

**à découvert...**

## **l'écoute du psychomotricien est elle un acte créatif à l'occasion de l'accompagnement de la fin de la vie ?**

### **1. L'hôpital est-il un lieu d'écoute ?**

“HÔPITAL SILENCE” : Tous les centres hospitaliers de France et de Navarre invitent les visiteurs à faire silence.

Est-ce pour nous rappeler à un état de sensibilité, car nous entrons dans un monde où l'homme est exposé à lui même ?

Comme une œuvre artistique qui se reçoit en silence, l'événement médical a t'il besoin de silence pour se révéler ? Existe t'il un art de soigner ?

Imaginez un instant le silence d'une chambre d'hôpital. Un malade est là, à l'écoute de tous les sons qui parviennent à ses oreilles : les bruits du couloirs, ceux de la chambre voisine, les sonnettes, les pas, le roulement des chariots, les appels, les cris...

Malade ou en bonne santé, lorsque nous sommes immobile, nous devenons plus sensible au monde sonore, car il est produit par un mouvement. En même temps que les sons nous relie au mouvement, ils nous unissent avec la vie. Ne dit-on pas qu'un sourd est plus isolé qu'un aveugle ?

Dans notre première représentation, celui qui écoute dans un hôpital est donc le malade, celui qui attends, que l'on nomme “patient”. Celui qui écoute pour *tuer le temps*.

Qu'en est-il des professionnels qui entourent les malades ?

Le premier obstacle à l'écoute vient des mille choses à accomplir dans un temps limité et de surcroît morcelé : par la succession des tâches, le défilé des chambres, au fil des heures qui se succèdent sans avoir de *temps mort*. Écouter, c'est s'arrêter d'être en mouvement pour donner en recevant.

N'est ce pas dans ce double flux que se tisse la vie?

Aussi poser la question de l'écoute, c'est interroger la nature du soin, celui qui porteur de vie.

### **2. Quelle est la nature du soin qui accompagne la fin de la vie ?**

Le soin palliatif est orienté vers ce qui entoure, au sens de contenir, envelopper, accompagner... L'objectif n'est plus le résultat mais les *moyens* nécessaires au bien être de la personne. L'intention sera d'être là : apaiser, réconcilier, entourer, créer un climat de confiance et de sécurité...

Dans un acte d'accompagnement *le rythme* est donné par le malade.

Le soin palliatif est un soin *individualisé*, puisqu'il s'attache à connaître et à respecter le *lien* que l'individu a tissé avec son milieu (quelle est son histoire, quelles sont ses habitudes, quels sont ses besoins...)

### **3. Pourquoi et comment le soin peut-il créer de la vie ?**

La psychomotricité, comme les soins palliatifs est une *approche holistique*, c'est à dire travaillant sur les *liens comme cohérence d'un ensemble*. Cette trame de liaisons n'est pas figée, elle évolue et ainsi, nous fait devenir sans cesse. En cela, en vivant *nous créons de la vie comme la vie nous crée*.

Nous sommes chacun d'entre nous une entité à part entière, formant une "unité psychomotrice" par la réunion de tous les liens qui nous constituent.

Nous appartenons à l'ordre du vivant, car nous sommes animés d'une dynamique qui rend notre unité mouvante. Ce mouvement est en interaction avec le milieu (bio-psycho-sociologique) par tous les réseaux que nous tissons, et qui nous tissent.

Ainsi nous pouvons dire que nous ne sommes pas, mais que nous devenons. Le présent réactualise sans cesse les fondements de notre propre structure pour nous rendre évolutif. La vie est alors créatrice. Lorsque nous sommes acteur de notre propre évolution, nous sommes alors créateur de notre propre vie. Il est donc essentiel de pouvoir habiter les événements que nous traversons pour rester vivant jusqu'au dernier événement, qui sera celui de notre propre mort.

Le psychomotricien est un *porteur* parmi les membres de l'équipe. Nous accompagnons le passage vers l'actualisation du potentiel de chacun, pour que ce passage trouve un nouvel élan ou autorise au lâcher prise. Pour cela, nous ne suivons pas un modèle particulier, ni une norme, ni un protocole pré-établi.

Accompagner en psychomotricité comme dans les soins palliatifs, c'est être avec, ni avant, ni après.

L'accompagnement se réalise dans un *double flux* entre les deux personnes. Cette *réciprocité* dynamique donne forme au soin grâce à l'espace laissé vide par l'imprévisible. Alors la rencontre peut agir sur les deux partenaires, puisqu'il n'y a plus un actif et un passif, un soignant et un soigné, un dominant, un dominé... Nous sommes mis en mouvement par le lien humain qui se tisse dans le soin. Dans ce sens, le soin fabrique de la vie, au sens d'une élaboration commune qui nous rend chacun évolutif et nous pouvons l'espérer créatif.

#### **4. Que communique le sujet âgé à l'approche de sa mort ?**

• La mort se parle difficilement, mais elle le fait toujours de manière singulière :

→ Arrivés au bout du temps de leur vie certains expriment leur fin comme un RETRAIT inéluctable : *"je m'éloigne de tout ce qui est vital, qu'est ce que vous voulez c'est normal quand on doit quitter ce monde"*, *"je vis à petit feu"*

→ Ou bien, après avoir quitté sa maison, son voisinage,, éloigné de sa famille, les PROJETS se font rares parce que trop incertains. La seule certitude du présent réside dans l'absence de futur: *"à mon âge on ne devient plus"*, *"elle va mourir aujourd'hui elle est au bout de son espérance de vie"*, *"à mon âge on se fiche du lendemain car on sait de quoi il sera fait, je n'ai plus d'avenir"*

→ Dans l'attente l'angoisse monte; la représentation que l'on a de soi même s'altère au fil des jours dans un univers souvent trop médicalisé, dans le sens où tout est prévu, mesuré, évalué, ordonné... Dans ce cadre pourtant protecteur, s'imisce la peur de mourir dans le silence et la solitude (une personne âgée sur 24 heures est en relation pendant 1H 20 avec un soignant, le reste du temps elle reste seule ou en compagnie des autres pensionnaires, ou reçoit la visite de sa famille, amis...). Ce face à face avec soi même peut en soi faire peur de la mort comme de la vie : *"je suis atteinte de claustrophobie, ma chambre est devenue un sépulcre"*, *"cette nuit j'ai rêvé que je m'enterrai dans ma robe de chambre"*, *"je n'ai plus peur de mourir depuis que je sens que je touche mon lit"*,

“quand vous me touchez, vous m’adoucisiez”, “je vais bientôt mourir, je suis couverte de pansements pour remplacer la graisse”, “le trou s’agrandit devant moi”.

→ Alors deux attitudes s’expriment dans ce présent devenu invivable :

soit, ATTENDRE : “le bon dieu ne me veut pas, et le diable a peur de moi, alors, j’attends!”

soit, ESPÉRER dans un lâcher prise qui fera virevolter le présent : “j’aurai besoin de mourir pour reprendre haleine”, “il faudrait que je renaisse pour aller bien”, “quand je serai au ciel, je vous tirerai le bout des pieds”

• Les attitudes corporelles sont aussi multiples et singulières que l’expression de leur vécu.

→ La colère ou la peur engendrent souvent une attitude de *fermeture*. Le sujet âgé craignant une menace du dedans de lui même comme de l’environnement extérieur, dresse ses défenses *toniques* pour mieux se protéger.

→ La solitude, l’abandon, l’oubli... s’exprime souvent dans le repli de l’immobilité, comme pour économiser les dernières forces. Les échanges avec les soignants se font au moment des soins de nursing. Souvent passif et impuissant, le sujet grabataire s’abandonne lui même. Le temps finit par le traverser totalement, il ne devient plus, il entre dans la chronicité (du grec “Khronos”, le temps identique). Ce symptôme est le plus partagé, car ne plus créer de nouveau peut toucher les deux partenaires du soin. Les habitudes font alors la loi et prennent le pas sur l’intention. Le désir est tué, la routine s’est installée, seul fait place l’automatisme.

→ Enfin à l’approche de la mort, la souffrance liée à l’impuissance de “finir ainsi et finir ici” peut conduire certains à sortir en coulisse pour ne plus faire face. La dépression les fait entrer dans un état confusionnel pour échapper à ce présent insupportable à vivre.

## **5. Comment faire pour les rejoindre ? Comment les écouter vraiment ? Qu’est ce l’écoute en psychomotricité, en quoi est elle créative ?**

Écouter c’est entrer dans une *dimension globale* au sens d’une ouverture qui reçoit l’environnement. L’état de perception sollicite un réseau diffus de neurones qui implique la totalité du système nerveux. Il intègre les données que nous captions par notre sensorialité. Ces informations sensorielles trouvent un écho intérieur grâce à leur résonance sur la conscience interne qui les organise en les situant spatialement. Sans cette conscience proprioceptive, il n’y aurait pas d’intérieur pour construire un extérieur. Ces données sont ensuite ré-entrées dans les réseaux neurologiques par des cartes de reconnaissance<sup>1</sup> qui nous permettent d’accéder à la conscience de ce que nous percevons.

La perception est ainsi un véritable travail d’élaboration qui réclame une attitude disponible et ouverte autrement dit, un état de détente globale. Nous ne pouvons rien recevoir si nous sommes dans un état de tensions ou d’inquiétude, les portes de la perception se ferment d’elles mêmes.

Quand l’ouverture dans l’échange a pu avoir lieu, le psychomotricien devient un *résonateur*, touché, traversé par ce que nous avons reçu, nous le transmettons en écho.

<sup>1</sup> voir les travaux derniers travaux d’EDELMAN sur la conscience

Cette écoute est hors interprétation et analyse, elle est immédiate sans retranchement par la pensée.  
Elle est de nature sensorielle.  
Elle est vibration, dans un dialogue harmonisé par un lien à la fois ajusté et fragile.

Cette forme d'écoute réclame une structure corporelle éveillée afin que l'empathie<sup>2</sup> débouche sur une construction. La conscience corporelle du psychomotricien est le "repère interne" par lequel il accompagne l'autre dans la reconnaissance de ses propres moyens. Ce cheminement thérapeutique est une auto-découverte. Nous parlons d'un *soin à découvert* car le sens se découvre au fil de la séance par l'expérience.

Le passage par la conscience du mouvement fait percevoir ce qui nous renouvelle comme ce qui limite. Alors ce qui empêche la mort comme ce qui empêche la vie (ce qui est la même chose) se révèle dans la transparence.

Cette vérité là n'est pas un absolu, mais une immanence. Elle est toute entière contenue dans le mouvement qui la transmet, nous ne pouvons pas l'anticiper mais seulement la re-connaître.  
Dans la résonance de l'écoute, les deux partenaires du soin sont remodelés par la nouveauté qui prend forme dans l'échange. Soigner devient une aventure humaine, l'hôpital peut devenir un *voyage*, nous échappons à la chronicité et aux automatismes pour redécouvrir chaque jour notre pratique professionnelle et peut être ainsi la rendre évolutive. En cela, l'écoute nous fait entrer dans une dynamique de création.

## **6. Partage d'une écoute**

Monsieur.... a 72 ans, il est hospitalisé pour une insuffisance cardiaque à la suite d'un cancer pulmonaire. Ancien forain d'origine tsigane, il vit dans une caravane avec sa fille, son gendre et sa petite fille. La demande de prise en charge en psychomotricité porte sur la restauration de l'autonomie de la marche. Il ne veut pas marcher en kinésithérapie, alors que ses moyens physiques le lui permettent. Ne comprenant pas pourquoi, il ne fait pas alors qu'il peut faire, le médecin me demande de le rencontrer.

La première rencontre, comme celles qui vont suivre se fait dans sa chambre. Dans la mesure du possible, il est toujours mieux de rencontrer les personnes pour la 1<sup>o</sup> fois dans leur espace.  
Avant de demander à Monsieur... ce qu'il peut faire, je lui demande de me raconter l'histoire de son hospitalisation : de quoi souffre t'il, ce qu'il espère, ce qui empêche son évolution et ce qui la facilite... Je lui explique quel est mon rôle dans l'équipe, nous faisons le lien dans ce premier bilan, entre ce dont il souffre et par quels moyens je peux l'aider.

A la première écoute, il n'y a pas d'urgence à demander à Monsieur ... de remarcher. Je n'évalue pas les potentialités d'équilibre dans cette 1<sup>o</sup> rencontre, car les tensions du visage, le débit de paroles haché, l'attitude fermée dans le fauteuil... me laissent présager qu'il est préférable dans un 1<sup>o</sup> temps de le rassurer et de l'apaiser, nous verrons ensuite vers quoi il nous conduit.

Les premières séances sont orientées vers l'*éveil de la conscience respiratoire* afin de percevoir par le ressenti, qu'un état de détente peut se rétablir progressivement et au delà, une sensation

physique de réconfort. Quand le réconfort est éprouvé physiquement il devient rassurant, car il peut être objectivé des sensations réelles.

Quand une préoccupation fixe les aiguilles du mental sur le temps du stress, il est préférable de se détourner du motif de la prise en charge. Le sujet qui nous y reconduira toujours quand il sera prêt. Mais qu'est ce qui met Monsieur ... dans un tel état de tensions. Il semble lui même ne pas en connaître la cause. Il se décrit comme pris de panique, tout son métabolisme s'emballe dans la peur et il n'est plus maître de lui même. Quelle est la part de l'organicité de celle du contexte? Nous n'avons pas toujours la réponse. A aucun moment dans la rencontre il ne parle de la mort, mais sa crainte de mourir transparaît dans ses yeux quand il décrit ses moments d'essoufflement pour ne pas dire étouffement.

Or un matin en sortant de sa chambre, je rencontre sa fille. Je lui présente alors le travail que je propose à son père et l'invite, si elle le souhaite à assister à la prochaine séance, afin que je lui transmette les exercices qu'elle pourra partager avec lui, si elle le veut.

Saisissant l'occasion, elle déroule le fil de l'histoire et me donne des clés de compréhension que je ne pensais pas avoir aussi vite.

Elle m'annonce douloureusement qu'elle ne peut envisager le retour de son père à sa maison car elle a peur qu'il meure chez lui, elle ne se sent pas à la hauteur et ne dispose du matériel suffisant pour le soulager sur un plan respiratoire s'il s'étouffe. En même temps, elle ne peut accepter qu'il meure à l'hôpital ; alors elle "charge" sa petite fille de faire vivre le grand père. En effet, Il ne vit que dans l'attente de ses visites, sa chambre est décorée de ses dessins, tous signés "papi je t'aime". La petite fille réussit bien à son insu à maintenir le lien entre la fille et le père. Cette même petite fille a vu mourir sous ses yeux sa grand mère dans les bras du grand père pendant que sa mère était partie chercher du secours.

Cette petite fille avait, malgré son jeune âge, une lourde mission : elle était la *gardienne de la vie*. Elle protégeait d'un danger mortel, les deux générations qui la précédaient.

L'intervention d'un tiers, en l'occurrence moi même, va permettre à chacun de sortir de ce cercle. Tout s'était arrêté, suspendu, le futur était interdit d'avenir. Monsieur ... ne pouvait ni mourir, ni vivre, il ne pouvait plus avancer et son refus de marcher était plus qu'un symbole.

L'accompagnement devient alors celui de la fille, afin que le mouvement familial puisse entrer dans un nouvel élan. En lui transmettant comment soulager et apaiser son père par la respiration, elle même se détend. Elle va s'alléger d'un poids qu'elle portait secrètement. Le lien père-fille est réharmonisé. La fille accepte que le père reste à l'hôpital. Le lendemain Monsieur... entre dans le coma, il en sortira l'après midi pour voir sa petite fille et mourra dans la soirée. La nuit qui a suivi son décès, une partie de la communauté tsigane veillera à tour de rôle.

L'accompagnement a pu s'élargir au cercle social, tout le monde a retrouvé sa place. La mort a permis *une mise en ordre des liens*. La mort de Monsieur... a été l'axe de résolution d'un mouvement d'ensemble. L'accompagnement par le souffle de la respiration a été le moyen pour que

la vie nourrisse le vivant pour pouvoir mourir. L'écoute a été le levier à partir duquel le mouvement a pu se rétablir à toutes les échelles de la relation. Ce suivi a duré 15 jours, l'accompagnement à proprement parler s'est fait en 4 jours.

## **7. Au delà de cette histoire, quelle lecture pouvons nous faire de la définition de l'écoute en psychomotricité ?**

- LA NATURE de l'écoute demande au psychomotricien de développer ses propres moyens de perceptions pour recueillir les traces de l'histoire. Notre biographie s'inscrit dans l'articulation psychomotrice entre les *archives physiques* : le souffle coupé, la posture figée, le refus de marcher, la tension panique... et les *archives familiales* relatées par la fille.

Notre corps est ce que nous sommes devenus et continuons à devenir tant que nous vivons. Le processus de transformation qui l'anime, ne s'achève pas, il se poursuit encore dans ceux qui restent après le décès, par le changement intérieur que nécessite le travail de deuil.

- LE RÔLE de l'écoute est de révéler la médiation opportune. Le souffle dans ce cas a permis de rétablir l'échange dans toutes les dimensions relationnelles que vivait Monsieur ...

- LES RÈGLES font de l'écoute un processus et non une conduite pré-établie. Elle est en cela, toujours à recréer, toujours à redécouvrir comme un paysage inconnu à traverser. Elle est éminemment unique et singulière et dépend de notre état de réceptivité à l'instant donné. Elle suit le rythme de chaque accompagnement, de chaque histoire, de chaque rencontre...

## **8. L'écoute à l'occasion de l'accompagnement crée de la vie pour mourir vivant**

Nous avons vu combien les soins palliatifs, comme l'approche psychomotrice nous conduisaient dans *l'imprévisible*. Nous avons explicité les conditions nécessaires à la qualité de l'écoute, tant de la part de l'équipe (réceptivité<=>disponibilité) que de la part du contexte (climat de confiance, respecter le rythme propre, connaître les habitudes)

Cette négociation de l'inconnu nous met dans un état d'*improvisation*, car la relation, si elle est authentique, va construire de la nouveauté.

Le soin devient tridimensionnel. La première dimension était l'histoire de la symptomatologie, la deuxième la spécificité de notre approche professionnelle, la troisième est celle de la profondeur d'un lien qui est unique. Dans cette dernière dimension se dessinera la direction thérapeutique, que nous appelons le *devenir psychomoteur*. Chaque suivi se compose lui même au fil de l'accompagnement, comme une partition qui s'écrit au moment ou elle se joue pour la première fois. Cette partition ne se jouera jamais une deuxième fois, elle est donnée au présent.

Nous parlons enfin d'un état de création, car l'écoute *donne de l'existence*. Elle crée du devenir par la dynamique de transformation qu'elle occasionne. Elle aide à sortir du néant pour mourir vivant.

En tant que mise en résonance, elle crée de la vie.

L'art d'écouter est de *faire jaillir l'inconnu*. Cet art est le fruit d'un travail jamais définitivement acquis. Lors de chaque accompagnement, notre conscience doit cultiver la qualité de présence pour que rien n'entrave l'émergence du possible. Mourir peut ainsi devenir un acte de vie à part entière.

Le silence devient alors totalement habité dans le passage comme dans l'absence.

Pau, le 10 Octobre 2000

## BIBLIOGRAPHIE :

- Gérontologie et Société N 90 "la fin de la vie" 1999
- Question de " L'homme tridimensionnel : corps- me-esprit" ALBIN MICHEL N 106
- Roger VIGOUROUX "la fabrique du beau" Odile Jacob 1997
- Corporellement ouvrage collectif de psychomotriciens 33210 Cauffep  Castillon de Castets
- Gérard EDELMAN, Guilio TONONI " comment la matière devient conscience" Odile Jacob 2000
- Jacques RICOT " tude sur l'humain et l'inhumain"  dition PUF pleins feux 1997
- Info KARA revue francophone de soins palliatifs Hôpitaux de Genève N  58 - 2/2000
- Carl.R ROGGERS "le développement de la personne" DUNOD 1982
- Bertrand VERGELY "la souffrance recherche du sens perdu" Folio Essais 311 1998
- Revue TERRAIN Ministère e la culture et de la communication 20/MARS 1993 "la mort"
- André KLARSFELD, Frédéric REVAH "biologie de la mort" Odile Jacob 1999
- J-D. NASIO "le livre de la douleur et de l'amour" PAYOT 1996
- Erich FROMM "L'art d'être" DESCLÉE de BROUWER 2000
- Nathalie RIGAUX "le pari du sens, une nouvelle éthique de la relation avec les patients âgés déments" Collection les empêcheurs de tourner en rond Octobre 1998
- Michel SAPIR "la relation au corps" DUNOD 1996
- Pascal HAEGEL "le corps quel défi pour la personne" FAYARD 1999
- Bruno MONSAINGEON "mademoiselle entretiens avec Nadia Boulanger"  ditions Van de Velde1980
- Philippe ARIES "essais sur l'histoire de la mort du moyen âge à nos jours" POINT SEUIL 1977
- Kandinski "du spirituel dans l'art et dans la peinture en particulier" Ed. DENOËL 1989
- Sogyal RINPOCHÉ "le livre tibétain de la vie et de la mort" Ed de la TABLE RONDE 1993