

# DE L'EFFET-MÈRE dans l'errance de l'agonie

LESLIE RUEL

Psychologue clinicienne

Établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR),

MGEN La Chimotaie

85610 Cugand, France

lrue@mggen.fr

---

Quel est ce cri que l'on entend parfois au détour d'un couloir, le cri de celui qui sent que la bataille est finie et qui, dans les dédales de son angoisse, appelle «maman» ?

Souvent perçu par les soignants comme un oiseau de mauvais augure, il s'agit ici de réfléchir à ce temps singulier de l'agonie et à la façon dont ce cri «maman» signe pour le sujet son entrée en «mourance».

En «mourance» s'entend ici comme l'espace dans lequel le sujet est pris dans l'entrelacs de la vie et de la mort.

À cet instant où l'ombre de la mort est palpable, il m'a semblé important de revenir, non seulement à ce qui peut se jouer pour le sujet, mais également à mon attitude en tant que psychologue devant l'agonie et à la position des soignants.

Comment le soignant se sent-il capable d'accompagner le sujet dans ce moment de désarroi inédit ?

Que perçoit-il alors de cette expression du sujet, condensée dans le signifiant «maman» ?

À quelle place le sujet «en mourance» nous convoque-t-il ?

---

## DÉFINITION DE L'AGONIE ET QUESTIONNEMENTS

Si l'agonie est définie par le dictionnaire des termes de médecine comme «période de transition entre la vie et la mort caractérisée par un affaiblissement de la circulation entraînant une irrigation cérébrale insuffisante et la diminution ou l'abolition de l'intelligence<sup>1</sup>», il n'en demeure pas moins que pris dans son étymologie grecque et latine, le mot *agônia* désigne la lutte, le combat et également l'angoisse.

Elle indique donc cet état dans lequel le malade lutte contre la mort. Cette lutte durera jusqu'à épuisement, lutte du corps et du psychisme, entre pulsion de vie et pulsion de mort parce qu'un sujet est souvent puissamment vivant même en toute fin de vie.

Et si ce mot «maman», prononcé en semi-conscience, venait donner à entendre la lutte du sujet qui tente encore par quelques sursauts de vie, de donner quelques coups de cornes à l'image de la petite chèvre de monsieur Seguin...

Avec les multiples perturbations physiologiques occasionnées par cette phase, il semble que le sujet soit entré dans une zone de turbulences où parfois

il est absent aux autres et parfois même absent à lui-même...

Si nous ne tentons pas de mettre un sens à cette absence, à ce gouffre abyssal dans lequel le patient semble glisser, alors nous ne pourrions nous aussi que l'appréhender sans distance et peut-être avec la même angoisse de se laisser happer « dans l'orbite funèbre du patient<sup>2</sup> » comme le dit Michel de M'Uzan.

Lorsque j'ai commencé à réfléchir à la question de l'agonie, je me suis aperçue combien ce moment faisait rupture pour moi en tant que psychologue. Chaque fois que le sujet entrait dans cette phase ultime de la vie, je me retirais de la scène comme si je jugeais qu'il n'y avait alors plus de place pour le psychologue. Jamais je ne m'étais posée la question de la vie psychique, soit de l'être désirant, dans l'agonie. Comme si pour moi la suprématie du corps et ses dysfonctionnements liés à la fin de vie engloutissaient tout espoir pour la libido de s'exprimer, en clair comme si le sujet mourait à lui-même avant de rendre son dernier souffle!

C'est étrange comme parfois il faut longtemps pour entendre et ne plus ignorer...

Michel de M'Uzan parle de la plus que probable fascination qu'exerce sur nous la mort et qui fait qu'on en oublie de s'interroger sur le sort de la libido.

La rencontre avec le texte de Michel de M'Uzan, « *Le travail du trépas*<sup>3</sup> », au moment même où j'osais une présence avec des patients dans l'accompagnement de leur agonie m'a aidée à cheminer avec l'idée qu'il existe une vie psychique jusqu'au dernier expire.

J'ai donc pris le parti d'entendre ce signifiant « maman » au pied de la lettre et de le penser comme un rempart contre l'angoisse de mort paroxystique, comme un appel à l'autre, comme une interpellation à la fonction première de la mère, c'est-à-dire à sa fonction contenante.

Ainsi, à travers ce cri, le sujet chercherait un apaisement...

Ce mot « maman » résonnerait comme l'expression d'une régression psychique du sujet qui va

mourir, c'est-à-dire de retour à un état primitif de sa libido.

Cela m'amène donc à faire des allers et retours constants entre les mécanismes psychiques du début de la vie et ceux de la fin de vie, à savoir de la construction d'une première expérience relationnelle à l'« ultime expérience relationnelle<sup>4</sup> », comme le soulignait Michel de M'Uzan.

Selon lui, les mouvements de la libido au moment de la fin de vie sont tout aussi dignes d'attention que ceux du début de la vie, soit deux temps d'extrême vulnérabilité et de dépendance.

## LES CARACTÉRISTIQUES DE LA DYADE MÈRE-ENFANT

Au tout début de l'existence et selon D. W. Winnicott, le nourrisson n'existe pas en dehors de l'entité soins maternels-bébé. Il y a spontanément re-création d'une symbiose (état de non distinction) entre l'enfant et sa mère dès la sortie du ventre maternel. Il se confond avec la mère et ne reconnaît pas le monde extérieur. Aucune notion de temps ou d'espace n'existe.

« Le bébé, par son comportement, ses regards, ses cris ou ses pleurs communique à son environnement ce qu'il ressent (...) et c'est la base de cette relation de réciprocité qui aide l'enfant à juguler ses angoisses<sup>5</sup>. »

Winnicott explique que pour permettre le développement de l'enfant et sa survie psychique, il faut dans un premier temps que celui-ci puisse se sentir « contenu » par le *portage* (le *holding*). C'est cette fonction de contenance qui va lui permettre de se sentir unifié.

Grâce au rythme des soins prodigués par la mère, à leur adéquation avec les besoins du bébé, à la manière dont ils respectent les données propres du bébé, se dessine une autre fonction tout aussi importante qui est celle du *handling* soit une fonction personnalisante.

La mère permet donc au bébé, par les soins et la façon dont il va être porté (physiquement et psychologiquement) d'acquiescer le sentiment d'exister et de se sentir être une personne.

Ainsi donc le petit d'homme va apprendre à se distinguer et à se détacher de cette fusion, de ce corps-à-corps avec la mère pour ÊTRE.

R.W Bion parle du rôle de «conteneur» joué par la mère. Nous voyons combien la mère en accompagnant le nourrisson physiquement et psychologiquement à travers les soins, les réponses à ses besoins, les mots qu'elle utilise pour nommer les sentiments et notamment, ceux que le nourrisson ressent sans pouvoir les nommer, peut l'aider à appréhender le monde et à acquiescer ce sentiment d'exister.

### **L'histoire de Violette et de son agonie**

Cette quête de fusion imaginaire (soit d'une mère potentiellement apte à juguler l'angoisse) me rappelle l'histoire de Violette et l'épaisseur de son agonie.

Violette a 50 ans et est atteinte d'un cancer du sein canalaire d'emblée métastatique au niveau osseux et ganglionnaire puis secondairement cérébral.

Elle est arrivée au centre parce que le maintien au domicile devenait compliqué à la suite de la découverte d'une paraplégie incomplète avec perte des fonctions sphinctériennes. Elle a donc un syndrome de la queue de cheval, et une méningite carcinomateuse.

À son entrée, elle est autonome pour les soins d'hygiène mais a besoin d'aide pour les mobilisations et les transferts. Elle a une sonde urinaire.

La prise en charge sur le plan infirmier est compliquée, car il y a une gestion difficile de la douleur, au sens où celle-ci est ardue à décoder pour les soignants : s'agit-il d'une angoisse ou s'agit-il d'une douleur physique ?

C'est dans ce contexte que j'ai commencé à rencontrer Violette.

Violette est enfermée dans sa dépendance, elle se sent enfermée dans son corps, elle cherche à retrouver

une liberté de décision en revendiquant la gestion de son antalgique.

Malgré ses difficultés, Violette est une femme qui, d'emblée, ne laisse pas indifférent. Joviale, armée de courage, elle est décidée à ne pas laisser la maladie emporter sa joie de vivre.

C'est une grande femme, emplie d'une force de vie qui donne envie d'écarter l'ombre de la mort qui menace. Dès les premiers jours, elle « habite » sa chambre. De nombreuses photos d'elle, de ses amies en habillent les murs. Des peintures également, des objets, des foulards, des vêtements, des livres... D'emblée, on se sent bien chez elle. On en oublierait presque la maladie, même si, cette dernière avec son risque léthal, ne l'oublie pas.

Elle vivra là quelques mois entourée de nombreuses femmes qui ont jalonné sa vie.

Lors de mes premières rencontres avec Violette, elle tiendra à me montrer ce personnage courageux qu'elle incarne et qui lui sied si bien. Je la laisse faire, je sais aussi qu'il est nécessaire que cette étape de la rencontre avec le thérapeute se vive afin de l'apprivoiser.

Un jour, elle me laisse l'approcher et me montre combien il est dur pour elle de vivre avec ce corps qui ne lui répond plus. Elle sait qu'ici sera sa dernière maison de vie même si elle n'en a jamais parlé. Elle en a probablement parlé dans son silence, à travers son absence apparente de désir de rentrer chez elle. Plus le temps passe, plus la maladie gagne du terrain et plus Violette a peur.

Au fil des entretiens, elle dira sa relation à l'autre, elle dira combien la peur de ne pas être aimée la tenaille, combien la solitude lui fait peur. Elle dira son besoin des autres.

Elle attend ces moments privilégiés de rencontre avec moi pour pleurer cette vie qui la quitte lentement et combien elle aurait aimé vivre encore...

La mise en place de l'Hypnovel l'apaisera, même si, jusqu'au bout, elle restera dans un flot continu de paroles, pas toujours compréhensibles, mais pon-

tuées régulièrement de cette phrase : « Maman, aide-moi. » Elle sera déjà loin...

Sa mère restera près d'elle à supporter l'insupportable. Son père sera également présent dans la chambre, une présence physique sans mot, juste derrière sa femme.

Violette mourra quelques jours après, elle aura vécu une agonie difficile par la profondeur de son angoisse et la façon dont son délire s'exprimait.

Ce qui m'a interpellée, c'est le fait que sa mère, bien que présente et parlant à sa fille, ne calmait pas cet appel. Dans ce moment de désarroi intense, la mère ne pouvait que prendre les mots de sa fille au pied de la lettre, cela la renvoyait à son impuissance et générait de l'angoisse chez elle.

La mère réelle étant là, y avait-il une place pour le soignant pour répondre à une place symbolique, c'est-à-dire s'autoriser à penser que par sa présence, il pouvait intervenir pour tenter d'apaiser Violette ?

En tant que psychologue, j'avais l'impression d'être spectatrice d'un drame à huis clos, presque tétanisée par l'ampleur de l'agitation logorrhéique qu'elle avait.

Cela nous invite à penser « le travail du trépas » défini par Michel de M'Uzan, avec cette notion de régression libidinale, cette demande de fusion qui s'articulerait dans la parole du sujet agonisant à travers ce cri « maman ! » annonciateur de sa mort prochaine. Il semblerait qu'à travers cette quête se joue une recherche de cette mère toute-puissante et potentiellement apte à sauver l'enfant de toutes ses peurs et de ses angoisses.

Dans l'agonie, parfois le réel peut être totalement démantelé, et la vie fantasmagique se donner à voir avec une grande crudité.

## PARLONS MAINTENANT DE CETTE RÉGRESSION...

Lorsqu'une personne arrive à la fin de sa vie, dans ses derniers moments, il est fréquent de la voir adopter des positions antalgiques qui font facilement penser aux positions fœtales. Nous pouvons même observer que le patient perd souvent le contrôle de ses fonctions sphinctériennes et se voit donc mettre une protection complète. Il ne mange plus seul, ne fait plus sa toilette seul, et donc, s'en remet totalement à l'autre soignant.

Je pense que la métaphore de la régression ne s'arrête pas à ces attitudes corporelles ou comportementales mais s'accompagne aussi d'un mouvement psychique de régression au sens freudien, c'est-à-dire d'une « évolution vers le point de départ ».

Freud a élaboré ce concept à partir de la théorie du rêve. Il s'est interrogé sur la fonction du rêve en tant qu'activité psychique appartenant au sommeil.

Selon lui, le sujet ne peut pas supporter indéfiniment la tension du monde et périodiquement, il a besoin de retrouver une situation de plénitude rappelant la vie intra-utérine<sup>7</sup>.

Le terme de « régression » a paru approprié à Freud pour désigner un aspect de la réalité psychique. Il s'agit, pour la tension pulsionnelle, d'atteindre à une certaine décharge, quand elle est en excès, comme dans l'angoisse devant une situation traumatique, en l'occurrence ici, la mort imminente.

La reconnaissance de la menace létale confronte le sujet à sa vulnérabilité et annihile le fantasme d'une existence qui pourrait perdurer indéfiniment. La mise à mal de ce fantasme d'immortalité, dont Freud soulignait l'universalité, est source d'une profonde angoisse.

Une angoisse qui naît chez Violette bien avant la phase agonique mais qui s'exacerbe dans la détresse des derniers moments, donnant à entendre et à voir ce « trop plein » de tension à travers son agitation psychique.

Justement, cet excès d'angoisse ne trouverait-il pas à se décharger dans la régression, à travers cette recherche de fusion imaginaire et fantasmatique ?

La régression constitue un processus qui ne nécessite pas d'intention consciente et se révèle selon certains auteurs, comme la voie de dégagement contre l'angoisse la moins coûteuse en énergie psychique.

C'est exactement comme si le Moi mettait ses feux de détresse en route, comme lorsque le corps émet des signaux d'alarme au moment où la personne entre en agonie. Michel Renault applique cette notion de régression au sujet malade et parle ainsi du sort de la libido en fin de vie et, je pense, jusque dans l'errance de l'agonie : selon lui, compte tenu de la situation de dépendance du malade, la libido pourra refluer jusqu'aux *imago*s archaïques de la mère...

Michel Renault, psychanalyste, explique que les régressions sont très fréquentes dans les états préterminaux et dans les phases terminales.

L'investissement du monde imaginaire du sujet, soit l'introversion de sa libido, lui coûte bien moins d'efforts que l'adaptation aux propos, souhaits et émotions de son entourage. Et cette économie de force psychique est d'autant plus nécessaire que le malade dépend d'un métabolisme restreint<sup>8</sup>.

Autant le corps fonctionne sur un principe d'économie de forces, autant le psychisme aussi.

Le malade en fin de vie, dépendant massivement de l'entourage médical et familial, perdant de son intime et de sa pudeur, donne à voir, à entendre, parfois même à sentir la réalité de sa régression.

Ce cri « maman ! » à la fin de la trajectoire vitale du sujet est-il l'expression de la reprise d'un énoncé de ce qui est donné au début, celui vécu à la naissance, lors de la fusion mère-enfant ?

## LA RELATION DE SOIN

En soins palliatifs comme dans d'autres domaines de soin où le sujet est touché au plus profond de son être, le toucher, au même titre que la parole, a valeur de communication.

S'il est des mots qui rassurent et qui apaisent, il est aussi des gestes qui, vécus comme chaleureux, agréables et bienveillants, détendent, sécurisent et consolident une sécurité interne vacillante.

Au moment de l'agonie, lorsque la parole est devenue impossible, la présence et le contact physique semblent restituer au patient un univers sensoriel qui remonte à son expérience la plus primitive<sup>9</sup>.

Pour autant, pouvons-nous dire que le soignant doit endosser une fonction maternante afin d'apaiser l'angoisse du sujet en « mourance » ?

Au travers de la parole recueillie des soignants, vient poindre le dessein d'une fonction maternante, c'est à dire contenante, contenante de l'angoisse du sujet mourant.

Le soin dans ce moment de finitude devient souvent motivé comme mode de présence à l'autre et plus précisément au sens des concepts de *holding* et de *handling*, élaborés par Winnicott et aisément transposables.

La fonction maternante est assurée par l'approche corporelle du soin somatique et par la satisfaction des besoins vitaux. Il est très important de faire le distinguo entre maternel et maternante, en effet, maternel limite la relation à un ordre biologique alors que maternant renvoie à un entourage plus vaste et au symbolique, place que peut donc occuper le soignant à travers les soins qu'il prodigue.

Le *holding* décrit par Winnicott permet d'insister sur l'importance de la continuité des soins, de la fiabilité des comportements maternants des soignants et de l'adaptation progressive aux besoins changeants et croissants du sujet à mourir.

Il est impératif pour le sujet en souffrance de trouver un répondant à la fois structuré et souple c'est-à-dire d'une grande tolérance au changement.

Je répète qu'avoir une fonction maternante pour le soignant en soins palliatifs ne signifie pas du tout prendre soin d'un patient en faisant appel à ses sentiments maternels. Le soin est une relation, il ne s'agit pas de répondre à la souffrance de l'autre avec le risque de la recouvrir mais d'être face à elle.

RW Higgins souligne dans un texte que, dans l'accompagnement des personnes en fin de vie, ce serait l'occasion de réhabiliter dans le soin, le maternage au sens symbolique, c'est-à-dire non pas dans le sens étouffant mais à l'égal de la relation de la mère à l'enfant qui, à au moyen des soins, donne également une sorte de *nourrissage* psychique<sup>10</sup>.

Nous avons pu constater à travers ce qui semble apaiser le sujet pris dans cette angoisse, qu'il s'agit alors, pour le soignant, d'être dans un mouvement d'empathie psychique et physique, en plusieurs points similaires à ceux que la mère prodigue à l'enfant, pour lui donner ce sentiment d'exister.

Nous avons à entendre la plainte comme un appel au lien, un lien relationnel jusqu'au dernier expire. Pour le soignant, ce lien doit être pensé et réfléchi en équipe afin de ne pas sombrer dans les vicissitudes de la compassion et d'un maternage de surcroît trop étouffant.

## CONCLUSION

Au commencement était la mère. L'enfant, s'il naît de l'amour de ses deux parents, est avant tout physiologiquement enfanté par la mère, premier être, premier contact corporel, premières sensations...

Nous identifions traditionnellement la mère à un contenant dans le sens où elle est l'abri permettant le développement de l'enfant : c'est-à-dire une croissance biologique rendue possible par l'adaptation corporelle de la mère mais aussi une construction psychique commençant bien avant la naissance.

En tant que contenant, la mère offre une structure rassurante, enveloppante et étayante. Dans l'esprit freudien, la mère, par sa fonction nourricière, induit le tout premier attachement de l'enfant.

« À la lumière mystérieuse des « premiers temps » peut s'éclairer l'obscurité ténébreuse des « derniers temps »<sup>11</sup>.

C'est peut-être ce que le sujet en fin de vie donne à voir et à entendre, un appel à la mère comme refuge contre l'angoisse propre à l'agonie.

## NOTES

1. Garnier, Delamarre. *Dictionnaire des termes de médecine*, Paris, Maloine, 1998, 25<sup>e</sup> édition.
2. M. de M'Uzan. *De l'art à la mort*. « Le travail du trépas », Paris, Gallimard, 1977, p. 193.
3. *Idem*, p. 182-199.
4. *Ibid.*
5. D.W. Winnicott, *La mère suffisamment bonne*, Paris, Payot et Rivages, 2006, p. 24
6. R. W. Bion, *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 1962.
7. J. Bergeret, *Psychologie pathologique*, Paris, Masson, 2004, p. 83.
8. M. Renault, *Soins palliatifs : questions pour la psychanalyse*, Paris, L'Harmattan, p. 98
9. J. P. Sauzet, *La personne en fin de vie*. Paris, L'Harmattan, 2005, p. 102.
10. R.W Higgins, *Le statut du mourant, Malesherbes*, M'EDITER, 2006, p. 29.
11. J. P. Sauzet, *La personne en fin de vie*, Paris, L'Harmattan, 2005, p. 89.