont pas seulement physiologiques et ses demandes se situent *« dans la* complainte*, celle de la souffrance non palpable »* (Ruszniewsk, 1999, p.19). Il souhaite être reconnu au-delà de son corps, comme un sujet désirant cherchant des relations, du réconfort et de l'amour.

Vignette clinique

La première rencontre avec Madame A se fait en trinôme : l'infirmière, la psychomotricienne et moi-même. Comme j'ai pu l'évoquer plus haut[9], Madame A. est une femme de 84 ans hospitalisée dans le service d'oncologie thoracique pour un cancer du poumon. La demande en psychomotricité émerge de l'infirmière de l'EMASP qui suivait cette dame au préalable. Son indication se tourne sur les douleurs chroniques de Madame A. qui semblent entraîner une désorientation temporo-spatiale.

Le matin avant notre arrivée, une sonde a été enlevée mais elle ne sait plus où exactement. Madame A. recherche un étayage extérieur pour lui expliquer l'origine de ses maux. Elle est très douloureuse, et est dans un état de régression. Elle ne cesse de crier sa douleur. Madame A. a une escarre importante au niveau des fesses ainsi que des rougeurs au niveau interfessier et de la vulve. Cependant, lorsqu'elle crie sa douleur, elle ne semble pas parler de ces douleurs précises, mais d'un mal-être global. D'ailleurs, elle ne dira pas « j'ai mal » mais « je me sens mal ». Je peux ainsi voir l'impact de la douleur chronique sur son état psychique du moment.

La douleur de l'autre renvoie également le soignant face à sa propre impuissance. C'est une forme de communication archaïque qui renvoie le soignant à vouloir faire cesser ce signal. (Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007, p.31). Lorsque l'on rencontre Madame A., peu de temps est utilisé pour la présentation. L'infirmière qui est avec nous semble désemparée face à cette patiente douloureuse. Elle la questionne sur ses douleurs et effectue des mouvements vifs pour essayer toutes sortes de propositions pour la soulager. J'ai l'impression qu'à ce moment-là, la douleur de la patiente est insupportable pour l'infirmière ainsi elle veut la « réparer », tout de suite, maintenant, en occultant la souffrance globale que Madame A. semble nous évoquer en nous disant *« Je me sens mal, mal, mal ».*

3. L'esquive

Conscients de leur propre souffrance psychique, certains soignants esquiveront les sujets relatifs à la fin de vie et aux angoisses sous-jacentes. Ainsi ils dévieront la conversation si celle-ci s'oriente vers ce sujet. Les patients ne pourront donc pas exprimer leurs angoisses puisqu'ils n'auront pas d'oreille pour entendre leurs plaintes.

Face à l'aggravation de la maladie et l'altération de son état physique, le patient cherche davantage d'informations auprès de son médecin. Ce dernier, envahi par sa propre anxiété et la détresse du patient, ne sait que faire. C'est pourquoi il va éviter toute conversation relative à la maladie et aux souffrances du patient.

[9] cf. *supra* II. D. 6

4. La fausse réassurance

Une autre issue est alors trouvée par le soignant pour faire face à son anxiété : la fausse réassurance. Ce mécanisme est également temporaire et consiste à divulguer seulement partiellement les informations relatives à l'état du patient, afin de décaler la connaissance du patient de sa fin inéluctable.

5. La rationalisation

L'annonce d'un diagnostic est difficile pour le soignant, d'autant plus quand il s'agit d'un pronostic létal. C'est pourquoi, pour se distancier de ses émotions et de celles du patient, le soignant rationalise ses propos en utilisant un langage médical précis. Cela lui permet d'effectuer toute annonce ou transmission d'informations concernant la gravité de la maladie, en étant dépourvu d'affect. C'est un *« dialogue sans dialogue »* (Ruszniewski, 1999, p.23).

6. L'évitement

Les soignants sont des interlocuteurs que les patients sollicitent beaucoup que ce soit pour exprimer leurs maux, leur souffrance, ou parce qu'ils ont besoin d'une présence. Cela nécessite une capacité d'écoute, de contact et de communication permanente de la part du soignant, qui n'est pas toujours disponible psychiquement. Ainsi, ils peuvent avoir des comportements de fuite, comme si les patients devenaient des objets inanimés. Lorsqu'ils vont dans la chambre du patient, ils n'adressent pas de regard au patient, ni même ne leur adresse la parole. Ils font les soins médicaux, afin de se protéger de tout affect.

Vignette clinique

Madame M. est une dame de 52 ans, atteinte d'un cancer du poumon métastasé, notamment au niveau osseux. Elle a reçu une cimentoplastie[10] pour une fracture sacrale, la veille et peut remarcher depuis. *« C'est miraculeux »* dit-elle. Cependant, de nombreuses autres douleurs persistent, ce qui angoisse Madame M. Elle est très anxieuse et questionne beaucoup sur l'étendue des métastases.

[10] C'est une intervention chirurgicale qui consiste à injecter sous contrôle radioscopique ou par scanner un ciment biocompatible au sein d'une vertèbre fragilisée, d'une fracture du sacrum ou d'une lésion osseuse pour la consolider.

Pendant une séance de psychomotricité, l'équipe mobile de la douleur intervient : le médecin, l'infirmière, la psychologue et la stagiaire psychologue. Cela fait beaucoup de soignants dans la chambre. L'infirmière explique à Madame M. le rôle de leur équipe. Pendant ce temps-là, le médecin se rapproche des perfusions de Madame M. et note les différents traitements qu'elle reçoit et le dosage de chacun. Lorsqu'il s'adresse à Madame M., il reste très protocolaire et ne semble pas relever ses différentes plaintes qu'elle exprime verbalement. D'ailleurs, aucun regard ne lui sera directement adressé. Une fois qu'il semble avoir complété toutes ses données, il repart, et dit brièvement au revoir à Madame M.

7. La dérision

Ce mécanisme est utilisé afin de mettre à distance les dires du patient en réagissant avec humour et dérision à ses plaintes.

8. La fuite en avant

Les mécanismes précédemment évoqués ne permettent pourtant pas aux soignants de canaliser leur souffrance lorsque celle-ci devient trop intense. Lorsque le patient énonce ses inquiétudes concernant l'altération de sa santé, il peut déplacer son angoisse de mort et la projeter de manière brutale sur le soignant. Cette émotion intense entraîne chez le soignant un état de sidération tel qu'il réagira par la fuite en avant. Cela signifie que pour se libérer de cette angoisse massive, le soignant dira au patient tout ce qu'il sait quant à sa maladie, sans prendre le temps de le faire au rythme du patient.

9. L'identification projective

Contrairement aux mécanismes précédents où une distanciation est instaurée entre le soignant et le patient afin d'éloigner la souffrance, l'identification projective tend à délayer intégralement cette distance. Pour cela, le soignant prend en charge le soigné de manière active et globale : c'est une véritable symbiose où le soignant *« fait corps avec "son" malade »* (Ruszniewski, 1999, p.30). Il projette sur lui ses émotions et ses désirs comme s'il vivait la maladie. Il pense être le détenteur du bien fondé de toutes les décisions, puisqu'il en saurait davantage sur les besoins et ressentis de son patient que quiconque. Or, ce sont des projections qui viennent de lui-même et non du patient. Cela permet au soignant, par cette symbiose, de se sentir acteur dans le soin, détenteur de solutions. Il n'est ainsi plus enclin à son impuissance façonnée d'angoisses et de doutes.

Ce mécanisme enferme le patient dans une souffrance qu'il ne peut s'exprimer car elle ne peut être reçue de prime abord. Par ailleurs, ce mécanisme permet au soignant de *« s'octroyer une sphère d'attentisme souvent nécessaire pour se préserver de son propre désarroi, avant d'apprivoiser les souffrances à venir et de côtoyer enfin la détresse du patient »* (Ruszniewski, 1999, p.32).

C'est parce que le soignant appréhende de ne pouvoir répondre à la souffrance globale du patient qu'il met en place des mécanismes de défense. Cependant, la construction de ceux-ci ne permet pas une relation authentique entre le soignant et le soigné. Pour que cette relation le soit, il est nécessaire que chaque soignant reconnaisse ses propres mécanismes de défenses, afin de pouvoir atténuer cette muraille défensive qui le sépare d'une véritable rencontre avec le patient.

C'est ainsi que *« le soignant, mû par son désir de soulager et de réconforter […], accepte d'assouplir ses défenses pour affronter l'angoisse du malade, la reconnaître, l'entendre et tenter de la recevoir afin d'instaurer alors une relation authentique »* (Ruszniewski, 1999, p.61). La compréhension et la conscience des différents mécanismes de défenses permet ainsi une meilleure compréhension de ce qui a fait effraction dans l'enveloppe psychique du soignant pour ainsi pouvoir l'assouplir. Cependant, cela ne doit pas se faire en abaissant simplement ces barrières. Il est nécessaire que le soignant se sente soutenu. Pour cela le cadre de son travail devra être contenant, nous reviendrons sur cela par la suite.

Se faisant, les soignants peuvent prendre de la distance par rapport à la mort des patients et arrivent ainsi à voir la mort à la troisième personne, ce qui les éloignent du trop-plein émotionnel. (Ruszniewski, 1999, p.154)

Le psychomotricien, comme tout professionnel, doit être attentif à sa subjectivité. Nous avons davantage parlé des vécus psychiques des soignants, qu'en est-il des éprouvés corporels, notamment chez le psychomotricien qui travaille par et avec son corps ?

C. Le psychomotricien et le rapport au corps

Le toucher, outil phare du psychomotricien en soins palliatifs, interroge le rapport corps à corps entre le soignant et le patient. Car, comme le questionne Savatofski : *« Peut-on limiter la relation soignant/soigné à la relation verbale ?* » (Prayez & Savatofski, 2009, p.79)

1. Les fonctions du toucher

Le toucher, comme l'explique Savatofski, est un outil qui s'inscrit bien dans la démarche palliative qui perçoit le patient dans sa globalité afin de lui apporter la meilleure qualité de vie jusqu'à ses derniers instants. (Prayez & Savatofski, 2009, p.80)

Prayez parle de trois fonctions du toucher. (cité par Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007, p.104)

La première fonction est celle de réparation. La personne, par le toucher, peut trouver une sorte de « réparation » des attaques ou fragilisations de son enveloppe corporelle et/ou psychique.

La deuxième fonction est celle de communication émotionnelle. Effectivement, le toucher est une forme de communication non verbale. Il renvoie l'individu à la phase prélangagière de sa vie, et peut permettre à ce dernier de détendre les tensions musculaires inscrites dans son corps, d'origine émotionnelle. Il peut également permettre une communication non verbale et émotionnelle avec autrui, nous renvoyant au dialogue tonico-émotionnel qu'a décrit Ajuriaguerra[11].

La troisième fonction est celle d'érogénèse contenante. Le toucher a une fonction de structuration et de contenance. Cependant, on ne peut parler du toucher sans parler d'Eros, le dieu de l'amour et du désir amoureux. Lorsque l'on touche, on ne sait pas quel vécu émotionnel va être éveillé chez le patient. Il est ainsi nécessaire que l'intention du soignant soit clairement définie. *« L'intention du thérapeute se traduit par une séduction " bien tempérée ", qui amène le sujet entre sécurité et sexualité dans une ambiance de tendresse et par une distance psychique non défensive. »* (Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007, p.107)

De plus, il est important de souligner que ce toucher a également des bienfaits pour le soignant. En touchant, il peut se libérer de la technicité médicale et être dans un temps de présence d'égal à égal avec le patient. Ainsi, comme le dit Savatofski, c'est un facteur de bien être pour ce dernier également. Effectivement, le toucher, par son contact corporel, renvoie à l'ici et maintenant du corps : celui du soignant et celui du patient. Le corps est toujours vécu au présent, il ne peut être ailleurs qu'à l'endroit où il se trouve. Ainsi, en se rapprochant de ses propres ressentis, le soignant peut s'ancrer dans le temps présent de la séance avec le patient.

[11] cf. *infra*. III.C.2

Vignette clinique

Madame S. est une femme de 44 ans, d'origine indienne, atteinte d'une cardiopathie congénitale[12]. Elle est entrée dans le service de médecine interne suite à une nouvelle décompensation cardiaque dûe à une atrésie pulmonaire à septum ouvert[13] de stade 3. Elle est suivie en psychomotricité pour des angoisses somatisées. Un travail autour du toucher thérapeutique est fait avec elle afin de l'accompagner à réintégrer une enveloppe corporelle sécurisante.

La première séance « massage », comme le nomme Madame S. s'est déroulée sans ma présence. Je rencontre donc Madame S. lors de la seconde séance. Lorsque nous arrivons, Madame S. nous accueille avec un grand sourire. Ma maître de stage me présente et Madame S. semble ravie qu'il y ait une étudiante pour apprendre les « massages ». Je n'arrive pas à partager son enthousiasme tant sa fragilité m'impressionne.

Madame S. est une femme de 44 ans, qui en fait 25 tout au plus. Ses traits du visage sont très fins et son corps est squelettique. Elle est en blouse blanche à manches courtes, dévoilant ses bras. Ils sont maigres et comportent divers hématomes dûs aux nombreuses perfusions qu'elle a eues. La première image que j'ai d'elle est celle d'une jeune fille fragile, qui pourrait se casser à tout moment. C'est pourquoi cela m'entraîne à me placer en tant qu'observatrice, dans un coin de la chambre.

Au début de cette séance, Madame S. s'adresse à moi comme elle s'adresse à la psychomotricienne. Mais ma communication verbale est pauvre, comme si j'étais dans un état de sidération prolongé. C'est pourquoi, au fil de la séance, Madame S. pose les questions uniquement à la psychomotricienne, même celles me concernant comme par exemple mon année d'étude. Cet état ne fait pas sens pour moi et est difficile d'autant plus que tout ce qui a trait à la communication non verbale, comme les regards ou l'intonation, je les perçois de manière décuplée.

Ce qui me permet de sortir de cet état de non réaction dès l'instant où j'entre dans la chambre de Madame S. sont les échanges avec ma maître de stage. Effectivement, penser un vécu intense, que ce soit avec une tutrice ou avec une équipe permet de mettre à distance des vécus émotionnels forts et d'y donner un sens. Après de longues discussions, ma maître de stage m'invite à faire un « massage à quatre mains » à Madame S. Ainsi, lors de la quatrième séance, nous le proposons à Madame S. qui semble ravie.

On l'accompagne à trouver une position confortable afin qu'elle profite davantage du massage. On redresse le lit afin qu'elle soit semi-assise, et on place un oreiller sous sa tête puisqu'elle nous en a

[12] Cardiopathie congénitale : maladie du cœur survenant dès le début de l'embryogenèse.
[13] Atrésie pulmonaire à septum ouvert = cardiopathie congénitale complexe où il déviation antérieure du septum conal.

exprimé le désir. Puis, on descend les barrières sur le côté du lit, pour également être à l'aise. Nous lui verbalisons les parties du corps que nous allons masser, à savoir : les pieds et les jambes puis les épaules et les mains. Nous ne lui massons pas les bras puisqu'elle nous dit être réticente à cette idée, de par la présence des nombreuses perfusions.

Nous mettons de l'huile d'amande douce, afin que ce peau à peau soit plus délicat. Madame S. apprécie et dès que l'on commence à lui masser les pieds, elle ferme les yeux. Au début du massage, j'ai l'impression de masser un objet, froid et dur. Puis, au fur et à mesure, je m'apaise également, et sens un réel dialogue tonico-émotionnel s'instaurer avec Madame S. Ainsi je me laisse bercer par la rythmicité du geste, et effectue ce massage, de manière plus détendue.

Madame S. est logorrhéique et bien qu'ayant les yeux fermés, elle verbalise tout ce qu'elle ressent, s'imagine, etc. Lorsque nous faisons des mouvements lents et en profondeur, Madame S. parle de son angoisse de mort et du fait qu'elle ne supporte pas le vide. A l'inverse, lorsque nous faisons des mouvements circulaires et plus vifs, Madame S. s'imagine en mouvements : sur une trottinette ou en vélo. Ces mouvements semblent lui permettent d'avoir un espace de rêverie.

Lorsque nous massons ses mains, j'ai l'impression que Madame S. me caresse la main, comme si elle me rendait également cette attention positive. Après échange avec la psychomotricienne elle me dira qu'elle a perçu ce moment comme une tentative d'agrippement pour être contenue, plus longtemps.

A la fin du massage, Madame S. nous résume ce qu'elle a ressenti, comme si ses verbalisations antérieures ne nous étaient finalement pas destinées mais lui permettaient seulement d'y donner un sens, ou de combler un vide, celui du silence. Elle conclut en disant *« je demanderai à ma fille de refaire ».*

Ce massage en peau à peau, m'a ainsi permis d'entrer en relation avec Madame S. Au début, j'avais peur de mal m'y prendre et de lui faire mal. Puis, au fil du toucher, et étayé par la vision symétrique du toucher de la psychomotricienne, un réel échange s'est créé. D'ailleurs, lors de cette séance et des suivantes, Madame S. et moi-même discuteront, sans avoir besoin du tiers de la psychomotricienne. Ce toucher a ainsi pu débloquer cette relation, ce qui renvoie à la deuxième fonction du toucher évoquée par Prayez, celle de la communication émotionnelle.

De plus, les verbalisations de Madame S. emmène à penser que ces « massages » lui permettent de percevoir son corps de manière plus positive. Elle explique d'ailleurs qu'elle n'a jamais osé demander de massage ni même aller dans des salons de bien-être par peur de montrer son corps qu'elle n'aimait pas et trouvait trop maigre. Aujourd'hui, elle semble être en demande de massages et souhaite que sa fille, son mari, ou même une amie la masse. *« Je veux me faire du bien »*, nous dit-elle.

2. Toucher et être touché

Un terme, plusieurs sens. Je vais en retenir deux. Le mot « toucher » pour parler du sens tactile, et celui utilisé dans son aspect plus symbolique, renvoyant à la sensibilité de l'individu. Dans un sens comme dans l'autre, « on ne peut toucher sans être touché », nous entend-t-on souvent dire.

Le psychomotricien est un professionnel paramédical qui a pour spécificité l'utilisation de médiations corporelles. Ainsi il rencontre un patient avec toute sa corporéité, et une relation basée sur le vécu psychocorporel de chacun s'instaure. De ce fait l'expression des maux se fera aussi bien par les mots que par le corps. Le psychomotricien a une lecture corporelle de son patient, mais également de ses propres ressentis qui font écho à ce qui se joue dans la relation. Effectivement, le psychomotricien travaille avec tout son être, dans l'écoute de ses propres ressentis. Cette réflexion continue d'introspection est important pour le psychomotricien qui travaille avec le patient, dans une relation d'être à être.

En soins palliatifs, les médiations fréquemment utilisées par le psychomotricien sont : le toucher thérapeutique, la relaxation, le bain thérapeutique, la peinture, ou encore la musique. Ces médiations ne sont pas exhaustives et dépendent de ce qui émane de la relation avec chaque patient. Bien souvent, l'utilisation du toucher thérapeutique sous-tend l'activité du psychomotricien. Mais pourquoi le psychomotricien en fait-il un outil privilégié ?

La sensorialité tactile est la première à apparaître au début de la vie, dans un contact peau à peau entre la mère et son enfant, et la dernière à disparaître. Elle permet la *« conscience de l'unité corporelle, de la continuité du corps »* (Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007, p.100), qui est justement attaquée dans la maladie grave et évolutive.

En soins palliatifs nous rencontrons majoritairement des personnes atteintes de maladies graves comme le cancer. Cela nécessite des traitements importants avec souvent de nombreuses perfusions sur le corps. De plus, la maladie affecte le corps propre de la personne, ce qui a également un impact dans le regard de ses proches, qui n'osent plus la toucher de peur de lui faire mal ou par *« peur irrationnelle de la contamination ».* (Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007, p.100) Cependant, comme toute sensorialité, le toucher doit être entretenu pour garder sa sensibilité. Pour cela il est nécessaire que le cerveau reçoive des stimuli. Les personnes malades, souvent alitées, reçoivent peu de stimulations tactiles de leur environnement. C'est pourquoi il est nécessaire d'entrer en contact physique avec celles-ci afin de leur apporter ces afférences sensorielles.

De plus, le toucher est un pilier de la communication non verbale. Suite aux démonstrations de Wallon sur le lien entre le tonus et les émotions et l'importance d'une relation tonico-émotionnelle dans les premiers temps de la vie, Ajuriaguerra théorise ainsi le dialogue tonique. (cité par Gaucher-Hamoudi

& Guiose, 2007, p. 101) Il le définit comme tel : *« Cette notion correspond au processus d'assimilation, et surtout d'accommodation, entre le corps de la mère et le corps de l'enfant. »* (Ajuriaguerra, 2019, p.314) Le bébé, avant même d'être en capacité de parler, peut communiquer avec sa mère à travers des signaux corporels. La mère recevra ses signaux et *« ce qui importe tout autant est ce qu'elle vit ou revit, ou imagine, lorsque ces réactions surgissent ; c'est qu'elle exprime et donc réagisse »* (Ajuriaguerra, 2019, p. 318). Ainsi nous comprenons l'importance de l'utilisation du toucher en thérapie psychomotrice. Par et avec son corps, le psychomotricien entre en communication avec le patient.

> *Il ne s'agit donc pas seulement de schéma corporel, de connaissance du corps, mais de relation et d'intentionnalité, en lien avec une histoire, donc d'image du corps. La dimension temporelle est capitale ici. Le corps contacté, tant par le thérapeute que par le patient, est un ici et maintenant qui cristallise une histoire et porte des traces.* (Lesage, 2012, p.250)

Le toucher thérapeutique pourrait ainsi être une possibilité pour que le psychomotricien se situe dans l'ici et maintenant de la séance et soit en relation dans l'instant présent avec le patient.

Nous ne pouvons parler du toucher sans parler de la proximité physique que cela suggère. Hall E.T parle d'une « dimension cachée » qui serait comme une bulle entourant chaque personne. Ainsi il théorise différentes distances sociales. (Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007, p.103). Il parle de distance publique, sociale, personnelle, intime. J'ai énuméré ces différentes distances dans un ordre décroissant, allant de la plus grande distance faite entre deux personnes, à la plus petite. Pour chacune, il y explique les particularités comportementales ainsi que les circonstances dans lesquelles cette distance est utilisée. La distance intime est celle qui nous intéresse ici puisqu'elle se situe entre quarante-cinq centimètres et zéro centimètre, soit, le contact physique. Elle est généralement utilisée dans les rapports de lutte, de sexualité ou encore de protection. C'est ainsi que l'utilisation du toucher se situe, si l'on se réfère à cette étude de Hall E-T. Cette distance n'est donc pas neutre et devra être utilisée avec certaines préconisations comme la construction d'un cadre sécurisant et contenant.

Vignette clinique

Madame T. est une femme de 56 ans, atteinte d'un cancer de l'estomac en phase terminale. Une indication en psychomotricité est faite par l'équipe du service d'oncologie digestive car Madame T. est confuse et les soignants notent une altération de son schéma corporel.

Lorsque nous allons la voir, Madame T. est assise en tailleur sur son lit. Elle semble apaisée. Elle reconnaît la psychomotricienne qui l'a suivi il y a un an de ça, lors de sa dernière hospitalisation. Ce sont des retrouvailles que Madame T. semble énormément apprécier. Elle se souvient, nous dit-elle,

que la psychomotricienne avait évalué son tonus et après elle lui avait fait des *« séances de détente ».* Aujourd'hui, elle souhaiterait donc une séance de relaxation *« pour son corps ».* Madame T. verbalise beaucoup et ne semble plus confuse.

La psychomotricienne lui propose une séance de relaxation d'inspiration Wintrebert. Elle explique alors à Madame T. les mobilisations qu'elle va effectuer, sur ses bras, ses jambes, et sa tête. Elle y ajoutera pour finir des contacts sur son ventre, puisque Madame T. semble avoir des douleurs à cet endroit-là et est occluse depuis deux jours. Madame T. est d'accord et s'allonge. Elle ferme les yeux tout le long de la relaxation et les rouvrira au moment où la psychomotricienne l'invitera à le faire.

Pendant le temps de verbalisation, Madame T. dira, avec un large sourire, qu'elle a trouvé la séance très agréable. Puis elle ajoutera : *« ces attouchements légers m'ont détendu ».*

Cette vignette clinique nous montre comment un toucher peut être perçu par le patient, et ce que cela fait ressurgir en lui. Je me demande quel vécu émotionnel a été éveillé avec ce toucher. La verbalisation de Madame T. avec l'utilisation du terme « attouchement » me laisse penser qu'elle a pu vivre ce toucher comme incestuel, ou négatif. Cependant, ses expressions faciales semblent en démontrer tout autre chose. Un sourire surplombe son visage et Madame T. semble apaisée. Ainsi, cela m'évoque la fonction d'érogénèse contenante du toucher, dont parle Prayez[14].

Tout de même, nous ne savons pas quel vécu est éveillé avec le toucher.

> *Si le simple serrement de main […] reflète quelque chose de la personnalité des partenaires, combien les contacts plus nombreux, plus étendus, plus intimes, qui se développent lors de certains traitements, vont-ils confronter soignant et soigné à leurs propres réactions et attitudes intérieures !* (Prayez & Savatofski, 2009, p.125)

C'est pourquoi chaque professionnel utilisant le toucher en thérapie devra être attentif à son propre vécu corporel et à celui du patient afin d'adapter au mieux ce qu'il propose. Le praticien utilise cette médiation avec une certaine intentionnalité : *« Il est bien clair que nous visons à érotiser le patient, en aucun cas notre relation avec lui. »* (Lesage, 2012, p.252) Oui, toucher permet de faire émerger une pulsion de vie et c'est important, notamment chez les patients en fin de vie. C'est pourquoi, être au clair avec notre intentionnalité permet de travailler au mieux avec et pour le patient.

Bien qu'en étant au clair sur notre propre intention, certains vécus corporels peuvent émaner de ce toucher qui vient solliciter l'être avec toute son histoire de vie. Ainsi, avec Madame T., je suppose que le toucher a éveillé certains vécus corporels chargés émotionnellement. Il peut donc être intéressant, grâce au toucher, de donner du sens à des vécus corporels ou émotionnels intenses.

[14] cf. *supra* III. C. 1.

Pourtant, nous pouvons nous interroger sur la possibilité du soignant à effectuer un toucher thérapeutique, notamment lorsque l'image du patient met à mal son accompagnement par un toucher en peau à peau.

3. Un possible ou impossible ?

Bien qu'on exprime souvent le fait qu'on ne puisse « toucher sans être touché », deux auteurs ajoutent l'idée suivante : *« grâce au discours médical et à la technique, il est possible de toucher quelqu'un sans être touché émotionnellement. »* (Prayez & Savatofski, 2009, p.129) Effectivement, comme nous l'avons vu, les mécanismes de défenses peuvent freiner voire empêcher une relation authentique soignant – soigné de se créer, comme c'est le cas avec l'utilisation d'un discours hermétique. C'est pourquoi il me semble important de connaître ses propres limites et angoisses afin de pouvoir, si possible, les adoucir pour permettre l'émergence de cette relation.

> *S'approcher du corps souffrant, traumatisé fait peur et renvoie le soignant à lui-même : la maladie, la folie, la mort, que chacun s'évertue à chasser de son esprit, voilà qu'il faut les toucher du doigt ! La souffrance inhérente à la condition humaine est ressentie par chacun comme une blessure au cœur de sa propre personne…* (Prayez & Savatofski, 2009, p.127)

Lorsque toucher s'avère difficile, comment opère le psychomotricien?

Vignette clinique

Madame A. est une femme de 84 ans suivie en psychomotricité pour ses douleurs chroniques. Le travail thérapeutique avec elle se porte sur un soin de confort, afin de favoriser son intégration psychocorporelle. Pour cela, nous travaillons avec elle autour de son enveloppe corporelle. Ce jour, nous avions prévu de lui proposer un contact corporel sur les contours de son corps, avec nos mains, ou avec un ballon de paille. Avant de la rencontrer, nous nous renseignons auprès de l'équipe sur son état du jour et la possibilité d'aller la voir. L'oncologue du service nous dit lui avoir annoncé son transfert en USP ce matin, et nous dit qu'elle n'est pas en forme.

Lorsque l'on entre dans sa chambre nos sens sont en éveil, surtout l'odorat puisque nous pouvons humer l'urine à pleines narines. J'ai alors une légère réaction de dégoût. J'aimerais courir ouvrir la fenêtre afin de neutraliser cette odeur, ou du moins la dissiper. Mais je ne le fais pas et décide de prendre conscience des résonances de cette odeur à l'intérieur de moi. Puis, je me raccroche au cadre externe et au protocole. Je referme ainsi la porte derrière moi, me désinfecte longuement les mains et rejoins la psychomotricienne au bord du lit de Madame A., qui est alitée. Tout de même, cette odeur

est difficile à ignorer, d'autant plus qu'on peut percevoir que ses draps en sont imbibés. Madame A. semble baigner dedans.

Malgré cela, Madame A. ne montre aucune honte ou gêne. Cette attitude apaisée me laisse penser qu'elle ne différencie plus ce qui est de l'ordre de l'intime, du soi, de ce qui est de l'extérieur, du non-soi. Ses limites corporelles semblent poreuses. De plus, au début de la séance elle se gratte au niveau de son entre-jambes, et je pense qu'elle a une protection, comme la veille. Cette fantasmatique est stoppée nette lorsque Madame A., dans un mouvement vif, retire le drap. Elle est nue en dessous de sa blouse. La rapidité de son geste qui la dévoile, entraîne chez moi un mouvement de recul. *« C'est son intimité et cela lui appartient »*, me dis-je.

Je suppose que cette réflexion a été similaire chez ma maître de stage qui recouvre Madame A. en lui expliquant que c'est de l'ordre de l'intime. Par ailleurs, Madame A. ne semble pas tenir compte de la remarque et se redécouvre de suite, sans pour autant être dans une attitude de confrontation. Nous sommes ainsi face à la nudité de Madame A. qui se trouve, qui plus est, dans des draps souillés. Le contact physique est difficile à imaginer à ce moment-là de la séance.

Nous lui proposons alors de faire un enveloppement sec avec des tissus, ce que Madame A. accepte. A ce moment, elle me regarde, me sourit et dit mon prénom qu'elle avait demandé la veille. Puis, de ce pas, ma maître de stage va chercher des draps propres dans le service. Je reste ainsi seule avec Madame A. quelques instants. Ma gêne est toujours présente et je ne sais que faire à ce moment précis. Mes idées fusent mais il m'est difficile de mettre en forme l'une d'entre elle. Je me rappelle donc que je suis ici dans une posture de soignante et que les rencontres avec les patients se font à tout moment de la journée, indépendamment des soins corporels quotidiens. Cette pensée m'aide à me réinscrire dans l'instant présent. Cependant, la proximité physique dans une bulle de distance intime me semble impossible. Je choisis donc de questionner Madame A. sur son vécu corporel, notamment au niveau de sa jambe gauche qu'elle ne cesse de porter avec ses mains, et le dialogue verbal autour de son corps pourra débuter. Je commence par décrire ce que Madame A. fait, à savoir porter sa jambe gauche. Elle m'explique alors que c'est parce qu'elle est douloureuse, et elle se met alors à la caresser, ce que je décris également. Elle me répondra *« oui, la pauvre ».* Cela me fait penser à une dissociation somatopsychique entre son corps sain et son corps malade : elle semble percevoir sa jambe gauche comme un objet. La psychomotricienne revient et nous poursuivons ce questionnement sur le vécu corporel ensemble avant d'effectuer un enveloppement sec.

Pour ce faire, Madame A. souhaite qu'on la redresse sur son lit mais a peur que l'on se blesse. On lui répond avec humour que cela va nous *« faire les bras »,* elle en rigole et accepte. On l'accompagne donc à l'aide du drap placé sous elle. Une fois redressée, elle n'est guère mieux, et nous dit sentir quelque chose sous son dos. Nous regardons donc, mais il n'y a rien. Je me demande si ce sont les

différences tactiles au niveau du dos qui lui donne cette sensation, d'autant plus qu'elle se trouve sur un matelas anti-escarres, soit un matelas avec des renflements d'air. Nous cherchons ainsi avec elle une position qui lui soit confortable, mais aucune ne la satisfera pleinement. Ainsi, elle décide de rester en position semi-assise avec un oreiller sous la tête, auquel elle ne s'appuiera guère. Les muscles de son cou sont hypertoniques, et Madame A. semble vouloir tout de même garder le contrôle. Je me questionne donc sur son besoin de maîtrise, notamment après l'annonce qu'elle a reçue de l'oncologue avant notre venue.

Une fois installée, nous proposons à Madame A. l'enveloppement dont on lui a parlé. Cette fois-ci, lorsque l'on essaye de la bercer avec un drap au niveau de sa jambe, elle refuse. Elle dit ne pas supporter la matière de ce dernier. Nous proposons alors de la contacter avec un ballon de paille. Madame A. dit *« c'est super pour aller en dessous »*, en désignant ses jambes. Nous lui disons qu'elle a vu juste, on va passer la balle sur le dessus et le dessous, surtout si les massages lui font du bien. Madame A. semble désapprouver. D'ailleurs, à ce moment, elle a un moment d'absence : ses yeux se ferment et sa respiration se bloque. Lorsqu'elle les rouvre, elle dit étouffer. Nous lui expliquons donc qu'elle a eu un moment d'absence pendant lequel elle n'a pas respiré, ce qui pourrait expliquer ce manquement d'air. J'aimerais travailler avec Madame A. sur le souffle, sur l'air, et aérer cette chambre. Nous lui proposons donc de lui faire de l'air avec une pochette, mais Madame A. ne semble pas apprécier. Après un moment de pause et de discussion avec Madame A., et de nombreux silences, nous lui proposons de la draper. C'est donc ce que nous faisons, en prenant soin de la border de chaque côté du lit.

La séance se finit de cette manière, ou Madame A. s'est apaisée avec le drapage. D'ailleurs, elle dira ne pas vouloir que l'on remette les barrières sur le côté de son lit puisqu'elle *« ne va pas tomber ».* Il me semble donc que des éléments d'une enveloppe sécurisante ont pu se construire pour Madame A.

Effectivement, toucher un corps n'est pas anodin. D'ailleurs, on ne se contente pas seulement de toucher un corps, on touche avec toute notre intériorité celle de l'autre. Ce toucher renvoie davantage d'informations que celles en provenance de notre main. Toucher peut s'avérer difficile jusqu'à parfois entraîner des réactions de dégoût. Comment pouvons-nous toucher, au sens tactile du terme, lorsque tous nos sens nous renvoient une image qui nous rebute ? C'est effectivement ce qui m'a interrogé lorsque j'étais avec Madame A.

Avérous parle du dégoût du soignant face à certaines situations. (Avérous, 2019, p.46-56) Le dégoût est une émotion primitive et viscérale. Initialement, le terme de dégoût est utilisé pour parler du « goût ». Cette émotion permet d'éviter toute contamination alimentaire et, dans une dimension affective et subjective, d'ingérer ce qui est « mauvais ». Puis, son champ d'utilisation s'est agrandi aux autres sensorialités comme l'odorat et le toucher. *« Il marque la limite, la frontière d'un soi corporel à*

protéger de la substance nauséabonde et nocive ou interprétée comme telle. » (Avérous, 2019, p.49) Il entraîne la personne dans un état nauséeux et *« propulse la personne soignée comme l'entourage proche ou professionnel dans la honte primitive »* (Avérous, 2019, p.46). Cela est dû à l'atteinte narcissique, intimement liée au sentiment de honte.

Cette idée rejoint celle du tabou de la mort[15]. Le patient, qui se présente aux yeux du soignant, semble se dégrader. Des odeurs d'urine, de sueurs, de nécrose, ou bien la vision de plaies purulentes, etc., renvoie le soignant à une image d'entre-deux, entre le vivant et le mort. Comme s'il se décomposait petit à petit, le corps du patient projette ainsi au soignant l'image d'une personne *en train de mourir* et le renvoie par la même occasion à sa propre finitude. Le soignant peut se sentir honteux d'être vivant. *« La honte serait cette disposition qui délimite la mort du vivant. »* (Avérous, 2019, p.48)

Ce tabou et cette réaction de dégoût impacte directement un possible toucher avec le patient. Il me semble donc que chacun devrait être à l'écoute de ses limites et de ses possibilités afin que la relation thérapeutique porte ses fruits. Pour que le toucher thérapeutique apporte les vertus qui lui sont conférées au patient, il est nécessaire que le soignant qui l'utilise se sente confortable avec cet outil, à cet instant précis, avec ce patient. Car, toucher l'autre, comme nous l'avons évoqué, signifie toucher un autre, dans un dialogue d'être à être, à travers la communication tonico-émotionnelle. Ainsi, les émotions du soignant seront ressenties par le patient, notamment *via* le tonus du thérapeute. Il est donc préférable que celles-ci soient orientées vers un plaisir. Si tel n'est pas le cas, le soignant oriente ses propositions vers d'autres médiations qui lui permettent de soutenir le lien thérapeutique en préservant sa disponibilité tout en accompagnant les besoins du patient.

IV. Rencontre soignant – soigné

Après avoir abordé les vécus et les mécanismes de défenses de chacun de protagonistes, nous allons maintenant nous intéresser à cette rencontre d'être à être. D'autant plus que, comme le dit Quentel, la psychomotricité est une discipline paramédicale qui travaille dans la relation, mais également *sur* de la relation. Le psychomotricien doit ainsi penser les processus en jeu dans cette relation, et également sa propre implication. (Quentel, préface de Robinson, 2014, p.12)

Comme nous l'avons vu, la rencontre soignant-soigné est particulière en fin de vie puisqu'il y a un tiers : la maladie, qui joue le rôle d'un catalyseur imprévisible dans cette relation. De plus,

[15] cf. *supra* I. C.

les processus défensifs édifiés par chacun des protagonistes s'avèrent différents en fonction de la propre personnalité du sujet, mais aussi en fonction du mode sur lequel chacun reçoit l'autre, adaptant et modulant ses propres défenses selon celles de son interlocuteur. (Ruszniewski, 1999, p.59)

Ainsi, chaque rencontre est unique et chacun doit composer avec sa propre identité, et celle de l'autre, dans une temporalité incertaine. Des prérequis sont nécessaires pour que cette rencontre puisse se faire dans l'instant présent, comme l'instauration d'un cadre thérapeutique.

A. Le cadre thérapeutique:

En soins palliatifs, *« le moindre imprévu biologique, familial, bouscule [les] nouveaux repères fragiles [du patient]. C'est une rupture du " temps d'avant " très difficile à accepter. Le patient se trouve désorienté avec un manque de repères des heures et des jours »* (Duflot, 2016, p.55). C'est pourquoi l'instauration d'un cadre thérapeutique est nécessaire pour *« border l'espace psychique effracté du patient »* (du Colombier, 2011, p.101).

La mise en place d'un cadre thérapeutique adapté est un préalable indispensable à la relation thérapeutique et constitue un enjeu majeur pour le psychomotricien. Potel le définit comme *« ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée »* (Potel, 2015b, p.321). Ce dernier est nécessaire afin que le patient reconnaisse cet espace de soin comme lieu privilégié d'expression de soi. Pour ce faire et pour que le patient ressente cet espace comme tel, il est primordial que des limites protectrices soient créées. Le rôle du psychomotricien est ainsi de créer les conditions pour rendre possible un travail thérapeutique.

1. Cadre externe :

En soins palliatifs, le cadre, bien que structuré, n'est pas strict. C'est-à-dire que l'heure ou la durée des séances varie d'un jour à l'autre afin de s'adapter aux circonstances. La clinique palliative suggère une adaptabilité de la part des soignants. Le cadre est amené à être remodelé en fonction de l'état du patient (fatigue, douleurs intenses qui nécessitent un traitement somatique, visite, etc.) et de l'organisation du service dans lequel se trouve ce dernier. Ainsi, bien qu'un moment de rencontre dans la journée est convenu avec le patient, celui-ci sera amené à être modifié en fonction des évènements. Il en est de même pour la durée des séances, qui dépendra en premier lieu de la disponibilité du patient.

Au niveau spatial, le cadre est souvent celui de la chambre du patient, soit en chambre simple, soit en chambre double séparé par un paravent. La question du cadre sécurisant se pose lorsque la séance se déroule dans une chambre double qui implique souvent la présence d'un tiers, extérieur à la relation thérapeutique.

De plus, lors des séances, la porte de la chambre est amenée à être ouverte et fermée de nombreuses fois. Les soignants de l'EMASP avec qui j'ai effectué mon stage ont décidé de ne pas mettre de pancarte indiquant leur présence dans la chambre d'un patient ce qui pourrait éventuellement permettre d'éviter ces mouvements. Lorsque j'ai questionné la psychomotricienne sur cette décision qui me semblait mettre à mal le cadre de la séance, elle m'a expliqué qu'un cadre pouvait garder sa fonction contenante à partir du moment où le soignant qui est en relation directe avec le malade contient ces mouvements d'aller-retour et n'en est pas non plus impacté.

De plus, le psychomotricien est un professionnel du paramédical qui travaille par et avec son corps, en résonance avec le corps du patient. Il utilise des médiations corporelles afin d'entrer en relation avec ce dernier. Le bagage de pratiques corporelles du psychomotricien lui permet ainsi de choisir la médiation la plus adaptée avec le patient qu'il rencontre et ainsi permettre cette rencontre d'être à être.

> *En effet, le psychomotricien s'intéresse au corps souffrant, qu'il s'agisse d'une souffrance somatique ayant des conséquences psychoaffectives ou d'une souffrance psychique qui se traduit, s'actualise dans le corps en faisant symptôme. Le psychomotricien s'intéresse donc au corps comme lieu d'expression de soi mais aussi à travers la médiation corporelle comme lieu d'impression.* (Joly & Sadigh, 2008, p.68)

C'est ainsi par la médiation qu'il rencontre le patient. Ce dernier pourra ainsi être acteur des séances à venir puisqu'il aura connaissance du projet de soin du psychomotricien et de la médiation qu'il souhaite lui proposer, en accord avec sa motivation.

En soins palliatifs, l'utilisation du toucher thérapeutique est une médiation phare car en plus des vertus qui lui sont conférées, elle permet un ancrage dans le présent permis par la sollicitation des ressentis corporels des deux protagonistes de la relation.

Le cadre externe est le feuillet externe d'une enveloppe comme le métaphorise Héroguel. (Héroguel, 2007, p. 273-277) Il constitue le cadre créé par les soignants et à plus large ampleur, l'institution. Ainsi, le soignant qui va à la rencontre du patient est lui-même contenu et soutenu par son groupe de travail, son équipe, ainsi que l'institution et la réglementation. Effectivement, cette contenance du soignant est nécessaire afin que ce dernier puisse *« dans sa relation duelle au patient, [être] le mieux à même de se faire étayage d'un espace transitionnel de qualité »* (du Colombier, 2011, p.109). Ce cadre externe est très dépendant du cadre interne, soit le feuillet interne de cette enveloppe.

2. Cadre interne :

Il constitue l'organisation propre du soignant et sa subjectivité dans la rencontre à l'autre. Pour le psychomotricien, ce cadre interne se structure grâce au travail psychocorporel approfondi que celui-ci fait lors de ses trois années d'études avec les apprentissages théoriques et cliniques et qu'il continue d'enrichir tout au long de sa vie en faisant des formations complémentaires, une pratique corporelle, une recherche théorique ainsi qu'en ayant un questionnement permanent.

En étant à l'écoute de ses propres ressentis et en s'appuyant sur le cadre externe, le psychomotricien pourra être à même de s'adapter au patient et pourra ainsi *« accueillir les expressions corporelles très primitives de ses patients »* (Potel, 2015b, p.329).

3. Fonction contenante :

La création de cette enveloppe, que l'on a pu symboliser en deux feuillets : interne et externe, a une fonction psychique de contenance. Ciccone a relaté une discussion qu'il a eu avec Houzel concernant les trois modèles de soins psychanalytiques permis par cette enveloppe : la décharge, le dévoilement et la contenance. Nous nous intéressons ici à ce dernier modèle, celui de contenance. Il signifie que l'on soigne en créant un *« espace dans lequel [l'expérience de vie émotionnelle, troublée, perturbée, douloureuse] puisse être reçue et contenue »* (Ciccone, 2001, p.82).

Cet espace permet ainsi de contenir puis de transformer les expériences négatives, angoissantes, ou conflictuelles du patient en les lui renvoyant désintoxiquées. Cela nous renvoie au modèle de Bion[16] que j'ai pu évoquer au début de mon écrit. Le patient projette dans le thérapeute un contenu insupportable, appelés éléments « bêta ». Ce dernier recevra ce contenu et fera fonction de contenant avant de le renvoyer sous forme d'éléments « alpha », c'est-à-dire désintoxiqués. Cette boucle de circulation entre le patient et le thérapeute permettra au patient de créer, au fil du temps, son propre appareil à penser. (Ciccone, 2001, p.84)

L'objet contenant, ici le thérapeute, n'est en aucun cas un réceptacle qui entraînerait une dissociation psychique chez le patient. C'est un *« objet qui focalise et stabilise les forces psychiques qui l'investissent »* (Ciccone, 2001, p.88). Il permet ainsi au patient d'avoir un *« appui au sentiment d'être »* (Ciccone, 2001, p.89). Cet appui doit être à la fois solide et souple. La solidité et l'étanchéité renverrait au pôle paternel, alors que la souplesse et l'adaptabilité renverrait au pôle maternel. L'articulation entre le dur et le mou permet cette fonction de contenance par l'enveloppe psychique.

[16] cf. *supra* I. B.

La construction de cette enveloppe, renvoie également à la notion du « Moi-Peau » d'Anzieu. (cité par Ciccone, 2001, p.91) Il théorise cette notion par le fait qu'une distinction entre un dedans et un dehors puisse se faire si le bébé fait l'expérience d'un corps à corps physique ainsi que d'une relation sécurisante avec sa mère. Le bébé acquiert ainsi une limite entre son intérieur et l'extérieur, et également un *« sentiment d'intégrité de l'enveloppe corporelle »* (Ciccone, 2001, p.91). Comme le souligne Ciccone, la notion de *peau* renvoie *« au sens d'"être bien dans sa peau", et non pas de la peau d'anatomiste ou de dermatologue »* (Ciccone, 2001, p.92).

Vignette clinique

L'utilisation de la médiation du toucher thérapeutique avec Madame S. est choisie pour l'amener à reconstruire une enveloppe corporelle sécurisante, qui était devenue poreuse. Ainsi, à travers ce corps à corps où le dialogue tonico-émotionnel prime, la psychomotricienne et moi-même réagissons en écho aux besoins de Madame S. Elle semble avoir pu trouver en nous cette fonction de contenance qui pouvait accueillir et transformer ses vécus émotionnels et corporels intenses puisqu'elle nous verbalise que dès à présent elle souhaite se faire du bien en étant à l'écoute de ses éprouvés corporels.

Sa confiance en elle semble avoir pris le dessus sur sa mésestime d'elle-même, qui l'empêchait de pratiquer différentes activités qui pourraient la mettre à nu.

En soins palliatifs, le psychomotricien a cette fonction de contenance psychocorporelle pour le patient. Par ses savoirs, savoir-être et savoir-faire, il permet au patient d'avoir un lieu d'expression de soi et ainsi l'accompagner à retrouver un équilibre somato-psychique. Pour qu'un réel travail ait lieu, une alliance thérapeutique est nécessaire.

Vignette clinique

Monsieur P. est un homme de 77 ans hospitalisé en service d'oncologie thoracique suite à une aggravation de son état général dans un contexte d'adénocarcinome pulmonaire de stade IV[17]. L'EMASP est contactée afin d'annoncer à Monsieur P. le passage du curatif au palliatif. A la suite de la première rencontre du binôme d'infirmières de l'équipe, une indication en psychomotricité est faite pour un repli relationnel et corporel ainsi qu'une difficulté à communiquer avec lui. Il ne fait d'ailleurs

[17] Adénocarcinome pulmonaire de stade IV = Cancer du poumon métastasé

aucune demande à l'équipe soignante du service. Seule sa femme communique avec eux pour les besoins de son mari.

Lorsque nous le rencontrons, sa femme est présente et prend beaucoup de place. Elle répond aux questions qui sont adressées à son mari, allant même décrire ses douleurs et ce qui le dérange, jusqu'à parfois le rendre objet : *« Où voulez-vous qu'on le mette ? ».* Je suppose que son comportement lui permet de se protéger contre les angoisses que peuvent susciter la perte de son mari. Elle a ainsi un rôle maternant auprès de Monsieur P. qui semble s'en saisir comme s'il pouvait se cacher derrière elle. D'ailleurs, dès que nous invitons sa femme à sortir de la chambre, Monsieur P. ferme directement les yeux. Nous essayons de le questionner sur son vécu corporel mais Monsieur P. ferme toujours les yeux, excepté pour regarder sa montre, comme j'ai pu le détailler plus haut.[18] Cette attitude m'amène à penser qu'il ne souhaite pas s'entretenir avec nous.

Lors de la seconde séance, ma maître de stage le rencontre en mon absence. Elle me dit qu'il a pu s'assoir seul sur le bord du lit, avec une bonne tenue de buste. Monsieur P. lui a verbalisé être vaseux et avoir des troubles digestifs, éléments qu'il souhaitait qu'elle transmette à l'équipe soignante. Sinon, aucune demande n'était énoncée.

Lors de la troisième séance, Monsieur P. est seul dans sa chambre. A peine sommes-nous entrées qu'il nous dit être fatigué et qu'il veut de l'aide pour se recoucher. Nous l'aidons en positionnant ses pieds de manière à ce qu'il puisse prendre appui dessus et en l'accompagnant à se lever avec nos bras sous ses aisselles. Nous ne sollicitons pas d'aide car Monsieur P. peut nous aider. Une fois dans son lit, Monsieur P., pour exprimer son désir que son lit soit davantage incliné, dit simplement *« encore ».* Ce simple mot nous montre que Monsieur P. peut s'autoriser à être à cet instant t. Puis, une fois confortablement installé, Monsieur P. nous dit simplement *« je veux dormir »* et ferme les yeux. Ainsi, il semble sous-entendre qu'il aimerait que l'on parte, ce que l'on finit par faire.

Suite à ces deux séances, je m'interroge davantage sur l'intérêt d'une prise en charge psychomotrice pour Monsieur P. s'il n'en a pas l'envie. J'en parle à ma maître de stage qui me fait remarquer que Monsieur P. ne nous a jamais exprimé un refus. Effectivement. Monsieur P. est-il, par ses comportements, en train de tester la solidité du cadre ?

Lors de la quatrième séance, Monsieur P. est en compagnie de sa femme. Cette dernière s'exprime à sa place, ce que nous lui ferons remarquer avec humour. Elle en rigole et dit qu'effectivement, dans le couple c'est elle qui parle et lui ne dit rien. A ses dires, Monsieur P. montre un amusement, et en joue beaucoup avec elle, en tournant des yeux avec un sourire franc lorsque sa femme parle. Nous lui disons qu'il est énigmatique, ce qui le fait rire et semble le flatter. Cependant, sa posture reste figée. Il se tient

[18] cf. *supra* II.E.1.1

allongé sur le dos, avec les mains jointes au centre et ses lunettes sur le nez. C'est comme s'il agrippait ses mains entre-elles. Nous questionnons son vécu corporel, son confort, etc., mais il n'en dit rien. Sa femme ajoute tout de même qu'il était mieux il y a deux jours, qu'il sortait, qu'il allait boire un café en bas, etc. Cependant, les repères de Monsieur P. ne semblent pas être les mêmes puisqu'à l'évocation de ces anecdotes, il dira *« ce n'était pas glorieux ».* Lorsqu'on le questionne sur ce qu'est donc la gloire pour lui, il dit que c'est être actif et conscient. Il semble s'exprimer avec un air nostalgique. Peut-être est-il en train de faire le deuil de ses capacités, du temps d'avant ? Nous marquons ensuite la fin de la séance et la psychomotricienne lui dit qu'elle reviendra lundi prochain. *« Ah bon ? »* dit-il - *« Pouvez-vous m'éclairer sur votre " Ah bon ? ", le traduire ? » - « Avec plaisir »,* répond-il en rigolant.

Cette vignette clinique permet d'illustrer comment s'est créée l'alliance thérapeutique avec Monsieur P., et le fait qu'elle ne se crée pas forcément dès la première séance et peut parfois prendre du temps.

De plus, en thérapie psychomotrice comme dans toute thérapie dite « de la relation », des phénomènes subjectifs que sont les transferts et contre-transferts ont été étudié dans le champ de la psychanalyse. Avoir conscience de ses mouvements permet d'avoir des pistes de compréhensions du comportement du patient. Cela permet également de prendre conscience de ses propres émotions et comportements afin de tenter de maîtriser ce que l'on renvoie au patient, en tant que soignant.

B. Le transfert et le contre-transfert

Pour le psychomotricien, le vecteur privilégié des échanges est le corps. C'est pourquoi Potel parle de transfert et contre-transfert corporel. (Potel, 2015a, p.36) Le corps est le premier lieu d'inscription des émotions, des vécus, avant d'être pensé et mis en mots. Pour cela, il faut qu'il y ait un passage de la symbolisation primitive à la symbolisation secondaire. *« Dans les thérapies psychocorporelles, on fait l'hypothèse que c'est le passage par les éprouvés corporels, contenu dans la relation au thérapeute, qui va mettre ou remettre au travail cette construction et cette appropriation de soi. »* (Potel, 2015a, p.35)

Dans la relation thérapeutique, la fonction des deux personnes n'est pas la même. Sur la scène de la relation, le patient est dans l'attente que le thérapeute puisse recevoir et contenir toutes les tempêtes émotionnelles qu'il pourra jouer, dans cette rencontre à cet autre solide. Potel nomme ainsi trois fonctions du psychomotricien : la protection, la pare-excitation, et les appuis. (Potel, 2015a, p.112) Par la création d'un cadre thérapeutique, le psychomotricien protège le patient. Il a ainsi cette fonction de protection et de pare-excitation en régulant l'intensité des excitations venues de l'extérieur. Il lui permet également d'avoir des appuis : sur le cadre externe et interne. Par sa solidité, son ancrage et sa contenance il permet au patient de pouvoir exprimer tous ses tumultes intérieurs.

1. *Le transfert*

Le mouvement transférentiel est celui qui va du patient vers le thérapeute. Le patient transfère ses émotions, ses angoisses, ses vécus au thérapeute afin que ce dernier l'accompagne pour tisser ce qui est jusqu'alors désorganisé. En fin de vie, un travail particulier peut se jouer dans la relation soignant-soigné, c'est le travail du trépas théorisé par De M'Uzan.

Vignette clinique

Avec Madame S., pour qui le travail s'est orienté vers un toucher-massage, ma place a été particulière, comme j'ai pu le développer précédemment.

Lors des premières séances, je me place en tant qu'observatrice : sur un fauteuil dans un coin de la chambre. Cependant, je remarque que bien qu'étant en retrait physiquement, Madame S. semble m'investir d'une manière particulière, et ne cesse de me regarder. Au début du suivi, elle interroge la psychomotricienne sur mon rôle, etc. Une conversation entre elles-deux se tisse à mon sujet. Pourtant, bien que me concernant, j'aurai des difficultés à intégrer la discussion.

Madame S. est logorrhéique. Elle demande régulièrement : *« dîtes-moi si je pose trop de questions, si je parle trop, etc. »* Puis lorsque la psychomotricienne lui dit qu'elle pose des questions justes et intéressantes, Madame S. semble rassurée et peut continuer à s'exprimer. Au début elle nous raconte son histoire, le déracinement qu'elle a vécu en arrivant en France. Elle ne parlait pas le français et de ce fait a intégré une classe de CP alors qu'elle était en CM2 en Inde. De plus, elle vivait dans un lieu beaucoup plus petit qu'en Inde, son espace était ainsi considérablement réduit. Sa sœur et elle sont venues en France pour rejoindre leur père qui y vivait depuis un an, mais également pour la maladie de Madame S. qui nécessitait d'être prise en charge. Ainsi, c'est sa maladie qui semble faire rupture entre deux modes de vies, qu'elle semble vivre comme deux vies différentes. Puis, elle nous parle de son corps qu'elle n'aime pas, qui lui a toujours fait défaut, dès le primaire où elle ne pouvait pas faire de sport. La corporéité de chacun semble la marquer et elle dit d'ailleurs qu'elle aimerait avoir un *« corps plus costaud, plus fort ».* Elle ajoutera *: « comme ma fille, comme ma sœur, comme elle »,* en me regardant. Une sensation étrange m'envahit à ce moment, j'ai l'impression d'être devenue objet. Cela m'empêche par la même occasion de m'exprimer. J'échange donc simplement des regards avec elle. Cette comparaison reviendra à plusieurs reprises dans le suivi, elle semble projeter en moi nombre de ses objets d'amour.

J'en parlerais par la suite avec la psychomotricienne. Cette impossibilité d'être à ce moment précis est troublant. Nous échangeons autour de cette théorie de De M'Uzan et du travail du trépas. Cela fait sens.

Pour De M'Uzan, à l'approche de la mort, il y aurait une *« expansion libidinale et [une] exaltation de l'appétence relationnelle »* (De M'Uzan, 1976, p. 191). Ainsi, il théorise un travail qui s'opère en fin de vie : celui du trépas. Ce travail correspond à l'ultime expérience relationnelle du sujet avant sa mort, lui permettant de faire un travail de deuil de ses objets d'amour. Cela allégerait son agonie, en lui permettant de se sentir vivant jusqu'à sa mort. Ce travail débute précocement, bien avant l'agonie. C'est-à-dire dès que le patient ressent les dégradations physiologiques et biologiques de son corps, parfois même avant l'annonce du médecin.

Pour ce faire, ce travail requiert qu'une personne réelle, disponible et qui accepte *« qu'une part d'elle-même soit incluse dans l'orbite funèbre du mourant »* (De M'Uzan, 1976, p. 193) devienne l'objet transférentiel du patient. Alors, ce dernier pourra déplacer en cette personne tous ses objets d'amour, lui évitant ainsi de se confronter à un sentiment de perte objectale. Cette *« introjection pulsionnelle […] augmente l'être en dilatant indéfiniment son narcissisme »* (De M'Uzan, 1976, p. 197). Ce travail constitue une dernière dyade soignant-soigné, qui renvoie à la première dyade mère-enfant. Le soignant, comme la mère dans la petite enfance, a une fonction de contenance et de pare-excitation pour le patient. Ainsi, un lien fusionnel se crée entre les deux.

Cependant, ce n'est pas neutre de devenir l'objet transférentiel d'un patient et être ainsi entraîné avec le patient dans une fantasmatique de mort. *« La personne qui réalise ce type d'accompagnement doit être capable d'un assouplissement de ses propres mécanismes de défense face à la mort. Il s'agit de supporter un transfert massif, de type fusionnel. »* (Avérous, 2019, p. 32) Pour reprendre la métaphore de Guiose, il est nécessaire que le soignant ait une bouée avant de plonger dans une relation thérapeutique qui l'entraîne fantasmatiquement vers la mort. (Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007, p.107)

De par son regard, son toucher et son travail psychocorporel habituel, le psychomotricien est un professionnel qui a les outils pour soutenir cette relation transférentielle régressive. (Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007, p.107) Cependant, cela n'est pas toujours chose aisée, il peut se sentir démuni et ne pas être à même d'accueillir ce transfert massif du patient, pourtant essentiel pour ce dernier.

> *Cette souffrance du soignant me semble être à la fois une limite à reconnaître, à prendre en compte et à la fois pourtant un passage nécessaire pour aller à la rencontre de l'autre, se laisser toucher pour rencontrer. Face à cette souffrance de l'autre, et donc de soi-même, il me semble important de pouvoir prendre appui sur notre cadre de travail.* (Sadigh, 2008, p.76)

Il est donc primordial que chaque relation thérapeutique puisse également être pensée et soutenue en dehors de ce binôme soignant-soigné.

2. *Le contre-transfert*

Un second mouvement s'opère dans une relation thérapeutique qui va du thérapeute vers le patient : c'est le contre-transfert. Lorsque le patient transfère dans le thérapeute toutes ses émotions, ses angoisses, qui viennent de son tumulte intérieur, celui-ci se fait réceptacle. Cela vient teinter de ce fait ses propres émotions et sentiments. Le contre-transfert est ainsi ce que va vivre le soignant émotionnellement et corporellement, dans sa rencontre avec le patient. Cela est lié à sa subjectivité, son histoire de vie, etc. En psychomotricité, puisqu'on travaille davantage avec le corps, dans le faire, on parlera de contre-transfert corporel.

Comme le souligne Potel, le psychomotricien a deux fonctions lorsqu'il accueille les communications les plus primaires des patients. Tout d'abord il va être à l'écoute de ce premier niveau de sensorialité, agissant en écho aux activités du patient. Puis, il va accompagner ce dernier à les secondariser, à penser à ce qui s'est passé et ainsi y donner un sens. *« Pour cela, une condition : être réceptif au langage inconscient qui transite dans le corps du patient et dans son propre corps. »* (Potel, 2015a, p.42)

Le soignant travaille ainsi avec toute sa corporéité colorée par ses vécus antérieurs, son histoire de vie avec ses propres blessures. Il doit être à même de les identifier et de les penser pour pouvoir faire la différence entre ce qui lui est propre et ce qui appartient au patient et qui se joue dans la relation. Un accordage au patient se fait ainsi grâce au travail continu d'introspection et de questionnement du psychomotricien ainsi que par un travail psychocorporel approfondi.

Vignette clinique

Lors de la séance avec Madame A.[19] où j'ai eu une première réaction de dégoût face à l'atmosphère souillée dans laquelle elle baignait, il a été nécessaire que j'analyse mes propres ressentis afin d'entrer en relation avec elle. En conscientisant, en analysant ce contre-transfert et en m'appuyant sur le cadre, j'ai pu m'adapter afin de ne pas entraver le travail thérapeutique.

Il m'a tout de même été nécessaire de respecter mes propres limites afin de ne pas transférer à Madame A. quelque chose de néfaste pour elle. C'est pourquoi j'ai décidé de ne pas utiliser le contact en peau à peau directement et j'ai préféré proposer un toucher médiatisé par un tissu.

Cette vignette clinique illustre l'importance de conscientiser les contre-transferts que l'on peut vivre au fil des rencontres afin de pouvoir s'y adapter et ainsi s'accorder avec le patient. Cela suggère un ancrage dans le temps présent, à l'écoute de ses propres ressentis psychocorporels ainsi que ce que l'on ressent de l'autre avec les transferts qu'il peut faire sur nous.

[19] cf. *supra*. III.C.3

Analyser ces phénomènes est important, que ce soit pour y mettre un sens, *« mais aussi [pour] ne pas s'y laisser prendre – au risque de s'y empêtrer jusqu'à l'impuissance »* (Brioul, 2017, p.122). Effectivement, accompagner des patients en fin de vie dont on peut sentir la souffrance, peut faire émerger différentes émotions ; de l'angoisse, et parfois même de la confusion. Il est alors primordial de pouvoir mettre à distance ces divers phénomènes en y donnant un sens.

En soins palliatifs *« le rapport transférentiel entretenu entre le patient et les soignants est chargé des questions relatives à notre vulnérabilité et notre mortalité à tous »* (Avérous, 2019, p. 17). C'est pourquoi il est important de faire un travail personnel afin de ne pas tomber dans les travers défensifs souvent retrouvés dans la clinique palliative. Le questionnement continu du soignant et l'analyse de ses éprouvés est de ce fait essentiel. Il commence par élaborer seul mais lorsqu'une situation est trop intense et qu'il a du mal à mettre à distance ce qui a pu se jouer, le travail interdisciplinaire de la clinique palliative est intéressant et nécessaire. La mise en mot ainsi que les différents points de vue et réflexions apportés par les professionnels de l'équipe permettent d'analyser les processus mis en œuvre lors de la séance par le patient et par le soignant. Cette mise en sens permet de mettre à distance ce vécu émotionnel intense qui pourra ainsi être tissé dans la relation avec le patient lors des prochaines séances.

De plus, pour que l'espace devienne thérapeutique il faut que le soignant ait une fonction contenante. Pour cela, il est nécessaire qu'il soit suffisamment ancré et se fasse confiance pour permettre à l'autre d'exprimer diverses émotions comme la rage ou le désespoir, sans que ce dernier ne craigne que le soignant ne s'effondre. (Potel, 2015a, p.82) Un travail interdisciplinaire peut ainsi permettre au soignant de se sentir suffisamment stable et confiant pour être contenant pour le patient afin que se jouent différents transferts et contre-transferts.

Chaque patient que l'on est amené à rencontrer nous bouscule et nous bouleverse, c'est pourquoi un bon ancrage et des ressources internes sont indispensables pour le psychomotricien. Chaque rencontre éveille différentes émotions et sentiments, allant de la réticence à la fusion. Cependant, en thérapie, une juste distance thérapeutique est nécessaire pour que le travail reste, justement, thérapeutique.

C. La juste distance thérapeutique

Dans le soin, il est important de trouver la juste distance à l'autre, ni trop, ni trop peu, ni trop près, ni trop loin. Que ce soit au niveau de la proximité, de la fréquence des séances ou de la communication émotionnelle, il est nécessaire de trouver un accordage soignant-soigné afin de permettre un travail thérapeutique.

En soins palliatifs s'ajoute la question de la fin de vie. S'additionne alors la souffrance globale du patient dans ses dimensions psychiques, corporelles, sociales, spirituelles et temporelles. Le soignant sera donc confronté aux remaniements qui se passent à tous niveaux, chez le patient. Il devra faire face à tous ces changements et les accompagner au mieux pour que le patient se sente confortable et reconnu en tant que personne vivante et désirante, jusqu'à la fin.

Pour ce faire, certaines qualités humaines sont requises comme l'empathie. *« L'empathie va progressivement se définir comme un outil participant à la création de l'espace relationnel, comme l'introduction au travail en thérapie psychomotrice. »* (Hammel, 2011, p.104) Comme le souligne Lebovici, il n'y a jamais eu d'effet thérapeutique lorsque tout était purement intellectualisé. (cité par Hammel, 2011, p.108) La place des émotions est ainsi importante. Puisqu'on sait que le siège des émotions est le corps, notamment *via* le tonico-émotionnel qui permet de communiquer à l'autre quelque chose de son ressenti, on comprend que le psychomotricien par son travail et sa lecture du corps entre dans un véritable langage corporel avec le patient, nécessitant ainsi d'être empathique.

Hammel énonce trois caractéristiques essentielles de l'empathie, à savoir l'identification affective, la connaissance intuitive et la capacité à prendre en compte le monde interne de l'autre dans la relation. (Hammel, 2011, p.110-111) Cela suggère que quelqu'un d'empathique peut mettre suffisamment de distance par rapport à ses propres ressentis et émotions pour pouvoir s'ouvrir à l'autre. C'est la capacité à ressentir les émotions d'une personne *« comme si l'on était cette personne, mais cependant, sans jamais oublier le 'comme si' ».* (cité par Hammel, 2011, p.107) La notion de distance affective est ainsi toujours à prendre en considération afin de ne pas tomber dans un penchant compassionnel et de « souffrir avec » ni, à l'inverse, être comme anesthésié et hermétique aux vécus des patients, ne laissant ainsi circuler aucune émotion.

Vignette clinique

Madame M. est une femme de 52 ans, atteinte d'un cancer du poumon métastasé. Une indication en psychomotricité est faîte pour des angoisses importantes et une baisse de l'estime d'elle-même.

Lors d'une séance, Madame M. fond littéralement en larmes. Elle est assise sur le bord de son lit, les mains sur ses cuisses, le dos courbé et la tête redressée avec un regard vide. Tout semble lâcher pour elle à ce moment-là. Au début, elle parle d'elle-même, des répercussions de sa maladie sur ses capacités, notamment sportives et sur sa vie de couple. Elle parle de nombreuses pertes et deuils qu'elle a dus et continue de subir, de par sa maladie.

Puis, au bout d'un moment, elle change de cap. Sa tristesse et sa colère sont pour sa mère. Sa mère qui a eu un cancer du sein lorsqu'elle était enfant mais qu'elle n'a pas réussi à protéger. Sa mère qui a

perdu son mari – donc le père de Madame M.- alors qu'elle avait trois enfants à charge. Sa mère qui était ainsi veuve à 36 ans à peine. A ce moment, il me semble que Madame M. tente de se protéger de cette émotion intense en ayant recours au déplacement.

Lorsque l'autre pleure, que faire ? Les pleurs sont l'expression corporelle d'une émotion intense. La personne se déverse et à cet instant, c'est pendant la séance de psychomotricité, en présence de la psychomotricienne et de moi-même. A ce moment, nous l'écoutons toutes deux attentivement et nous lui apportons notre soutien, il me semble, à travers notre regard bienveillant. Cependant, cela ne me satisfait pas pleinement. J'aimerais avoir un contact avec Madame M., mais lequel serait le plus judicieux, sachant que je viens tout juste de la rencontrer et qu'une émotion vive jaillit ? Quelle est la juste distance à avoir ?

La psychomotricienne, qui est assise en face d'elle, pose délicatement sa main sur la sienne, ce qui semble l'apaiser. Elle pourra ainsi se déverser et nous agirons dans un but d'étayage sur ce qu'elle vit. Nous reformulerons ses dires, afin d'être sûres que l'on a bien entendu et si besoin, nous complèterons en nommant ce qui a pu être difficile pour elle. Panser en pensant, telle était alors notre idée.

Pour que cette empathie reste dans une juste distance à l'autre, il est nécessaire de laisser la parole aux soignants afin de leur permettre d'exprimer leurs désirs, leurs limites, leurs sentiments d'avoir échoué, etc. (Ruszniewski, 1999, p.127) Accompagner l'autre, notamment lorsqu'il exprime sa souffrance ou sa douleur peut amener le soignant à adopter divers mécanismes de défenses pour se protéger de ce trop-plein émotionnel. Cependant, un assouplissement de ces mécanismes est nécessaire pour permettre une relation thérapeutique authentique. Tout de même, le soignant fait office de réceptacle de tous les maux du patient. Il a ainsi besoin d'un espace afin de tisser ce qui s'est joué lors des séances et qui l'a touché. C'est pourquoi, en soins palliatifs où la confrontation à la souffrance et à l'angoisse de mort est régulière, des groupes de paroles sont proposés aux soignants afin de pouvoir déverser puis donner un sens. Dans l'EMASP où j'ai effectué mon stage, ce suivi était encadré par un psychologue extérieur et avait lieu tous les deux mois. En parallèle, lors des staffs matinaux, chacun pouvait parler des situations difficiles ou bien des patients qui les avaient bouleversés, par les projections qu'ils pouvaient leur renvoyer, par leur comportement, etc. Ce temps en équipe interdisciplinaire permet ainsi de mettre à distance des vécus intenses et de se recentrer dans le soin à l'autre pour permettre un travail thérapeutique dans l'instant présent.

> *La souplesse nécessaire à l'accompagnement d'un malade en fin de vie implique une subtile articulation du care et du cure, du holding et du handling, ainsi que la juste prise en compte des désirs et des émotions de tous. (*Brocq-Balestibeau, 2017, pp. 265)

De plus, on ne peut parler de l'accompagnement de fin de vie sans parler de la temporalité. Comment accompagner l'autre, dans cette juste distance, lorsqu'on se questionne sans cesse sur le côté incertain du temps ? Que prévoir ? D'ailleurs, doit-on prévoir ?

D. Le temps palliatif, le temps du présent ?

> *Notre existence a lieu dans le temps. Plus encore, nous faisons l'expérience d'exister sous la modalité du temps. Je ne peux m'imaginer en dehors du temps. L'expérience du temps est ainsi coextensive à l'expérience d'exister.* (Zielinski, 2014, p.92)

Cette notion de temps nous renvoie directement à la subjectivité de chacun, au temps vécu. Il est ainsi teinté en fonction de la tonalité affective de chacune de nos expériences. On ne peut penser la temporalité sans penser à la fin ; la mort. Cependant, comme nous l'avons expliqué dans la première partie, la mort est un concept abstrait, puisque notre inconscient prône toujours l'idée que nous sommes immortels.

Ainsi, la relation avec des personnes en fin de vie nous confronte à cet univers mortel. La personne pour qui l'annonce de sa finitude est faite doit alors vivre dans une temporalité bouleversée et fera part de sa souffrance à ceux qui l'accompagne. L'idée de la mort circule. Et si nous aussi nous allions passer par cette épreuve dans les heures, jours, mois à venir ? La pensée de la finitude marque un point là où tout était jusqu'alors une ligne infinie. La mort, le point final, le stop, l'arrêt.

La question des projets en soins palliatifs se pose. Lorsque nous sommes soignants en soins palliatifs, qu'en est-il donc de l'intérêt d'avoir des projets avec les patients ? Et puis, comment pouvons-nous faire pour entretenir un projet et le mener à bien si nous ne sommes pas sûr de pouvoir le terminer ?

1. Des projets ?

Au fil de l'évolution de la maladie, le corps réel du patient est altéré. Le corps et l'esprit ne faisant qu'un, se joueront en parallèle de nombreux remaniements psychiques. Lors de cette évolution, on peut penser que la personne désinvestit au fur et à mesure la vie. Pourtant, la réalité en est tout autre : une certaine pulsion de vie émane à ce moment précis de fin de vie.

Des projets donc ? La question se pose.

Je tends à penser que l'Homme qui a un ou plusieurs projets en ligne de mire est un Homme vivant, qui avance pour faire vivre ses projets. La pensée d'un avenir à-venir est encourageante. Il pousse chacun dans ses retranchements. Cependant, à certains moments de la vie, en période de deuil

notamment, la pensée d'un futur est difficile voire impossible. Il y a parfois besoin d'un autre pour nous aider, nous épauler.

Certaines questions émanent donc lorsqu'on travaille en soins palliatifs où la question de la fin de vie interroge sur l'intérêt d'un projet et la structuration d'un cadre thérapeutique. Devrions-nous définir au préalable un espace-temps de rencontre, un projet à faire ensemble, peut-être une médiation à explorer pour redonner vie, là où tout peut sembler mort ? Ou devrions-nous au contraire laisser faire le temps et voir quand se dérouleront les rencontres, au gré des besoins, des possibilités et du rythme du patient et de l'équipe soignante du service dans lequel il se trouve ?

Après de nombreuses discussions autour de ce sujet avec l'équipe que j'ai intégré, j'ai pu arriver à certaines conclusions. Je pense qu'il est important d'avoir un projet que l'on élabore avec le patient, afin de le rendre actif dans le soin, son soin. Il en est de même pour les moments de rencontre : lui laisser le choix du moment de la journée auquel il est préférable pour lui qu'on le rencontre. La possibilité d'action du patient le rend vivant, à ses propres yeux mais également aux yeux du soignant qui l'accompagne. Le patient en face de nous est avant tout une personne vivante, et non un être mourant. Ainsi, la place des projets dans le soin prend tout son sens : voir de la vie, et imaginer l'à-venir.

Vignette clinique

Madame M. est suivie par la psychomotricienne depuis quelques semaines avant que je la rencontre. Les séances ont débuté dans la salle de psychomotricité lorsque Madame M. n'était pas encore hospitalisée mais venait pour ses séances de chimiothérapie palliative. Ainsi après chaque injection, elle avait une séance de psychomotricité afin de travailler sur ses troubles psycho-affectifs, à travers la relaxation.

Lorsque je rencontre Madame M., son attention est davantage portée vers la psychomotricienne avec qui elle semble avoir une bonne alliance thérapeutique. La séance a surtout été un temps de verbalisation pour Madame M. puisque de nombreuses personnes sont intervenues, comme l'équipe douleur par exemple. Ainsi, un temps de médiation corporelle n'était pas adéquat à ce moment de la journée. Cependant, cette rencontre a permis de rassurer Madame M. sur la contenance et la sécurité du cadre thérapeutique, sur lequel elle peut s'appuyer si besoin.

Madame M. est une femme précautionneuse et organisée, qui souhaite prendre des rendez-vous. Ainsi, elle nous demande, en sortant son agenda, quand sera sa prochaine séance de relaxation. Nous convenons donc d'une date et Madame M. souhaite apporter du thé. Ainsi, elle nous questionne sur nos préférences en matière de thé. *« Thé vert ou thé noir ? fruité ou amer ? »* Puis elle marque notre

choix dans son agenda et dit qu'elle en parlera à son mari afin qu'il lui rapporte le thé, ainsi que tout le service à thé.

Par ce désir, Madame M. montre son envie de croire dans un avenir. Et cette planification lui permet de se sentir vivante. Vivre pour ses différents projets. Être digne et avenante. Elle souhaite faire plaisir.

Lorsque nous évoquons le fait que nous allons partir à Madame M. puisque son repas est servi, elle semble contenir ses émotions et son envie de pleurer, s'essuie rapidement les yeux et se lève. Elle se tient aussi droite qu'elle peut et nous raccompagne jusqu'à la porte de sa chambre, comme si nous étions de réelles invitées.

> *Favoriser l'existence et l'autonomie de ce présent à vivre dans un partage d'humilité à l'encontre du temps, accepter un présent spolié de son devenir, c'est permettre précisément au malade de vivre sa propre réalité en naviguant entre les différentes phases de son temps. C'est consentir à le laisser osciller à son rythme entre le passé, le présent et le futur sous la forme d'un présent atemporel qui engloutirait toutes les phases du temps.* (Ruszniewski, 1999, p.98)

Au gré des rencontres, Madame M. fait des aller-retour dans les différents temps de son existence. Le présent, parfois trop lourd à conscientiser, laisse ainsi place à celui du passé, nostalgique, heureux, triste, ou bien au futur, à l'avenir qu'elle souhaite possible, encore.

En soins palliatifs, ce qui importe est de *« prendre le temps d'être à l'écoute du besoin présent qui n'est pas le même que celui d'hier ni celui de demain »* (Cocaign, 2019). La maladie grave et évolutive impacte le patient dans tout son être. Ainsi il nous doit, en tant que soignant d'être présent à l'autre, dans l'ici et maintenant. *« La présence est considérée comme essentielle dans une bonne thérapie et comme la clef de l'efficacité du thérapeute. »* (Geller & Greenberg, 2005, p.45) Lorsque nous sommes soignants en soins palliatifs, nous sommes confrontés aux souffrances de l'autre, à ses inquiétudes face à la mort, à ses pulsions de vie, etc. Le temps de l'autre est en perpétuel remaniement et il est important de pouvoir suivre ces différentes mouvances, dans le temps présent. Tout de même, il me semble important de garder à l'idée de construire des projets avec le patient, afin de le rendre actif. Pour ce faire, tout en restant présent à l'instant t, des chercheurs ont donné des pistes de réponses.

Geller et Greenberg ont mené une étude qualitative auprès de thérapeutes qui prônent l'importance de la notion de présence en psychothérapie. (Geller & Greenberg, 2005, p. 45-66) Trois champs ont émergé : la préparation, le processus et l'expérience. La préparation serait une étape antérieure à la rencontre. Elle permettrait au soignant de se rendre disponible pour être présent à l'autre, en se concentrant sur sa respiration par exemple. Ensuite, c'est l'étape du processus. Cela correspond à ce que fait le soignant pendant la séance, à savoir : être réceptif à l'autre tout en ayant une attention tournée sur lui et en se centrant sur le temps présent de ses ressentis et de ceux du patient. Et enfin, la troisième étape est celle de l'expérience. Cela signifie que le soignant donne du sens à ce qu'il a vécu

lorsqu'il était en état de présence avec le patient. Ainsi, on peut souligner l'importance du corps et des ressentis internes propres au soignant, pour se rendre disponible à l'autre.

« Le corps est une manière d'être présent à autrui. » (Hammel, 2011, p.102) Ainsi, en travaillant par et avec son corps, le psychomotricien peut s'appuyer sur ses ressentis internes du moment, et réagir en écho à ce qui se vit pour le patient. De plus, en thérapie psychomotrice, il est essentiel de rencontrer l'autre là où il est. Pour cela, chaque psychomotricien se construit son propre bagage afin d'être suffisamment équipé pour rejoindre le patient là où il se trouve. Il convient ainsi à chaque thérapeute d'opérer comme un réel funambule, où le présent ne tiendrait qu'à un fil.

Nous avons donc répondu par la positive à la question de la nécessité de faire des projets. Mais dès lors, comment devons-nous penser la fin d'une séance : devons-nous imaginer clôturer chaque séance comme si c'était la dernière ?

2. *La fin d'une séance : un point ou une ligne ?*

Durant nos études de psychomotricité, on nous a amené à toujours penser la fin d'un suivi. Dans le cadre particulier des soins palliatifs, la fin d'un suivi dépend des circonstances ; décès ou transfert d'un patient. Nous n'avons donc pas de prise dessus. Tout est incertain, le temps qu'il reste surtout.

Vignette clinique

Avant son transfert en SSR deux jours après, nous revoyons Monsieur P.

Nous passons une première fois en début de matinée mais il n'est pas disponible et est très fatigué. Nous l'informons que nous repasserons en fin de matinée dans ce cas.

Lorsque nous arrivons, Monsieur P. semble disponible et sa femme propose d'elle-même de s'extraire de la séance, après lui avoir donné de l'eau et rapproché la table près de lui. Dans ce même mouvement, nous lui proposons de faire un dessin du personnage, qu'il accepte volontiers. Il se redresse dans son lit et s'installe en position assise, les avant-bras posés sur la table. Il me fait penser à un bon élève. On lui présente donc une feuille et des crayons de couleurs au choix. Il prend le crayon de papier et commence directement à dessiner, sans une once d'hésitation. Il commence par la tête, de profil, puis dessine tout le corps.

Lorsqu'il est en train de dessiner, Monsieur P. est concentré. Il y a un silence autour de lui, et nous le regardons faire. Il semble réellement apprécier. Lorsque sa production semble finie nous la regardons tous ensemble. Son regard se lève et il regarde vers l'avant. Nous décrivons ce qu'il a dessiné en lui

disant ce que cela nous évoque et cela semble lui plaire. Il commente nos dires en les précisant. Par exemple, lorsque nous lui disons que la position des bras du personnage nous fait penser qu'il est dans le mouvement, il dit qu'il danse avec son épouse et des amis. *« La valse et le tango oui, mais surtout le rock. »* Monsieur P. est surprenant et ne semble plus coller à l'image de « bon élève » qu'on lui a toutes les deux attribuée.

Monsieur P. regarde sa production et semble réfléchir à comment il pourrait l'améliorer car il le trouve *« bof, avec une main gauche un peu fouillie ».* Monsieur P. semble faire plusieurs parallèles entre son dessin et lui-même.

Il demande ainsi à faire quelques modifications, pour lesquelles il prend soin de regarder entre chaque élément changé afin de s'assurer que cela lui convient. Il ajoute ainsi des abdominaux, car *« j'étais sportif, j'en avais des beaux abdominaux »* nous dit-il.

Nous lui demandons s'il aime dessiner. Il nous dit qu'effectivement il aime bien, surtout peindre. Il adore peindre, les ponts particulièrement. *« Les ponts c'est un lieu de passage, de rencontre. J'en ai beaucoup peint, le pont d'Avignon par exemple, j'y suis allé plusieurs fois. J'aime les arches, les reflets dans l'eau. Les reflets dans l'eau, que je trouve ça beau, il y a un travail intéressant à faire avec la lumière. »*

Puisqu'il semble aimer travailler avec les couleurs, nous lui demandons s'il veut ajouter des couleurs à son dessin, s'il veut colorier son personnage par exemple. Il regarde ainsi les feutres en silence avant d'ajouter *« dans les feutres, les couleurs claquent, alors qu'avec la peinture c'est possible de nuancer ».* Puis il nous parle de ses couleurs favorites, avec les termes précis. Cet espace semble être un espace de rêverie, un ailleurs. Il prendra ainsi plaisir à ajouter deux pâquerettes à son dessin qu'il nommera *« la pâquerette fait coucou ».*

Lorsque Monsieur P. raconte l'histoire de ce personnage, il semble parler de lui. *« Je dansais, […] je peins. »* Nous insistons sur la différence des temps, mais il ne semble pas relever.

A la question *« qu'avez-vous pensé de la séance ? »,* Monsieur P. répond *« Je suis plus dans le présent ».* L'évocation de différents souvenirs et ces allers-retours entre les différents temps semble l'ancrer dans l'ici et maintenant. D'ailleurs, pour la première fois depuis que le suivi a commencé, Monsieur P. y montre un réel investissement. Il nous questionnera d'ailleurs à la fin de la séance : *« Est-ce que vous allez me suivre là où je serais transféré ? »* Il questionne par cette occasion le futur. Il se projette.

Tout au long de la séance semble se jouer la présence – absence. Ainsi, sa question finale semble vouloir donner une direction à la relation thérapeutique : y-aura-t-il un après ? Nous lui répondons que non, nous ne serons pas là, par contre nous ferons le lien avec la psychomotricienne du SSR et nous prendrons des nouvelles de Monsieur P. par ce biais.

Dans le cadre de cette rencontre avec Monsieur P., une fin semble avoir été tissée, notamment parce que le temps était fixé par le cadre de son transfert à venir. Cependant, les fins ne sont pas toujours si claires, et nous ne savons pas toujours quand est la fin. Devons-nous alors penser la séparation ?

Vignette clinique

Lorsque nous nous dirigeons dans le service d'oncologie thoracique pour rencontrer une patiente, nous croisons Monsieur P. dans les couloirs, accompagné de sa femme et de la kinésithérapeute. Il est revenu à l'hôpital, après deux semaines passées en SSR. A notre vue, Monsieur P. exprime un sourire franc et demande quand est ce que nous nous rencontrerons. La psychomotricienne répond donc qu'elle viendra mardi. Il répond de manière très enjouée *« à mardi, avec plaisir !! »* et nous regarde toutes les deux en gardant un énorme sourire sur son visage.

Les aléas de l'hôpital font que la psychomotricienne n'a pas pu aller voir Monsieur P. donc nous irons le voir ensemble le jeudi suivant. Les séances reprendront avec Monsieur P., qui sera de plus en plus affaibli et fatigué. Tout de même, son attrait pour la peinture semble toujours autant l'émerveiller et lui permettre d'avoir un espace-temps de rêverie. A d'autres moments il est davantage nostalgique et nous parle de sa perte de capacité et du deuil qu'il est en train de faire de pouvoir un jour retourner chez lui. Ces temps de verbalisations sur ses pertes et deuils sont possibles seulement lorsque sa femme est hors de la séance. Sinon, il montre une toute autre figure, celle du combattant qui essaye de faire face et qui a une posture toujours impeccable, ou du moins, du mieux qu'il peut.

Cette séance, qui était la dernière avec Monsieur P., s'est passé comme habituellement. Nous n'avons pas de prise sur le temps, donc en tant que soignant, nous ne pouvons penser les séparations à chacune des séances. Cependant, nous pouvons penser la fin de la séance en elle-même.

Tout de même, cette séparation sans point final ne s'est pas faite sans frustration pour ma part. Monsieur P. est un patient que j'ai pu suivre sur quatre mois. Voir un patient si longtemps dans cet univers palliatif où l'on se confronte à la mort de manière régulière ainsi qu'à la souffrance de nombreux patients en fin de vie, me faisait du bien. *Un vivant parmi les morts.* Pourtant, je n'avais pas conscience de ce sentiment. C'est la frustration dû à cette séparation qui m'a fait m'interroger sur mes ressentis propres à cette rencontre. J'ai donc eu besoin d'élaborer, verbalement avec ma maître de stage et l'équipe, ainsi que par le biais de ce mémoire pour comprendre que j'ai transféré nombreux désinvestissements dans l'investissement de Monsieur P.

Il n'est pas anodin de travailler en soins palliatifs, et la confrontation à cette clinique soulève différents vécus chez chacun des soignants, comme nous avons pu le voir. C'est pourquoi il est important de faire un travail continu d'élaboration afin de rester dans une juste distance thérapeutique avec le patient et ainsi pouvoir vivre des investissements et des désinvestissements de manière régulière, sans en être trop bouleversé.

Avec cette vignette clinique, je voulais illustrer comment la juste distance thérapeutique est nécessaire afin que les séparations se vivent, d'un côté comme de l'autre de la relation, sans embarras. Effectivement, dans la clinique palliative, personne n'a de prise sur le temps, ni ne sait combien de temps il reste. Nous ne savons pas quand une séparation aura lieu et il me semble illogique de penser une séparation à chaque séance. Cela sous entendrait qu'aucun projet ne serait entretenu avec le patient. Or, il me semble important de maintenir cette pulsion de vie chez les patients, peu importe le moment de leur vie. Cela permet de maintenir justement le fait qu'ils sont vivants, et puissent aussi entrevoir cet avenir, car finalement, une chose est sûre, c'est que personne n'est sûr de rien concernant l'avenir. C'est pourquoi, entretenir des projets de rencontre me semble primordial. Par ailleurs, afin que le soignant puisse continuer à vivre de nombreux investissements et désinvestissements, il me semble essentiel qu'il pense chaque séance, chaque moment, comme un aboutissement en soi.

Vignette clinique

Madame T. est une femme de 52 ans en phase terminale d'un cancer de l'estomac. Nous la rencontrons deux fois avant son retour à domicile. Madame T. est consciente de son état et de l'avancée de sa maladie. D'ailleurs, l'annonce d'un transfert en USP ou HAD vient de lui être faite par l'oncologue du service car Madame T. posait de nombreuses questions.

Lors de cette séance, Madame T. montre une tristesse immense à l'idée de quitter ce monde. Nous nous installons à côté d'elle, afin d'avoir une posture qui lui montre que l'on est attentive à ses dires ainsi qu'à ce qu'elle peut vivre dans l'ici et maintenant. Elle nous dit avoir peur pour son entourage, peur de les laisser, elle qui a *« toujours été une figure de santé et de gentillesse… »*. Elle leur souhaite tout le bonheur du monde. Nous nous mettons ainsi à chanter *« on leur souhaite tout le bonheur du monde pour aujourd'hui comme pour demain »*. Madame T. se joint à nous, et par la chanson, Madame T. peut extérioriser son importante tristesse. Des larmes coulent sur ses joues, tandis qu'elle regarde son corps en disant *« jamais personne n'aurait pensé que je tomberais malade, moi qui mangeais si bien, qui avais une activité physique régulière, etc. »*. Elle semble chercher des réponses au « pourquoi moi ».

Lors de cette séance, Madame T. verbalise beaucoup sur son vécu somato-psychique. Elle relate toute sa vie et traverse de nombreuses émotions. Nous étayons ses vécus et l'accompagnons dans ce travail de deuil de sa vie antérieure, sa vie d'avant la maladie. Puis, nous terminons la séance avec elle en l'amenant à prendre conscience des ressources qu'elle a en elle. *« C'est vrai, j'ai une belle ressource, je dors et j'ai toujours bien dormi, j'en ai de la chance. »*

La séance se terminera de cette manière et nous dirons au revoir à Madame T. Un point final n'a pas été posé, mais trois points de suspension, qui semble satisfaire tout le monde. L'avenir est à venir.

Conclusion:

Voici maintenant un autre temps, celui de la conclusion. Un temps où est attendu un point, un point final qui suit toute une réflexion. Je vais préférer des points de suspension à un point tout court. Le point de suspension qui signifie que tout est encore à tisser, à poursuivre. Car je pense que sur le chemin de la psychomotricité, différentes directions sont possibles et rien n'est défini d'avance, encore moins dans la clinique palliative.

J'ai tâché de montrer dans cet écrit l'importance de la notion de présence en séance, indispensable à une relation thérapeutique authentique. Cependant, ce n'est pas chose aisée en soins palliatifs puisque cela soulève différents vécus, parfois angoissants, chez chacun des protagonistes. Le patient, pour qui tous ses repères antérieurs sont bousculés. Et le soignant qui est confronté à la souffrance globale des patients qu'il rencontre.

Tout de même, ce temps de présence à l'autre est possible. En s'appuyant sur la cadre thérapeutique, sur ses ressentis psychocorporels et dans le respect de ses limites, le psychomotricien peut être avec le patient, dans l'ici et maintenant. Il est ainsi à même de construire avec le patient un projet thérapeutique et propose une médiation qui lui semble adaptée à cet instant de rencontre et qui sera le fil conducteur du suivi. Le projet et le cadre thérapeutique seront amenés à être remodelés à chaque rencontre afin de suivre le rythme institutionnel ainsi que celui du patient.

Comme j'ai voulu le montrer à travers cet écrit, il y a mille et une manière de réagir à une situation car chaque être à sa propre intériorité et subjectivité qui se colore en fonction de ses rencontres. Sur le chemin de la clinique palliative, les nombreuses rencontres que j'ai pu faire m'ont également permise de me construire une identité professionnelle singulière et subjective.

Etre psychomotricien signifie *être* dans toute sa subjectivité, en étant à l'écoute de ses propres ressentis. S'en suit un travail de mise en sens et d'adaptation au patient afin qu'un travail thérapeutique puisse se faire au sein d'une relation thérapeutique authentique. C'est l'écoute même de ses propres ressentis à l'instant t qui permet d'être présent à l'autre.

Cela peut susciter de nombreux allers-retours dans les différents temps, entre passé, présent et avenir. Mais cela ne veut pas pour autant dire que nous ne sommes plus présents à l'autre. Monsieur P. nous l'a d'ailleurs souligné lorsqu'à la fin d'une séance il nous dit se sentir davantage présent, alors que la séance a consisté à aller sur les traces de son histoire personnelle, à tout temps de sa vie. Ainsi, je pense qu'une attention dirigée sur ses ressentis propres dans la rencontre à l'autre, ainsi qu'une lecture psychomotrice du patient permet de s'ancrer avec lui, dans le temps présent. Le psychomotricien travaille ainsi avec sa créativité, et son intuition pour rencontrer l'autre et être à l'écoute des besoins de celui-ci dans l'ici et maintenant.

Bibliographie:

- Aflalo, J., Cocaign, V., Kaempf, S., Krebs, Z., de Laforcade, B., Mallet, S., Martin, P., Narbonnet, M., Poute de Puybaudet, C., Thenin, N., Vizzavona, J. (2016) *Psychomotricité en soins palliatifs.* Science direct.

- Ajuriaguerra, J. (2019). *Entre inée et acquis. Le bébé et le développement précoce.* (vol. 3) Vernazobres Grego.

- Bertrand, C. (2010). Quand vous me parlez de la mort dans votre vie. Dans *Gestalt* 38(2), 61-70. Société française de Gestalt.

- Bevillard, M. (2011). *Psychomotricité en temps de crise : Accompagnement psychomoteur du malade somatique grave entre curatif et palliatif* [Mémoire non publié]. Université Pierre et Marie Curie.

- Brioul, M. (2017). *Le temps du deuil en institution médico-sociale. Comprendre et soutenir.* ESF Editeur.

- Brocq-Balestibeau, H. (2017). Les soins palliatifs au risque du vécu abandonnique : formation et motivation. Dans Bioy, A., *Soins palliatifs: En 54 notions* (pp. 261-269). Dunod.

- Carric, J.-C., (2014). *Lexique du psychomotricien.* Editions Robert Atlani.

- Castra, M. (2014). Sociologie du mourir hier, aujourd'hui et demain. Dans Jacquemin, D. & de Broucker, D. (dirs.), *Manuel de soins palliatifs* (pp. 65-72) Dunod.

- Castra, M. (2018). *Transformations des conditions du mourir et nouvelles formes de socialisation à la mort*. Droit et cultures. Consulté le 20 février 2020 sur http://journals.openedition.org/droitcultures/4380

- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. Dans *Cahiers de psychologie clinique* 17(2), (pp.81-102). Boeck Supérieur.

- Circulaire relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale. Circulaire Laroque. (1986, 26 août) Direction générale de la santé. Consulté le 15 mars 2020 sur : http://www.sfap.org/system/files/circulaire-laroque.pdf.

- Circulaire relative à l'organisation des soins palliatifs. (2008, 25 mars). Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Consulté le 15 mars 2020 sur : http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-dhoso2200899-du-25-mars-2008-relative-a-l-organisation-des-soins-palliatifs/.

- Cocaign, V. (2012). *La douleur dans tous ses états :* « La douleur pensée à une douleur pansée ». Cahiers du congressiste. Consulté le 15 mars 2020 sur : https://www.yumpu.com/fr/document/read/25995937/cahier-congressiste-portail-sante-region-centre p.61-66

- Cocaign, V. (2019). *Aidants. 5.3. Aider un proche à être plus confortable.* MOOC Soins Palliatifs.

- Copel, L. (2019). *Les soins palliatifs, en pratique c'est quoi ?* 3.1 *Une composante du soin (curatif, réanimation, confort).* MOOC Soins Palliatifs.

- Coquelle, C. (2010). La vie, c'est fini. Dans *Gestalt* (vol.38/2), (pp.123-136). Société française de Gestalt.

- Cuchet, G. (2020, 23 janvier). *Réflexions sur l'histoire de la mort en Occident.* [Conférence] Mourir au XXIème siècle, Le Dorothy à Paris.

- Du Colombier, M. (2011). Fonction contenante en cancérologie: Richesses et complexités de l'enveloppe subsidiaire soignante. Dans *Cliniques*, 1(1), (pp.94-109). Erès.

- Duflol, C. (2016). *L'art-thérapie en soins palliatifs.* Erès.

- Dumont, M. (2015) Tensions et violence de l'annonce de maladie. Dans Dumont, M. (dirs.), *L'annonce au malade,* (pp. 13-41). Presses Universitaires de France.

- Fourneret, É. (2014). Les soins palliatifs à l'épreuve des voix ordinaires. Dans *Revue internationale de soins palliatifs*, 29(1), (pp.25-26). Médecine & Hygiène.

- Gaucher-Hamoudi, O. et Guiose, M. (2007). *Soins palliatifs et psychomotricité.* Heures de France.

- Geller, S. & Greenberg, L. (2005). La présence thérapeutique: L'expérience de la présence vécue par des thérapeutes dans la rencontre psychothérapeutique. Dans *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 1(1), (pp.45-66). ACP-PR.

- Guiose, M. (2005, 18 juin*). Les souffrances du corps. Contamination psychique du corps soignant en soins palliatifs.* [Congrès] ARTEC.

- Hammel, M. (2011). Empathie et psychomotricité. Dans *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°167, (pp.102-113).

- Héroguel, J. (2007). Enveloppes soignantes, individuelle et groupale, autour du patient psychotique. Dans Delion, P. (dirs.), *Corps, psychose et institution* (pp. 273-277). Erès.

- Lander, A. (2017). Crise d'identité du Mourir. Dans Bioy, A. (dirs.), *Soins palliatifs: En 54 notions* (pp. 231-237). Dunod.

- Lefèvre, C. (2020). Cours de gérontopsychomotricité. Institut de Formation de la Pitié Salpêtrière.

- Lesage, B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle. Structures, étayage, mouvement et relation.* Erès.

- Mallet, D. & Chaumier, F. (2017). L'interdisciplinarité. Dans Bioy, A. (dirs.), *Soins palliatifs. En 54 notions* (pp. 59-65). Dunod.

- Pireyre, E.W. (2015) Chapitre 12. Les angoisses corporelles archaïques. Dans Pireyre E.W. (dirs.), *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept* (pp. 141-156). Dunod.

- Potel, C. (2015a). *Du contre-transfert corporel: Une clinique psychothérapique du corps*. Erès.

- Potel, C. (2015b). *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir.* Erès.

- Prayez, P. & Savatofski, J. (2009). *Le toucher apprivoisé.* Editions Lamarre.

- Robinson, B. (2014). *Corps et psychomotricité*. L'Harmattan.

- Ruszniewski, M. (1999). *Face à la maladie grave.* Dunob.

- Joly, F. & Sadigh, M. (2008), A corps perdus. Souffrances du Corps en Psychomotricité. Dans *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°154, (pp. 60-76).

- Saunders, C. (1989). *L'hospice, un lieu de rencontre pour la science et la religion*, in collectif, *Le savant et la foi.* Des scientifiques s'expriment. Flammarion.

- Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs. Consulté le 4 mars 2020 sur www.sfap.org.

- Stiefel, F. (2007). *Soins palliatifs : une pratique aux confins de la médecine.* L'Harmattan.

- Tribolet, S. (1997). L'angoisse : concept, symptôme et maladie. Dans Montheil, M. (dirs.) *Écouter l'angoisse* (pp. 17-33). L'Esprit du temps.

- Zielinski, A. (2014). Temporalité, maladie grave et soins palliatifs. Jacquemin, D. & de Broucker, D. (dirs.), *Manuel de soins palliatifs*. (pp. 92-98) Dunod.

Annexe :

Annexe 1 : dessin de Monsieur P : « la pâquerette qui fait coucou »

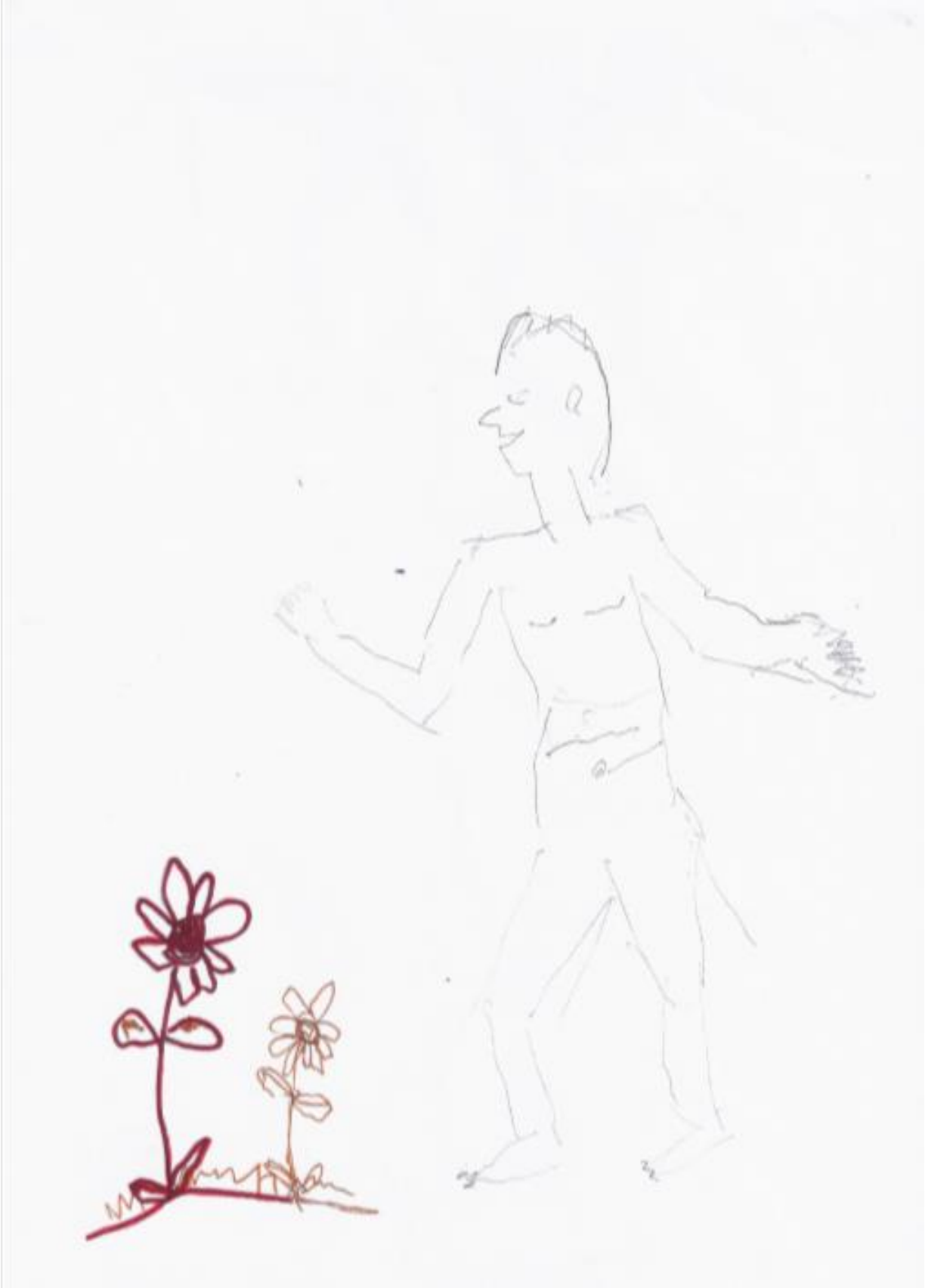

Table des matières :

Introduction: 6

I. Immersion en soins palliatifs: 8

A. La veille du dit *stage* : 8
B. Le jour J : l'entrée dans une grande fourmilière : 8
C. Le tabou de la mort 9
D. L'émergence des soins palliatifs 10
E. L'équipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs 13
1. Qu'est qu'une EMASP ? 13
2. Mon lieu de stage 15

II. Être patient en fin de vie 17

A. L'annonce : 17
B. Les étapes du « *Mourir » :* 18
C. Les angoisses : 19
D. Les mécanismes de défense : 20
1. L'annulation : 20
2. La dénégation : 20
3. L'isolation : 21
4. Le déplacement : 21
5. La maîtrise : 22
6. La régression : 22
7. La projection agressive : 23
8. La combativité / la sublimation : 24
E. Un changement de corps, d'accord ? 24
1. Les atteintes psychocorporelles : 25
1. Troubles psychomoteurs 25
2. Problématiques psychomotrices : 29
2. Qui dit corps dit psychomotricien ? 32

III. Être soignant auprès de patients en fin de vie 33

A. Leurs vécus : 34
B. Les mécanismes de défense : 34
1. Le mensonge 35
2. La banalisation 35
3. L'esquive 36
4. La fausse réassurance 37
5. La rationalisation 37
6. L'évitement 37
7. La dérision 38
8. La fuite en avant 38
9. L'identification projective 38
C. Le psychomotricien et le rapport au corps 39
1. Les fonctions du toucher 40
2. Toucher et être touché 43
3. Un possible ou impossible ? 46

IV. Rencontre soignant – soigné 49

A. Le cadre thérapeutique: 50

1. Cadre externe : 50
2. Cadre interne : 52
3. Fonction contenante : 52
B. Le transfert et le contre-transfert 55
1. Le transfert 56
2. Le contre-transfert 58
C. La juste distance thérapeutique 59
D. Le temps palliatif, le temps du présent ? 62
1. Des projets ? 62
2. La fin d'une séance : un point ou une ligne ? 65

Conclusion: 70

Bibliographie: 71

Annexe : 75

Annexe 1 : dessin de Monsieur P : « la pâquerette qui fait coucou » 75

Table des matières : 76

Résumé :

Le temps. En soins palliatifs, ce temps est incertain. Comment pouvons-nous donc intervenir en tant que psychomotricien dans l'ici et maintenant, tout en construisant un projet thérapeutique qui sera une ligne directrice dans la relation thérapeutique ? Le patient en fin de vie vit de nombreux remaniements : corporel, psychique, spirituel et social. C'est l'être dans tout son entier qui vit cette maladie, cette fin de vie et toutes les modifications que cela entraîne. L'émergence des soins palliatifs est ainsi apparue afin d'apporter du confort et du mieux-être dans cette période critique de fin de vie. Les soignants sont confrontés à la souffrance globale de chacun des patients qu'ils sont amenés à rencontrer et vivent de nombreux investissements et désinvestissements. Au fil de ce mémoire, des pistes de réponse seront apportés pour qu'un accompagnement se fasse dans l'ici et maintenant, en fonction des besoins actuels du patient. Cet écrit s'oriente davantage sur la construction et les remaniements psychocorporelles de chacun des protagonistes d'une relation, afin justement que celle-ci est lieu, dans le présent.

Mots clés : Soins Palliatifs - Psychomotricité - Temporalité - Relation - Vécu psychocorporel.

Summary:

The time. In palliative care, this time is unpredictable. How can we take action as a psychomotor therapist in the here and now, while building a therapeutic project that will be a guideline in a therapeutic relationship? The patient at the end of his life lives many changes: corporeal, psychological, spiritual and social. It is the human being in is whole, who lives his disease, his end of life, and all the changes it involves. The emergence of the palliative care appeared in order to bring comfort and well-being during this critical end-of-life period. Caregivers are facing with the Total Pain of every patient whom they come to meet and experience many investments and divestments. Throughout this dissertation, possible responses will be made on how support is provided in the here and now, according to the patient's current needs. This writing is more oriented on the construction and the psychocorporeal changes of each protagonist of a relationship, in order that this relationship takes place, in the present.

Key words: Palliative care – Psychomotor – Temporality – Relation – Psychocorporeal experiences.