

## LA TENDRESSE, UN LIEN ENTRE LES PATIENTS ET LEURS PROCHES EN FIN DE VIE

**Nathalie Clément-Hryniewicz**

**Martin Média** | *Le Journal des psychologues*

2009/8 - n° 271  
pages 51 à 54

ISSN 0752-501X

Article disponible en ligne à l'adresse:

-----  
<http://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2009-8-page-51.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Clément-Hryniewicz Nathalie, « La tendresse, un lien entre les patients et leurs proches en fin de vie »,  
*Le Journal des psychologues*, 2009/8 n° 271, p. 51-54. DOI : 10.3917/jdp.271.0051  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Martin Média.

© Martin Média. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# La tendresse, un lien entre les patients et leurs proches en fin de vie

*Nathalie Clément-Hryniewicz*



Psychologue clinicienne  
Département hospitalo-  
universitaire  
de médecine interne  
et de gériatrie, USP,  
groupe hospitalier  
Albert Chenevier-Henri  
Mondor, Créteil

***Dans leur pratique clinique auprès de patients en fin de vie, les soignants sont souvent témoins de gestes de tendresse entre les patients et leurs proches. Quelle place et quelle fonction revêt cette tendresse en soins palliatifs pour chacun d'entre eux ? Comment peut-elle être saisie ou comprise dans cet espace-temps si particulier ?***

Les derniers mois, dernières semaines, derniers jours, voire dernières heures, que partagent proches et patients avant l'ultime séparation, représentent un temps de crise, de profond bouleversement, puisqu'ils se trouvent, plus que jamais, confrontés à la réalité de la mort et à ses vicissitudes ; à cette mort à laquelle ils avaient souvent pensé, dont ils avaient repoussé l'idée et qui s'impose dès lors inéluctablement à eux avec l'évolution de la maladie, l'arrêt des traitements curatifs, les dégradations physiques et psychiques.

Le sens des valeurs de l'existence se trouve alors, tant pour le malade que pour ses proches, remis en cause. Les représentations qu'ils peuvent avoir de la beauté, de la forme physique, ainsi que leur estime de soi, leur joie de vivre, se trouvent battues en brèche ; leurs relations, leur mode

de vie, sont transformés. Les périodes de colère, de révolte, de désinvestissement, d'amertume, se mêlent aux périodes de tristesse, mais aussi de joie, de bonheur d'être là, ces « *phases d'appétence relationnelle, d'exaltation intense du désir* » (M. de M'Uzan, 2006).

Chaque jour est alors vécu comme pouvant être le dernier et, en ce sens, patients et proches cherchent à se mettre complètement à nu, tentent d'assimiler le peu de temps qu'il leur reste à vivre ensemble pour faire ce qu'ils n'ont encore pu faire, pour se dire ce qu'ils n'ont pu se dire, pour s'arrêter sur certains plaisirs simples de la vie ou, bien au contraire, se lancer dans des projets dont l'originalité peut surprendre. Étreintes chaleureuses, douceur, affectivité, besoin de rapprochement, attention... passent ainsi au premier plan et riment avec tendresse.

« *Nous ne sommes rien sans la tendresse* », clame J. Salomé, psychosociologue, qui voit en elle une manière pour l'enfant de s'édifier, pour l'adolescent de s'émanciper, pour l'adulte de former un couple et pour la personne âgée de vieillir au regard du soutien, du réconfort qu'elle apporte et, ajouterai-je ici, de faire face à la solitude dans laquelle chacun se trouve quand la mort approche.

La tendresse devient alors, dans ces différentes fonctions, un pont, une passerelle, pour vivre ensemble, dans la continuité, ces derniers instants.

## La tendresse

Si *Le Petit Robert* définit la tendresse comme un « *sentiment affectueux qui présente un caractère de douceur et de délicatesse* » ou encore une « *tendance altruiste*

*fondamentale* », elle est avant tout une disposition que chacun porte en soi, selon des degrés divers, en fonction de son histoire propre, de celle que l'on a vécue avec celui qui est malade, de sa personnalité, de sa capacité ou de sa difficulté à exprimer ses sentiments. La tendresse est, précise J. Salomé (1991), « *une qualité de l'attention qui s'offre, se propose, sans jamais contraindre, qui peut donc se mettre en réserve, en attente, sans se refermer, sans se bloquer à jamais* ». Elle est une invitation à être qui se heurte, le plus souvent, au discours raisonné de l'intellect qui voudrait que l'on écoute parfois davantage sa raison que ses sentiments, et notamment dans nos sociétés occidentales où encore trop peu de place est accordée à l'expression des émotions. Elle suppose d'être à l'écoute des besoins de l'autre en termes de sécurité, d'appartenance, de considération, sans pour autant être soi-même dans l'abnégation ou tomber dans le piège de la « pitié dangereuse », comme ce fut le cas de ce jeune officier autrichien, héros de S. Sweig (1999), qui devint la proie de sa pitié pour une jeune femme paraplégique. Ainsi, la tendresse s'oppose à la pitié, à l'indifférence, au mépris, à l'abandon, à la haine.

La tendresse se vit, s'éprouve, de manière individuelle. Elle ne s'impose pas, elle ne se commande pas. Elle se donne sans attendre de contrepartie. Elle est difficilement mesurable, même si nous pourrions imaginer la mise en place d'une échelle d'évaluation, comme cela existe déjà pour la douleur.

La tendresse fait appel à la sensibilité de chacun, à ces premières relations qui se sont établies dans l'enfance, dans le corps à corps avec la mère, autour des premières sensations éprouvées lors des soins, lors des jeux. Aussi les expressions de la tendresse sont-elles nombreuses à l'instar de celles de la douleur. Pour certains, elle consistera à donner la parole aux sentiments directs, aux ressentis de l'instant, à l'expression d'une émotion qui dit à elle seule plus que cent discours. Pour d'autres, ce sera une qualité de présence et-ou d'écoute proposée, centrée sur la personne et non sur son problème ou sur sa difficulté. Pour d'autres encore, ce sera un mouvement vers une caresse, un sourire, un silence tendu vers l'accueil.

Pour S. Freud, la tendresse est le courant le plus stable de la sexualité, celui qui perdure quels que soient l'âge, les aléas de la vie, et qui vient désigner « *une attitude envers autrui qui perpétue ou reproduit le premier mode de relation amoureuse de l'enfant où le plaisir sexuel n'est pas*

*trouvé indépendamment, mais toujours en s'étayant sur la satisfaction des pulsions d'autoconservation* » (Laplanche, Pontalis, 1988), autrement dit des besoins physiologiques fondamentaux comme l'alimentation ou les soins corporels. Tout acte de tendresse trouverait ainsi, chez S. Freud, son origine, son primat, dans cet amour primaire que porte l'enfant à l'égard de la personne qui le nourrit, le soigne et ne saurait s'en départer.

Une position sur laquelle reviendront certains psychanalystes et psychologues, parmi lesquels J. Bowlby (2002) et, notamment, R. Zazzo qui postulera, s'appuyant sur les travaux des éthologues, que « *le primat de la sexualité avait été un moyen de rattacher l'homme à l'animal, dans la perspective d'une psychologie qui se voulait scientifique et donc naturalisante. Aujourd'hui, c'est le primat de l'attachement [...] que nous enseignent le comportement des animaux supérieurs* ». Pour lui, comme pour J. Bowlby, l'établissement des liens d'affection entre mère et enfant ne s'appuie pas uniquement sur la satisfaction des besoins élémentaires, comme le prétendait S. Freud. Le besoin de contact, de proximité, de tendresse, primerait ici sur la faim. Il relèverait d'un besoin primaire, indépendant de la pulsion orale, comme le souligne le travail mené par J. Harlow sur les singes Rhésus et que cite J. Bowlby.

En effet, J. Harlow placera les singes Rhésus dans un isolement social plus ou moins complet dès la naissance et proposera à certains des mères « artificielles ». Il révélera que les bébés singes préférèrent les mères revêtues d'un chiffon doux aux mères en fils métalliques, même lorsque celles-ci ont un biberon. Ainsi, le réconfort du contact est privilégié à l'apport de nourriture. De même, il pointerait qu'un isolement social total intervenant pendant six à douze mois chez le bébé singe Rhésus occasionne une incapacité de tout développement social ultérieur et qu'une carence affective précoce, dans ce contexte, peut être à l'origine de nombreux troubles. Un travail sur lequel reviendront de nombreux psychanalystes.

R. Spitz (1984) montrera ainsi, dans son travail sur l'hospitalisme, combien l'absence et la privation de la mère ou de son substitut entraînent des perturbations émotionnelles chez l'enfant dont l'impact est souvent majeur, décrivant trois phases après la séparation maternelle : une période de pleurnichement, que J. Bowlby nomme « protestation », une période de glapissement (désespoir), puis une période de retrait et d'indifférence

s'accompagnant d'une régression dans le développement et de symptômes somatiques (détachement) pouvant aboutir à un état de marasme important. Pour sa part, D. W. Winnicott considère que « *si la carence survient avant que le bébé ne soit devenu une personne, elle peut entraîner [...] des troubles mentaux non organiques [...]; chez un être assez évolué, elle produit une prédisposition aux troubles affectifs et tendances antisociales ; si elle survient quand l'enfant cherche à conquérir son indépendance, elle provoque la dépendance pathologique, l'opposition pathologique, les crises de colère* ». Enfin, plus récemment, et pour ne citer que lui, A. Green (1984) notera les effets préjudiciables que peut revêtir l'indisponibilité de la mère, psychiquement morte, sur la constitution du Moi, laquelle est intimement liée à l'investissement libidinal de la mère dans les premières années et dépend de la façon, pour elle, de tenir son enfant, de le soigner, de lui présenter les objets (biberon, sein, lait...) par lesquels il trouvera satisfaction, autrement dit, de la tendresse qu'elle lui porte.

Sans tendresse, évoque P. Van Eersel, aucun lien social ne serait possible.

## La tendresse en fin de vie : place et fonction

La fin de vie, à l'instar de la naissance, représente probablement le moment le plus solitaire que patients et proches ont à vivre ensemble, tant il est unique et non transmissible, mais aussi, paradoxalement, peut-être le plus solidaire. La fin de vie rassemble plus qu'elle ne sépare. Elle constitue un moment intense d'échanges, de partages, pour les patients et pour leurs proches qui ont très souvent tendance à se désintéresser, à se détacher de tout ce qui les entoure (actualités, faits divers...). Tout se passe ainsi comme s'ils profitaient là de ces derniers moments de vie ensemble pour mettre à plat leurs éventuels différends, pour évoquer leurs regrets, leurs bons et mauvais souvenirs ensemble et régler tous les problèmes matériels. Les patients britanniques ne disent-ils pas qu'ils peuvent décéder tranquillement en ayant le sentiment « d'avoir fermé leur dernier dossier » ?

La tendresse est, dans ces moments, au cœur de la relation, comme en témoignent les nombreux écrits de E. Kluber-Ross, M. de Hennezel, M. H. Salamagne ou encore C. Jomain (1984). Elle est ce « *trait d'union* » qui les relie les uns aux autres, maintient, voire consolide, ce lien qui les unit quand les relations sont conflictuelles,

quand la mort approche et a un pouvoir de déliaison. Elle est un soutien, une assise sur laquelle certains patients et proches vont pouvoir s'appuyer, s'étayer, alors que tout espoir de guérison a disparu.

La tendresse donne, en effet, sens à l'existence. Nombreux sont ainsi, par exemple, les patients qui, grâce à la tendresse que leur porte leur proche, vont continuer à se sentir dignes d'intérêt, se sentir éloignés de l'image rebutante qu'ils peuvent avoir d'eux-mêmes, de leur corps, souvent perçu comme un ennemi à combattre, tant il vient faire obstacle à la relation et porter atteinte à leur dignité. La tendresse redonne corps au corps du patient, elle lui redonne forme. Elle confirme le patient dans sa partie essentielle, dans sa partie vivante, à savoir l'homme ou la femme qu'il est. Elle restaure l'image qu'ils peuvent avoir d'eux-mêmes et leur donne ici la force de « s'habiter jusqu'au bout » pour endosser la mort à venir avec leur style, leur personnalité, leurs problèmes et interrogations.

Les proches sont ceux qui, par leur présence et leur soutien, deviennent, dans ce contexte, les dépositaires des émotions du patient, contre les forces létales de la mort, des angoisses qu'elle engendre, jouant là un rôle de miroir qu'ils ont bien souvent du mal à tenir. Comment, en effet, parvenir à renvoyer une image suffisamment bonne de celui ou celle qui est en fin de vie quand tout provoque dégoût, horreur, effroi, peur, et que les proches se trouvent eux-mêmes submergés par leurs propres émois face au corps déchu, difficilement soutenable, de celui ou celle qu'ils aiment et vis-à-vis duquel ils éprouvent un déroutant sentiment d'étrangeté ?

À l'image de la tendresse que portent les proches, la tendresse des patients, lorsqu'elle parvient à s'exprimer sous une forme ou une autre (regard, sourire, main tendue...), s'avère souvent, pour l'entourage, une aide précieuse tant elle vient combler le vide, le sentiment d'inutilité souvent ressenti face à un malade qui ne mange plus ou ne communique plus. Elle contribue, chez eux, à mettre de côté tous les changements physiques que la maladie induit pour s'attacher à ce qui constitue probablement l'essentiel, à savoir l'homme ou la femme qui se terre derrière ce corps de souffrance. Elle est ou devient alors une manière de dépasser le trouble, la tristesse, le désarroi qu'ils ressentent face à leur proche malade, en mettant de côté la laideur de la fin de vie (escarres, crachats infectieux, odeurs nauséabondes...). De même, elle représente, pour certains, un moyen de faire face aux

injonctions, aux sentiments inavouables et inavoués qui les animent dans ces moments, comme le parricide, par exemple, quand « *la mort tarde à venir* », pour reprendre leur expression. Combien sont ceux, en effet, qui nous disent souhaiter la mort rapide de celui ou celle qu'ils aiment quand la situation devient difficile à gérer pour eux ?

Le malaise de l'entourage face à cet inconnu que devient parfois le patient est souvent majeur. Ainsi en est-il lorsque le patient tient des propos incohérents, a un comportement désinhibé ou encore que les mots viennent à manquer, que le silence s'installe. Car le silence, au même titre que la disparition des repères physiques familiaux, questionne, inquiète. Ne parle-t-on pas d'ailleurs de « silence de mort » ? Il provoque, met en évidence, l'impuissance dans laquelle se trouve l'entourage qui ne sait plus ou pas quelle attitude adopter et qui, privé d'échanges, en arrive à douter du sens de leur présence, voire à regretter, après le décès, de ne pas avoir suffisamment déployé d'énergie pour maintenir le contact, envers et contre tout, mais aussi nourrir le sentiment coupable de n'avoir pas pu ou su accompagner son parent dans la tendresse.

La tendresse, en ce sens, peut éviter aux proches de faire l'expérience du poids de la culpabilité et de tous ses aléas après le décès. Elle socialise le « mourir ». Elle a une fonction de maintien, ce que D. W. Winnicott nomme « *holding* », de soins qui donne la possibilité au patient et à ses proches d'aborder la perte à venir plus sereinement et de contenir les angoisses qui peuvent émerger d'un côté comme de l'autre.

La tendresse en fin de vie apaise, en effet. Elle est source de réconfort, de soutien. Elle borde, porte celui qui la reçoit. Elle est ce « *dernier contact, cette dernière et ultime évocation du lien maternel* », ainsi que le souligne M. Aviven (1995). M. de M'Uzan (2006) écrit pour sa part : « *Le mourant forme là avec son objet [...] sa dernière dyade, par allusion à la mère* », à cette mère qui veille sur le confort de son enfant, son bien-être, sa sécurité, évitant l'écueil d'une souffrance trop importante, cette mère qui est là pour le consoler lorsqu'il pleure, qu'il a du chagrin, qu'il est malade ou encore lorsqu'il est seul et qu'il doit faire face à ses angoisses – angoisses d'abandon, de séparation, de mort...

La tendresse a alors un rôle pare-excitant ou, pour le dire autrement, de protection



*La tendresse, une passerelle pour vivre ensemble ces derniers instants.*

contre l'angoisse massive que suscite l'image de la mort. Avec elle, le mourant parvient, dans le meilleur des cas, à mettre de côté ses sentiments de peur, de détresse, sans pour autant les oublier. Quelque chose se fonde là qui permet au patient de se sentir en sécurité, de se laisser porter et de profiter du temps qui lui reste à vivre pour vivre d'ultimes expériences. La tendresse est ainsi ce qui fait lien dans cet espace où tout reste à créer, où tout est source d'angoisses.

### Les soignants face à la tendresse des patients et de leur entourage

Notre rôle de soignant, selon notre position et la place que nous occupons, est de favoriser l'expression de cette tendresse sans en craindre les effets physiques et-ou psychiques chez les patients et leurs proches, et ce, tout en restant vigilants. Car la tendresse peut rapidement s'avérer intrusive si elle ne tient pas compte de l'Autre dans ses besoins, ses limites et, en ce sens, ne répond qu'à des règles de bienséance ou encore à un besoin personnel de réparation où l'Autre a peu sa place. « *Trop de tendresse tue* », comme aiment à le rappeler très justement les détracteurs de la tendresse qui reprennent là une phrase de Y. Navarre. Il en est de même quand elle n'est pas à propos.

*A contrario*, la tendresse a tout son sens quand patients et proches se sentent démunis, désespérés, quand les mots échappent, quand l'état du patient s'altère de plus en plus et que les proches cherchent un moyen de communiquer encore ensemble.

Dans ce contexte, il s'agit pour nous de les aider à trouver la bonne distance entre un trop et un pas assez, de les aider à se sentir utiles et ne pas fuir ou baisser les bras ou, pour le dire autrement, de les aider à devenir des aidants en décodant avec eux les besoins de celui qui est en fin de vie, en les accompagnant dans ce qui constitue pour eux une épreuve, une expérience hors temps tout en respectant leur intimité. C'est en effet là, dans le silence, le non-dit, qu'un regard, un sourire, un contact, une attention singulière, se chargent d'intensité et que patients et proches peuvent se retrouver et parvenir à profiter au maximum du temps qui leur reste à vivre ensemble.

Mais tout n'est pas toujours aussi simple. Il est effectivement des situations où la marge d'action est infime, voire impossible. Ainsi en est-il pour les proches qui, malgré le lien que nous leur assurons, ne peuvent

outrépasser leurs peurs, leurs craintes et se situer ici dans un lien de proximité. Il en est de même pour ceux qui, par pudeur, par éducation, ne parviennent pas à établir ce lien ou encore pour ceux qui ont toujours eu avec le mourant des relations conflictuelles ou très distantes. Notre rôle est alors d'accueillir, sans jugement, la peine, le désarroi, les rancœurs, de faire preuve de compréhension, d'écouter un fils, une fille, un conjoint... qui ne peut se résoudre à accepter la souffrance ou la déchéance et voit disparaître plus ou moins une part irrattrapable de sa vie à laquelle il ne peut se résoudre.

La tendresse en fin de vie est, en effet, et avant tout, à saisir ici comme une ressource possible, non comme une fin en soi qu'il s'agirait absolument de mettre en place par convenance. Elle peut être un moyen de trouver un dénouement paisible à la fin de vie pour certains, mais, en aucun cas, ne saurait être applicable à tous.

### En conclusion

Les gestes de tendresse que partagent proches et patients en fin de vie constituent, à bien des égards, des moments uniques. Il s'agit là essentiellement de moments de partage que chacun va vivre selon ce qu'il est, selon sa sensibilité, son histoire, et qui vont bien au-delà de la simple conception qui viendrait à dire « il n'y a plus rien à faire », alors que tout reste à construire, ici, dans ces derniers instants.

La tendresse est une invitation à être qui réconcilie le patient avec son corps et permet aux proches de se dégager du poids de la culpabilité et de la mort. Elle est intimement liée au concept de dignité, mais aussi à des valeurs comme la simplicité, l'humilité, l'authenticité.

Les gestes ne trompent pas, pas plus qu'un échange de regards. Les mots échangés touchent chacun dans ce qu'il est ou a été. Le toucher double ici l'intensité de la relation.

Pour F. Dolto (1998), « *la présence au mourant est une présence où tout est langage [...]. Les touches qui rendent corps [...], les mains qui imposent la paix sur un front agité, les gestes qui rafraîchissent, désaltèrent, massent ou caressent, les silences et l'immobilité d'être là [...] tout cela constitue la bulle qui enveloppe le mourant. Contacts de corps, et contacts d'âmes sont alors intimement liés* ». Des mots qui, à eux seuls, résumant tout l'impact que peut revêtir la tendresse en fin de vie tant chez les patients que chez les proches. ■

## Bibliographie

**Abiven M., 1995**, « La crise du mourir », *European Journal of Palliative Care*, 2 (1) : 29-32.

**Bowlby J., 2002**, *Attachement et perte*, Paris, PUF.

**De M'Uzan M., 2006**, « Le travail du trépas », *De l'art à la mort*, Paris, Gallimard, pp. 182-199.

**Dolto F., 1998**, *Parler de la mort*, Paris, Mercure de France.

**Green A., 1984**, « La mère morte », in *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Éditions de Minuit, pp. 222-253.

**Jomain C., 1984**, *Mourir dans la tendresse*, Paris, Centurion.

**Laplanche J., Pontalis J.-B., 1988**, « Tendresse », *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, p. 483.

**Salomé J., 1991**, *Apprivoiser la tendresse*, Genève, Jouvence.

**Spitz R., 1984**, *De la naissance à la parole*, Paris, PUF.

**Sweig S., 1999**, *La Pitié dangereuse*, Paris, Grasset.

**Van Eersel P.**, « Un besoin de tendresse dans la civilisation », site Internet [nouvellescles.com/dossier/tendresse](http://nouvellescles.com/dossier/tendresse).

**Winnicott D. W., 1970**, « L'enfant en bonne santé et l'enfant en période de crise - Quelques propos sur les soins requis », in *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot, pp. 22-23.

**Zazzo R., 1979**, « L'attachement, une nouvelle théorie sur les origines de l'affectivité », in *L'Attachement*, Paris, Delachaux et Niestlé, pp. 20-54.