

“ Qui suis-je, Docteur? ” : les impacts identitaires au cours de la maladie grave et évolutive

Marie Mauger

► **To cite this version:**

Marie Mauger. “ Qui suis-je, Docteur? ” : les impacts identitaires au cours de la maladie grave et évolutive. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02078930

HAL Id: dumas-02078930

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02078930>

Submitted on 25 Mar 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté de médecine Pierre et Marie Curie

Site Pitié-Salpêtrière

Institut de Formation en Psychomotricité

91, Bd de l'Hôpital

75364 Paris cedex 14



« Qui suis-je, Docteur ? »

Les impacts identitaires au cours de la maladie
grave et évolutive

Mémoire présenté par Marie MAUGER
en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

Référent de mémoire :

Joanna Aflalo

Session Juin 2018

Remerciements

Ce mémoire est pour mon grand-père, pour Manu, pour Ninon. Merci pour tout ce qu'ils représentent : pour l'influence qu'ils ont eu sur ma construction personnelle et professionnelle, pour m'avoir permis d'élaborer mon identité de soignante, pour avoir édifié le regard que je porte sur le monde du handicap et de la maladie...

Merci à ma famille pour avoir toujours soutenu ce projet de formation et pour leur enthousiasme. Merci à ma mère pour tout son soutien psychologique, moral, affectif, logistique... à mon père pour sa foi inébranlable en ma réussite... à mon frère pour sa simple présence.

Merci à Joanna Aflalo pour son accompagnement tout au long de l'élaboration de ce mémoire, pour avoir accueilli mes propositions et pour m'avoir aidé à affiner ma réflexion.

Merci à Véronique Cocaïgn pour m'avoir permis de faire ce stage au sein de l'EMASP, pour avoir partagé avec moi la richesse de ses réflexions, pour la confiance qu'elle m'a accordée dans l'accompagnement des patients et dans la construction de mon mémoire.

Merci à mes amis et à mes camarades de promotion pour leur soutien au cours de ces trois années, pour tous ces moments partagés d'angoisse, de rires, de larmes, d'échanges...

Merci à tous les patients que j'ai rencontré pour leur accueil, leur bienveillance et pour la confiance qu'ils m'ont accordé. Merci pour ces temps forts et marquants.

Avant-propos

L'initiative de ce mémoire provient avant tout de questionnements issus de ma vie personnelle. Quand la maladie grave, ou le handicap, s'imisce dans la vie d'un proche, elle vient perturber non seulement sa vie personnelle mais aussi toute la sphère familiale. De ce fait, j'ai été particulièrement sensibilisée à l'approche sociale de la maladie, du handicap et de la fin de vie. La question du regard prend ici toute son importance : le regard que l'on porte sur soi-même, le regard des proches, le regard des étrangers... A ce regard s'associe tout un panel d'émotions, plus ou moins perçues, plus ou moins conscientes, mais toujours chargées de sens : la colère, la peur, l'inquiétude, le sentiment d'étrangeté, la tristesse, le désespoir... Ce sont des passages obligés qui permettent, un jour peut-être, d'accéder à l'acceptation, au soulagement, à la nostalgie, au rire, à la redécouverte...

Le choix d'un stage en soins palliatifs pour cette dernière année s'inscrit dans cette continuité. Cette expérience m'a permis de poser des mots sur des éléments que j'avais déjà perçus, de leur donner du sens. J'ai aussi découvert des vécus tout à fait différents car la maladie, nous le verrons, engage des vécus extrêmement complexes et singuliers.

Quand vie personnelle et vie de future professionnelle se mêlent, les rencontres avec les patients sont chargées de questionnements. Il me semble qu'elles n'en ressortent que plus riches. Je me suis efforcée d'identifier, d'accepter et de comprendre mes défenses et mes appréhensions, pour rester le plus juste possible dans mes accompagnements. S'il y a bien une chose que j'ai apprise en soins palliatifs, c'est la nécessité d'accueillir : accueillir les angoisses, les remises en question, les incompréhensions, pour pouvoir mieux les transformer. C'est ce travail sur moi-même que je poursuis encore aujourd'hui, c'est aussi celui que doivent faire les patients pour accepter leur maladie et ses conséquences.

Sommaire

Introduction	5
I. Comment les problématiques identitaires se manifestent-elles dans la maladie grave ?	10
1. <u>Madame V.</u> : Une perturbation de l'identité physique.....	10
2. <u>Monsieur A.</u> : Une perturbation de l'identité psychique.....	14
3. <u>Monsieur H.</u> : Une perturbation de l'identité sociale et familiale.....	17
II. Quels sont les mécanismes qui conduisent à une rupture de l'identité ?	21
1. <u>La perte de repères physiques</u>	21
A. Une atteinte du schéma corporel.....	22
B. Une atteinte de l'image du corps.....	23
2. <u>La perte de repères psychiques</u>	26
A. La modification du rapport à l'objet.....	26
B. La construction du narcissisme	28
C. Le travail du trépas	29
3. <u>La perte de repères sociaux</u>	32
A. Hypothèses sur l'origine de la souffrance sociale.....	32
B. La théorie de la liminalité	35
III. Comment l'approche psycho-corporelle permet-elle de restaurer le sentiment d'identité ?	37
1. <u>La posture du thérapeute</u>	38
A. La fonction miroir du thérapeute.....	39
B. La préoccupation maternante terminale.....	42
2. <u>Les processus thérapeutiques de la thérapie psychomotrice</u>	48
A. Présentation de Monsieur R.....	49
B. Le bouquet de possibles.....	51
C. La création d'un espace transitionnel.....	52
3. <u>Les médiations</u>	55
A. Le choix de la médiation.....	56
B. Le toucher thérapeutique	63
C. La relaxation.....	71
D. Le mouvement, c'est la vie.....	77
Conclusion	84
Bibliographie	86
Sitographie	89

Introduction

La clinique sur laquelle s'appuie ce mémoire provient de mon stage au sein d'une Équipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (EMASP) en milieu hospitalier. La Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs définit les soins palliatifs comme « des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle ». L'EMASP intervient au sein des différents services de l'hôpital, notamment les services d'oncologie, de gériatrie, et plus rarement en immunologie et dans les unités de soins intensifs. Elle participe à la prise en charge globale du patient et assure un rôle de conseil auprès des équipes. L'indication pour une prise en charge psychomotrice découle souvent de réflexions des professionnels de l'EMASP et des équipes soignantes. Ce mémoire ne s'articule pas autour de la démarche éthique et philosophique du soin palliatif. Il se veut plus global et abordera les enjeux relatifs à la maladie grave et évolutive, ainsi qu'à la fin de vie.

Qu'est ce que la maladie grave ? Il ne semble pas exister de réponse médicale exacte à ce sujet. Néanmoins, d'après le Larousse, on peut qualifier de grave ce « Qui met en danger la vie de quelqu'un ». En effet, les patients que j'ai accompagnés étaient atteints d'une maladie incurable, les traitements n'étaient pas efficaces ou ne suffiraient pas à les guérir.

Qu'est ce qu'une maladie évolutive ? D'après le Larousse, cela signifie que la maladie est soumise à une transformation, voire à une aggravation. Ainsi, on comprend que

la maladie grave et évolutive entraîne inexorablement le patient vers la fin de sa vie.

Qu'est ce que la fin de vie ? Elle pourrait être décrite comme « un aspect très particulier de la vie parvenue à son terme »¹. En effet, même si un patient est atteint d'une maladie incurable, et qu'elle mènera inévitablement à son décès, il n'en reste pas moins vivant. Dans la littérature, il n'existe aucun consensus sur l'espérance de vie moyenne lorsqu'on parle de fin de vie. Au sein de l'EMASP, on estime généralement qu'elle se compte en mois, parfois en semaines.

Pour comprendre les enjeux inhérents à la fin de vie, il me semble primordial d'interroger la notion de mort. En phase palliative comme en phase terminale, la perspective d'une mort à venir trouble le patient. Ce questionnement peut émerger de manière consciente, à travers ses propos, ou de façon plus inconsciente, en prenant la forme d'angoisses mortifères par exemple. D'après E. MORIN « L'idée de la mort proprement dite est une idée sans contenu, ou si l'on veut dont le contenu est le vide à l'infini »². La notion de mort est complexe à définir en tant qu'elle ne peut pas être représentée : nous pouvons penser la vie mais à l'instant de la mort nous ne sommes plus. En effet il semblerait qu'il règne chez l'Homme une recherche d'immortalité inconsciente. E. MORIN décrit ce qu'il nomme le « traumatisme de la mort » comme « toute la distance qui sépare la conscience de la mort de l'aspiration de l'immortalité, toute la contradiction qui oppose le fait brut de la mort à l'affirmation de la survie »³. Selon lui, tout Homme n'ayant pas été confronté au cadavre ne peut se représenter la perte irréparable de l'individualité. Cependant intégrer la mort d'autrui et pouvoir se représenter sa propre mort sont deux choses à distinguer.

1 M. DE M'UZAN (1977), p.184

2 E. MORIN (1970), p.42

3 *Ibid.*, p.42

« Se savoir mortel, c'est se savoir vivant ; c'est admettre au moins deux limites (la naissance, la mort) entre lesquelles le temps peut avoir du sens »⁴. Cette notion de limites temporelles est essentielle à prendre en compte dans la maladie grave. Lorsque le pronostic vital du patient est engagé, la perception du temps est bousculée, ce manque de repères mène le patient vers une quête de sens : « Quelle place reste-t-il pour l'espoir dans ce temps où l'absence de guérison et la mort sont les plus fortes probabilités ? [...] Qu'entendons-nous par espoir ? Espoir de guérir ? Espoir de vivre encore un peu ? De ne pas mourir maintenant ? [...] Moins il nous reste de temps, plus notre quête de sens est forte. Le 'donner sens à sa vie' peut se jouer à la fin de cette vie »⁵.

Ainsi, l'annonce d'une mort à venir génère quête de sens : le sens de sa maladie, le sens de la vie. Cela entraîne une véritable remise en question de l'identité : si je ne suis plus un individu sain, alors qui suis-je ? Si bientôt je serai mort, alors que suis-je maintenant ? Il me semble qu'il s'agit plutôt d'une quête de soi, de son individualité, de son identité d'être vivant.

Qu'est ce que l'identité ? Au niveau étymologique, le terme identité vient du latin classique avec *idem*, qui signifie « le même ». Ainsi, le sentiment d'identité serait l'expérience vécue de rester toujours le même. Le Larousse quant à lui distingue deux définitions de l'identité relative à la personne. D'une part, il s'agit du « Caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité ». D'autre part c'est un « Ensemble des données de fait et de droit qui permettent l'individualisation de quelqu'un (date et lieu de naissance, nom, prénom, filiation, etc) ». Ces deux définitions me semblent complémentaires, l'identité comprend à la fois une

4 R. AUBRY, M-C. DAYDE (2017), p.28

5 *Ibid.*, p.101

dimension personnelle, le fait de se sentir unique, mais aussi une dimension sociale, être reconnu comme unique aux yeux de tous.

L'identité est une notion complexe car « Se construire comme être humain implique pour chacun : une appropriation de son corps, de son identité sexuée, des possibilités souples d'identification et de différenciation, un sentiment d'appartenance à des groupes humains, mais aussi un développement de la capacité à être seul, une intégration de l'histoire subjective, une inscription dans la lignée et dans la succession des générations »⁶. De ce fait, la construction de l'identité est intriquée dans le développement psychomoteur du sujet. Elle dépend de sa construction physique, psychique, sociale et familiale. Elle est étroitement liée à l'image du corps car, comme elle, elle est régulièrement remaniée par les expériences relationnelles.

L'identité s'oppose à la notion d'altérité qui constitue « ce qui correspond à la qualité de ce qui est autre, donc différent de soi-même »⁷. Cette dialectique entre identité et altérité est à la base du processus d'identification du sujet. L'individu comprend qu'il est unique en repérant ce qui le différencie des autres, « c'est de l'identité qu'est née la différence »⁸. Cette approche influence l'intersubjectivité puisque « parmi les innombrables contradictions qui accompagnent l'existence, figure la nécessité pour l'être humain de se rapprocher de ses semblables d'une part (question de l'imitation), et son besoin d'indépendance, de séparation, d'autre part »⁹.

6 M. DE HADJETLACHE, p.75

7 B. GOUDARD (2001), p.167

8 *Ibid.*, p.167

9 *Ibid.*, p.167

Mais lorsque l'état de santé d'un individu est précaire, qu'il bascule du statut d'individu sain à celui de personne malade, comment se situer dans cette altérité ? Le patient atteint d'une maladie grave vacille en permanence entre des phases plus ou moins conscientes de son état, entre des périodes de mieux-être et des périodes de souffrance, son corps se modifie régulièrement, il fait des allers-retours entre son domicile et l'hôpital... Tous ses repères sont modifiés en permanence. Ainsi on retrouve chez les patients des problématiques autour des notions de limite et de place, dans les domaines corporel, psychique et social. Ces mouvements paradoxaux semblent une hypothèse plausible pour expliquer l'altération de l'identité des patients atteints d'une maladie incurable.

Dans un premier temps j'exposerai des vignettes cliniques qui mettent en évidence les répercussions identitaires de la maladie grave et évolutive.

Dans un second temps, je développerai des théories qui permettent de comprendre, ou d'éclairer, les mécanismes qui peuvent conduire à cet impact identitaire.

Enfin, je proposerai des pistes d'action à mettre en œuvre, en psychomotricité, pour accompagner les patients atteints d'une maladie grave et incurable souffrant de problématiques identitaires. J'aborderai la place du thérapeute, le processus à l'œuvre en séance, et je donnerai quelques exemples de médiations.

I. Comment les problématiques identitaires se manifestent-elles dans la maladie grave ?

Les vignettes qui suivent se présentent comme des « photographies » de ma première rencontre avec ces patients. De ce fait elles peuvent paraître incomplètes et susciter des questionnements. Elles ont pour seul objectif de mettre en lumière les perturbations identitaires chez ces patients, sans chercher à les modifier.

On peut décrire quatre niveaux de l'identité : physique, psychique, sociale et familiale. Pour chaque cas clinique j'ai choisi d'isoler les éléments les plus pertinents pour illustrer l'altération d'une dimension identitaire. Néanmoins, il me paraît primordial de préciser que la réalité reste plus complexe. Les différents niveaux sont intriqués les uns aux autres, on retrouve donc chez ces patients une souffrance identitaire plus globale.

1. Madame V. : Une perturbation de l'identité physique

Madame V. est une femme d'une cinquantaine d'années, suivie en oncologie pour un cancer des poumons. Elle a travaillé pendant plusieurs années au sein d'un commerce de cet hôpital. Elle reçoit chaque jour la visite de son conjoint et de sa sœur cadette, avec qui elle semble proche. Sa mère vit en EHPAD à plusieurs centaines de kilomètres, elle n'a pas été informée de la pathologie de sa fille. La fratrie a déjà subi le décès d'une sœur, ainsi l'évolution de la maladie de Madame V. a une résonance particulière au sein de cette famille. Madame V. et sa sœur cherchent à protéger leur mère de cette nouvelle.

Madame V. est hospitalisée suite à un malaise important à son domicile, dont l'origine reste inconnue. L'équipe médicale a suspecté un surdosage morphinique, mais il se trouve que la prescription n'a pas été modifiée, et la posologie a été respectée. Des examens complémentaires sont en cours pour expliquer son malaise. Madame V. rapporte que le personnel de l'équipe de nuit aurait eu des propos blessants et dégradants à son égard. Cela nous interpelle quant à une éventuelle problématique autour de l'image du corps. Ainsi, la psychomotricienne et moi-même la rencontrons dans le cadre d'une évaluation psychomotrice.

Nous sommes présentées à Madame V. par l'infirmière de l'EMASP. Elle est installée au lit, presque complètement allongée. Des œdèmes importants sont observables au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Elle se présente avec une attitude régressée : le volume de la voix est faible, l'intonation est enfantine, les expressions du visage sont innocentes. La tonicité musculaire paraît faible, j'observe peu de modifications toniques au cours de l'échange. Cela se manifeste notamment par la quasi-absence de mouvements pendant l'entretien.

Madame V. nous décrit la violence de cette hospitalisation, qui prend le sens d'une rupture : « Avant cela j'étais bien, je reprenais des forces, je reprenais part à ma vie ». C'est par ailleurs le seul moment marqué par une augmentation du tonus et un redressement du buste. Elle précise qu'elle a pensé mourir au cours de son malaise et reste marquée par son incapacité à parler. Elle n'a pas pu remarquer depuis l'hospitalisation.

Lorsqu'elle parle de son corps, elle évoque surtout les changements de volume : les jambes, les bras et le ventre sont décrits comme « gros ». La psychomotricienne choisit de

ne pas confirmer son propos afin de laisser place à son vécu. Alors même qu'elle ne s'adressait pas à moi depuis le début de l'entretien, elle m'interpelle « Vous aussi mademoiselle, vous le voyez que c'est gros ? ». Elle recherche une confirmation auprès de nous, comme si elle n'était plus sûre de sa forme corporelle. Elle peut dire que le regard de l'autre la préoccupe, mais elle ne cherche pas pour autant à s'isoler. Cette appréhension ne l'empêche pas de maintenir des relations sociales.

Par ailleurs elle utilise à plusieurs reprises le terme de « corps meurtri ». Depuis l'hypothèse d'un surdosage morphinique, elle refuse tout traitement antalgique. Les douleurs localisées au niveau du ventre, du dos et des jambes ne sont donc plus soulagées. Cela contribue probablement à l'absence de mouvement.

Elle parle de l'importance de ses relations, dit avoir besoin d'être entourée par ses proches. Ses angoisses de mort réapparaissent lorsqu'elle est seule. A ce propos, elle dit « il ne faut pas me laisser », elle reconnaît avoir peur d'être abandonnée. Lorsque nous lui posons la question, elle dit avoir déjà eu un vécu abandonnique, mais sa sœur entre dans la chambre lorsque nous sommes sur le point d'entendre son histoire. La sœur de Madame V. adopte une posture très maternante à son égard, cela accentue davantage l'attitude régressée de Madame V. : elle s'efface et laisse sa sœur parler à sa place.

L'événement traumatique vécu par Madame V. marque une rupture physique et psychique qui se traduit par la perte de repères psycho-corporels. Le schéma corporel est bouleversé, car elle n'a pas encore eu le temps d'intégrer ce « nouveau » corps. Elle semble consciente des modifications de son corps mais n'est plus certaine de ses nouvelles dimensions ni de ses capacités. Au niveau de son image du corps cela se traduit par un

sentiment d'étrangeté et une dépréciation. Nous ne savons pas si les propos déplacés qu'elle rapporte, formulés par l'équipe de nuit, sont véridiques ; cependant cela met en lumière la préoccupation portée sur ce corps qui change. L'événement du malaise a généré, ou réactualisé, de l'angoisse : toute l'attention est désormais focalisée sur ce corps, sur l'image qu'il renvoie et les représentations qui y sont associées.

Cette perturbation des représentations du corps n'apparaît pas comme pathologique compte-tenu de son malaise récent. Cependant, cela montre à quel point la maladie peut bouleverser la connaissance du corps – on peut même parler de sa reconnaissance – et tous les affects qui y sont liés. L'identité physique de la patiente est remise en question : comment est mon corps ? Est-ce réellement *mon* corps ? Quel regard porte-t-on lui ?

Dans le cadre d'une maladie grave et évolutive, le corps subit de nombreuses transformations. Certaines modifications viennent de l'intérieur, elles sont directement liées à la pathologie et sont donc variables. On retrouve fréquemment un amaigrissement, une fonte musculaire, de l'œdème, de nodules tumoraux... D'autres facteurs sont provoqués par les traitements ou les opérations : perte de cheveux, anomalies des sensations (type paresthésies, douleurs neuropathiques) voire le manque de sensations (alitement prolongé), pose d'un matériel médical (colostomie, sonde naso-gastrique)... Une confusion s'installe autour du schéma corporel, de par la modification de la disposition des organes et de leur fonctionnement, la perte de mobilité, la perturbation des afférences sensibles... L'image du corps doit également être réactualisée, elle est souvent dépréciée car le sujet ne parvient pas à investir affectivement ce corps modifié.

La perturbation de l'identité physique émerge lorsque le patient n'est plus en mesure d'intégrer ces informations. Les sensations apparaissent comme étrangères, elles peuvent être rejetées ou subies. Dans tous les cas, elles ne sont plus reconnues comme siennes.

2. Monsieur A. : Une perturbation de l'identité psychique

Monsieur A. est un patient d'une soixantaine d'années rencontré à l'hôpital de jour. Il a été diagnostiqué d'un cancer il y a sept ans, pour lequel il bénéficie encore de chimiothérapie. L'équipe de l'EMASP a envisagé un suivi en psychomotricité car Monsieur A. met particulièrement à distance son vécu de la maladie.

Monsieur A. est originaire du Portugal. Lors d'un premier entretien avec la psychomotricienne (seule) il rapporte un parcours de vie douloureux : un père biologique absent, le déracinement lors de son arrivée en France, son évolution dans un milieu décrit comme « défavorisé », une implication acharnée dans le travail... Monsieur A. se présente comme un patriarce, un homme dynamique, solide et travailleur. Il intellectualise sa situation, accepte difficilement de se livrer et de lâcher prise. Depuis quelque temps il montre une fatigue physique et psychologique vis-à-vis de sa situation. Elle s'exprime par une colère détournée, il semble notamment impliqué dans un combat contre les classes sociales.

Nous rencontrons Monsieur A. à l'hôpital de jour, en chambre double. Il s'adapte à cette situation et parvient à se créer une « bulle » en s'installant en position fœtale, tourné vers nous. L'apparence de Monsieur A. est soignée : il porte une chemise, une chaîne au cou, ses cheveux sont peignés en arrière et il se recoiffe régulièrement du bout des doigts.

Tout au long de l'entretien il effectue une régulation tonico-émotionnelle : il s'enroule lorsqu'il évoque sa tristesse (dans une posture d'auto-reconfort, les larmes aux yeux, se caresse le ventre) et se redresse lorsqu'il parle de moments plus joyeux (accompagné de sourires et de rires). Il voyage entre des souvenirs anciens, le récit de sa maladie, et des constats sur sa situation actuelle.

Monsieur A. s'interroge sur l'intérêt de la chimiothérapie car elle ne donne pas de résultats satisfaisants. Il constate qu'il « ne vit que 6 jours par mois », les quelques jours où il peut sortir sans les effets secondaires du traitement. Le reste du temps est « pire que de la survie ». Il regrette le temps où il pouvait aller selon ses envies. Le rapport au temps et à l'espace est modifié, il est délié, bridé, pesant, rythmé par les traitements et les consultations.

Ses amis lui conseillent de se ménager, Monsieur A. comprend leur bienveillance mais s'agace de l'omniprésence de la maladie. Il donne des éléments de son image du corps en utilisant le mot « handicapé » pour se qualifier. De même, il évoque les appels réguliers de l'hôpital pour convenir des consultations. Cela lui rappelle qu'il est malade, il décrit ces instants comme violents. Il utilise la métaphore de « la lumière au bout du tunnel » pour parler de son espoir de guérison, en précisant que « parfois elle s'éteint, mais elle revient le lendemain ». Il entame probablement une remise en question de sa possible guérison.

Il valorise sa situation familiale, plaçant ses proches comme son véritable soutien. Monsieur A. est marié et père de trois enfants. Il se dit chanceux lorsqu'il se compare à d'autres malades plus isolés et se demande où ils peuvent puiser la force pour se battre. Il évoque des souvenirs de départ de vacances au Portugal, semble en tirer du plaisir mais

aussi une certaine nostalgie et le regret de ne plus pouvoir partir aussi spontanément.

Ce jour, Monsieur A. se présente de manière très authentique, il accepte de se livrer. Son corps exprime ses émotions. Cependant il met toujours en place des défenses en intellectualisant certains ressentis, l'utilisation de la métaphore est un exemple. Les séances de psychomotricité constituent – dit-il – le seul espace où il parle de la maladie. Il explique qu'il a toujours été peu expressif et il craint d'infliger un poids supplémentaire à sa famille s'il se confie.

Monsieur A. m'est apparu comme las et fatigué de sa situation. Il semble en pleine perte d'identité du fait de la diminution de ses capacités. Il a perdu le dynamisme et la solidité qui l'ont toujours caractérisé et exprime le manque d'une certaine liberté. Il refuse, consciemment ou inconsciemment, d'accueillir ses ressentis, ses émotions et ses interrogations. Cela le conduit à mettre à distance son vécu psycho-corporel, ce qui pourrait l'amener à terme à un véritable clivage somato-psychique.

Le clivage est un mécanisme de défense psychique archaïque qui permet de lutter contre l'angoisse. L'objet est « coupé » en deux et marque une distinction entre « bon objet » et « mauvais objet ». Ici l'objet partiel « psychisme » est surinvesti au détriment du corps. Le clivage peut également s'exprimer dans une rupture haut/bas, droite/gauche... Ce n'est qu'un exemple des multiples mécanismes de défense qui peuvent se mettre en place au cours de la maladie. Ces stratégies inconscientes permettent de lutter contre l'angoisse qui fait effraction dans le psychisme. On retrouve le déni, le déplacement, les rites obsessionnels, la régression, la projection de l'agressivité...

Comme Monsieur A., de nombreux patients ressentent une différence entre ce qu'ils « étaient » et la manière dont ils se vivent dans le contexte de la maladie. Les repères psychiques sont bousculés et mis à mal par la perte de certaines fonctions, par le vécu de dépendance durant les soins, par l'impression de régresser... Dans cette nouvelle organisation de vie, le « je » ne trouve plus sa place. L'identité psychique est fragilisée car la maladie vient remettre en question le sentiment d'être soi-même.

3. Monsieur H. : Une perturbation de l'identité sociale et familiale

Monsieur H. est un patient d'une cinquantaine d'années, suivi pour une tumeur du pancréas. Il nous est présenté par le médecin de l'EMASP car il présente une douleur chronique résistante aux traitements, c'est la raison de son hospitalisation. L'ensemble de l'équipe s'est énormément focalisé sur le symptôme douloureux, mais Monsieur H. semble impossible à soulager. Nous supposons qu'une évaluation psychomotrice nous permettrait d'évaluer la résonance psychomotrice de la douleur, c'est-à-dire le sens du symptôme et son retentissement sur le fonctionnement psychomoteur.

Je rencontre Monsieur H. avec la psychomotricienne de l'EMASP. A notre arrivée Monsieur H. est installé dans une posture antalgique en position accroupie. Il décrit deux points douloureux de part et d'autres des vertèbres thoraciques. Lorsqu'il se redresse je découvre un monsieur très amaigri, la fonte musculaire est également importante. Son crâne est chauve du fait de la chimiothérapie. Il semble avoir un caractère assez affirmé, il est très direct dans ses propos et peut parfois être un peu directif.

L'attitude globale est marquée par la douleur : Monsieur H. grimace, se tient au niveau des lombaires... Lorsqu'il reprend son vécu, il explique avoir « subi » cette douleur pendant six mois avant que le cancer du pancréas soit diagnostiqué. Il dit cependant être « tolérant » à la douleur car elle a toujours fait partie de son histoire. Il a pratiqué l'automédication pour se soulager et dit « j'ai *bouffé* des tonnes de médicaments ». La PCA¹⁰ est également sur-investie bien qu'il n'en ressente pas les effets. Son utilisation est presque compulsive et il paraît fasciné lorsqu'il la déclenche. Chez Monsieur H., le lien aux sensations fortes, voire désagréables, est particulier. Ce rapport au sensoriel semble prendre une place particulière dans son organisation psychomotrice.

Monsieur H. semble avoir cristallisé quelque chose autour du symptôme douloureux, d'autant que celui-ci a mené à la découverte de la maladie. Il ne parle pas du cancer, de la chimiothérapie ou de l'état précaire de sa santé. Il joue cependant avec la thématique de la mort : par exemple lorsque nous l'accompagnons fumer il lance « C'est la dernière cigarette du condamné ! ». Il semble avoir déplacé ses angoisses liées à la maladie sur le symptôme initial, mais cette douleur est envahissante et l'empêche d'élaborer sur autre chose. Au cours des séances, Monsieur H. accepte davantage de livrer ses angoisses de mort. Il se montre alors plus vulnérable du fait de l'intégration progressive de son état, mais ses expressions verbales et infra-verbales deviennent plus riches. Il se plaint moins du symptôme douloureux, bien qu'il reste omniprésent.

Malgré la douleur, décrite à 12 sur une échelle de 1 à 10, Monsieur H. parvient à rester en relation. Il m'investit notamment sur un mode assez « paternel » : il tente de m'apprendre un exercice de coordination et prend plaisir à transmettre ou il craint que j'attrape froid et souhaite poser son gilet sur mon dos... D'ailleurs, il expose fièrement son

10 *Patient Controlled Analgesia* ou l'analgésie auto-contrôlée

identité de père en portant un tee-shirt « super papa » offert par son fils. Pourtant Monsieur H. refuse les visites de ses trois enfants (qui ont entre 18 et 20 ans), il ne supporterait pas qu'ils le voient diminué dans un lit d'hôpital. Il craint également de les appeler, de peur que sa voix « le trahisse ». Cette appréhension du regard d'autrui, notamment celui de ses enfants, montre un véritable impact de la maladie sur l'image du corps. Il verbalise cependant le manque de ses enfants et du domicile familial. Son épouse interdit également les visites. Nous avons appris qu'un des enfants de Monsieur H. est en situation de handicap, mais il nous livre peu de choses à ce sujet. Il semble néanmoins que le cancer ait réactualisé une problématique au sein de la dynamique familiale, et notamment au sein du couple.

Monsieur H. était brancardier, il était particulièrement attaché à sa vie professionnelle. Dans l'échange, il joue de la relation « de soignant à soignant » et adopte une certaine familiarité. Il nous explique qu'il n'arrive pas à passer la « barrière » de soignant à soigné. Il évoque également ce qu'il nomme « une souffrance sociale », il décrit se sentir rejeté de la société et ne plus avoir de repères. Il nous livre un profond sentiment d'isolement. L'entourage social de Monsieur H. est désormais très réduit. Alors qu'il acceptait les visites à son domicile, il refuse catégoriquement d'accueillir ses amis à l'hôpital.

Le suivi de Monsieur H. a été très riche du point de vue du questionnement identitaire. Tout d'abord je constate que la douleur prend ici fonction d'identité. La souffrance physique de Monsieur H. n'est en aucun cas à remettre en question, nous l'observons par ses attitudes douloureuses ; cependant il est évident que le vécu douloureux est intriqué dans son histoire personnelle ainsi que dans le récit de sa maladie. Au moment

où nous l'avons rencontré, il est probable que Monsieur H. n'était pas prêt à abandonner ce symptôme car il résonnait en lui comme un élément qui le caractérise, qui le fait exister pour lui-même et aux yeux d'autrui.

D'autre part, cette vignette clinique montre que la maladie provoque un remaniement de l'organisation sociale et familiale. Monsieur H. décrit avec beaucoup de justesse les changements de place et de fonction, il questionne son identité de père, d'époux, de soignant, d'ami... Je note également l'importance de l'environnement dans ce questionnement : le fait de quitter l'espace socio-professionnel, tous les symboles qui peuvent être rattachés à l'environnement hospitalier...

L'identité sociale est perturbée par le sentiment de changer de statut, de rôle. La question de la norme est souvent abordée par les patients : ils se sentent différents, se comparent aux bien-portants, se décrivent parfois comme « handicapés ». Ils se résument eux-même, ou sont résumés par autrui, à la maladie, comme si celle-ci venait leur attribuer une place nouvelle au sein de la famille, ou plus généralement de la société.

La maladie grave, malgré son origine somatique, a des répercussions sur tout le fonctionnement du sujet. Les souffrances liées à l'atteinte du corps sont les plus visibles, elles sont directement expliquées par la pathologie qui génère tout un ensemble de sensations nouvelles et étrangères. Cependant les répercussions psychiques et sociales sont plus difficiles à apprécier, elles sont également moins recherchées par les soignants. Pourtant, la modification du rapport au corps, la nouvelle organisation de la vie quotidienne et la prise de conscience progressive de la fin de vie agissent ensemble comme

un véritable « séisme » sur l'organisation psycho-corporelle de l'individu. Tous les repères sont perturbés : le patient fragilisé par la maladie ne parvient plus à trouver des ressources pour faire face à ces changements. Il perd le fil conducteur de sa vie et ne se reconnaît plus dans cette nouvelle réalité. Face à ce constat, il est nécessaire de rechercher des éclairages théoriques qui permettent de comprendre les mécanismes en jeu dans la maladie grave et évolutive.

II. Quels sont les mécanismes qui conduisent à une rupture de l'identité ?

La maladie grave et évolutive, nous l'avons vu, fait émerger des problématiques identitaires complexes. Cette partie a pour objectif de rechercher l'origine possible de ces perturbations et d'analyser leur particularité dans le cadre de la maladie. Comme pour la partie clinique, j'ai choisi de m'intéresser successivement à la perte de repères physiques, psychiques puis sociaux.

1. La perte de repères physiques

A travers la vignette clinique de Madame V., nous avons mis en évidence le fait que la perturbation de l'identité physique est étroitement liée à une impossibilité de réactualiser le schéma corporel et l'image du corps. J'étudierai dans cette partie les mécanismes à travers lesquels la modification de ces deux items psychomoteurs conduit à une perte de repères identitaires.

A. Une atteinte du schéma corporel

R. MURPHY, anthropologue américain du XXème siècle, décrit dans *Vivre à corps perdu* son expérience du handicap. Il est atteint d'une tumeur incurable qui le paralysera progressivement jusqu'à la tétraplégie. Lorsque le handicap s'installe, il décrit que « Quand on est malade, on ne peut plus considérer le corps comme allant de soi (...) car il est devenu un problème. Il n'est plus le sujet d'une hypothèse inconsciente, mais l'objet d'une pensée consciente »¹¹. Il précise par ailleurs que cette expérience est fortement désagréable.

En effet il semblerait que dans le contexte de la maladie, l'impression sensorielle du corps – qui constitue le schéma corporel – n'est plus suffisamment stable pour être représentée. Ce manque de représentations génère une angoisse au sens où la décrit J. LACAN : « L'angoisse est corrélative du moment où le sujet est suspendu entre un temps où il ne sait plus où il est, vers un temps où il va être quelque chose où il ne pourra plus jamais se retrouver. C'est cela l'angoisse »¹². Le sujet est donc préoccupé car il sent certaines parties du « corps sain » se transformer en « corps malade » et ne reconnaît plus toujours ce corps comme sien.

Lorsque le patient est en capacité de gérer cette angoisse, il peut explorer les qualités de ce corps « nouveau » et en rechercher les limites. Ainsi certains patients développent des comportements d'auto-stimulation (auto-massage, tentative de marche, recherche de sensation...) pour pouvoir intégrer ces nouvelles composantes corporelles. Le caractère désagréable de cette exploration - désigné par R. MURPHY - est subjectif car cette redécouverte consciente du corps résonne différemment dans l'histoire des patients. Elle peut confronter le sujet aux caractéristiques visibles de la maladie. Celle-ci devient

11 R. MURPHY (1987), p.27

12 V. MAZERAN, S. OLINDO-WEBER (2007), p.59

concrète et le patient fait le constat des pertes physiques imposées par son état de santé. Mais les changements corporels peuvent également faire écho à des événements antérieurs plus ou moins éloignés de la maladie. Ils impliquent aussi une sphère symbolique. Le vécu du patient implique donc l'intrication de facteurs symptomatologique, biographique et symbolique.

B. Une atteinte de l'image du corps

E. FERRAGUT écrit que « toute maladie grave laisse une cicatrice et même sans séquelles marque le corps mais aussi le psychisme. Cet épisode, consciemment ou pas, amène le sujet à se vivre différent, à percevoir ce corps modifié, à surinvestir la maladie, le handicap, à se replier sur lui-même ou au contraire à essayer d'oublier. Quelles que soient les sensations mémorisées, l'évolution de l'estime de soi, éventuellement la dévalorisation due aux conséquences du trouble, cette partie malade doit être intégrée »¹³. Dans son propos elle souligne le fait que certains sujets ne peuvent pas maintenir cette attention sur le corps. Ils mettent alors en place des mécanismes de défense psychique – ici décrit comme l'oubli – pour éviter l'angoisse provoquée par la prise de conscience du corps modifié. E. FERRAGUT parle également de l'estime de soi et d'une éventuelle dévalorisation. En psychomotricité, cela nous renvoie à l'image du corps. Il s'agit de la représentation que chacun se fait de son corps propre : comment il le vit, comment il le dit, comment il le voit... Elle se construit en miroir du regard de l'autre, à travers toutes les expériences vécues par le sujet. Elle est donc étroitement liée à une dimension sociale.

R. MURPHY décrit une altération de son image du corps suite à sa paralysie :
« J'avais changé dans ma tête, dans l'image que je me faisais de moi, dans les conditions

¹³ E. FERRAGUT (2004), p.3

fondamentales de mon existence (...) et ce changement était une détérioration, une diminution de tout ce que j'étais »¹⁴. Il précise par la suite que « le 'moi' de l'invalidé a été endommagé par la destruction partielle du corps. Pour nous, l'invalidité n'est pas seulement une affaire physique (...) c'est la condition même de notre 'être au monde' »¹⁵. Pour R. MURPHY, l'altération du corps conduit le sujet à se « métamorphoser » en se reconstruisant une nouvelle image, celle d'un « moi mutilé ». Ce qu'il décrit comme des « imperfections physiques » prend alors fonction d'identité, relayant au second plan tout ce qui caractérisait sa personnalité. La dégradation de son état physique le conduit finalement à une forme de dépersonnalisation du corps.

Cette désincarnation est fréquemment retrouvée en clinique, elle s'opère par différents mécanismes mais conduit toujours à une forme de détachement au corps. En effet, O. GAUCHER-HAMOUDI et M. GUIOSE confirment que « Les mécanismes de projection et de clivage s'observent fréquemment chez les patients subissant une atteinte somatique. [...] Ces mécanismes sont présents dans la tentative de rejeter à l'extérieur du corps ce qui est mauvais. Ce clivage entre la bonne et la mauvaise partie du Soi peut donner lieu à une expérience d'étrangeté et de déréalisation. Là encore le sentiment qu'une partie du corps ne fait plus partie du sujet renforce le vacillement identitaire »¹⁶.

R. MURPHY décrit quatre grandes modifications portées à la conscience de la personne invalide, qui sont les suivantes : « : diminution de l'estime de soi-même ; invasion et occupation de la pensée par la déficience physique ; flux latent de violente colère ; acquisition d'une identité totalement nouvelle et indésirable »¹⁷. Il serait intéressant

14 R. MURPHY (1987), p.123

15 *Ibid.*, p.130

16 O. GAUCHER-HAMOUDI, M. GUIOSE (2007), p.41

17 R. MURPHY (1987). p.153

d'envisager ces modifications comme une réaction en chaîne. En effet la maladie provoque un sentiment de perte qui conduit le sujet à se dévaloriser jusqu'à entrevoir sa personne uniquement à travers son invalidité. Cette dévalorisation peut être générée, ou renforcée, par le regard que son entourage va porter sur lui. L'image du corps se charge ensuite d'affects négatifs - ici la colère – et l'individu est alors pris dans un paradoxe : il se sent contraint et forcé de se forger une identité de malade, alors même qu'il la rejette. Lorsque le psychisme du patient n'est pas en mesure d'intégrer ce paradoxe, un mécanisme inconscient lui permet de se protéger de cette tension interne en se détachant de son corps malade.

L'image du corps est une construction mouvante. Elle s'appuie sur des expériences précoces mais elle est sans cesse remaniée par les nouvelles situations auxquelles le sujet fait face. Cependant, tout comme le schéma corporel, lorsque cette construction est trop instable le sujet ne peut pas toujours intégrer ses nouvelles composantes. Ce sont tous ces éléments qui participent à l'émergence d'un flou identitaire chez le sujet. Ainsi O. GAUCHER-HAMOUDI et M. GUIOSE écrivent que : « L'un et l'autre [le schéma corporel et l'image du corps] sont agressés tant de l'extérieur, par des traitements nécessaires mais souvent agressifs, que de l'intérieur, par les fantasmes du sujet lui-même qui souhaite détruire cet ennemi intérieur. En effet, la maladie – avec ces modifications physiques, ces sensations nouvelles, cet affaiblissement -, résonne de toute sa nouveauté et de son étrangeté au sein du schéma corporel. Par là même, ces données mouvantes au soi, perturbantes, s'imposent au schéma corporel et forcent leur intégration. L'un n'allant pas sans l'autre, l'image du corps dans ses multiples aspects (...), qu'il s'agisse de la représentation de soi, du narcissisme, des enveloppes psychiques, se trouve déstructurée et provoque un ébranlement identitaire »¹⁸.

18 O. GAUCHER-HAMOUDI, M. GUIOSE (2007), p.41

La double atteinte du schéma corporel et de l'image du corps perturbe les représentations fonctionnelles et affectives du corps. Le sujet ne parvient pas à intégrer ces nouvelles composantes : il bascule entre le désir de rejet et le besoin de se réapproprier son corps. Face à l'impossibilité d'accepter cette réalité, il met en place des mécanismes de défense qui lui permettent de mettre à distance son vécu corporel. Les représentations du corps paraissent floues ou imprécises. Les processus qui permettent l'identification du corps propre sont suspendus, ce qui constitue une première altération de l'identité.

2. La perte de repères psychiques

La vignette clinique de Monsieur A. a permis de montrer que, dans la maladie, le « je » ne trouve plus sa place. La maladie grave marque une rupture dans la vie psychique du sujet, accentuée par la modification des repères temporeux-spatiaux. La personne malade ne se reconnaît plus : la représentation interne d'elle-même est en décalage avec ce qu'elle perçoit dans la réalité. La perspective d'une fin de vie accentue ce phénomène, le sujet recherche dans son histoire des éléments qui le rattachent à son identité de vivant. Cette partie permettra de comprendre la perturbation narcissique en place dans la maladie et son lien avec une modification du rapport à l'objet au moment de la fin de vie.

A. La modification du rapport à l'objet

Nous avons vu que la maladie grave – et l'altération du corps qui l'accompagne – engendre un sentiment de perte important. Au niveau corporel, cela concerne les modifications du corps, le manque de mobilité, la perturbation des informations sensorielles, l'intégration du matériel médical... Mais les pertes peuvent également être

cognitives (exemple : troubles mnésiques provoqués par une métastase cérébrale), affectives (exemple : ne plus pouvoir retourner à son domicile) ou encore sociales (exemple : arrêt de travail). Lorsque le sujet est en souffrance, cela le renvoie à ses difficultés à supporter la perte : « perte de l'invulnérabilité, prise de conscience de la relativité du corps et de la vie. L'homme va ainsi subir ou s'adapter ou transcender la perte, la dépasser »¹⁹. Le patient prend alors conscience de sa fragilité à être vivant et « Aborder la question de sa propre finitude revient à aborder la question de la relativité : relativité de soi, de la vie, 'des choses de la vie' »²⁰.

D'après le Larousse, la relativité est le caractère de ce « Qui n'existe qu'en relation avec quelque chose d'autre, qui n'est pas indépendant ». Ainsi le sentiment d'exister du sujet apparaît lorsqu'il est inscrit dans un environnement et dans une expérience humaine. Le patient va alors requestionner sa relation à l'objet, c'est-à-dire le rapport qu'il entretient avec ses objets internes et externes. A ce propos, M. DE M'UZAN écrit « Alors que les liens qui l'attachent aux autres sont sur le point de se défaire absolument, il est paradoxalement soulevé par un mouvement puissant (...). Par là, il surinvestit ses objets d'amour, car ceux-ci sont indispensables à son dernier effort pour assimiler tout ce qui n'a pas pu l'être jusque-là dans sa vie pulsionnelle »²¹. Dans cet élan pulsionnel, le patient tente de « se mettre complètement au monde avant de disparaître »²², mais il cherche également à remplacer des objets d'amour disparus, les objets de la perte.

19 R. AUBRY, M-C. DAYDE (2017), p.96

20 *Ibid.*, p.27

21 M. DE M'UZAN (1977), p.185

22 *Ibid.*, p.185

B. La construction du narcissisme

Pour comprendre cette *expansion libidinale* décrite par M. DE M'UZAN, il est nécessaire de revenir à la construction de l'investissement de la libido narcissique chez l'enfant. S. FREUD (1969) définit le narcissisme comme l'investissement libidinal dont l'objet est le Moi. Le premier stade du narcissisme se situerait entre l'activité auto-érotique – la satisfaction de pulsions partielles – et l'amour de l'objet externe.

Durant cette phase nommée narcissisme primaire « l'individu en voie de développement rassemble en une unité ses instincts sexuels, qui jusque là agissaient sur le mode auto-érotique, afin de conquérir un objet d'amour, et il se prend d'abord lui-même, il prend son propre corps comme objet d'amour »²³. Ainsi, l'unification des pulsions partielles aboutit à une première ébauche du Moi. Cependant cela ne signifie pas que les zones investies durant la période auto-érotique sont négligées au profit d'un investissement plus global du corps. D'après F. DOLTO « Sur le fond de cette indifférenciation de zones corporelles à ce lieu réel qu'est le corps de l'enfant, certains fonctionnements corporels sont élus par la répétition des sensations qu'il en éprouve, et ces lieux servent de centre au narcissisme primaire »²⁴. Ces sources de satisfaction primaires constituent les prémices de l'image du corps telle qu'elle est décrite par F. DOLTO.

Progressivement, grâce aux soins prodigués par la mère et à sa fonction miroir, l'enfant est suffisamment individualisé pour pouvoir s'ouvrir au monde extérieur. Il entre alors dans le stade du narcissisme secondaire durant lequel « l'enfant continue de s'investir en trouvant des objets externes qui l'étayent »²⁵. L'objet d'amour n'est plus le corps propre

23 S. FREUD (1969), p.84

24 F. DOLTO. (1984), p.67

25 V. COCAIGN (2000), p.6

mais des objets de son environnement, c'est l'intériorisation de cette libido va permettre d'investir le Moi. L'émergence du narcissisme secondaire n'efface pas les premiers investissements du Moi, car « selon NACHT, le narcissisme primaire a une fonction protectrice du début à la fin de la vie. Il est 'gardien de la vie' alors que le narcissisme secondaire est la 'force de cohésion' qui permet à l'individu 'd'adhérer' à la vie et de se concevoir comme unité »²⁶.

C. Le travail du trépas

Ainsi, le sujet atteint d'une maladie grave est profondément touché dans son narcissisme primaire. Le corps propre douloureux, affaibli, meurtri, perforé, non-fiable, ne peut plus soutenir l'investissement du Moi. L'altération de cette fonction « gardienne de la vie » provoque des angoisses de mort, le sujet doit alors trouver des stratégies pour soutenir son sentiment d'exister. Il va chercher à remplacer l'objet d'amour « corps propre » par des objets extérieurs destinés à soutenir le Moi. M. DE M'UZAN précise que « la présence d'une personne réelle est indispensable. (...) il faut qu'elle soit réellement disponible, sûre aux yeux du patient et capable de combler ses besoins élémentaires, ce qui signifie profondément qu'elle accepte qu'une part d'elle-même soit incluse dans l'orbite funèbre du mourant »²⁷. L'association entre *l'expansion libidinale* et *l'appétence relationnelle* constituent un processus que M. DE M'UZAN nomme *Le travail du trépas*. Néanmoins, le patient peine à trouver son objet d'amour, car le plus souvent l'entourage humain – familial et médical - refuse inconsciemment d'être l'objet d'une pulsion si intense, par crainte d'être entraîné lui-aussi par la maladie ou par la mort.

26 *Ibid.*, p.7

27 M. DE M'UZAN (1977), p.193

Dans *le travail du trépas*, l'introjection de l'objet est si importante qu'elle peut aboutir à une réelle régression des relations objectales. Le malade et son objet d'amour forment une dyade au sein de laquelle l'individualité du sujet s'efface. A l'image du nourrisson qui se voit comme le prolongement de sa mère, « les limites entre le dedans et le dehors tendent à s'effacer, et lorsque la représentation de l'objet est presque entièrement chargée de la libido narcissique que le mourant ne cesse d'engager, on peut dire que les frontières de l'être n'ont plus aucune stabilité »²⁸. Aussi le « je » du mourant - qui constitue son identité psychique - n'existe plus car il est dissout dans la relation à l'objet externe.

Dans le même temps, un mouvement contradictoire envahit le patient : il entame une forme de deuil de sa vie antérieure. M. DE M'UZAN ré-interroge la théorie de K.R. EISSLER selon laquelle « à l'approche de la mort, l'agonie serait allégée si le patient était capable d'une sorte de travail de deuil sur ses objets d'amour »²⁹. Il entrevoit cette séparation de l'objet comme une « mort affective » symbolique qui précéderait la mort physique. Ce double mouvement n'est pas à concevoir comme un modèle strict du fonctionnement psychique en fin de vie, car les représentations de la mort sont propres à chacun et les angoisses qui en découlent sont variables. Néanmoins, on constate que le patient peut être pris dans des enjeux paradoxaux : il cherche à désinvestir et à investir dans le même temps. Ainsi « La proximité de l'échéance fatale provoque donc une sorte de clivage du Moi, ayant pour conséquence le cheminement de deux lignes de pensées contradictoires, dont chacune s'exprime indépendamment de l'autre »³⁰. Le patient vacille entre pulsion de vie et pulsion de mort, entre investissement et résignation.

28 *Ibid.*, p.196

29 *Ibid.*, p.187

30 *Ibid.*, p.195

La maladie grave, avec le sentiment de perte et les angoisses de mort qu'elle génère, déstabilise le fonctionnement psychique du sujet. L'énergie pulsionnelle ne sait plus où se fixer. Elle est prise entre les effets de la maladie, l'anticipation de la mort, et le désir de vivre, ainsi « il ne reste plus au sujet qu'un rôle de composition. Composer avec les puissances qui s'agitent en lui, dans des sens opposés, mais détruisant inévitablement quelque chose de lui »³¹. L'altération du narcissisme primaire et la perturbation des relations objectales tendent à effacer les limites du Moi.

Pour C. MARIN, ce flou identitaire tient également au fait que « La maladie est comme un tiers qui fait écran dans la relation que le sujet entretient avec soi-même. Celle qui conditionne les gestes, ampute les projections, muselle les désirs. Le malade n'est plus le sujet de sa propre existence, il est exproprié par la maladie, étranger à sa propre vie »³². Face à l'impact et à l'envahissement de la maladie, le sujet tend vers une fusion avec celle-ci. Elle prend ainsi le pas sur son identité, il s'opère une forme de renoncement à ce que l'individu « était », un abandon du corps idéal. Dans cette résignation « il peut sembler plus 'confortable' de suivre le rythme qu'elle [la maladie] nous impose, de renoncer à ce qu'elle interdit ou rend pénible, d'apprendre à se passer de ce qu'elle finira par nous confisquer »³³. Il pourrait s'agir d'une stratégie permettant de transcender la perte. Dans ce processus, le sujet l'incorpore comme une caractéristique de lui-même, il se crée une identité nouvelle par la négation, c'est-à-dire « l'absence de santé ».

31 C. MARIN (2008), p.81

32 *Ibid.*, p.79

33 *Ibid.*, p. 80-81

3. La perte de repères sociaux

L'identité se construit par opposition à l'altérité. Le jeune enfant se perçoit dans un premier temps comme un prolongement de sa mère, c'est ensuite dans la séparation qu'il pourra intégrer le sentiment d'être un tout, différencié de sa mère, qui existe seul. Plus tard, l'identité s'étayera sur l'analyse des ressemblances et des différences avec autrui. C'est également sur ce principe que se sont construites nos sociétés actuelles. On repère de nombreuses catégories liées aux niveaux de richesse, aux genres, aux centres d'intérêts ou encore à l'état de santé. Au sein d'une même catégorie on retrouve un besoin d'imitation et d'appartenance. A l'inverse il existe aussi un souhait de différenciation à l'égard des autres catégories. Ainsi les personnes malades, au même titre que les personnes en situation de handicap, constituent une population particulière parmi ces différentes classes. Elles ne permettent pas seulement aux individus des autres catégories de se définir comme différents d'eux, mais à la société elle-même de se définir et d'affirmer son identité, car elles en sont les marges.

Lorsque la maladie fait irruption dans la vie d'un individu, on peut donc supposer qu'elle va générer un remaniement de sa vie sociale. Cette partie a pour vocation de montrer les liens entre le sujet, les représentations de la maladie et la société.

A. Hypothèses sur l'origine de la souffrance sociale

Nous avons vu que la maladie grave peut être à l'origine de souffrances physiques et psychiques. Cependant, lors de ma rencontre avec Monsieur H., il a évoqué le sentiment de subir « une souffrance sociale ». L'utilisation de ce terme est intéressante car il est également retrouvé dans la littérature relative à la maladie grave.

Une part de cette souffrance sociale tient au fait que les souffrances qui émergent en fin de vie sont difficilement évaluables. Les pertes successives fragilisent la capacité du patient à se détacher de l'objet perdu. Le travail du deuil est coûteux en énergie psychique et les ressources du patient s'épuisent. C'est dans cette dynamique qu'apparaît la souffrance, ainsi « En elle-même la souffrance n'a pas de sens. Elle est la rupture du sens »³⁴.

Face à cette incompréhension, l'entourage du sujet est tenté de nier la souffrance car « Dans notre société moderne 'évoluée', ce qui est difficile à comprendre et donc à définir, à mesurer, est souvent sujet à interprétation, à jugement de valeur. [...] Ainsi, face à une personne dont la souffrance est difficile à comprendre parce que plurielle, pluri-originelle, il sera tentant de glisser de l'incompréhension et de la peur au jugement de valeur »³⁵. La personne malade a alors le sentiment d'être incomprise, de ne pas être crue, voire de ne pas être reconnue.

En effet, la psychanalyste S. KORFF-SAUSSE s'est intéressée aux représentations du handicap et interroge ses répercussions sur l'entourage humain. Elle décrit l'enfant privé de langage comme « Privé de moyens d'échanger ses émois et ses pensées. Blessé dans son identité. Seul, d'une solitude irrémédiable, car non partageable »³⁶. Pour la personne malade, même si elle est communicante, l'impossibilité de partager sa souffrance renforce le sentiment de solitude et fragilise l'identité sociale. Il y aurait donc une souffrance à double sens qui implique à la fois la difficulté du sujet à faire entendre sa souffrance mais également l'entourage qui ne parvient pas à la comprendre.

34 R. AUBRY, M-C. DAYDE (2017), p.96

35 *Ibid.*, p.96

36 S. KORFF-SAUSSE (1996), p.14

Une autre part de la souffrance sociale pourrait être expliquée par la théorie du miroir brisé développée par S. KORFF-SAUSSE. Le handicap confronte l'entourage humain à un sentiment d'étrangeté qui « révèle, comme un miroir brisé, notre propre étrangeté que nous voulons ignorer. Peur des sentiments obscurs qu'il inspire ; peur de l'agressivité qu'il suscite ; peur de devenir comme lui. Pour toutes ces raisons, on se détourne de lui [l'enfant handicapé] »³⁷. Dans la maladie, le même processus est à l'œuvre car elle nous confronte aux limites de l'humain. La vision d'une personne gravement atteinte par la maladie nous renvoie notre propre fragilité à être vivant. Cette révélation insupportable génère des mécanismes de défense. La projection permet de rejeter vers l'extérieur ces sensations intolérables pour se défaire de ce sentiment d'étrangeté. Ainsi, le regard orienté vers la personne malade se modifie : « Un *trop* du regard qui renvoie à une fascination impudique. Un *pas assez* du regard qui signe le rejet. La primauté du regard entraîne une fragilité de la personnalité. D'être celui qui est toujours exposé au regard intrusif ou fuyant des autres crée en effet une forme de dépendance, car l'identité est sans cesse ramenée à la différence visible, au détriment de la vie intérieure »³⁸. Pour S. KORFF-SAUSSE « Le narcissisme – à savoir la confiance en soi, la certitude de son monde intérieur et la solidité des assises de l'identité – est fortement ébranlé par cette dépendance au regard de l'autre »³⁹.

Ainsi, l'identité du sujet n'est plus considérée comme totale. Elle est réduite à ce nouvel aspect. Entre incompréhension, fascination et rejet, la place sociale du sujet est remise en question. Il s'agit désormais de comprendre pourquoi et comment le sentiment de souffrance sociale persiste.

37 *Ibid.*, p.8

38 *Ibid.*, p.57

39 *Ibid.*, p.57

B. La théorie de la liminalité

Dans notre société occidentale, le dynamisme, l'action et la productivité sont fortement valorisés. Or lorsque l'état général d'un patient se dégrade, on observe une distorsion du rapport à l'espace et au temps. D'une part la fatigabilité entraîne un ralentissement du fonctionnement psychomoteur, les mouvements sont limités, les possibilités de communication diminuent. Dans les phases dépressives on observe également un émoussement affectif et un repli sur soi. D'autre part le patient est coupé de son environnement habituel : il fait des allers-retours entre les lieux de soins et son domicile, il est souvent en arrêt de travail, il ne peut plus réaliser ses activités habituelles... L'ensemble de ces éléments crée une rupture entre le rythme du patient et le mouvement sociétal, pouvant conduire à un isolement social.

Dans le contexte de la maladie, tous les rôles sociaux du sujet sont suspendus : la place de parent, l'exercice de sa profession, la pratique des loisirs... Tout ce qui définissait sa place dans la société est remis en question. R. MURPHY écrit qu'« il est impossible de mettre en veilleuse une infirmité et de la dissimuler au monde. Une grave invalidité contamine toute revendication d'un statut social, elle relègue au second plan toutes les acquisitions qu'on a faites dans sa vie, tous les autres rôles sociaux (...). Ce n'est pas un rôle : c'est une identité, une caractéristique dominante à laquelle tout rôle social doit s'adapter »⁴⁰. Il parle également de la situation des personnes paralysées – que nous pouvons généraliser selon moi à toutes les personnes atteintes d'une pathologie invalidante – en disant que le monde ne leur permet pas d'oublier leur déficience. Ainsi le sujet se vit en décalage avec son environnement, c'est également ce que la société lui renvoie.

40 R. MURPHY (1987), p.150

Pour R. MURPHY ce décalage est lié au fait que le handicap de longue durée plonge les individus dans un espace intermédiaire dans lequel ils « ne sont ni malades ni en bonne santé, ni morts ni pleinement vivants, ni en dehors de la société ni tout à fait à l'intérieur »⁴¹. Même dans le contexte de la maladie, la société n'attribue pas au sujet un véritable statut de malade « car la maladie est une transition soit vers la mort soit vers la guérison. [...] Le malade vit dans un état de suspension sociale jusqu'à ce qu'il aille mieux »⁴². L'isolement social est donc lié au fait que le statut du sujet est indéfini, voire paradoxal. R. MURPHY définit cette situation sous le terme de « liminalité ». Il relie ce concept à certains rites de passage qui marquent « le changement d'une identité sociale à une autre »⁴³. Le processus initiatique se déroulerait alors en trois phases : l'individu est isolé durant un temps d'instruction, puis il « renaît » à travers un rituel avant d'être réintroduit dans la société.

Pour R. MURPHY le sujet infirme serait coincé dans un état liminal qui se situerait entre la phase d'isolement et la renaissance. Il ne fait donc pas partie de la société en elle-même mais il se situe quelque part à la marge de celle-ci, son identité sociale reste à jamais indéfinie.

Concernant l'identité familiale, on peut supposer qu'elle dépend de mécanismes similaires. La structure familiale peut-être considérée comme une micro-société au sein de laquelle chacun a une place et un statut particulier. La maladie grave modifie ces rôles : le sujet peut devenir dépendant de son époux(se), il n'assume plus son rôle de parent de la même manière... Il doit accepter de changer de statut, mais il espère toujours pouvoir regagner son ancienne place. Aussi longtemps qu'il vacille entre espoir et résignation, sa

41 *Ibid.*, p.184

42 *Ibid.*, p.184

43 *Ibid.*, p.110

place dans la structure familiale restera imprécise.

Ce qui ressort de ces différents éclairages théoriques, c'est la rupture du sens et le paradoxe dans lequel est plongé l'individu. Il se questionne sur ce qu'il était, ce qu'il est, ce qu'il sera, sans parvenir à faire le lien entre ces différents moments de sa vie. Le temps n'est plus structuré en tant que concept stable, et cela provoque une perturbation de la continuité de l'existence. Ainsi, il me semble que l'objectif du psychomotricien sera d'effectuer un travail de mise en lien. Grâce à son approche psycho-corporelle, il cherchera à rétablir un sentiment de continuité qui permettra de consolider l'identité du sujet.

III. Comment l'approche psycho-corporelle permet-elle de restaurer le sentiment d'identité ?

Face à la complexité des troubles émergeant dans la maladie grave et dans la fin de vie, il me paraît essentiel de s'attarder sur le temps de la rencontre entre le psychomotricien et son patient. La place accordée au corps, dès le premier entretien, joue un rôle primordial dans l'adhésion thérapeutique. En plus de son observation psychomotrice, le psychomotricien doit rechercher dans l'histoire du patient des éléments de son rapport au corps. Il doit s'appuyer sur les éléments verbaux et infra-verbaux pour le questionner et construire une vision globale et juste des troubles. Les problématiques actuelles des patients se mêlent à des événements passés, voire archaïques, et à des difficultés à se projeter dans l'avenir. Ainsi, dans la démarche thérapeutique le temps d'évaluation est

essentiel. La posture du thérapeute et la mise en place du cadre me semblent être les principaux outils du psychomotricien pour intervenir face à une problématique identitaire. La médiation, quant à elle, a bien évidemment un rôle à jouer. Cependant elle doit être abordée uniquement lorsque le psychomotricien aura pu identifier de façon claire la problématique du patient. Pour cette raison, j'aborderai dans un premier temps la posture du thérapeute et les processus thérapeutiques, avant de m'intéresser aux médiations possibles.

1. La posture du thérapeute

Dans le développement de l'enfant, la notion d'identité est fortement liée au processus de subjectivation car il permet l'émergence du moi – la différenciation entre soi et non-soi – ainsi que l'instauration du moi comme acteur. Plus tard, le sentiment d'identité sera soutenu par le processus d'inter-subjectivation. En effet, lorsque deux sujets se croisent ils reconnaissent chez l'autre des éléments qui se ressemblent et d'autres qui se différencient. Cette reconnaissance du « même » et de l'altérité permet à l'individu d'entrevoir sa singularité.

Dans la maladie grave, l'identité peut être perturbée à différentes échelles allant d'une légère altération du moi à une véritable perturbation du sentiment même d'exister. Quelle que soit la sévérité du trouble, la relation thérapeutique – en tant que rencontre entre deux sujets – met en jeu les phénomènes de subjectivation et d'inter-subjectivation. Ainsi, à travers sa posture, le thérapeute doit pouvoir reconstruire quelque chose autour de l'identité.

A. La fonction miroir du thérapeute

J'ai décrit en partie I.1 le cas de Madame V, hospitalisée suite à un important malaise, qui présentait un trouble des représentations du corps. Pour rappel, elle m'a interpellée lorsqu'elle évoquait les œdèmes situés au niveau de ses membres : « Vous aussi mademoiselle, vous le voyez que c'est gros ? ». J'avais choisi de ne pas confirmer ou infirmer son propos car il comportait une dimension tout à fait subjective. Néanmoins, à travers son interpellation, Madame V. vient interroger mon *regard*, elle recherche en moi le miroir dont elle ne peut pas bénéficier en étant alitée.

La découverte de son reflet dans le miroir joue un rôle essentiel dans le processus d'individuation de l'enfant. Pour J. LACAN (1949), le stade du miroir est déterminant car il permet à l'enfant de percevoir une image globale, une *gestalt*. Si l'enfant ne s'identifie pas complètement à cette image de lui-même, il introjecte néanmoins le caractère global de son reflet et se l'approprie. Il s'imagine comme un être unifié et délimité.

Pour restaurer le schéma corporel de Madame V, nous aurions pu lui proposer un miroir afin qu'elle redécouvre les dimensions réelles de son corps, qu'elle en apprécie les contours et les limites. Cependant nous aurions négligé toute la sphère affective liée au corps, alors même qu'elle le décrit comme « meurtri ». Il est déprécié, source d'angoisse, et apparaît comme étranger. Il est vrai que Madame V. manque de repères corporels et qu'elle nécessite une restructuration de son enveloppe. Néanmoins en utilisant le terme « gros » - plutôt que « gonflé » par exemple - il me semble plus juste de penser qu'elle m'interroge sur la dimension esthétique, elle attend de moi que je porte un jugement de valeur sur son corps.

F. DOLTO décrit également l'importance du stade du miroir, mais elle ne s'y intéresse pas en tant qu'objet. Elle met en évidence la fonction symbolique du reflet. En effet, « Il ne suffit pas qu'il y ait réellement un miroir plan. A rien ne sert si le sujet est confronté en fait au manque d'un miroir de son être dans l'autre »⁴⁴. Ainsi, elle rejoint l'idée de D. WINNICOTT selon laquelle « Dans le développement émotionnel de l'individu, *le précurseur du miroir, c'est le visage de la mère* »⁴⁵ car quand le bébé regarde sa mère « Généralement, ce qu'il voit, c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et *ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit* »⁴⁶.

A travers son regard, c'est très précisément ce rôle que le thérapeute va devoir jouer. En jouant le rôle du miroir, il doit s'abstenir de tout jugement ou interprétation. Cela n'est pas toujours une tâche facile. J'ai rencontré lors d'une séance Madame P. pour une évaluation psychomotrice. Je ne développerai ici ni son anamnèse ni sa problématique, car cela n'est pas essentiel dans mon propos. Madame P. a déclaré il y a treize ans une maladie neuro-endocrinienne du grêle provoquant des diarrhées et des vomissements plusieurs fois par jour. Lorsque j'arrive dans le couloir, l'odeur dégagée par ses selles est déjà très forte. Face à ce type de situation, il est primordial de rester neutre : quelle image d'elle-même aurais-je renvoyée à Madame P. si j'étais entrée en fronçant le nez ? Comment créer une alliance thérapeutique si on renforce la dépréciation de l'image du corps ?

J'utilise également cette courte vignette afin de montrer que la fonction miroir ne se réduit pas au regard. L'objectif est de renvoyer et de mettre en lumière la façon qu'a le sujet d'*être au monde*. Ainsi le thérapeute peut utiliser la verbalisation : « Je vous vois souffler et froncer les sourcils, que se passe-t-il ? » mais en tant que psychomotricien nous pouvons

44 F. DOLTO (1984), p.148

45 D. WINNICOTT (1971), p.203

46 *Ibid.*, p.205

mettre en corps ce que nous percevons du patient. Si nous rencontrons une personne en colère, nous pouvons dire « Je vous sens agacé » mais nous pouvons aussi souffler, taper du pied, crier, taper du poing... Avec certains patients, l'exagération des attitudes et des émotions permet non seulement de les rendre plus repérables, mais aussi de libérer leur expression, le contenu sous-jacent étant « Vous avez le droit d'être triste, déprimé, agacé, en colère, fatigué, douloureux... ». Et parfois, nous pouvons aussi renvoyer des affects positifs comme pour signifier « Je vous sens plus tonique et reposée aujourd'hui ! ». Tous ces éléments s'appuient bien évidemment sur le dialogue tonique, l'échange d'états tonico-émotionnels entre deux individus, décrit par J. DE AJURIAGUERRA.

Pour D. WINNICOTT, grâce au rôle de miroir du thérapeute « le patient trouvera son propre soi, sera capable d'exister et de se sentir réel. Se sentir réel, c'est plus qu'exister, c'est trouver un moyen d'exister soi-même, pour se relier aux objets en tant que soi-même et pour avoir un soi où se réfugier afin de se détendre »⁴⁷. On voit donc que le rôle de miroir permet au patient de renouer avec lui-même et avec son identité. Cette dernière notion de « détente » me semble importante à prendre en compte dans le cadre de la maladie grave. En effet la restauration du sentiment d'identité peut permettre d'atténuer les angoisses et les souffrances du patient. Cela peut agir comme une véritable ressource pour soutenir le confort du patient en fin de vie.

47 D.WINNICOTT (1971), p.213

B. La préoccupation maternelle terminale

- **Présentation de Madame L.**

Pour discuter cette partie, j'évoquerai ma rencontre avec Madame L. Il s'agit d'une femme de 78 ans atteinte d'un cancer ovarien depuis 2013. Le traitement chimiothérapeutique a été interrompu il y a un mois. Néanmoins il a généré une neuropathie des membres inférieurs ainsi qu'une insuffisance cardiaque, provoquant des œdèmes, pour laquelle Madame L. refuse d'être traitée. Cela a précipité la perte de la marche et a réduit considérablement son autonomie.

Madame L. est veuve depuis 2002, elle a également perdu son fils unique en 2008. Elle ne semble pas très entourée. Elle ne reçoit pas de visites et n'évoque jamais ses proches. Elle vit très mal la situation de dépendance provoquée par l'évolution de sa maladie et ne trouve plus de sens à sa vie. Elle refuse cependant la prise en charge psychothérapeutique. L'équipe pluridisciplinaire estime qu'une approche corporelle serait plus appropriée pour accompagner Madame L. dans sa perte d'autonomie. Elle accepte de me rencontrer dans le cadre d'une évaluation psychomotrice.

Lorsque j'entre dans la chambre, Madame L. est installée au fauteuil. Sa casaque est ouverte et laisse apparaître ses seins, ce qui ne semble pas l'incommoder. Elle ne porte pas d'autre vêtement, je n'observe pas non plus d'objets personnels autour d'elle. Madame L. est très tonique dans sa mobilité spontanée mais sa motricité n'est pas expressive. Elle est également amimique. La tonicité semble bien régulée dans les régions mobiles (le tronc et les membres supérieurs essentiellement) mais je remarque l'absence de lien tonico-émotionnel.

Durant notre entretien, je découvre que Madame L. a un fort caractère. Elle bascule entre l'agressivité et l'expression d'une forme de mépris. Elle paraît recouverte d'une carapace, plutôt renfermée, et donne peu d'éléments de son histoire ou de sa vie personnelle. Elle explique ne plus avoir d'envies, ni de plaisirs, depuis qu'elle est si fatiguée. L'asthénie est mise au premier plan, mais Madame L. ne peut pas dire depuis combien de temps elle est dans cet état d'esprit. Son discours est également teinté de contradictions : elle se sent moins douloureuse au lit mais préfère rester au fauteuil, elle se dit très active mais ne sait pas expliquer ses activités, elle a accepté cet entretien mais refuse finalement toutes mes propositions... Madame L. refuse l'examen du tonus et ne souhaite pas non plus se mobiliser. Je poursuis néanmoins notre échange en espérant y trouver des éléments sur son rapport au corps.

Au cours de la discussion, Madame L. évoque les temps qui ont suivi son diagnostic, et notamment un séjour en service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Elle s'est retrouvée auprès de « vieux » alors qu'elle se sentait jeune jusqu'à ce que la maladie soit diagnostiquée. La vieillesse représente pour elle « le fait de ne rien faire ». Elle m'explique rapidement qu'elle est depuis longtemps adhérente à l'Association du Droit à Mourir dans la Dignité⁴⁸ car elle refuse « de finir comme un légume ». Elle montre un rapport particulier à la perte et au deuil. C'est toujours sans émotions qu'elle aborde le décès de son fils et de son mari, elle dit qu'aujourd'hui elle ne tire rien de ces souvenirs : ni tristesse, ni plaisir... Elle laisse entendre qu'elle a déjà fait le deuil de sa propre vie. Elle dit très explicitement qu'elle attend de mourir, que l'attente est insupportable, mais elle ne peut pas engager les démarches pour être euthanasiée en Suisse car elle est trop fragile pour faire le voyage. Depuis son diagnostic, son rapport au temps a été modifié. Il est comme suspendu, délié, comme s'il ne s'était plus rien passé depuis l'annonce de la maladie.

48 Association militant pour la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté en France

L'hospitalisation en SSR semble avoir eu une résonance particulière pour Madame L. Elle s'est construite avec une image très péjorative du vieillissement, ainsi sa récente perte d'autonomie est venue ébranler son image du corps. Elle s'identifie désormais à ces « vieux » qui ne font rien, elle paraît envahie par un profond sentiment de vide et d'inutilité. Je n'évoquerai pas ici le débat sur l'euthanasie ; néanmoins l'impossibilité d'être euthanasiée en France, selon son souhait, renforce le sentiment d'impuissance de Madame L. face à la maladie. La casaque grande ouverte, laissant entrevoir les seins, m'interpelle également quant à son rapport au corps, sans que je puisse y mettre de sens.

Je ressens un décalage entre l'attitude tonique de Mme L. et les propos plutôt dépressifs qu'elle me livre. Elle m'apparaît comme recouverte d'un « vernis », comme si elle avait soigné les apparences toute sa vie. Elle semble s'être forgée un fort caractère, elle ne se montre jamais déstabilisée. Les sphères motrices, émotionnelles et psychiques sont complètement dissociées. De ce fait, elle « joue » avec le concept de dépression mais ne peut pas réellement y accéder puisque le lien avec les affects est coupé. De même elle cherche à désinvestir progressivement tous les objets de plaisir, mais ne semble pas en faire le deuil pour autant. L'absence de continuité dans les propos de Madame L. la rend difficile à cerner, elle déconstruit au fur et à mesure tous les éléments qui auraient pu me permettre de comprendre sa problématique.

Durant cet entretien, j'ai cherché à mettre en lumière le positif dans la vie de Madame L. J'ai souhaité m'appuyer sur ses potentialités, mais elle a mis en échec toutes mes tentatives. A l'issue de cette première rencontre, je ressors pleine de questionnements : Madame L. est-elle disponible pour entamer un travail en psychomotricité ? Comment l'accompagner si elle ne manifeste ni demande ni désir ? Comment expliquer alors qu'elle

était ouverte à me rencontrer ?

J'ai finalement réinterrogé mon propre positionnement. En effet, j'ai souhaité renvoyer à Madame L. des affects positifs radicalement opposés à l'état dépressif qu'elle me décrivait. Je n'ai donc pas assuré le rôle de «miroir» que j'ai déjà évoqué. Prise dans des enjeux personnels, comme le souhait de « bien faire » et le désir de « réparer » cette patiente, j'ai éludé le besoin premier de Madame L. : le besoin d'être reconnue dans sa souffrance. Pourtant, Madame L. est une femme isolée ; elle ne peut donc pas chercher cette reconnaissance auprès de ses proches. De ce fait, l'écoute attentive des soignants est d'autant plus importante.

- **La préoccupation maternelle primaire**

Cela m'amène à penser qu'une autre fonction essentielle du thérapeute est de rejouer le rôle de « la mère suffisamment bonne » décrit par D. WINNICOTT. Durant les premiers temps de vie du nourrisson, la mère entre dans une phase de « préoccupation maternelle primaire » qui se caractérise par une sensibilité et une adaptation particulière aux besoins physiques et psychiques de son enfant. D. WINNICOTT définit cet état comme un trouble « au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus »⁴⁹, une forme d'empathie extrême. Ces conditions fournissent à l'enfant un environnement suffisamment stable pour résister aux intrusions provenant de l'extérieur. La préoccupation maternelle primaire assure le « sentiment continu d'exister » (le *Self* selon D. WINNICOTT) de l'enfant et empêche l'émergence d'angoisses massives.

49 D. WINNICOTT (1958), p.287

L'adaptation totale aux besoins du bébé lui prodigue un sentiment de toute puissance. Une autre fonction de la mère suffisamment bonne sera d'amener progressivement son petit vers une désillusion de la toute puissance. Elle va l'accompagner à accepter les aléas de la vie, toujours en y mettant du sens pour maintenir un lien de continuité dans les expériences de son enfant.

Par la suite, le maintien de cette stabilité va permettre à l'enfant d'introjecter une « mère interne », il pourra alors se détacher de l'objet tout en conservant en lui la fonction de la mère suffisamment bonne.

Face à un(e) patient(e) comme Madame L, qui s'est construite de manière plus ou moins équilibrée, le rôle du thérapeute n'est plus de « créer » le sentiment continu d'exister, car il s'est déjà mis en place lors des interactions précoces. Madame L. a déjà intériorisé cette continuité, mais la maladie, avec tous ses impacts physiques et psychiques, est venue perturber les conditions de son existence. L'annonce diagnostique, l'hospitalisation en SSR et la perte rapide de l'autonomie ont fait effraction dans la vie psychique de Mme L. en interrompant le *continuum* de son évolution dans le monde.

En adoptant cet état de préoccupation maternelle primaire, le thérapeute peut permettre au sujet de retrouver sa mère interne et de renouer avec l'expérience de continuité d'existence. D. WINNICOTT décrit cet état comme une maladie car « une femme doit être en bonne santé, à la fois pour atteindre cet état, et pour s'en guérir quand l'enfant l'en délivre »⁵⁰. De la même manière, le thérapeute doit être capable de se présenter comme la mère suffisamment bonne lorsque c'est nécessaire, puis de quitter cet état lorsque son patient n'en a pas ou plus besoin.

50 *Ibid.*, p.287

Lorsque je retourne voir Madame L. pour la suite de son évaluation, elle est extrêmement douloureuse et fatiguée ; elle n'est pas disponible pour me rencontrer. Elle a rapidement été transférée en Unité de Soins Palliatifs (USP), je n'ai donc pas pu poursuivre son accompagnement. Néanmoins cette rencontre m'a profondément déstabilisée, et j'ai continué à me questionner sur cette situation. Il me semble que la problématique de Madame L. résidait dans un clivage à différents niveaux : une rupture dans la triade sensation-émotion-représentation ainsi qu'une rupture entre le haut du corps (plutôt investi) et le bas du corps (désinvesti suite à la perte de la marche). Il est probable que ma posture ait renforcé cette dissociation car je n'ai pas soutenu Madame L. dans sa quête de sens. Or ce qui est essentiel en thérapie c'est le fait que « Même si nos patients ne guérissent pas, ils nous sont reconnaissants de les voir tels qu'ils sont »⁵¹. Si j'avais assuré mon rôle de miroir, Madame L. aurait peut-être perçu des éléments de cette discontinuité, et nous aurions pu travailler sur le dialogue tonico-émotionnel en vue de restaurer une continuité d'existence.

Je soulignerai un dernier point. J'ai parlé durant de cette partie de « préoccupation maternelle primaire », ce qui renvoie aux soins de maternage. En effet lorsqu'on évoque le soin palliatif et la fin de vie, on fait souvent référence à la notion de régression. O. GAUCHER-HAMOUDI et M. GUIOSE nous amènent néanmoins à être vigilants car, si le sujet tire des bénéfices secondaires de son état de fragilité, « cela ne signifie pas qu'il 'retombe en enfance' (...). Effectivement, même s'il régresse et s'il exprime ainsi un besoin d'être materné, le patient chemine en parallèle, tout en réalisant son bilan de vie, vers une sagesse que seul un homme au terme de sa vie peut atteindre »⁵². Ainsi ils privilégient le terme de « préoccupation maternante terminale » qui légitime le besoin du patient à se laisser aller à des soins de maternage tout en respectant sa condition d'adulte.

51 D.WINNICOTT (1971), p.214

52 O. GAUCHER-HAMOUDI, M. GUIOSE (2007), p.96

Ainsi, en assurant le rôle de miroir et en adoptant un état de préoccupation maternante terminale, le psychomotricien ne considère pas qu'il doit s'occuper de son patient comme d'un nourrisson. Cependant, nous savons que ces expériences de la première enfance laissent des traces dans le corps et dans le psychisme. La construction du sentiment d'identité est directement liée à la qualité de la relation mère-bébé. Ainsi, face à une perturbation identitaire, la posture du psychomotricien permet d'éveiller les traces d'un sentiment continu d'exister qui a déjà été intériorisé, mais qui est fragilisé dans le contexte de la maladie grave. Grâce à une lecture fine des manifestations tonico-émotionnelles, le psychomotricien soutient l'expression infra-verbale de son patient. Il lui montre qu'il le voit, qu'il l'entend, et de ce fait il existe en tant que sujet.

2. Les processus thérapeutiques de la thérapie psychomotrice

Nous avons évoqué la perte de repères du sujet malade, qui se déroule à différents niveaux. De ce fait, le cadre thérapeutique doit être le plus stable et le plus contenant possible. A l'hôpital, la stabilité du cadre n'est pas évidente à mettre en place. En effet, notre intervention ne doit pas impacter le planning des soins médicaux du patient. De ce fait, nous devons composer avec les rendez-vous médicaux, les examens et tous les autres soins. Le psychomotricien de l'EMASP doit donc rester flexible dans son organisation. Néanmoins, si nous devons décaler une prise en charge, il convient d'en informer le patient afin d'assurer la continuité de la prise en charge. De plus, le patient gravement malade est soumis à des angoisses de perte de l'objet ; lorsque les séances de psychomotricité sont très investies, cette précaution est d'autant plus nécessaire pour éviter les angoisses d'abandon.

Si on se réfère à la théorie de R. ROUSSILLON (2012), le cadre soutient la fonction phorique (ou de contenance) du dispositif thérapeutique. Le cadre est constitué par tous les éléments invariants et permet de contenir la prise en charge dans un lieu et une relation privilégiés. R. ROUSSILLON énonce que, lorsque la fonction phorique est bien installée, cela mène au processus : c'est tout ce qui est ouvert au mouvement et à la transformation, tout ce qui est amené à varier au cours de la thérapie.

Ainsi, j'aborderai dans cette partie un processus thérapeutique destiné à soutenir le sentiment d'identité du patient, et qui dépend étroitement du cadre.

Je me souviens avec beaucoup d'émotion du premier patient que j'ai rencontré à mon arrivée à l'hôpital. Ce monsieur m'a ouvert à de nombreuses réflexions cliniques, théoriques et philosophiques, qui ont énormément nourri l'élaboration de ce mémoire.

A. Présentation de Monsieur R.

Suite à une fracture, Monsieur R. venait d'être hospitalisé pour la pose d'une prothèse de hanche. Il est âgé d'une cinquantaine d'années. Son cancer de la prostate a provoqué plusieurs métastases squelettiques qui génèrent des douleurs. Une de ces métastases, localisée au niveau du crâne, exerce une pression croissante sur le cerveau. Depuis quelques jours Monsieur R. devient confus et souffre d'un manque du mot.

Lorsque je le rencontre, Monsieur R. est plutôt dynamique. Il est installé au lit, bien éveillé. Il ne paraît cependant pas tout à fait à l'aise : il est un peu gêné, anxieux, timide et pudique. Sa tonicité est élevée et montre une certaine nervosité. La zone orale est crispée,

les lèvres sont pincées, car il est gêné par une métastase osseuse au niveau de la mâchoire. Sa cheville droite est en perpétuel mouvement d'adduction/abduction, interrompu parfois par quelques paratonies. Les verbalisations sont marquées d'anxiété, observable également par des réactions de prestance (sourires et rires inadaptés).

Monsieur R. est en difficulté pour mettre des mots sur ses ressentis, la conscience corporelle est pauvre et la question du corps est mise à distance. Du fait de la localisation de son cancer (prostate) et des soins prodigués (exemple : sonde urinaire) Monsieur R. semble désinvestir davantage le bas du corps. Son trouble de l'image du corps est teinté d'enjeux autour de la masculinité. Il cultive l'image de l'homme viril en luttant contre l'amaigrissement et la fonte musculaire.

Ce jour-là, Monsieur R. souhaitait se mobiliser. La psychomotricienne s'appuie sur les mouvements spontanés de sa cheville et lui propose d'effectuer des mouvements au niveau des chevilles, des genoux et des hanches. Il s'interroge sur la notion de performance et nous demande « est-ce que les autres y arrivent ? ». Il me semble qu'il soulève ici la question de la norme : est-ce que la maladie me rend différent ? Est ce que je suis plus malade qu'un autre ?

La musique est très présente dans la vie de Monsieur R. Il nous confie « j'étais batteur » puis se ravise « d'ailleurs, je le suis toujours ». Ce lapsus m'a particulièrement interpellée car il montre une forme de rupture dans son vécu, Monsieur R. ne sait plus où se situer par rapport à ce trait important de son identité. Pourtant il se corrige, donc on peut supposer que ce lien n'est pas encore totalement rompu. Sur un air de « Stairway to heaven », la psychomotricienne propose à Monsieur R. d'effectuer des mouvements en

rythme. Il se saisit de l'exercice avec beaucoup de plaisir en mimant les mouvements du batteur. Il se lance ensuite dans une explication un peu confuse autour d'un objet qui, quand on le présente, « se casse en deux entre le haut et le bas ». Il fait un rapprochement avec lui-même car le batteur doit également être « cassé » : il doit dissocier le haut et le bas du corps. La ligne de clivage haut/bas est très visible chez Monsieur R. car le terme « cassé » renvoie à une rupture des liens.

Dans les semaines qui ont suivies, l'aphasie et la confusion de Monsieur R. se sont accentuées. La conscience de ses troubles est très anxiogène, il fournit beaucoup d'efforts pour masquer la progression de ses difficultés. Au cours d'une séance, il nous livre que « Quand [il est] avec sa 'motricienne' [il peut] dire ce qu'[il veut] ». Monsieur R. ne réclame jamais de médiation particulière, mais il se saisit de toutes les propositions. Il évoque également la dimension ludique des séances.

Le suivi de Monsieur R. m'a interrogée sur les processus thérapeutiques à l'œuvre en psychomotricité. Il souligne selon moi deux aspects importants : l'importance de travailler avec la notion de plaisir, et la possibilité de créer un espace de tous les possibles.

B. Le bouquet de possibles

J-P. SARTRE questionne la notion de la liberté en la définissant comme « un bouquet de possible ». Il énonce que l'avis populaire tend à penser que la maladie limite les possibilités du sujet, en effet « j'étais un bouquet de possibilités, on ôte quelques fleurs, le bouquet reste dans le vase, diminué, réduit à quelques éléments »⁵³. Néanmoins J-P. SARTRE adopte un autre positionnement : la maladie ne se résumerait pas à une

⁵³ J-P. SARTRE (1983), p.448

suppression des possibilités car elle engage la volonté de l'individu de les remplacer par de nouveaux possibles. En effet, de cette situation nouvelle émerge d'autres possibilités et le malade « comme l'autre (...) il a à décider sur sa situation, c'est-à-dire à assumer sa condition de malade pour la dépasser (vers la guérison ou vers une vie humaine de malade avec de nouveaux horizons) »⁵⁴. Dans cette perspective, il n'y aurait pas de rupture dans l'identité du sujet mais plutôt un remaniement de celle-ci. En effet, l'identité est mise à mal mais jamais détruite car le sujet continue d'exister et il a la possibilité de se transformer.

Cette conception du « bouquet de possible » me semble être une belle finalité pour la personne malade. Néanmoins, J-P. SARTRE n'aborde pas, dans ce passage, tout le processus qui permet de renoncer à ses anciennes possibilités pour en conquérir de nouvelles. Il n'aborde pas non plus la notion de temporalité. Lorsque la survie d'une personne est en jeu, les protocoles de soins peuvent être décidés précipitamment. Ainsi, certains soins sont « subis » par les patients. Ils peuvent constituer des traumatismes qui seront évoqués des jours, des mois, voire des années plus tard. Ces expériences traumatiques empêchent la résolution du travail de deuil, ils sont donc un frein dans cette conquête de nouveaux possibles.

C. La création d'un espace transitionnel

Le travail en psychomotricité auprès de personnes atteintes d'une maladie incurable consiste à accompagner le travail de deuil lié à la perte de certaines fonctions. La terminaison du travail de deuil est caractérisée par une relance objectale du sujet, c'est-à-dire l'intérêt pour l'avenir et le plaisir dans les activités. Cependant, suite à la perte de l'objet, le sujet passe d'abord par plusieurs phases telles que la sidération, le refus, la colère,

⁵⁴ *Ibid.*, p.448

la dépression, avant d'atteindre l'acceptation.

Il existe une autre réalité qui est celle de la temporalité. Nous aimerions toujours pouvoir accompagner les patients vers l'acceptation de leur maladie. Néanmoins ce processus peut s'avérer long et coûteux en énergie. Il est fréquent que la maladie évolue rapidement, et que les patients ne parviennent plus à intégrer l'évolution de leur état.

Face à ce constat, je rejoins la théorie de D. WINNICOTT selon laquelle « l'acceptation de la réalité est une tâche sans fin et que nul être humain ne parvient à se libérer de la tension suscitée par la mise en relation de la réalité du dedans et de la réalité du dehors ; nous supposons ainsi que cette tension peut être soulagée par l'existence d'une aire intermédiaire d'expérience »⁵⁵. Cet espace intermédiaire entre le vécu subjectif et les faits objectifs désigne tous les « phénomènes transitionnels » qui constituent un « lieu de repos » entre réalités internes et externes.

C'est précisément ce phénomène transitionnel qui est à l'œuvre dans la séance que j'ai décrite avec Monsieur R. Les faits objectifs sont que Monsieur R. est hospitalisé, alité, et qu'il n'a plus la mobilité nécessaire pour jouer de la batterie. La réalité interne c'est son identité de batteur et son désir de jouer de la musique. Ainsi lorsque Monsieur R. s'approprie la proposition en mimant le batteur, il crée un espace de possible entre ces deux réalités. Le lapsus est considéré en psychanalyse comme l'expression d'un désir inconscient, plus ou moins ancien. On peut donc supposer que le lapsus de Monsieur R. résulte d'un processus. Il ne s'agit pas d'un acte instantané, il montre qu'une transformation, même inconsciente, était déjà en train de s'opérer.

55 D. WINNICOTT (1971), p.47

Néanmoins la création de l'espace transitionnel n'est pas toujours une tâche aisée. Elle mobilise les processus créatifs chez le patient, c'est-à-dire la capacité à accepter, tolérer et dépasser les paradoxes. Pour D. WINNICOTT la créativité est essentielle dans la construction de l'individu car elle permet la « quête du soi ». En effet, « C'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité toute entière. C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi »⁵⁶. Dans le jeu, il est nécessaire de proposer une expérience qui permette au sujet d'« être sans qu'il y ait un but »⁵⁷. Cela ne signifie pas pour autant que nous n'avons pas d'objectif, mais nous nous détachons pendant un instant de la question des soins pour permettre au sujet de se redécouvrir lui-même.

D. WINNICOTT (1971) définit trois étapes aboutissant à la découverte de soi. Dans un premier temps le sujet doit se trouver dans « un état de détente dans des conditions de confiance basées sur l'expérience vécue »⁵⁸. Il me semble que cette phase dépend directement de la relation de confiance établie entre le psychomotricien et son patient. Il est nécessaire que les premières rencontres aient établi un fond sécurisant pour que le patient puisse se livrer à une activité créatrice. Le second temps est caractérisé par la phase créative exprimée dans le jeu. Enfin, l'individu effectue « la sommation de ces expériences vécues sur lesquelles s'édifie le sentiment de soi »⁵⁹. Cette dernière phase est étroitement liée à la fonction miroir du thérapeute. Le réfléchissement de l'activité créatrice permet au sujet d'intégrer cette partie de sa personnalité, de se rassembler et de s'organiser. Ainsi le patient peut « exister comme unité, non plus comme une défense contre l'angoisse, mais comme l'expression du JE SUIS, je suis en vie, je suis moi-même »⁶⁰.

56 *Ibid.*, p.110

57 *Ibid.*, p.111

58 *Ibid.*, p.114

59 *Ibid.*, p.114

60 *Ibid.*, p.114

Ainsi le psychomotricien, grâce à l'état de préoccupation maternante terminale dans lequel il se situe, est sensible aux aspects décousus de la personnalité du patient. Il crée un espace transitionnel, entre subjectivité et objectivité, qui permet de les faire émerger et de les laisser exister. D. HALPRIN s'est intéressée aux processus créatifs, notamment dans l'art et le mouvement. Elle considère que « En ouvrant le canal de la créativité, nous redonnons accès à l'inconscient et au monde intérieur de notre intuition identitaire, donnant libre cours à notre mental, à ses vagabondages et au trébuchement sur un matériau qui ne demande qu'à émerger »⁶¹. L'ouverture de ce canal favorise la création d'un espace de jeu « qui permet aux parties fragmentées de nous-même de se rétablir »⁶². C'est dans ce second temps que vont se rejouer les problématiques identitaires. Le psychomotricien effectue un réel travail de mise en lien entre la réalité du sujet, sa subjectivité et sa vie fantasmatique. Il aide son patient à retrouver le fil conducteur de sa vie en réunissant tous ces vécus fragmentés.

3. Les médiations

J'ai souligné plus tôt l'importance d'une évaluation psychomotrice fine et rigoureuse en amont du choix de la médiation. En effet, la médiation doit impérativement être adaptée à l'état de santé physique du patient mais aussi à ses problématiques psychiques. Si cette étape n'a pas été respectée, le psychomotricien peut se retrouver en difficulté lors des séances car il est susceptible de faire émerger des appréhensions, voire des angoisses, chez son patient. Certains sujets malades peuvent être particulièrement « méfiants » vis-à-vis des soignants. Ils peuvent les tenir responsable de l'échec du traitement, déplacer leur propre culpabilité sur eux... En somme, les soignants peuvent être assimilés au « mauvais

61 D. HALPRIN (2014), p.122

62 *Ibid.*, p.254

objet » et retenir sur eux toutes les causes de la souffrance du patient. Lorsque ces éléments se rejouent dans la thérapie psychomotrice, ils peuvent être intéressants. Néanmoins il me semble que si le psychomotricien est assimilé trop rapidement au « mauvais objet », et qu'il n'obtient pas l'adhésion thérapeutique du sujet, il ne pourra pas accompagner son patient dans la transformation de ces affects. Face à une maladie grave et évolutive, et notamment en milieu hospitalier, il est souhaitable que l'alliance thérapeutique soit vite établie car la temporalité de la maladie ne permet pas toujours d'aborder les problématiques transférentielles en amont de la prise en charge.

J'aborderai dans cette dernière partie toute la réflexion qu'implique le choix d'une médiation, puis je présenterai quelques exemples de médiations qui me paraissent adaptées dans la prise en charge des problématiques identitaires.

A. Le choix de la médiation

Nous avons vu que les enjeux identitaires dans la maladie grave sont liés à des mouvements paradoxaux qui traversent le sujet. Ainsi, quand les besoins du patient paraissent indécis, mouvants et fluctuants, le choix de la médiation peut être délicat. C'est tout ce travail de réflexion que j'ai dû effectuer suite à ma rencontre avec Madame C.

- **Anamnèse de Madame C.**

Madame C. est une femme de 88 ans, ancien médecin généraliste, retraitée depuis 20 ans. Elle a également été très investie dans le domaine associatif et a beaucoup œuvré pour la reconnaissance de la médecine générale. Elle vivait seule à son domicile jusqu'à

son hospitalisation. Madame C. est divorcée et a perdu son fils d'un accident de la voie publique lorsqu'il avait 23 ans.

Madame C. est une femme assez petite et très mince. Son apparence est toujours très soignée, elle est bien coiffée, porte ses bijoux et aime se vêtir d'élégants chemisiers. Son attitude est douce et bienveillante, mais elle dégage une certaine force de caractère. Elle paraît plutôt sûre d'elle, même si nous verrons que cette attitude a été fragilisée par la maladie.

Madame C. fait de l'hypertension artérielle, qui a provoqué un Accident Ischémique Transitoire puis un Accident Vasculaire Cérébral (AVC). Elle garde des séquelles se manifestant par des troubles sensitifs et des paresthésies de la face et du membre supérieur gauche. Elle a été diagnostiquée d'un cancer du pancréas en janvier 2016, traité par chimiothérapie jusqu'en septembre 2017. Elle a des métastases pulmonaires et péritonéales. Son père et sa sœur sont tous les deux décédés du même type de cancer.

Suite à la chimiothérapie, elle a développé une anorexie (« dégoût de la nourriture ») menant à un amaigrissement important. Elle a été hospitalisée en USP, puis en SSR. Elle est ensuite retournée à son domicile car elle a pu retrouver une meilleure autonomie. Sa nièce et son neveu sont très présents pour l'aider à domicile.

Madame C. a fait plusieurs Ingestions Médicamenteuses Volontaires (IMV) depuis son diagnostic. L'incident survient lorsqu'elle est fortement angoissée par la perte de ses capacités physiques. Elle est hospitalisée depuis quelques jours car, suite à une phlébite du bras droit, elle était très angoissée à l'idée de ne plus pouvoir descendre les escaliers et a

ingéré des médicaments. Elle a immédiatement appelé sa nièce pour l'informer de son acte. Après évaluation par le psychiatre à son arrivée, elle ne semble pas manifester d'affects dépressifs ni de risque suicidaire majeur. Elle confie qu'elle ne souhaitait pas rentrer à domicile après son séjour en SSR, mais qu'elle n'a pas osé l'exprimer à sa famille. Elle est beaucoup plus rassurée à l'hôpital et en ressent déjà les bénéfices.

- **Évaluation psychomotrice**

Lorsque je rencontre Madame C, elle parle de sa perte d'autonomie et de son hospitalisation sans mentionner son IMV. Elle relate qu'elle était presque « grabataire » à domicile car elle dormait beaucoup et ne faisait plus rien. Elle était fatiguée physiquement et n'avait plus d'envies.

Pour Madame C. l'hospitalisation paraît bénéfique car elle peut exprimer que « ça ne va pas » et « lâcher prise » selon ses propos. Au domicile elle n'osait pas inquiéter ses proches et se sentait très redevable de leur aide. Elle se dit moins angoissée et accepte davantage « de ne pas savoir ce qui va se passer ». Cependant elle est préoccupée par son transit ce jour bien qu'elle ne ressente pas de gêne somatique. Elle est tracassée sur le plan cognitif car cela semble être le seul point noir alors que son état s'améliore : « tout pourrait aller bien sans ce problème de transit ».

Elle se présente comme une femme assez tonique et plutôt mobile. Le passage de la station assise à la station debout, ou de la station debout à la station allongée, est fluide. Pourtant Madame C. décrivait de grandes difficultés à se déplacer à son domicile. D'après elle, elle a retrouvé l'appétit depuis son hospitalisation, ce qui lui a permis de reprendre des

forces. Les changements de posture peuvent néanmoins provoquer des étourdissements. Les praxies semblent également efficaces.

Lors de l'examen du tonus, la régulation tonique des membres supérieurs est correcte. Elle manifeste davantage de paratonies du côté gauche du fait des paresthésies (elle décrit des sensations de brûlure au toucher). Au niveau des membres inférieurs la tonicité est également bien régulée, malgré une raideur au niveau de l'articulation de la cheville (vieillesse normale de l'appareil locomoteur). Une hypertonie est cependant remarquée au niveau du buste : Madame C. se tient très droite, sa respiration est haute (sphère thoracique) et courte. Les traits du visage sont crispés et trahissent son anxiété.

Madame C. semble bien orientée dans l'espace et dans le temps. Elle sait où elle se situe, connaît également le jour de la semaine et peut me donner une heure de rendez-vous.

En revanche elle donne peu d'éléments de ses représentations du corps. Elle est en difficulté lorsqu'il s'agit d'élaborer sur ses ressentis. Elle se dit surtout soulagée par les antalgiques et moins angoissée. Elle verbalise son plaisir lors des mobilisations passives, car elle apprécie qu'on prenne soin d'elle.

Après évaluation, un suivi en psychomotricité a été mis en place pour accompagner Madame C. dans la gestion de son anxiété, la prise de conscience de son corps et l'accompagnement de sa perte d'autonomie.

- **La médiation**

J'ai proposé à Madame C. des séances de relaxation d'inspiration Wintrebert. La première séance s'est bien déroulée, la relaxation s'est effectuée à partir des membres supérieurs. Madame C. ne ferme pas les yeux lors de la relaxation, elle semble très attentive à mes verbalisations et à mes gestes. La tonicité est rapidement régulée lors des mobilisations passives. Durant la phase active elle ne reprend pas exactement les mouvements initiés en phase passive mais elle comprend les consignes et s'approprie les mouvements. Elle laisse tomber lourdement ses bras sur le matelas et nécessite simplement d'être étayée lors des changements d'articulation. Néanmoins la respiration reste relativement bloquée et son visage est figé. Lors de la reprise elle ne mobilise que ses jambes. Elle les observe longuement et remarque qu'elle a un mollet plus gros que l'autre. Elle cherche à faire un lien avec un éventuel accident ou une opération. Il semble que cette première approche de la relaxation ait permis à Madame C. de rencontrer à nouveau son corps et d'en prendre davantage conscience.

Pour la deuxième séance, je rencontre Madame C. suite à un entretien avec le médecin. Ils ont abordé ensemble le projet post-hospitalisation et elle s'interroge beaucoup à ce sujet. Nous débutons la séance par une prise de conscience de la respiration. Madame C. est attentive à mes consignes mais elle me paraît moins communicante et moins tonique ce jour.

La séance se poursuit à nouveau par une relaxation d'inspiration Wintrebert. La phase de mobilisations passives est marquée de paratonies et Madame C. accompagne le mouvement. Elle est surtout en difficulté lors de la phase active, elle a besoin d'être étayée.

Lorsque je la laisse agir seule, j'observe un recrutement tonique : elle me cherche du regard et ne parvient pas à se rappeler des mouvements effectués lors des mobilisations passives. Je dois accompagner Madame C. verbalement et j'effectue les mouvements à côté d'elle.

En fin de séance, les verbalisations sont assez pauvres. Je dois l'étayer pour l'aider à élaborer son vécu de la relaxation. J'exprime à Madame C. que je l'ai trouvée moins disponible ce jour. Elle me paraît songeuse et je ne saurais dire si elle est fatiguée, tracassée ou anxieuse. Elle m'explique qu'elle pense à son entretien avec le médecin. Elle culpabilise « d'obliger » ses proches à faire de nouvelles démarches administratives. Lorsque je l'interroge davantage, elle peut exprimer que « aujourd'hui on s'occupe de moi alors qu'avant c'est moi qui tenais la famille ». Je comprends que Madame C. interroge ici son appréhension de la dépendance, elle vit mal sa perte d'autonomie. Elle craint également que ses proches lui reprochent de « baisser les bras » et surtout « ils pourraient dire que je me comporte comme une petite fille gâtée qui souhaite qu'on s'occupe d'elle ». Elle ne sait pas si ses appréhensions sont légitimes, mais cela l'inquiète. Elle a peur que ses proches prônent à nouveau un retour à domicile alors que « après mon hospitalisation [en SRR], j'ai été *matraquée* pour rentrer chez moi ». La volonté de ses proches en faveur d'un retour à domicile, alors qu'elle n'arrivait pas à exprimer son refus, semble avoir été malmenante pour Madame C.

A travers cet échange, je perçois que Madame C. semble avoir envie de lâcher prise, de se laisser aller et de se laisser porter. Cependant cela la renvoie à la question de l'autonomie et de la dépendance, elle semble faire un lien avec des événements plus anciens (notion de « petite fille gâtée »). Pendant la relaxation, il existe une nette variation de ses possibilités de relâchement musculaire volontaire. Le tonus est très bien régulé lors

de la phase passive mais lors de la phase active Madame C. se désorganise complètement, comme si quelque chose venait s'écrouler intérieurement.

Les séances suivantes me confortent dans l'idée que la maladie a marqué une rupture dans l'identité de Madame C. Elle était considérée autrefois comme le *leader* de la famille mais sa perte d'autonomie lui donne le sentiment de perdre sa place et sa légitimité. Elle définit également son éducation comme « stricte », avec une injonction à soigner les apparences. Cela renforce son appréhension pour la dépendance, car elle aurait le sentiment de trahir cet héritage éducatif. Ainsi Madame C. ne s'autorise plus à exprimer son avis, elle vacille entre l'envie de conserver son rôle de chef de famille, et le souhait de passer le relai pour « se laisser aller à la paresse ». Ce conflit interne s'exprime par des difficultés de régulation tonico-émotionnelle : il y aurait une forme d'agrippement à son autonomie, symbolisée par le retour à domicile, qui contraste avec son plaisir lors des soins de type Holding. Elle peut assumer son désir de « lâcher-prise » auprès des professionnels de santé – avec lesquels elle n'a pas de lien affectif – mais semble se raviser lorsqu'on évoque ses proches.

Il n'est pas de notre ressort de décider de l'accompagner dans une démarche autonomisante ou dans une démarche de lâcher-prise. Néanmoins le choix de la médiation doit prendre en compte ces envies paradoxales et contradictoires. De ce fait, la relaxation Wintrebert me semblait plutôt adaptée car elle permettait de répondre à ces deux besoins. Pourtant, lors des séances suivantes, Madame C. a cheminé vers un désir plus affirmé, ou plus assumé, de « lâcher-prise ». Nous avons donc poursuivi un travail autour de mobilisations passives et de soins de type « Holding ».

Cette vignette clinique montre que le choix de la médiation doit être adapté aux perturbations identitaires. Il doit prendre en compte l'incertitude dans laquelle est plongé le patient, d'autant que celui-ci chemine dans l'acceptation de sa maladie et de sa fin de vie. Ainsi, le psychomotricien doit accepter de laisser exister le doute car il révèle les problématiques identitaires en séance. Elles deviennent donc plus repérables et sont sujettes à la transformation.

Je présenterai dans les parties suivantes quelques exemples de médiations. Cette liste n'est bien évidemment pas exhaustive, mais ces trois médiations que sont le toucher thérapeutique, la relaxation et la mise en mouvement me semblent intéressantes car elles ne nécessitent pas de matériel spécifique et peuvent être utilisées dans n'importe quel lieu de consultation, même à domicile.

B. Le toucher thérapeutique

De façon générale, O. GAUCHER-HAMOUDI et M. GUIOSE soulignent que « Le toucher permet la conscience de l'unité corporelle, de la continuité du corps. Sans que nous en soyons conscients, nos activités quotidiennes permettent des sensations tactiles qui réactualisent notre schéma corporel et notre image du corps »⁶³. Dans le contexte de la maladie grave, les patients se mobilisent moins et sont moins touchés du fait de leur fragilité, des contraintes matérielles (appareillages) ou encore des douleurs. Or « le toucher semble redevenir un mode de communication particulièrement privilégié pour les patients en fin de vie (...). Le besoin relationnel du patient en fin de vie montre que ce qui est essentiel au début de la vie, l'est tout autant à la fin »⁶⁴.

63 O. GAUCHER-HAMOUDI, M. GUIOSE (2007), p.100

64 *Ibid.*, p.95

Il me paraît délicat de démontrer les nombreux bienfaits de cette médiation au travers d'un unique cas clinique. Ainsi, j'ai choisi de me référer aux fonctions du Moi-Peau décrites par D. ANZIEU (1995) afin de montrer le lien entre le toucher thérapeutique et les problématiques identitaires. J'illustrerai plus particulièrement certaines fonctions par des vignettes cliniques.

Le Moi-Peau désigne « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps »⁶⁵. Il s'agit d'un étayage des fonctions psychiques sur les fonctions physiques et physiologiques de la peau. D. ANZIEU donne huit fonctions du Moi-Peau, j'ai choisi d'en détailler quatre qui me paraissent particulièrement pertinentes à mettre en lien avec la notion d'identité.

1. La première fonction est celle de la *maintenance*. Il s'agit d'une intériorisation du Holding maternel décrit par D. WINNICOTT, c'est-à-dire la façon dont la mère porte son bébé physiquement et psychiquement. Cette perception interne du Holding permet à l'enfant de conserver un état d'unité et de solidité, même en dehors du portage.

J'ai souvent retrouvé chez les patients du plaisir dans le portage et le besoin d'un support. Il est également fréquent que des patients décrivent une sensation agréable lors des épreuves d'extensibilité de l'examen du tonus de fond. C'était notamment le cas de Madame C. (partie III.3.A) lors de son évaluation psychomotrice.

Pour le patient, la restauration de la fonction de maintenance du Moi-Peau stimule la prise de conscience de son unité et de sa solidité. Elle offre de nouveaux appuis

65 D. ANZIEU (1995), p.61

physiques et psychiques pour se libérer des tensions internes à l'œuvre dans les problématiques identitaires. En soutenant le sentiment d'unité, on peut restaurer le sentiment de rester « le même » en toutes circonstances.

2. La seconde fonction est la *contenance*. Tout comme la peau contient le squelette, les organes et les muscles, le Moi-Peau est vécu comme un sac contenant les sensations, les affects, les pulsions et les représentations. Cette fonction est permise par l'intériorisation du Handling maternel décrit par D. WINNICOTT, ce sont tous les soins que la mère prodigue à son bébé, basés sur le dialogue tonico-émotionnel.

Dans le contexte de la maladie, l'enveloppe que constitue la peau peut être modifiée par la pathologie elle-même ou par les soins. Elle peut être étirée par des œdèmes ou au contraire distendue lors de l'amaigrissement. La peau est parfois extrêmement asséchée, voire craquelée, elle peut aussi être moite du fait d'une augmentation de la sudation. Aussi, les soins, les piqûres, la pose d'un PAC, percent l'enveloppe. Ainsi le Moi-Peau peut être vécu comme troué. D. ANZIEU parle d'un « Moi-Peau passoire » dont les limites ne seraient plus suffisamment stables pour contenir les mouvements internes. Cette absence de contenance est à l'origine d'angoisses car le sujet ressent un risque de fuite de ses contenus psychiques.

Nous avons vu que, lors du travail du trépas, le rapport à l'objet est modifié. Le sujet est traversé par de multiples mouvements psychiques, parfois contradictoires, qui désorganisent le Moi. L'identité est déjà rendue instable par ces variations pulsionnelles. Si les enveloppes physiques et psychiques n'assurent pas leur fonction de contenance, toute cette ambivalence va se déverser en dehors du psychisme. Cela peut renforcer l'instabilité

de l'identité car le patient n'a plus de prise sur l'expression des contenus psychiques et il ne peut pas non plus les représenter.

Ainsi les touchers contenant et enveloppants permettent de restaurer l'intégrité de l'enveloppe de la peau, et par étayage ils maintiennent l'étanchéité de l'enveloppe psychique. Dans ce cadre, le toucher thérapeutique permet notamment de contenir l'émergence d'angoisses parfois archaïques (de type liquéfaction) car il permet au sujet de ressentir des limites corporelles et psychiques.

3. La fonction de *pare-excitation* du Moi-Peau se base sur la capacité de la mère à protéger son enfant des agressions extérieures ou d'un surplus de stimulations. Lorsque la mère a assuré sa fonction de pare-excitation, la peau pourra assumer à elle seule cette fonction par répétition de l'expérience.

Ce qui va nous intéresser ici ce sont les agressions extérieures et le surplus de stimulations qu'un individu peut subir dans le cadre de sa maladie. Tout d'abord la maladie génère tout un panel de sensations nouvelles, étranges, voire désagréables. Les stimulations arrivent alors en excès, elles ne peuvent plus être synthétisées et intégrées dans le schéma corporel et l'image du corps. Aussi, certains soins particulièrement désagréables et douloureux, comme le traitement d'une escarre par exemple, peuvent s'avérer désorganisant lorsqu'ils sont répétés. Le sujet n'est plus en mesure de donner du sens à ces expériences, elles ne sont pas représentées et sont vécues comme des agressions en provenance de l'extérieur. En dehors de ces soins, j'ajouterai également que l'environnement hospitalier peut être à l'origine d'un excès de stimulations aux niveaux visuel, sonore et olfactif. De plus la personne hospitalisée doit composer avec le rythme

hospitalier, elle s'adapte aux nombreuses visites des proches et du personnel. Cela peut donner lieu à des vécus d'effraction, concrètes ou subjectives, si le sujet n'est pas en mesure d'exprimer son refus ou s'il n'ose pas le faire.

La défaillance de la fonction de pare-excitation, notamment si elle est associée à un trouble des autres fonctions du Moi-Peau, peut provoquer des vécus d'effraction ou de persécution. Dans certains cas, la frontière entre soi et l'autre, ou entre la réalité et l'imaginaire, peut devenir floue sans que ce soit associé à une structure psychotique. Cette anomalie de la fonction de pare-excitation pourrait expliquer certaines toilettes difficiles, surtout si le patient n'est pas suffisamment soulagé. Les soignants peuvent être ressentis comme malmenants et persécutants.

D. ANZIEU décrit brièvement un lien entre la toxicomanie et une carence de la fonction pare-excitante du Moi-Peau. Il émet l'hypothèse que les conduites addictologiques seraient « une solution pour constituer entre le Moi et les stimulations externes une barrière de brouillard ou de fumée »⁶⁶. Ainsi je souhaiterais évoquer la vignette clinique de Monsieur H., décrite en partie I.3, qui montre un lien intéressant entre la consommation de médicaments et l'envahissement d'un symptôme douloureux.

- **Présentation de Monsieur H.**

Pour rappel, Monsieur H. souffre de douleurs dorsales chroniques depuis l'apparition d'une tumeur du pancréas. Il est hospitalisé pour ce même motif lorsque je le rencontre, en vue de réduire ce symptôme. Avant le diagnostic de sa maladie, il décrit un parcours marqué par des expériences douloureuses, notamment lors de multiples

66 D. ANZIEU (1995), p.126

arrachages de dents. Il se dit tolérant et habitué à la douleur. Il a toujours pratiqué l'auto-médication, sa consommation de médicaments paraît presque compulsive. Il décrit qu'il « bouffait des tonnes de médicaments », son utilisation de la PCA est également abusive et fait l'objet d'une forme de fascination.

- **Le symptôme « douleur »**

Le vécu douloureux de Monsieur H. est extrêmement envahissant. Il « crie » sa douleur auprès de l'équipe, son unique plainte et son seul besoin est d'être soulagé. Ce symptôme l'empêche d'élaborer sur autre chose, il occupe toute la place dans l'esprit de Monsieur H. Il s'est forgé une seconde enveloppe musculaire, une carapace tonique, pour pallier cet envahissement. Il parvient à rester en relation malgré la douleur, néanmoins il se coupe régulièrement de l'échange lorsqu'il utilise la pompe à morphine car il observe attentivement le liquide s'écouler. Il cherche par tous les moyens à mettre une distance entre lui et sa douleur. Par exemple, il fume plusieurs cigarettes consécutives alors même que la première lui a donné des vertiges.

Monsieur H. vit, selon ses termes, « une souffrance sociale » car il se sent rejeté de la société et ne trouve plus de repères. J'émet l'hypothèse qu'il a transformé son symptôme en ce que j'appellerai une « douleur identitaire », car ce cri de douleur le fait exister au yeux des autres.

- **Rapport au toucher**

Monsieur H. a trouvé une position antalgique en posture accroupie, mais elle ne

suffit pas à le soulager pleinement. En fin de séance il s'allonge régulièrement en position fœtale sur son lit. Au cours d'une séance, la psychomotricienne pose alors une main entre ses omoplates, puis au milieu de son dos et au niveau lombaire. Ce toucher est censé indiquer à Monsieur H. où il doit respirer car la consigne est de repousser la main à l'inspiration. Ce simple contact au niveau de la zone douloureuse le détend rapidement, le visage se relâche et Monsieur H. s'endort profondément sans qu'on parvienne à le réveiller.

Le toucher n'a pas été l'unique médiateur utilisé dans la prise en charge de Monsieur H. On constate cependant que le contact agit ici comme une fonction pare-excitante : il permet de réduire l'envahissement du symptôme en agissant directement sur la carapace tonique. Il est possible que cette fonction du Moi-Peau se soit construite de manière fragile au cours de son développement. Ainsi, ce toucher lui aura permis d'en retrouver une trace. Au fil des séances, Monsieur H. a réussi à se détacher davantage de cette douleur identitaire. Il a pu évoquer d'autres aspects de son identité, notamment sa profession de brancardier à laquelle il était très attaché. Bien qu'il n'ait pas trouvé de « remède miracle », il est rentré chez lui plus apaisé et il a cheminé dans son acceptation de la maladie.

4. La fonction d'*individuation* s'appuie sur les caractéristiques de la peau propre (son grain, sa couleur, son odeur, sa texture). Au niveau psychique elle apporte le sentiment d'être unique.

En milieu hospitalier la prise en charge des patients n'est pas toujours individualisée. La plupart des soignants font leur possible pour apprendre à connaître chaque patient et adapter leur prise en charge. Néanmoins cette rencontre n'est pas toujours

possible lors d'une hospitalisation à court terme. Ainsi l'individualité de la personne gravement malade, qui fait des allers-retours entre l'hôpital et son domicile, est souvent noyée dans la masse de patients à prendre en charge.

Cette fonction du Moi-Peau n'apparaît pas comme un axe de travail spécifique. Cependant, lorsqu'on touche le patient et on va aussi prendre soin de sa peau. On peut s'attarder sur les caractéristiques de cette peau car elles reflètent son individualité et font partie intégrante de son identité. Si on découvre une cicatrice par exemple, on peut interroger le patient sur son origine. Cela l'amène à la resituer dans son histoire : « Je me suis ouvert étant petit, j'étais un vrai casse-cou ! », « j'ai été opéré il y a 15 ans, je l'ai très mal vécu et c'est pour cela que je n'aime pas l'hôpital », « c'est la cicatrice de ma césarienne, pour la naissance de mon premier enfant ». Tous ces exemples donnent des éléments du vécu du corps des patients, ils peuvent refléter sa personnalité et l'amener à parler de certaines souffrances identitaires.

Le toucher thérapeutique est une médiation fréquemment utilisée au sein de l'EMASP dans laquelle j'ai effectué mon stage. En effet, le toucher thérapeutique est un outil riche, par le contact il permet d'établir ou de rétablir les liens existants entre le soma et la psyché. Il s'appuie sur des mécanismes de mémoire corporelle qui viennent intégrer ou réactiver le sentiment d'unité psycho-corporelle. Il peut être indiqué pour de nombreuses problématiques et fait toujours écho à des vécus archaïques. De plus, le contact physique entraîne le soignant et le patient dans une expérience partagée. Le toucher est le seul sens qui entraîne inévitablement une réciprocité : « Si on peut voir sans être vu, entendre sans être entendu, on ne peut pas toucher sans être touché »⁶⁷. Ainsi les impacts du toucher sont aussi liés aux échanges tonico-émotionnels partagés entre les deux sujets.

67 O. GAUCHER-HAMOUDI, M. GUIOSE (2007), p.100

C. La relaxation

La relaxation, comme le toucher thérapeutique, réactualise l'image du corps en donnant une place différente au corps. Ces deux médiations utilisent les vécus sensoriels et tactiles en partant du principe qu'ils laissent des traces dans le psychisme. Pour cette raison, elles sont étroitement liées à l'activité fantasmatique. Le sentiment de contrôle de soi, de détente, de plaisir, vont venir étayer l'estime de soi ainsi que le sentiment continu d'exister.

O. GAUCHER-HAMOUDI et M. GUIOSE (2007) ont démontré le rôle de la relaxation comme aide psycho-corporelle au deuil. Cette présentation concerne plutôt les personnes endeuillées suite à la perte d'un proche. Néanmoins, ils supposent qu'elle peut s'appliquer à tous les processus de deuil. En effet la perte d'un être cher mobilise des processus similaires à ceux rencontrés dans la maladie grave, car le sujet malade doit faire face à une succession de pertes. Il doit alors entamer le deuil d'une partie de lui-même.

Le psychanalyste J. MESSY évoque la place de la relaxation en fin de vie. Il s'appuie surtout sur une clinique auprès de sujets âgés, mais il décrit bien que « Leurs difficultés correspondent essentiellement à des pertes et deuils douloureux, voire des deuils impossibles, comme le deuil de soi »⁶⁸. Lorsque la maladie précipite le sujet vers la fin de sa vie, l'attention est souvent portée sur le corps somatique. La personne est préoccupée par ce corps qui change, qui n'est plus aussi fonctionnel qu'il ne l'était autrefois, et « La relaxation est alors un moyen de se réapproprier un corps libidinal »⁶⁹.

D'après J. MESSY, il y aurait une faille du narcissisme primaire provoquée par la pathologie, c'est-à-dire un désinvestissement du corps réel. Cependant la souffrance

⁶⁸ J. MESSY (1995), p.107

⁶⁹ *Ibid.*, p.108

proviendrait plutôt d'une atteinte du narcissisme secondaire car « ce qui vient à s'effiloche n'est pas tant le corps mais les liens tissés aux autres qui nous donnent le sentiment d'exister »⁷⁰. Il évoque donc un trouble de l'image du corps dans sa dimension relationnelle. Dans cette perspective, il entrevoit la relaxation comme un prétexte à la rencontre. En effet, le regard bienveillant du thérapeute et la place donnée au corps permettent d'ouvrir un espace de dialogue. Ainsi « La relaxation au bout de la vie n'a pas de sens (...) si elle n'est pas un prétexte à la rencontre avec un autre, semblable à soi-même »⁷¹.

Dans cette expérience partagée, il me semble que la relaxation vienne consolider l'identité sociale du sujet car elle comporte une dimension humaine : le relaxateur et le relaxé sont deux êtres relationnels qui partagent des sensations propres à l'humain. Dans leur discours « se mêlent les sensations, les émotions et le souvenir d'une histoire ancrée dans le corps du sujet »⁷².

La relaxation s'appuie sur les phénomènes de régression au sens d'un « retour du sujet à des étapes dépassées de son développement »⁷³. Pour O. GAUCHER-HAMOUDI et M. GUIOSE la régression est favorisée par le dialogue tonique, l'enveloppe sonore, l'image du corps, le narcissisme et le maternage.

- **Le dialogue tonique**

Le dialogue tonique est un concept énoncé par J. DE AJURIAGUERRA pour décrire les interactions tonico-affectives entre la mère et le nourrisson. Il reprend les

70 *Ibid.*, p.109

71 *Ibid.*, p.112

72 O. GAUCHER-HAMOUDI, M. GUIOSE (2007), p.65

73 *Ibid.*, p.66

travaux présentés par H. WALLON qui montrent l'influence réciproque entre le tonus et les émotions. En relaxation, l'abaissement du tonus par des phénomènes physiologiques va permettre de modifier la vie psychique et affective du sujet. Aussi, le relaxateur et le relaxé sont engagés dans un dialogue tonico-émotionnel : « A la voix, aux mots, au toucher du relaxateur, le patient réagit par un abaissement du tonus (...). Réciproquement, par empathie, le relaxateur ressent l'état de son patient : il est détendu par son bien-être ou envahi par son angoisse »⁷⁴. Ainsi pour le patient comme pour le thérapeute, la relaxation éveille des traces corporelles des expériences vécues durant la première enfance, dans les échanges mère-bébé.

- **L'enveloppe sonore**

La voix du relaxateur va faire l'objet d'un transfert positif ou négatif car le sujet est touché par son timbre, son intonation et sa prosodie. Il a été démontré que la voix de la mère est le meilleur moyen d'apaiser le cri d'un nourrisson, ainsi O. GAUCHER-HAMOUDI et M. GUIOSE en déduisent qu'elle a une fonction archaïque d'apaisement.

Aussi, D. ANZIEU (1995) décrit le rôle de l'enveloppe sonore dans la différenciation soi/non-soi. Le nourrisson compare les sons propres et les sons extérieurs qui viennent l'envelopper. Les sons produits par le bébé permettent également l'élaboration d'une première forme de l'image du corps dans la dialectique de vide et de remplissage.

Ainsi « cette voix du relaxateur offre une expérience structurante et narcissisante au patient »⁷⁵ car elle fait intervenir le rôle de l'enveloppe sonore dans l'apaisement et

⁷⁴ *Ibid.*, p.66

⁷⁵ *Ibid.*, p.67

l'organisation de sentiment d'individuation.

- **Image du corps et narcissisme**

Durant la relaxation le narcissisme primaire du sujet est mis en jeu. En effet, l'attention du relaxé est essentiellement portée sur son corps et ses sensations. L'intervention du relaxateur, qui s'appuie sur son propre vécu de la médiation, permet de donner du sens aux sensations qui deviennent perçues. Ainsi « Cette attention particulière du relaxateur pour le corps de son patient, qui le mène vers un état de mieux-être, ce monde qui, pour le relaxé, se restreint à des sensations et à une voix, tout ceci investit le corps d'une importance affective particulière, et amène le patient à se renarcissiser »⁷⁶.

Cette conception rejoint l'idée de J. MESSY selon laquelle la relaxation favorise l'investissement d'un corps libidinal. Elle permet de se détacher du corps réel et anatomique pour explorer la sphère affective du corps.

- **Le maternage**

Dans les conditions de la relaxation, le relaxateur peut rappeler au patient l'image partielle de l'objet « mère ». Le sujet relaxé perçoit sa voix, son regard, son toucher comme des objets partiels proches de la posture de la mère. Ces éléments partiels sont intériorisés, le relaxateur est assimilé à un « bon objet » et cela peut venir réparer certains objets internes.

⁷⁶ *Ibid.*, p.68

Tous ces éléments font écho à des vécus archaïques chez le sujet relaxé, ce qui favorise la régression. La relaxation permet au patient de retrouver ses « bons objets internes », il introjecte son vécu de la relaxation pour les consolider. Le travail de deuil nécessite également de se détacher de l'objet perdu, ainsi « la déliaison et la nécessité de renforcer les liens aux objets internes sont la condition de dépassement du deuil »⁷⁷.

Nous avons évoqué le rôle de la relaxation dans le réinvestissement du corps libidinal et la réappropriation d'un corps affectif. Néanmoins elle est également intéressante lorsqu'elle propose un ancrage au corps réel. Dans le contexte de la maladie grave, la réalité anatomique du corps peut devenir floue. Cette distorsion du schéma corporel est source d'angoisses et génère des fantasmes inexacts qui ont des répercussions sur l'image du corps et sur l'identité physique du sujet.

- **Les fantasmes corporels**

Monsieur D. est âgé de 47 ans. Il est atteint d'une fibrose pulmonaire asymptomatique depuis 7 ans. Il y a quelques mois, lors d'un examen de suivi de sa fibrose, on lui diagnostique un cancer pulmonaire. La fibrose s'est accentuée depuis la première tentative de chimiothérapie sans qu'on puisse établir un lien de cause à effet.

Monsieur D. est très dyspnéique, mais il est coupé de ses ressentis et gère sa respiration en vérifiant perpétuellement sa saturation en oxygène. La respiration de Monsieur D. est haute (claviculaire) et les cycles respiratoires sont courts. Il est capable de mieux réguler sa respiration avec beaucoup d'étayage mais il a besoin de directives claires. Les angoisses de Monsieur D. majorent ses difficultés respiratoires.

⁷⁷ *Ibid.*, p.69

J'ai proposé à Monsieur D. quelques exercices de respiration. Nous avons exploré différentes respirations abdominale, thoracique et costale. Lors de la respiration abdominale, Monsieur D. me dit que cela ne fonctionne pas car « tout l'air passe dans [son] ventre ».

On voit ici comment les angoisses portées sur la respiration modifient la compréhension du fonctionnement anatomique. Monsieur D. ne parvient pas à respirer correctement, et il a le sentiment que l'air « fuit » dans son ventre et ne reste pas dans ses poumons. Outre la confusion anatomique, les fantasmes liés au corps peuvent également porter sur une dimension plus symbolique, ils peuvent évoquer des images (exemple : « une chambre à air trouée ») ou faire appel à des impressions sensorielles (exemple : « mes poumons sont poreux »).

Le travail de conscience corporelle à l'œuvre en relaxation diminue la tonicité et réduit l'angoisse via les liens tonico-émotionnels, le sujet est alors plus disponible pour analyser ses sensations. Cela soulage certains patient de fantasmes particulièrement envahissants.

Cependant, la relaxation ne me semble pas toujours indiquée en première intention. Monsieur D., pour reprendre cet exemple, présente des angoisses de mort massives. Lors d'une permission à son domicile pour le week-end, il dit avoir été « shooté » par son traitement anxiolytique. Il a dormi tout le week-end, n'avait « plus de tonus musculaire » et ne parvenait plus à ouvrir les yeux. Monsieur D. était extrêmement angoissé et en colère à son retour à l'hôpital. Il peut dire qu'il craignait de ne plus se réveiller.

Ainsi l'état d'angoisse de Monsieur D. me paraît trop important pour proposer une relaxation. Il évoque notamment l'abaissement de son tonus comme facteur mortifère. Les conditions de la relaxation, être allongé immobile, les yeux fermés, peuvent réveiller les angoisses de mort. Cependant elles ne sont pas toujours aussi conscientes et exprimées que chez Monsieur D. Un autre patient que j'ai suivi interrompait régulièrement la relaxation par ses verbalisations : « c'est la tempête dehors » ou « c'est terrible ce froid au réveil ». Face à ces propos, il serait interprétatif de parler d'angoisses de mort, cependant on constate que les sens de ce monsieur étaient en alerte, il exprimait quelque chose de l'ordre du danger pendant la séance.

Une notion qui me paraît essentielle en relaxation est celle de la « trace ». La régression et l'émergence d'éléments archaïques permettent au sujet de retrouver des traces de son histoire, même la plus ancienne, et donc de renouer avec une part de lui-même. Le relaxateur est présent pour l'aider à élaborer son vécu, à le mettre en lien avec des événements actuels et passés. C'est en cela qu'elle intervient dans la consolidation du sentiment d'identité. Ainsi le travail en relaxation permet d'intégrer le fait que « C'est bien mon corps, il m'appartient, et je vise à en intégrer toute la richesse, l'histoire, heureuse et difficile, à l'habiter plus pleinement »⁷⁸.

D. Le mouvement, c'est la vie

Si l'immobilité en relaxation peut être associée à des angoisses mortifères, on peut supposer par opposition que le mouvement est synonyme de vie. Mais quand la maladie réduit les possibilités motrices, quelle place reste-t-il pour le mouvement ? Quelles peuvent

⁷⁸ M. DE HADJETLACHE, p.74

être les conséquences de l'alitement sur la construction psychique et sur l'identité ?

- **Vignette clinique : Madame S.**

Madame S. est une jeune femme de 34 ans hospitalisée suite à la dégradation de son état général. Elle souffre d'un cancer du poumon généralisé (polymétastatique). Elle vivait aux États-Unis depuis plusieurs années en compagnie de son frère, avec lequel elle est très fusionnelle, mais elle est revenue en France pour poursuivre ses soins.

Madame S. a une personnalité que je qualifierai de « tout en rondeur ». Elle est plutôt ronde physiquement et se présente avec une certaine douceur, parle toujours calmement. Elle est également accueillante. Au cours de son suivi Madame S. a montré une excellente capacité à élaborer ses ressentis, ses réflexions sont toujours très fines, très imagées, et portent parfois sur une dimension presque philosophique. Elle est aussi capable d'auto-dérision.

Les capacités cognitives de Madame S. sont fluctuantes du fait des métastases cérébrales, elle présente également des chutes de vigilance. Depuis quelque temps Madame S. reste alitée car, suite à une chute, elle n'ose plus se lever.

Madame S. est suivie en psychomotricité depuis quelques mois déjà. Lors de cette séance, elle vient de débiter une nouvelle radiothérapie. Elle est très fatiguée et parvient difficilement à garder les yeux ouverts. Elle est agacée par les fluctuations de son état de vigilance. Elle donne beaucoup d'éléments témoignant d'une dévalorisation de son image du corps : elle évoque sa prise de poids, sa peur de chuter car « il ne faut jamais me faire

confiance ! », la perte de la marche...

Madame S. constate qu'elle a des « hallucinations » depuis la reprise du traitement. En réalité, ce qu'elle décrit ressemble plutôt à des souvenirs modifiés. Elle associe différentes idées comme dans un rêve éveillé. Lorsqu'elle évoque son incapacité à marcher, elle pense soudainement que la psychomotricienne est en train de faire bouger sa jambe (« hallucination »). Ainsi nous proposons à Madame S. des mobilisations des membres inférieurs. A quatre mains, nous simulons le mouvement de la marche. A ce moment, Madame S. multiplie les « hallucinations » : elle pense que nous sommes aux États-Unis et demande « c'est comment Philadelphie ? ». La prise de conscience du décalage avec la réalité est douloureuse, son tonus postural chute brusquement et Madame S. se cache le visage. Pourtant, lorsque nous poursuivons les mobilisations Madame S. se détend. Son visage est moins crispé et laisse apparaître un sourire. Elle associe des images, comme « c'est comme quand il faut monter dans les grosses voitures américaines, il faut lever la jambe » et poursuit : « on pourrait presque voler ». Au niveau des bras, nous effectuons alors des mouvements d'ouverture/fermeture, comme des battements d'ailes. Madame S. verbalise son plaisir de bouger. A la fin de la séance, elle demande de l'aide pour se lever car elle souhaite marcher un peu. Cela ne semble pas possible ce jour, néanmoins cette séance a éveillé son envie de se déplacer alors même qu'elle craignait de se lever suite à sa chute.

Dans cette vignette, on peut observer la création d'un espace transitionnel. Nous avons récréé un espace de possible entre le désir de marcher et la réalité de l'alitement. Madame S. a associé différents souvenirs et des images à cette mise en mouvement. Cela a constitué un support pour qu'elle puisse nous parler de sa vie aux États-Unis. La mobilité,

même passive, a fait émerger du plaisir mais aussi des désirs. Après un mouvement de marche « passive », Madame S. a exprimé le souhait de se lever et d'aller marcher. Par cette demande de mouvement, elle manifeste son souhait de redevenir actrice.

- **Mouvement et subjectivation**

A propos du mouvement, S. KORFF-SAUSSE écrit que « Le mouvement, c'est la vie. L'absence de mouvement atteste la mort. Entre les deux, notre vie se passe à se mouvoir »⁷⁹.

Elle s'est intéressée aux enfants handicapés moteur, elle a notamment observé le lien entre l'impossibilité de bouger et la perturbation des processus de subjectivation. Elle constate une confusion dans les positionnements identificatoires car « L'enfant est confronté à la difficulté de s'attribuer le rôle d'agent qui est à l'origine de son geste »⁸⁰. En effet, l'enfant qui ne peut pas se mouvoir de manière efficace est contraint d'être mobilisé par l'autre. Il est en permanence accompagné dans sa vie quotidienne par un aidant qui fait les choses à sa place. Ainsi « la première personne ne peut apparaître que sous la forme du 'me', complément d'objet direct, objet des manipulations des autres, objet de leur désir ou de leur rejet »⁸¹.

La progression d'une maladie grave et évolutive peut générer des situations similaires. L'amaigrissement, la fonte musculaire, les métastases osseuses, l'asthénie, les risques vasculaires, la douleur, sont autant de facteurs qui forcent le sujet à rester alité. Lorsque la maladie est avancée, la personne n'est plus autonome dans les actes de la vie

79 S. KORFF-SAUSSE (2015), p.18

80 *Ibid.*, p.27

81 *Ibid.*, p.27

quotidienne. Elle ne peut plus se déplacer, nécessite une aide lors de la toilette et parfois lors des repas.

Comme pour les enfants handicapés moteurs que décrit S. KORFF-SAUSSE, le corps devient objet. Ainsi, dans les services hospitaliers, on peut entendre des soignants dire « J'ai *fait* Monsieur X. » plutôt que « J'ai aidé Monsieur X. pour sa toilette ». Ces lapsus peuvent paraître insignifiants lorsqu'ils sont isolés, mais quand ils sont répétés ils révèlent la place qui est donnée à la personne hospitalisée. Nous devons être vigilants car ce positionnement se ressent également dans notre regard, notre posture et toute notre communication infra-verbale. La personne malade, surtout lorsqu'elle est fragile et peu communicante, est très sensible à tous ces éléments infra-verbaux et se perçoit elle aussi comme objet. Ainsi le sujet n'est plus reconnu comme être relationnel, expressif et désirant.

Au commencement de la vie, le mouvement est le premier signe d'un mouvement psychique chez l'enfant. H. WALLON écrit que « chez l'enfant dont l'activité commence par être élémentaire, [...] dont la conduite n'a pas d'objectif à long terme, à qui manque le pouvoir de différer ses réactions et d'échapper ainsi aux influences du moment présent, le mouvement est tout ce qui peut témoigner de la vie psychique »⁸². La motricité est également impliquée dans les mécanismes pulsionnels. D. WINNICOTT (1950-1955) parle des expériences motrices comme d'un « potentiel agressif » qui viendrait se fixer dans les expériences pulsionnelles. Ainsi, le mouvement joue un rôle essentiel dans la construction psychique car « le mouvement est fondateur d'un sentiment subjectif personnel et participe entièrement aux processus d'individuation et de séparation chez l'enfant »⁸³.

82 H. WALLON (1959), p.235

83 A. KONICHECKIS, S. KORFF SAUSSE (2015), p.11

Pour D. HALPRIN, le mouvement est un véritable symbole de la « force du vivant », c'est une énergie animée par la créativité : « Attachés à la nature même de cette *danse de la vie*, on trouve toutes les dimensions du mouvement énergétique – fluide, fragmenté, léger, vigoureux, en expansion, en contraction, dense, léger, dans la dispersion, dans le rassemblement »⁸⁴.

Aussi, la pathologie modifie le rapport à l'espace et au temps. La maladie et les soins viennent rythmer le quotidien du sujet : entre le domicile et l'hôpital, entre les espaces intimes et les espaces impersonnels, entre des phases de traitement et de récupération, entre travail et arrêt maladie... On pourrait presque parler d'allers-retours entre le soi, des espaces-temps où le sujet se reconnaît, et le non-soi, des expériences où il ne se reconnaît plus lui-même. Dans cette perspective, la mise en mouvement permet de réinscrire l'individu dans un espace et une temporalité qui lui conviennent, dans lesquels il puisse se reconnaître. En explorant différentes caractéristiques du mouvement : le poids, la forme, le flux, la vitesse, on peut faire ressortir des éléments de la personnalité du sujet. Les patients vont pouvoir exprimer des préférences, en accord avec leurs désirs et leurs habitudes toniques, posturales, motrices, spatiales, temporelles...

Tous ces éléments confirment l'idée que bouger permet de se sentir exister. Face aux angoisses de mort provoquées par la maladie, voire au désir exprimé de mourir, la mise en mouvement semble intéressante pour consolider une identité de « vivant ». Ce retour à la mobilité ne s'inscrit pas nécessairement dans une démarche fonctionnelle et qualitative, elle permet surtout de soutenir l'individualité du sujet car mettre en mouvement le corps, c'est aussi mettre en mouvement le psychisme.

84 D. HALPRIN (2014), p.119

Dans une démarche de thérapie psychomotrice, il n'existe pas de médiateur permettant d'intervenir directement sur l'identité. C'est le psychomotricien, par sa posture et sa compréhension des enjeux de la maladie grave, qui rend la médiation thérapeutique. Il est essentiel de comprendre que la maladie grave et la fin de vie éveillent chez le soignant des représentations, des souvenirs, des inquiétudes, tout à fait subjectives. Ainsi « Ces différents facteurs conduisent le soignant vers la zone frontière où le savoir devient très relatif, où la vie atteint sa limite »⁸⁵. R. AUBREY et M-C DAYDE parlent d'un *no man's land* de la souffrance. Les souffrances qui émergent en fin de vie ne peuvent pas être représentées par un individu sain, ou seulement de manière projetée. Face à la maladie grave et incurable, le soignant et la personne malade atteignent ensemble les limites du savoir : les limites des connaissances médicales et les limites de la vie. De ce fait, le psychomotricien et son patient entament un travail d'exploration. Ils doivent accepter ces limites pour rechercher ensemble de nouveaux repères sur lesquels s'appuyer.

85 R. AUBRY, M-C DAYDE (2017), p.6-7

Conclusion

A travers ce mémoire, j'ai souhaité mettre en lumière un impact de la maladie grave qui me paraît trop souvent délaissé. L'identité n'est pas un item psychomoteur en soit, néanmoins nous avons vu qu'elle est étroitement liée aux expériences de la petite enfance, à l'image du corps, au sentiment de continuité et d'unité psycho-corporelle. La maladie grave et évolutive perturbe les repères corporels, spatiaux, temporels, sociaux, affectifs. De ce fait, le psychomotricien a toute sa place dans la prise en charge des perturbations identitaires.

Dans la maladie grave et évolutive, le corps est surtout considéré dans son aspect fonctionnel et somatique. Les soins sont destinés à surveiller l'évolution de la maladie et à prendre en charge les symptômes. Ainsi, toute l'identité du sujet peut être réduite à sa pathologie. L'épuisement physique et psychique, lié à la maladie, aux pertes successives et au sentiment qu'une rupture s'opère, empêche le sujet de ré-investir d'autres aspects de sa personnalité. Les souffrances identitaires résident dans le fait que d'une part l'individu s'accroche à ce qu'il *était*, d'autre part il rejette ce qu'il *est*, sans parvenir à intégrer qu'il reste le *même*.

Par son approche, la psychomotricité redonne au corps sa dimension expressive et affective. Grâce à son état de préoccupation maternante terminale, le psychomotricien est sensible aux besoins du sujet. Il utilise sa fonction miroir et le dialogue tonico-émotionnel pour mettre en lumière l'expression de l'identité chez le patient. La prise en charge psycho-corporelle s'appuie sur les mécanismes fondateurs de l'identité pour effectuer un travail de lien : elle cherche à restaurer une continuité dans les expériences corporelles et psychiques.

Il me semble essentiel de souligner que les soins palliatifs promeuvent une prise en charge globale du patient. Historiquement, les soins palliatifs s'attachent à la notion de « *Total Pain* », c'est-à-dire la souffrance globale. Ils prennent donc en charge le symptôme mais aussi toutes les répercussions bio-psycho-sociales de la maladie. De ce fait, ils resituent le sujet dans un contexte plus global.

Il serait donc intéressant d'apprécier l'impact d'une approche pluridisciplinaire dans la restauration du sentiment d'identité, en la mettant en lien avec l'histoire et l'esprit du soin palliatif. Alors que le débat sur l'euthanasie vient d'être relancé, cette démarche destinée à apaiser les souffrances et à apporter du confort en fin de vie est menacée. Pourtant, l'histoire des soins palliatifs provient d'un souhait sociétal de « non abandon ». Elle s'attache à la notion de « vie » car en soins palliatifs on n'accompagne pas une personne vers la mort, on soutient son plaisir à être vivante.

Je terminerai par une citation qui résume l'approche sociale de ce mémoire. Soutenir le sentiment d'identité, c'est accompagner la maladie grave et la fin de vie comme un acte citoyen car « Mourir accompagné, c'est mourir en société. Le déni, l'indifférence, voire le rejet à l'égard de celui qui meurt et de ses proches mettent en cause le principe de non-abandon. L'accompagnement est un acte d'humanité. Il constitue une valeur sociale »⁸⁶.

86 R. AUBRY, M-C. DAYDE (2017), p.22

Bibliographie

Ouvrage(s) :

Anzieu D. (1995). *Le Moi-Peau*. Paris, France : Dunod

Aubry R., Daydé M-C. (2017). *Soins palliatifs, éthique et fin de vie* (3ème éd.). Lamarre

De M'Uzan M. (1977). *De l'art à la mort*. Gallimard

Dolto F. (1984). *L'image inconscience du corps*. Paris, France : Éditions du Seuil

Ferragut E. (2004). Mémoire et liens en psychothérapie. Dans E. Ferragut (dir.), *Émotions et mémoire : le corps et la souffrance*. Paris, France : Masson

Freud S. (1969). *La vie sexuelle*. Gallimard

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

Goudard B. (2001). L'identité et l'altérité dans les mondes persistants. Dans J. Bellarbre et S. Desmoulin (dir.), *Regards croisés sur l'identité et l'altérité*. Presses universitaires de Limoges

Halprin D. (2014). *La force expressive du corps*. Gap, France : Le souffle d'or

Konicheckis A., Korff-Sausse S. (2015). Introduction. Dans S. Korff-Sausse (dir.),
Le mouvement entre psychopathologie et créativité. Paris, France : Press éditions

Korff-Sausse S. (1996). *Le miroir brisé*. Calmann-Lévy

Korff-Sausse S. (2015). Le mouvement, aux fondements de la construction psychique et de
la créativité artistique. Dans S. Korff-Sausse (dir.) *Le mouvement entre
psychopathologie et créativité*. Paris, France : Press éditions

Marin C. (2015). *Violences de la maladie, violence de la vie*. (2ème éd.).
Paris, France : Armand Colin

Mazeran V., Olindo-Weber S. (2007). Corps et angoisse. Dans E. Ferragut (dir.)
Souffrance, maladie et soins. Paris, France : Elsevier Masson

Morin E. (1970). *L'homme et la mort*. Édition du seuil

Murphy R. (1987). *Vivre à corps perdu*. Presses pocket

Roussillon R. (2012). *Manuel de pratique clinique*. Paris, France : Elsevier Masson

Sartre J-P. (1983). *Cahiers pour une morale*. Gallimard

Winnicott D. (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Éditions Payot

Winnicott D. (1971). *Jeu et réalité*. Gallimard, Folio essais

Article(s) :

De Hadjetlaché M. (2006). La relaxation psychanalytique : processus et indications, *Revue de la psychothérapie psychanalytique de groupe n°46*, p.71-78

Lacan J. (1949). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je, telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. Dans *Écrits*. Paris, France : Le Seuil, 1966, p.93-101

Messy J. (1995). La relaxation au bout de la vie. *Revue française de Relaxation Psychothérapique n°13*, p.105-112

Wallon H. (1959). Importance du mouvement dans le développement psychologique de l'enfant. Dans H. Wallon (dir.), *Enfance, Tome 12 (n°3-4)*, p.233-239

Winnicott D. (1950-1955). L'agressivité et ses rapports avec le développement affectif. Dans D. Winnicott (dir.), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, p.79-97

Mémoire(s):

Cocaign V. (2000). *D'une identité perdue... aux liens retrouvés*. Présentation du mémoire pour l'obtention du DE de Psychomotricien, sous la direction du professeur D. Boisson. Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation, Lyon.

Sitographie

Larousse.fr : Dictionnaire et encyclopédie française en ligne

Définition du mot « grave » :

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/grave/38010?q=grave#37952>

Définition du caractère évolutif d'une maladie :

https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9volutif_%C3%A9vulsive/31899

Définition de l'identité :

[http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/identit%C3%A9/41420?q=identit
%C3%A9#41315](http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/identit%C3%A9/41420?q=identit%C3%A9#41315)

Recherche encyclopédique de la notion d'identité :

<http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/identit%C3%A9/59715>

Définition de la relativité :

http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relatif_relative/67840

Site de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) :

Rubrique : *Définition et organisation des soins palliatifs en France*

<http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>

Résumé :

La maladie grave et évolutive entraîne des répercussions sur toutes les dimensions de l'identité du sujet. Comment les repérer ? Comment les comprendre ? Comment les prendre en charge ? Ce mémoire propose des pistes de réflexion pour répondre à ces questions et révèle l'intérêt de la thérapie psychomotrice dans la restauration du sentiment d'identité.

Mots clés : Identité - Maladie grave – Fin de vie – Handicap – Souffrance globale

Summary :

Serious and progressive illness leads to repercussions on every dimensions of the subject's identity. How to notice them ? How to understand them ? How to treat them ? This essay proposes some food for thought to answer those questions and reveals the interest of psychomotor therapy to restore the sense of identity.

Keywords : Identity – Serious illness – End of life – Handicap – Total pain