

Cliver pour se protéger : quand le corps devient une machine et la douleur une personne

Julie Schurdewin

► **To cite this version:**

Julie Schurdewin. Cliver pour se protéger : quand le corps devient une machine et la douleur une personne. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02274769

HAL Id: dumas-02274769

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02274769>

Submitted on 30 Aug 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.

Institut de Formation en Psychomotricité
de la Pitié Salpêtrière
Faculté Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75013 Paris



Cliver pour se protéger : quand le corps devient une machine et la douleur une personne.

Mémoire présenté par Julie SCHURDEWIN
en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

Référent de mémoire :

Mr. Jean-Philippe Louvel

session de Juin 2019

Remerciements

J'adresse un grand merci à mon tuteur externe et maître de mémoire J.P. Louvel pour ses conseils avisés et sa capacité à tempérer la pression en cette fin d'année.

Je remercie tout particulièrement Isabelle pour m'avoir accompagnée et formée pendant près de deux ans avec beaucoup de délicatesse et de confiance.

Je suis également très reconnaissante envers toutes les psychomotriciennes avec qui j'ai eu le plaisir de découvrir ce métier, qui ont chacune apporté une pierre à la construction de mon identité professionnelle. Merci à Nadège, Sandrine, Clémence, Marie-Hélène, et Jolène.

Mes remerciements vont à toute l'équipe de l'unité douleur pour m'avoir accueillie chaleureusement, et accompagnée dans mes démarches et ma réflexion. Merci à Sophie, Naissene, Xiména et Florian.

Un grand merci à Caroline, pour son amitié et ses qualités de binôme qui m'ont soutenue tout au long de cette dernière année.

Je remercie ma famille et mes parents pour leur soutien et leurs encouragements. Un grand merci à mon chéri pour sa patience et ses qualités linguistiques qui m'ont aidée à l'élaboration de ce mémoire. Merci de m'avoir suivie et soutenue dans cette aventure de 3 ans.

Je tiens également à remercier les enseignants de l'IFP qui partagent et transmettent leur savoir avec passion.

Enfin, je remercie chaque patient que j'ai rencontré pour m'avoir accordé leur confiance et permis de réaliser avec eux un bout de chemin vers ma professionnalisation.

Sommaire

Remerciements	2
Introduction	7
Première Partie : Douleur et Identité	9
1. La douleur	9
1. 1-Douleur et Souffrance	9
a. Étymologie et linguistique	9
b. Souffrir de douleurs	10
1. 2-Douleur et Médecine	11
a. Du côté de l'histoire	11
b. Physiologie de la douleur	13
1. 3-Douleur chronique	15
a. Définition	15
b. Épidémiologie et étiologie connues	16
c. Évaluation et traitement	16
d. La douleur approchée par l'écoute du patient	17
2. L'identité et le rôle des représentations corporelles	18
2. 1-La construction identitaire	18
a. L'identité	19
b. Le maternage	20
c. L'environnement et les premières expériences	21
d. La sécurité affective	22
2. 2-Les représentations corporelles et l'identité	23
a. Approches philosophiques	23
b. Psychologie et psychanalyse	24

c. <u>Le schéma corporel</u>	25
d. <u>L'image du corps de F. Dolto</u>	26
e. <u>Neurophysiologie</u>	26
f. <u>L'image composite du corps</u>	27
2. <u>3-Tonus et enveloppe</u>	28
a. <u>Tonus</u>	28
b. <u>Lien tonus et émotions</u>	29
c. <u>Enveloppe tonique</u>	30
d. <u>Lien direct tonus et douleur</u>	31
3. <u>En quoi la douleur vient effracter la personnalité de l'individu et comment s'en défend-t-il?</u>	31
3. 1- <u>Impact de la douleur sur l'identité</u>	32
a. <u>La recherche de sens</u>	32
b. <u>Être douleur</u>	33
c. <u>Les représentations corporelles mises à mal</u>	33
3. 2- <u>Se protéger</u>	35
a. <u>La douleur, elle-même une protection</u>	35
b. <u>Les mécanismes de défense</u>	36
3. 3- <u>Les clivages corps-esprit</u>	39
a. <u>Le clivage</u>	39
b. <u>Le clivage psyché-soma</u>	40
c. <u>Le clivage dans la douleur chronique</u>	40
d. <u>Des traumatismes</u>	41
<u>Pour conclure cette première partie</u>	42
<u>Seconde Partie : clinique psychomotrice dans la douleur</u>	44
I. <u>Unité douleur et mise en place de la psychomotricité</u>	44
1. <u>1-Présentation du lieu de stage et du dispositif du stage expérimental</u>	44

a. <u>L'unité</u>	44
b. <u>Le dispositif expérimental</u>	44
c. <u>Fréquence et modalités des suivis</u>	45
d. <u>Première rencontre</u>	46
e. <u>Suite du suivi</u>	47
1. <u>2-Les patients et les indications</u>	48
a. <u>Les patients</u>	48
b. <u>Les indications</u>	49
c. <u>Le choix des médiations</u>	50
1. <u>3-Les médiations utilisées</u>	51
a. <u>Technique de relaxation et de conscience corporelle</u>	51
b. <u>Conscience corporelle : Etonie et Pleine Conscience</u>	51
c. <u>Toucher thérapeutique</u>	53
2. <u>Prise en charge en psychomotricité</u>	54
2. <u>1-Présentation générale de Mme B</u>	54
a. <u>Antécédents familiaux</u>	55
b. <u>Antécédents médicaux et suivis</u>	55
c. <u>Profil psychomoteur de Mme B</u>	56
d. <u>Objectifs de prise en charge et moyens</u>	57
2. <u>2-Le déroulement de la prise en charge</u>	58
a. <u>L'accroche et la demande de prise en charge</u>	58
b. <u>Le premier rendez-vous : bilan et premières propositions le 24.10.2018</u>	58
c. <u>Poser ses intentions : deuxième rendez-vous le 14.11.2018</u>	59
d. <u>Prise de conscience : troisième rendez-vous le 21.11.2018</u>	60
e. <u>La séance sur les émotions : le 5.12. 2018</u>	61
f. <u>La « coupure » : janvier, février 2019</u>	62

g. <u>Les séances de février, le 13 et le 27 : la douleur au premier plan</u>	63
h. <u>Mars et avril : le 20.03. et le 10.04.2019</u>	65
3. <u>Discussion de la prise en charge</u>	67
3. 1- <u>Construction identitaire de Mme B et place de la douleur</u>	67
a. <u>Un environnement défaillant</u>	67
b. <u>Traumatisme et douleur</u>	68
c. <u>Le bourreau et la douleur</u>	70
3. 2- <u>Les impacts</u>	71
a. <u>Comment tient-elle ?</u>	71
b. <u>Représentations corporelles</u>	73
c. <u>Le faux self</u>	75
3. 3- <u>Apports de la psychomotricité</u>	76
a. <u>Thérapie psychomotrice</u>	76
b. <u>L'approche corporelle</u>	79
c. <u>Enveloppes effractées</u>	81
d. <u>Difficultés</u>	82
<u>Conclusion</u>	85
<u>Références bibliographiques</u>	87
<u>Sitographie</u>	90
<u>Annexes</u>	I
<u>Annexe I : DN4</u>	I
<u>Annexe II : Questionnaire sur les représentations corporelles</u>	II
<u>Annexe III : Réponses de Mme B aux questionnaires</u>	III

Introduction

J'ai effectué mon stage expérimental de troisième année d'études dans une unité d'évaluation et de traitement de la douleur affiliée à un hôpital public. J'y ai d'abord exercé un stage d'observation de deux semaines où j'y ai trouvé une approche médicale différente de l'idée que je m'en faisais. J'ai rencontré des patients lassés des médecins, en quête de thérapie non médicamenteuse. Leur discours m'a particulièrement interpellée en tant qu'étudiante en psychomotricité. J'ai entendu dans le récit de leur douleur la manifestation d'une séparation nette du corps et de la psyché, mais aussi l'expression d'une douleur qui envahissait aussi bien leur vie psychique que leurs capacités physiques.

Ce premier stage m'a permis d'assister à de nombreuses consultations douleurs, avec différents médecins, algologues ou rhumatologues, qui m'ont chacun montré leur approche, leur façon d'accueillir la plainte et de tenter de soulager et prendre en charge ces patients. J'ai également pu aller, au cours d'interventions de l'équipe douleur, à la rencontre de patients douloureux dans différents services hospitaliers. Ce stage au contact des patients, des médecins et de l'infirmière de l'unité douleur m'a confirmé mon souhait de tenter une approche psychomotrice avec ces patients.

C'est avec l'idée que la psychomotricité avait sa place dans la prise en charge des patients douloureux chroniques, dans leur soulagement, que j'ai souhaité effectuer un stage expérimental en binôme au sein de cette même unité.

J'ai alors réalisé à quel point l'étude de la douleur était un champ vaste. J'ai choisi d'approfondir mes connaissances et de continuer cette tentative d'approche de la douleur en orientant mon mémoire de fin d'année d'études sur le thème de mon stage expérimental.

En 1986, l'IASP¹ (International Association for the Study of Pain) a mis au point une définition de la douleur au travers de laquelle on peut déjà percevoir sa complexité : « une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire

1 <http://www.sfetd-douleur.org/definition>

réelle ou potentielle ou décrite en ces termes ». Cette définition rend compte des différentes dimensions de la douleur. La douleur en tant qu'émotion peut être étudiée par une approche psychologique et philosophique, mais en tant que sensation et atteinte tissulaire réelle ou potentielle, elle peut se décrire d'un point de vue physiologique et neurophysiologique, ou encore avec un regard sociologique et anthropologique en tant qu'expérience désagréable.

Par ses multiples aspects et sa complexité, elle réunit, relie, coupe et croise, différents champs théoriques. Elle est à la fois universelle (chaque être humain l'a ressentie dans sa vie) et subjective (chaque être humain la vit différemment). Transversale à plusieurs disciplines, il est impossible si l'on souhaite rendre compte le plus précisément possible de son entité propre, de lui attribuer un seul domaine théorique.

La psychomotricité me semble également croiser, réunir, lier différents domaines et champs théoriques. Son identité propre n'en est pas moins certaine et complexe à saisir. Elle tend vers une vision globale de l'individu, de l'être au monde, reliant le psychique et l'organique, afin de l'accompagner vers un bien-être psycho-corporel. Ce même bien-être qui est tant mis à mal dans la clinique de la douleur chronique.

Je propose d'étudier les liens qui se tissent entre la douleur chronique, l'identité personnelle et les représentations corporelles. Il s'agit de comprendre comment la douleur vient se greffer à l'identité et ce qui la compose, mais aussi, comment l'identité peut dès le départ être fragilisée et laisser place à l'installation de la douleur. L'individu a alors recours à des moyens de défense pour faire face à cette douleur. Or, le clivage corps psyché mis en place pour se protéger pourrait jouer un rôle dans l'installation de la souffrance. L'approche du psychomotricien, avec le recours à des médiations corporelles, pourrait aider peut être à éclaircir, à dénouer ou à intercepter les rouages des mécanismes en jeu dans la douleur et dans sa chronicisation.

Première Partie : Douleur et Identité

1. La douleur

1. 1-Douleur et Souffrance

a. Étymologie et linguistique

Je propose d'approcher l'étude de la douleur par les données qui viennent directement de la linguistique. Douleur et souffrance sont deux termes couramment utilisés aujourd'hui et ne sont pas toujours aisés à distinguer. Le vocabulaire choisi inscrit généralement le discours dans un registre soit organique et purement médical, soit davantage moral et psychologique. On peut communément entendre cette distinction : la douleur relève d'une lésion de l'organisme et la souffrance serait davantage psychique. « La souffrance serait du côté du vécu, la douleur du côté de la sensation. Mais certains disent douleur là où d'autres disent souffrance » (Burloux, 2004, p.19)². Je me suis donc penchée davantage sur cette question en allant chercher du côté de leur étymologie respective. Après cette recherche, je pense que les différencier n'est peut être pas si pertinent.

Le terme douleur a différentes origines, les racines grecques *Dai-dalos* signifiaient travailler avec art. Si l'on regarde du côté du latin, on retrouve *dolare*, *dolabre* (respectivement : tailler du bois et hache) et *dolere* (souffrir), ce qui a donné en français la doloire, instrument avec une lame très large dont se sert le tonnelier, pour les deux premiers et la douleur pour le dernier (*Ibid.* p.16). On retrouve dès l'étymologie la parenté des deux termes douleur et souffrance. On peut aussi remarquer qu'à l'origine, souffrir d'une douleur, *dolere*, provient d'abord de l'utilisation d'un instrument dont les coups font souffrir, *dolare* étant le fait d'être travaillé, frappé par l'outil dangereux, la dolabre.

2 Les références et citations dans le texte et en bibliographie sont aux normes APA de 2015.

Le terme souffrance proviendrait lui du latin *suffere*, supporter, endurer ou encore permettre (Rey, 2011).

L'usage grammatical de ces deux termes montre que l'un peut être utilisé avec un sujet inanimé, comme adjectif, par exemple « mon genou est douloureux », tandis que la souffrance se réfère toujours à un sujet animé, une personne. On préfère dire « ma tête est douloureuse » ou plus communément « J'ai mal à la tête » que « je souffre de la tête » et on ne dit pas « ma tête est souffrante », alors qu'on dit « il souffre de migraine ». On pourrait ainsi voir dans les termes souffrir et souffrance un aspect plus générique, global, rattaché à la personne et dans le terme douleur un aspect davantage localisé, rattaché au corps ou à une partie. Cela peut être vite contredit puisque l'on parle de « douleur du deuil »...

Je profite de cette recherche pour relever le caractère « subit » de la douleur et de la souffrance qui se retrouve dès l'étymologie des deux termes. C'est un coup qu'on reçoit, qu'on endure. Le sens « permettre » qui a pu être attribué à *suffere* soulève d'autres questions.

b. Souffrir de douleurs

Pour D. Le Breton, comprendre la douleur demande plus que de ne s'attarder sur une polarité corps-esprit. Elle est plus que cela...« La douleur est un fait d'existence et non une histoire de corps et d'esprit » (Le Breton 2017, p.50). Il ne peut y avoir de douleur sans qu'il n'y ait de retentissement moral, de même qu'une souffrance ne peut pas être que morale. La douleur touche l'individu, le sujet, la personne et pas seulement son organisme. D. Le Breton propose de voir la souffrance comme l'outil de mesure de la douleur, soulignant là encore que toute douleur est souffrance. C'est l'intensité de la souffrance qui fait de la douleur un élément plus ou moins supportable et acceptable. La souffrance parle du sens que prend la douleur pour la personne. La douleur « ne frappe qu'en proportion de la souffrance qu'elle implique, c'est-à-dire du sens qu'elle revêt » (Le Breton, 2011, p.65). L'intensité de la souffrance dépend elle, de l'emprise, du contrôle que l'on a sur sa douleur, si celle-ci est subite, injuste, soudaine, ou permise. La douleur ressentie par le sportif en plein entraînement ne causera pas la même souffrance que la douleur subie par ce même sportif suite à une quelconque agression. La première est acceptée, permise, elle fait en quelque sorte partie du contrat. La seconde, est subie, imposée et injuste. C'est peut être ici que l'on retrouve la présence de la permission dans le sens étymologique de la souffrance. Du sens que prend la

douleur, en fonction du contexte de son apparition, en fonction aussi des précédentes expériences de l'individu, dépend son acceptation et ainsi la souffrance dans laquelle elle est englobée. Il peut être intéressant de faire le parallèle avec Rey (2011) qui propose, sans mettre de côté le fait que la douleur touche l'être dans son entier, de voir derrière l'idée de douleur une tentative d'objectivation du ressenti. Le domaine médical préfère souvent parler de douleur et demander aux patients où est-ce-qu'ils ont mal, que de les questionner sur leur vécu personnel de cette douleur. Ils choisissent d'écrire dans les comptes rendus « douleur » suivi de sa localisation plutôt que d'évoquer la souffrance du patient. La souffrance, elle, est subjective, attachée au sujet, à son vécu personnel et à ses propres représentations.

Cela nous amène au caractère subjectif de la douleur. Si elle est universelle et connue de chaque être humain dès le premier souffle de vie, son vécu est impartageable. Il ne s'agit donc pas d'une douleur à laquelle correspondrait une description précise, de son intensité, sa localisation, sa sensation et ses répercussions, mais d'un homme, qui dans sa singularité et son unicité, souffre d'une douleur que personne d'autre que lui ne peut saisir... Cette place centrale occupée par l'individu dans son vécu de la douleur implique la dimension culturelle et sociale à laquelle il appartient et s'identifie. C'est aussi à travers ses représentations culturelles que l'Homme vit sa douleur. Celle-ci peut alors prendre des représentations bien différentes. Il en est de même pour le rôle de la société avec notamment la place qu'elle laisse ou non à la plainte douloureuse.

Ce questionnement m'amène à m'intéresser à l'évolution de la douleur dans une perspective historique. Comment, depuis quand, et pourquoi la douleur a pris sa place actuelle au sein de la société occidentale dans le domaine de la santé et du médical ?

1. 2-Douleur et Médecine

a. Du côté de l'histoire

L'homme connaît depuis toujours l'expérience de la douleur et de sa souffrance. Cette douleur est venue d'emblée questionner la médecine. Cette dernière se doit, par définition, d'apporter le soulagement.

« Sans doute la naissance même de la médecine a-t-elle eu à voir avec le soulagement de la douleur, et il n'est pas d'art médical sans quête de remèdes efficaces, sans effort d'interprétation de la douleur pour désigner l'organe malade ou prévoir l'issue de la maladie. » (Rey, 2011, *para.*introduction)

La vision dichotomique dominante où la maladie s'oppose à la santé, la douleur à l'apaisement, impose à la médecine la vocation de guérir et de fournir le remède nécessaire pour être soulagé de ses maux. Retrouver la santé, serait alors parvenir à éradiquer la douleur.

Cependant, je pense important de noter que le prisme à travers lequel la société occidentale regarde la douleur, s'est modifié au cours des âges. Cette vision s'est peu à peu éloignée du symbole de la culpabilité humaine et du châtement divin. La douleur se devait d'être supportée, endurée en tant qu'homme coupable, qu'il s'agisse de la culpabilité originelle, acquise, explicite ou implicite voire même transmise. La douleur pouvait aussi représenter le mal, l'essence de la maladie dont il fallait se purger. C'était par exemple le but des saignées. Sa prise en charge a aujourd'hui bien évoluée mais il peut rester dans certaines cultures et chez certaines personnes des traces de ces représentations. On retrouve parfois une certaine réticence aux soins, et une volonté d'endurer tant que possible la douleur, comme si celle-ci était méritée. Les patients se demandent alors ce qu'ils ont fait pour avoir à subir cette souffrance. Ils montrent ainsi qu'ils relient toujours la douleur à une punition pour des actes passés.

Aujourd'hui, et cela depuis 1988, la douleur est reconnue comme syndrome, comme maladie à part entière qui nécessite une prise en charge complexe et globale de l'individu. Le droit au soulagement est reconnu comme un droit fondamental. L'algologie est devenue une spécialité de la médecine. Des D.U douleur pour former spécifiquement le personnel médical et paramédical à la prise en charge de la douleur ont vu le jour. Avec cela correspond également la naissance des Centres et des Unités d'Évaluation et de Traitement de la Douleur dans les centres hospitaliers. Pour une expérience qui a toujours été vécue par l'homme, il a fallu attendre la fin du XX^{ème} siècle pour que se développe la lutte contre la douleur. Ce n'est que récemment que la conception de la douleur a pu se détacher de la culpabilité qui y était attachée. A l'origine de ce changement, le psychiatre J. Vion Dury pointe la seconde guerre mondiale et ses atrocités qui ont soulevé la question victimaire. Ces massacres ont éloigné l'idée que l'homme qui souffre est un homme coupable. Tout Homme peut être une victime

innocente et pour cela « nous n'avons aucune raison de souffrir inutilement et donc la lutte contre la douleur devient une priorité d'ordre moral que nous doit la société ». (Vion Dury, 2007, p.8)

b. Physiologie de la douleur

D'un point de vue physiologique, la douleur est essentielle pour la survie de l'être humain. C'est un signal d'alarme qui permet de prévenir d'un danger (brûlures, saignements...) et qui avertit d'une atteinte ou d'un dommage corporel (maladie, coup, lésion...). Cette fonction est remplie par la douleur qu'on qualifie d'aiguë. Sa durée est variable mais ne dépasse généralement pas 3 mois. Elle s'estompe avec un traitement et disparaît avec la cicatrisation de la lésion. Je propose d'étudier la physiologie de la douleur pour comprendre comment ce message est transmis.

La nociception englobe tous les mécanismes physiologiques permettant de transmettre les stimuli douloureux. D'après le *manuel pratique d'algologie* (Perruchoud, 2017), le système nerveux est composé de neurones nociceptifs, situés dans les ganglions spinaux, ou dans le ganglion trigéminal. qui sont spécialisés dans la détection de ces stimuli douloureux. Leur fibres se dirigent d'un côté vers la moelle épinière et d'un autre vers le tissu cible. Elles peuvent être myélinisées, de type A, ou non-myélinisées de type C. Les fibres A sont plus rapides. Les plus rapides d'entre elles, du fait de leur plus gros diamètre sont les fibres A-alpha concernées par la proprioception, devant les fibres A-bêta du toucher, puis les fibres A-delta de la douleur mécanique et thermique. Les fibres C, non myélinisées et plus fines, donc plus lentes, sont en jeu dans la douleur mécanique, thermique et chimique.

Toutes les perceptions sont traitées par le cortex cérébral. La complexité de la perception douloureuse est également visible dans sa physiologie. Les différentes dimensions de la douleur se retrouvent dans leur transmission au cortex jusqu'à l'arrivée à la conscience. Le stimulus douloureux est perçu par des récepteurs nociceptifs, situés au niveaux de chaque organe (peau, muscle, viscère...). Le signal reçu par ces récepteurs est transmis par les fibres du premier neurone nociceptif situé dans la corne dorsale de la moelle épinière. Dans cette corne dorsale s'effectue un relais avec un deuxième neurone qui achemine le message jusqu'au thalamus, lieu d'un troisième relais. Le message est ensuite transmis dans plusieurs aires du cortex, qui traduisent les différentes composantes de la douleur. C'est ce qu'on appelle la

matrice de la douleur. Le cortex somato-sensoriel transcrit la topographie de la douleur et ses caractéristiques sensorielles (brûlures, piqûres...), le cortex préfrontal traduit la composante affective et émotionnelle, le cortex cingulaire et l'insula traite sa composante cognitive. Cette perception est évaluée, intégrée et mémorisée et pourra être comparée avec une future perception douloureuse.

On peut distinguer différents types de douleurs qui se classent généralement en quatre groupes :

- **Les douleurs nociceptives :** ce sont typiquement les douleurs « signal ». Elles sont transitoires et répondent à des lésions d'un stimulus nociceptif cutané, viscérale, osseux... Ce sont des douleurs généralement aiguës qui impliquent un système nerveux normal.
- **Les douleurs inflammatoires (ou douleur par excès de nociception) :** Ces douleurs font suite à des lésions qui se sont enflammées. Elles peuvent également être dues à une hypersensibilité secondaire à une lésion tissulaire. Dans le cadre d'une douleur aiguë, elle permet d'imposer la mise au repos pendant la réparation du dommage. Mais elle peut perdurer et perdre son but d'origine.
- **Les douleurs neuropathiques :** Elles sont causées par une lésion qui touche directement le système nerveux central ou périphérique et cause un dysfonctionnement du système nociceptif. Cette lésion est généralement visible à l'électromyogramme. C'est souvent une douleur séquellaire et une douleur chronique qui peut être spontanée, permanente ou par crise. Elle est facilement identifiable grâce à la description des sensations du patient (brûlures, froid douloureux, décharges électriques, picotements, fourmillements, engourdissements, démangeaisons...). Un questionnaire, le DN4³, permet de renseigner ces caractéristiques et d'estimer la probabilité d'une douleur neuropathique. Quand elle touche les petites fibres, ces douleurs sont plus difficiles à diagnostiquer car les lésions ne sont pas visibles à l'électromyogramme.
- **Les douleurs dysfonctionnelles :** il s'agit de douleur dont les mécanismes physiologiques ne sont que peu connus mais qui appartiennent aux symptômes d'une maladie dont le diagnostic est posé. C'est le cas notamment de la fibromyalgie ou des migraines. Ce type de douleur comprend également les douleurs dites psychogènes, qui font suite à un

3 Annexe I

événement psychologique (agression, deuil, séparation...) ou correspondent à une maladie psychiatrique. Elles sont l'expression somatique d'une symptomatologie psychopathologique avérée.

- Enfin, on peut également entendre parler de **douleurs procédurales**, ce sont les douleurs directement induites par des soins médicaux.

Après la présentation de ces différents groupes de douleurs, il me semble important de préciser que l'intensité de la douleur perçue n'est pas en lien avec la gravité ou l'importance de la lésion.

1. 3-Douleur chronique

a. Définition

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) « une douleur qui dure longtemps ou qui est permanente ou récurrente, est appelée chronique quand elle dure plus de 6 mois » (Perruchoud, C.& Suter, M., 2017, p. 3). La H.A.S. (Haute Autorité de Santé) est un peu plus précise sur sa définition de la douleur chronique. C'est « un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

-persistance ou récurrence, qui dure au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois ; réponse insuffisante au traitement ;

-détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail. »⁴

Cette douleur persiste malgré un traitement approprié ou la disparition de la cause. Elle n'a alors plus son rôle protecteur pour avertir d'une atteinte et orienter vers un

4 <http://sfetd-douleur.org/la-douleur-chronique>

comportement ou même un diagnostic. Elle devient destructrice, la maladie elle-même. C'est un syndrome causant des répercussions psychologiques et sociales importantes.

b. Épidémiologie et étiologie connues

La prévalence des personnes souffrant de douleurs chroniques en Europe et en Israël a été étudiée en 2006 par Breivik avec des critères stricts de durée (plus de 6 mois), d'incidence (au moins 2 épisodes douloureux par semaine) et d'intensité (supérieure à 5 sur une échelle de 1 à 10). Le résultat a donné une prévalence de 19% (Suter, & Perruchoud, 2017). Les femmes sont d'ailleurs plus touchées par des douleurs chroniques que les hommes. Cela est due à des paramètres hormonaux, la testostérone a une action anti-nociceptif alors que les œstrogènes et la progestérone sont plus versatiles. Cela peut aussi s'expliquer par des influences culturelles et sociétales où la femme peut davantage se plaindre de douleur que l'homme. Cela signe une différence de tolérance à la douleur d'un individu à l'autre. Par exemple, certains hommes, acceptent et supportent la douleur, parce qu'elle fait partie de leur conditions d'homme à assumer. Ils s'en plaignent alors plus rarement, ce qui peut biaiser les statistiques. Ces comportements varient d'un individu à l'autre et sont ancrés dans des représentation culturelles et sociétales. En revanche le seuil de perception de la douleur, hors pathologies atypiques, est le même pour chaque être humain. Les facteurs de risques à l'installation d'une douleur chronique sont multifactoriels. Ils dépendent des croyances et de la culture du patient ainsi que de sa personnalité. Les personnalités anxieuses et dépressives sont par exemple plus à même de développer une douleur chronique. Le sommeil joue également une influence certaine sur l'installation des douleurs. Avant tout, la douleur et son intensité sont les principaux facteurs de chronicisation d'où la nécessité d'une prise en charge la plus rapide possible. Celle-ci doit être, quel que soit le type de douleurs chroniques dont souffre le patient, une prise en charge bio-psycho-social.

c. Évaluation et traitement

Pour la prise en charge des douleurs chroniques, il est recommandé de suivre une démarche évaluative et explicative du syndrome, suivi d'une proposition de traitement multimodal. Celui-ci est généralement médicamenteux et non-médicamenteux. Il vise à être

autant que possible ajusté au contexte et aux possibilités de chaque patient, avec des objectifs réadaptatifs. Dans ce cadre, la psychomotricité semble pouvoir être tout à fait indiquée.

Néanmoins, la question de l'évaluation est plus complexe qu'il n'y paraît. Comme il a été précisé, la souffrance n'est pas partageable et n'est approchée que par ce qu'en dit et ce qu'en montre le patient. Chaque individu réagit différemment face à la douleur, sa plainte en est tout autant singulière. Certes des échelles d'évaluation de la douleur existent sous différentes formes (numérique, analogique, questionnaire à remplir par le patient ou par le médecin) et peuvent indiquer la prise en charge thérapeutique, mais cette tentative d'objectiver la souffrance d'un individu me semble vaine. La gravité de la lésion ne peut pas aider non plus, la douleur n'ayant jamais uniquement une part organique, c'est une sensation, une expérience dont le vécu est propre à chacun.

Le patient est pourtant en droit d'obtenir un soulagement et la recherche de celui-ci par les thérapeutes. Cela passe avant tout par l'accueil et l'écoute de sa plainte et par sa reconnaissance. De cette qualité d'écoute dépend le reste de la prise en charge. Le soulagement recherché n'est pas tant dans la tentative d'éliminer définitivement et complètement la douleur (bien que sa diminution soit un objectif) mais dans l'amélioration de la qualité de vie du patient avec celle-ci. Cette démarche n'est pas toujours comprise par les patients qui viennent en consultation pour qu'on leur donne la solution, le traitement qui réduira, stoppera, ou les délivrera de leur douleur. L'acceptation de cette démarche est parfois la première étape d'un suivi pour une prise en charge de la douleur.

d. La douleur approchée par l'écoute du patient

La douleur ne se chiffre peut être pas, mais elle peut se dire. Elle se nomme. Un paramètre important dans sa prise en charge est la qualité d'expression et ses possibilités à l'exprimer selon les cultures. Écouter la plainte des patients douloureux chroniques peut laisser entrevoir les impacts de leur douleur dans leur vie actuelle. En saisir les retentissements quotidiens est nécessaire. C'est évidemment une variable de leur souffrance. Dans le discours des patients raisonnent des mots et expressions qui cherchent à illustrer à quel point ces douleurs qui ne les quittent plus influencent le déroulement de leurs journées, modifient leur comportement autant avec leur proches qu'en société, diminuent leur

motivation et accentuent leur fatigue. C'est ainsi toute leur vie relationnelle et leur vie professionnelle qui s'en retrouvent altérées. Certains expliquent ne vivre plus qu'en fonction d'elles, que cette vie ne leur appartient plus, n'est plus vivable. Ces douleurs changent leur représentation d'eux-mêmes et leur rapport au corps qui n'est plus qu'une source de souffrance à supprimer. Je me souviens d'une patiente qui en attente d'une solution s'exprime « je suis foutue, c'est impossible de souffrir comme ça ». Le médecin ne lui apportant pas de solutions immédiates pendant la consultation, elle repartira en disant « il ne me reste plus qu'à mourir ». Cette douleur accapare leur discours modifiant leur relation à l'environnement et leur façon d'être au monde. Elle s'empare de la vie du sujet qu'elle épuise psychologiquement comme physiquement. L'idée d'une polarité corps-esprit dans la douleur chronique est bafouée, tant ces impacts apparaissent clairement touchant le sujet dans son unité. Pourtant on peut aussi entendre dans les paroles de certains patients une volonté de se séparer, de se différencier de ce corps meurtri ou d'une partie. « Je vais bien, c'est cette jambe qui va mal », laissant parfois entrevoir des répercussions importantes sur leur sentiment d'identité. « L'expérience de la douleur chronique est celle d'une impuissance qui s'étale sans fin est craquelle lentement les fondations du sentiment d'identité » (Le Breton, 2017, p. 45).

Afin d'éclaircir les impacts des douleurs chroniques sur l'individu, je propose d'étudier la construction du sentiment d'identité et le rôle que tiennent les représentations corporelles dans celui-ci.

2. L'identité et le rôle des représentations corporelles

2. 1-La construction identitaire

Il s'agit maintenant d'étudier et de comprendre comment, dans un processus progressif, l'identité se construit. Le terme identité est polysémique, il est donc important de le définir dans le contexte de cette étude.

a. L'identité

D'après le dictionnaire de français Larousse en ligne⁵, l'étymologie nous renvoie au bas latin *identitas* (caractère de ce qui est identique) et au latin classique *idem* (le même). Ce sens premier peut se retrouver dans plusieurs utilisations, mais ce n'est pas de celui-ci que je traite ici. Il en découle un second sens qui pose les caractéristiques d'une personne, tel qu'on l'entend par exemple avec la carte d'identité. On trouve ces deux définitions dans le Larousse en ligne :

- « Caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité »
- « Ensemble des données de fait et de droit qui permettent d'individualiser quelqu'un ».

Chacun possède sa propre identité, avec des caractéristiques singulières qui en font un individu unique. L'identité peut, dans un sens courant, indiquer qui nous sommes en tant que personne. Ces deux définitions attribuent à l'identité un aspect permanent, inné et dû. Nous pouvons identifier ces caractères dès la naissance. Un nouveau-né a déjà des caractéristiques biologiques définies par son patrimoine génétique. Il est hérité de ses parents mais il possède ses propres remaniements, qui participent à sa singularité. Il a donc dès la naissance un corps sexué, dont les caractéristiques organiques et physiques sont déjà établies. Il est déclaré et nommé par ses parents, inscrit dans un registre, ce qui lui donne une appartenance à un nom, une famille, un lieu, une nation, une culture... Tant d'éléments qui pourraient déjà lui fournir une « carte d'identité ».

Pour autant, le sentiment d'identité n'est pas inné, la construction identitaire est un processus progressif. Il ne s'agit pas de l'acquisition des connaissances de nos caractéristiques personnelles, qui, certes, y participent, mais d'un sentiment de se sentir exister, d'être une personne individualisée et singulière, d'être sujet de son existence, de pouvoir dire « je ». Dans le Dictionnaire de Psychologie on trouve une définition de l'identité personnelle :

« Relative à la conception que chaque société élabore de l'identité humaine, ethnique et culturelle, l'identité personnelle résulte de l'expérience propre à un sujet de se sentir exister et reconnu par autrui en tant qu'être singulier mais identique, dans sa

5 <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/identit%C3%A9/41420>

réalité physique, psychique et sociale. L'identité personnelle est une construction dynamique de l'unité de la conscience de soi au travers de relations intersubjectives, des communications langagières et des expériences sociales. » (Doron & Parot, 2008, p.360)

C'est la construction de cette identité personnelle que je souhaite explorer pour en comprendre les enjeux et les remaniements possibles dans la clinique de la douleur chronique.

b. Le maternage

L'enfant, à la naissance, est complètement dépendant ne serait-ce que pour assouvir ses besoins vitaux : nourriture, eau, propreté... Mais il est aussi dépendant affectivement. Les soins et l'attention nécessaires à sa survie et à son bon développement font partie de ce que l'on appelle le maternage. C'est au cours de son développement et à travers le maternage que le jeune enfant peut se construire progressivement une identité et acquérir ce que le psychiatre anglais D. Winnicott (Lefèvre, 2011) nomme le sentiment continu d'exister ; c'est à dire une identité stable et consciente.

On distingue deux concepts de D. Winnicott qui s'inscrivent dans le maternage : le *handling*, qui fait référence au maniement, à la manipulation de l'enfant lors des soins quotidiens, et le *holding*, qui renvoie au portage tant physique que psychique du tout-petit. C'est la façon de le porter, de le soutenir, afin qu'il puisse se nourrir de l'environnement et de la relation. La préoccupation de la mère vis-à-vis de l'enfant fait partie du *holding*. Le *handling* et le *holding* sont apportés par la mère et par l'entourage de l'enfant, ceux que l'on peut appeler les *caregivers*. Le maternage représente les premières interactions de l'enfant avec son entourage humain. Il constitue ses premières expériences de la relation à l'autre. Ce sont ces vécus, ces premiers retours de soi à travers les gestes, les regards, les mots de l'autre, qui initient un sentiment d'exister. Un enfant laissé seul, ou même un enfant qui n'est pas considéré ou soigné comme un être humain à part entière, comme sujet, ne peut se développer et construire sa subjectivité ni même survivre. C'est ce que l'on retrouve dans les cas d'hospitalisme grave décrit par le psychiatre R. Spitz⁶.

6 <https://www.universalis.fr/encyclopedie/hospitalisme/>

Ce sentiment d'exister est d'abord temporaire, il apparaît au gré des soins et de l'attention qu'on lui porte. Au départ, l'enfant ne se différencie pas de la mère, il s'identifie à elle à travers des ressentis clivés de la bonne mère lors du nourrissage, et la mauvaise mère lorsqu'il pleure parce qu'il a faim. Puis l'enfant va peu à peu être capable de se représenter l'autre en son absence, de patienter en s'autostimulant, par exemple en suçant son pouce en attendant le sein. C'est dans cette dialectique absence-présence, bon-mauvais, que peuvent s'amorcer les premières représentations psychiques de l'enfant, d'où la nécessité de ce que D. Winnicott choisi d'appeler une mère suffisamment bonne. De là va peu à peu commencer à s'installer un sentiment continu d'exister.

c. L'environnement et les premières expériences

L'entourage de l'enfant est aussi responsable de l'environnement dans lequel il baigne. Il se doit de protéger l'enfant encore immature d'un environnement sur-stimulant. Il sert de filtre, aménage l'environnement pour le lui rendre accessible, compréhensible, digeste. On retrouve cette capacité dans ce que W. Bion appelle la fonction alpha. Les expériences vécues sont interprétées par la mère qui y donne du sens, prêtant ainsi son psychisme au bébé qui pourra construire peu à peu le sien. Le psychologue F. Lévy l'explique, « la fonction alpha vise à comprendre la réalité de telle façon que celle ci puisse être remémorée et utilisée pour penser. » (Lévy, 2014, p.86). W. Bion affirme ainsi « on ne peut concevoir une expérience émotionnelle isolément de la relation » (*as cited in* Lévy, 2014, p.84). C'est dans cet environnement sécurisant qui sous-tend un maternage suffisamment bon que l'enfant va pouvoir effectuer ses premières explorations, ses propres expériences.

D. Winnicott (*Ibid.* p.20) parle d'intégration pour désigner la tendance au développement et à son accomplissement qui permet de devenir une personne complète et unifiée. S. Robert-Ouvray (1998) évoque également le processus d'intégration en y attribuant la capacité à recevoir une information, à la reconnaître et à l'assimiler pour ensuite aller vers une cohésion des différentes parties d'un objet ou de soi, et pouvoir construire son unité. Le processus d'intégration est directement lié avec celui de différenciation et celui de création de lien. L'intégration est dépendante de la maturation neurologique et du matériel biologique de départ mais également de la qualité des interactions. D.Winnicott (*Ibid.*) distingue trois processus d'intégration, l'intégration du temps et de l'espace, l'intégration psyché-soma, qu'il

appelle personnalisation et qui permet la cohésion, et enfin la relation au monde qu'il nomme « réalisation ». Cela confirme l'idée d'une construction progressive basée sur la relation, les sensations et les expériences. Ces dernières dépendent des caractéristiques de l'environnement aménagé par l'entourage humain. On peut alors parler de sécurité affective.

d. La sécurité affective

La sécurité affective me paraît être un des piliers essentiels dans la construction de l'identité. Elle rend possible pour l'enfant l'entreprise d'expériences et l'intégration des sensations en perceptions. La sécurité est garantie ne serait-ce que par le regard de l'adulte qui valide ainsi sa présence, transmet son soutien tant physique que psychique et rassure. Sans cette présence bienveillante, l'enfant est pris dans des mécanismes d'auto-assurance qu'il se doit de maintenir pour tenter de se sentir exister, mais qui entravent son développement, ne lui laissant pas la possibilité de s'adonner à d'autres activités. Le sentiment d'exister ne peut s'installer de façon pérenne et laisse place à des angoisses qui menacent l'intégrité du sujet. Si des mécanismes de défenses s'installent, ceux-ci ne sont souvent pas adaptés à toutes les situations. Le sujet adulte peut alors en souffrir sans être capable de s'en défaire.

Le psychiatre C. Lachal, pour qui la construction identitaire se termine progressivement pendant l'adolescence, affirme clairement la dimension relationnelle dans ce processus :

« L'identité se construit, se définit et se comprend dans le rapport à autrui. L'identité est indissociable du lien à l'autre, de la relation aux parents, à la famille, aux autres de l'école ou du travail, de façon plus large aux groupes auxquels on participe, à la société dans son ensemble. Les liens à autrui conditionnent la cohérence de notre psychisme, des liens intérieurs, et donc de notre sentiment de continuité et de spécificité. » (Lachal, 2002, p. 26)

De nombreux facteurs peuvent interférer, influencer, et participer à ce long processus de construction identitaire. Des facteurs biologiques, génétiques, impactant directement le développement organique, ainsi que des facteurs sociétaux ou culturels, vont modifier les mœurs et les expériences possibles. Ils influencent le développement physiologique et inversement.

L'importance de la relation, « Les liens à autrui conditionnent la cohérence de notre psychisme, des liens intérieurs, et donc de notre sentiment de continuité et de spécificité » (*Ibid.* p.27) et celle des expériences vécues me semble bien soulignée. Je propose d'étudier maintenant la place du corps et de ses représentation dans la construction de l'identité personnelle.

2. 2-Les représentations corporelles et l'identité

Le corps et ses représentations font l'objet de nombreuses études dans des domaines aussi variées que la philosophie, la psychologie, la physiologie et la neurologie... Si certaines théories peuvent sembler s'opposer, il peut être intéressant de les approcher dans une perspective de complémentarité. Elles apportent chacune un point de vue différent qui peut aider à éclaircir cet objet d'étude complexe qu'est le corps.

a. Approches philosophiques

On ne peut nier la place du corps dans le sentiment d'identité. Il participe à sa construction et à son maintien. Il permet de se sentir être soi, de se reconnaître, se représenter. Le corps fournit des limites, permet de se distinguer des éléments extérieurs, de l'autre, d'avoir une intériorité, des ressources et des appuis internes. Le corps est ce avec quoi on agit et interagit dans l'environnement. Il est « le véhicule de l'être au monde » (Merleau-Ponty, 1945/1976, p 97). Des philosophes du courant phénoménologique qui s'attachent au rapport de soi au monde, tels que E. Husserl (1929/1966) puis Merleau-Ponty (1945), ont développé la notion de corps propre. Le corps propre tel qu'il est décrit F. Giromini, psychomotricienne, est :

« Le corps sujet, lieu des perceptions, des émotions, de la pensée, de la parole, de l'expression est celui qui m'appartient, ce n'est pas le corps mais mon corps. Le corps propre est le médiateur des affects et le point de rencontre de toutes les expériences, de toutes les perceptions. »(Giromini, 2015, p.204)

Dans cette approche, le lien entre corps et identité est très clair. Le corps définit en partie ce que l'on est, à travers nos actes et nos ressentis. Il permet à nos émotions de prendre corps, de s'inscrire en nous. Une autre approche est celle des monistes tel que B. Spinoza qui, comme l'expose les psychomotriciens B. Busschaert, B. Vandewall et B. Meurin (2015), propose de voir l'Homme comme une unité corporopsychique, sans notion de hiérarchie entre le corps et la pensée : « tout ce qui affecte le corps affecte de fait la pensée et inversement puisqu'il s'agit d'une seule et même réalité » (2015, p.210). Il est intéressant de souligner que le rapprochement qui se joue aujourd'hui entre les neurosciences et les sciences humaines vient renforcer la conception moniste de l'Homme, dont le corps et l'esprit seraient deux modalités d'expressions différentes d'une même entité.

b. Psychologie et psychanalyse

C'est par le vécu d'un corps unifié que l'on peut intégrer un sentiment de continuité d'existence, et ainsi se sentir en sécurité. Ce sentiment est attaché chez S. Freud au *moi*. Le *moi* désigne dans la deuxième topique de ses travaux une des trois instances psychiques avec le *ça* et le *surmoi*. S. Freud (1923) y attache la part cohérente et consciente des activités psychiques. Le *moi* est à l'origine du refoulement et de la censure, et possède aussi une part inconsciente. S. Freud le décrit comme une entité corporelle fondée sur les perceptions. J.D. Nasio explique « Notre *moi* est l'idée intime que nous nous formons de notre corps, c'est-à-dire la représentation mentale de nos ressentis corporels » (Nasio, 2007, p. 81), et précise « le moi est un sentiment, un sentiment d'exister, le sentiment d'être soi » (*Ibid.* p.82). Ces idées nous rapprochent des notions développées par D. Winnicott, mais ce dernier préfère l'utilisation du terme *self* qui, « se rapporte au sujet tel qu'il se ressent alors que le moi désigne davantage une structure avec des généralisations impersonnelles possibles. » (Lefèvre, 2011, p.136).

Le corps dans sa perception et ses représentations est à l'origine du sentiment continu d'exister. Ses représentations se développent progressivement au cours des âges de la vie. En psychologie, les représentations corporelles se déclinent dans différents concepts encore discutés aujourd'hui. Récemment, le travail d'É. Pireyre (2015) autour de l'image du corps relève les correspondances entre la continuité d'existence de D. Winnicott et la sensibilité somato-viscérale. Ces deux concepts rejoignent celui de l'image de base de F. Dolto, et de la

conscience noyau de A. Damasio. Ils s'attachent tous à y placer les prémices du sentiment d'être soi, du sentiment d'exister. La notion d'identité personnelle ne peut s'envisager sans ces notions-là. On trouve des correspondances mais aussi des divergences entre les différents travaux. Je propose de s'appuyer sur les deux concepts de schéma corporel et image du corps qui sont souvent comparés. Il n'est pas simple de les définir. À la fois confondus pour certains auteurs et bien différenciés pour d'autres, leur corrélation n'en est pas moins certaine.

c. Le schéma corporel

La notion de schéma corporel est d'abord introduite dans le champ de la neurologie par les écrits de H. Head et G. Holmes en 1911. Cette notion reprise par P. Schilder est publiée en 1935 dans son livre nommé *l'image du corps*, créant une première ambiguïté entre les deux termes. Le schéma corporel est présent aujourd'hui tant dans les sciences brutes telles que la neurologie et la physiologie, que dans les sciences humaines et sociales. Néanmoins, les neurologues tendent de plus en plus à préférer le terme de sensibilité somato-viscérale, qui porte moins à confusion.

« Édifié sur les sensations tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. »
(*as cited in*, Pireyre, 2015, p.37)

Cette définition de J. de Ajurriaguerra (1970) permet de relever l'aspect dynamique de l'élaboration du schéma corporel qui se nourrit des diverses sensations perçues. Elle met aussi en exergue la qualité de référent spatial attribuée au schéma corporel. F. Dolto le souligne bien, le schéma corporel « réfère le corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate » (Dolto, 1984, p. 23). Il se construit grâce aux mouvements, aux retours proprioceptifs que nous amènent chacun de nos gestes et variations de posture. Autant de ressentis qui sont synthétisés, assemblés et stockés dans le cortex comme représentations des parties de notre corps et de son ensemble. Le schéma corporel comprend ainsi la connaissance des différentes parties du corps, les somatognosies. C'est une donnée anatomique, une « réalité de fait » (*Ibid.* p.18). Il est relativement le même pour chaque individu du même âge et dépend de

mécanismes physiologiques. C'est pour cela qu'É. Pireyre (2015) propose d'éclaircir cette notion en utilisant plutôt le terme rattaché à la neurophysiologie, celui de sensibilité somato-viscérale, qui réfère à la sensorialité, à la somesthésie et à la proprioception.

d. L'image du corps de F. Dolto

En ce qui concerne l'image du corps, elle est décrite par F. Dolto comme « la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles. ... l'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et inter-relationnelle » (Dolto, 1984, p.23). C'est en fonction des expériences relationnelles, des échanges avec les pairs, que chaque partie du corps va être plus ou moins investie, colorée d'affects positifs ou négatifs. Si le schéma corporel est dépendant des sensations, l'image du corps, elle, est le reflet du vécu du corps en relation. F. Dolto la décline en trois composantes reliées entre elles. La première est l'image de base, associée au sentiment d'exister et au narcissisme primordial qui est selon elle un signifiant de l'identité sociale avec le prénom par exemple. La seconde, dynamique, est l'image fonctionnelle à travers laquelle se manifestent les pulsions de vie. Elle permet d'établir des relations avec l'environnement. La dernière composante, l'image érogène, peut s'apparenter à l'identité sexuée. Dans le concept d'image inconsciente du corps, le lien à l'autre et la relation constituent les acteurs principaux du développement.

e. Neurophysiologie

Il est possible d'aborder la question du schéma corporel et de l'image du corps en s'appuyant sur les connaissances neurophysiologiques. Les voies cérébrales du système visuel sont éminemment en lien avec les représentations du corps puisque le canal visuel est la principale modalité d'analyse de l'environnement, mis à part en cas de déficience sensorielle. On distingue au niveau cérébral trois voies qui partent du lobe occipital, la voie dorsale-dorsale du « comment ? », la voie dorsale-ventrale du « où ? », toutes deux allant dans le lobe pariétal, et la voie ventrale du « quoi ? » qui va vers le lobe temporal. (Albaret, 2015)

Il y a ainsi un système composé des deux voies dorsales, dont la tâche est de localiser et analyser comment agir avec l'objet. Ce système joue un rôle dans la locomotion, la

préhension, la posture... Ces informations sont issues de la synthèse de toutes les données sensorielles et motrices qui servent de référentiel spatial et permettent ainsi l'action. On retrouve là ce qui appartient à la notion de schéma corporel en tant que référentiel égo-centré pour l'action.

L'autre système imputé à la voie ventrale sert à l'identification et la reconnaissance de l'objet (sa nature, ses formes...). Cette connaissance s'empreint des pensées et sentiments attachées à l'objet. Elle est reliée à un contexte, une appartenance, et dans le cas du corps propre, à des sentiments de satisfaction ou d'insatisfaction. Se forme alors une perception composite qui aboutit à des comportements tant moteurs qu'affectifs et cognitifs. Il s'agit ici de l'image du corps.

L'image du corps correspondrait ainsi à la perception du corps en tant que forme reliée à des attitudes et des sentiments, alors que le schéma corporel serait un ensemble de capacités sensorimotrices permettant l'action sans nécessité de recours à la conscience. Ces deux représentations sont en permanence en lien, l'action ne pouvant être séparée de la perception.

f. L'image composite du corps

D'après ces différentes approches, É. Pireyre (2015) développe le concept d'image composite du corps en prenant en compte les avancées dans les domaines neurophysiologiques et les théories issues de la psychanalyse. Il propose de voir l'image du corps comme un ensemble d'éléments qui jouent un rôle dans la construction d'une représentation corporelle dynamique. Il intègre ainsi à son concept neuf composantes qui prennent en compte autant les aspects physiologiques que psychologiques du développement, et les parts inconscientes et conscientes qui lui ont été attribuées en fonction des théories. Ainsi :

- la sensation de continuité d'existence,
- l'identité,
- l'identité sexuée,
- la peau physique et psychique,
- la représentation de l'intérieur du corps,
- le tonus,
- la sensibilité somato-viscérale ou sensorialité,

- les compétences communicationnelles du corps
- et les angoisses corporelles archaïques

sont autant d'éléments acteurs dans ce qu'il nomme l'image composite du corps. Il insiste sur sa construction progressive par étapes chronologiques et précise que « l'image du corps ne peut se résumer à une "certaine représentation que l'on se fait de notre corps" » (Pireyre, 2015, p. 47). Elle renvoie également dans sa part inconsciente à des aspects fantasmatiques relevant du désir et de la libido qui sont eux-mêmes dépendant de la maturation neurophysiologique.

Les parts organiques et psychiques du corps sont donc entremêlées et interagissent dans les mécanismes d'élaboration d'une représentation de soi. É. Pireyre élargit ainsi le concept, mettant en avant les corrélations entre la construction identitaire, le devenir sujet, la relation aux autres et la représentation du corps individualisé et unifié. Il met en lumière les liens corps-esprits à prendre en compte lorsque l'objet d'étude est le corps et ses représentations. La complexité de chaque individu réside aussi dans l'entrelacement des phénomènes physiologiques et psychiques qui participent à sa construction en tant que sujet individualisé. L'étude du corps et de ses représentations ne peut rester « neutre » et ne prendre en compte qu'un seul de ces deux aspects tant la construction du sujet y est intimement liée.

2. 3-Tonus et enveloppe

a. Tonus

Parmi les différentes composantes de l'image du corps actrices dans la construction de l'identité figure le tonus. Je propose de l'étudier plus en profondeur du fait de son lien direct avec les émotions. Le tonus joue un rôle essentiel dans la douleur et sa composante émotionnelle.

Le tonus correspond à la réaction du muscle à son propre étirement (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015). Il peut se définir comme l'état de légère tension des muscles, permanente et involontaire. Il est variable dans son intensité en fonction des actions syncinétiques entreprises. Il s'agit d'un mécanisme physiologique dépendant d'un appareil

biologique intact et de la maturation neurologique. Il est relié à l'efficacité des motoneurones situés dans la corne ventrale de la moelle épinière ou dans le tronc cérébral, qui sont attachés au contrôle de la motricité. Le tonus est également dépendant de capteurs sensoriels efficaces situés dans les articulations (corpuscules de Ruffini, corpuscules paciniformes), dans les tendons et ligaments (organes de Golgi), directement sur la peau (mécano récepteur cutané), ou encore sur le muscle avec le rôle primordial du fuseau neuromusculaire. On distingue dans les voies nerveuses responsables du tonus un système archaïque sous-cortical issu du tronc cérébral, et un système corticospinal qui apparaît plus progressivement au cours du développement. Le tonus est dépendant de la myélinisation de ces deux sous-systèmes.

b. Lien tonus et émotions

L'importance du tonus dans le maintien de la posture, dans la locomotion ou dans l'exécution de gestes précis est évidente. Mais c'est le lien entre le tonus et les émotions que je souhaite approfondir pour en saisir l'importance, d'une part dans la construction identitaire, et d'autre part dans la régulation de la douleur.

C'est H. Wallon (1942) qui met en lumière le lien direct entre les émotions et le tonus « Les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire » (*as cited in* Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p.175). Il développe la notion de dialogue tonique, qui est une communication non-verbale avec la mère qui s'ajuste et réponds aux états corporels de l'enfant pendant les interactions. Il est pertinent de noter que ce dialogue tonique est un premier moyen de communication qui persiste tout au long de la vie et reste un des principaux vecteurs de communication infra-verbale. C'est par ailleurs ces premières interactions par le dialogue tonique qui amènent le langage et la possibilité de dire « je ». J. Ajuriaguerra (1974) s'intéresse au tonus en tant que forme de communication sous le terme de dialogue tonico-émotionnel et affirme, comme H. Wallon, la relation entre les émotions et le tonus « chaque affect produit une certaine variation tonique dans l'ensemble de la musculature... il en résulte pour chaque état affectif, une certaine qualité du tonus qui le caractérise » (*as cited in* Pireyre, 2015, p.105). Chaque émotion s'inscrit dans le corps via le tonus, notre état affectif colore ainsi la posture, l'attitude, la qualité des mouvements et gestes entrepris, en se corrélant à des tensions variables réparties dans l'ensemble du corps.

c. Enveloppe tonique

La place du tonus dans la construction identitaire est soulignée par les travaux de S. Robert-Ouvray (1998) qui le mettent en jeu dans la différenciation de soi et autrui. Elle attribue au tonus une fonction d'enveloppe. Cette enveloppe peut servir à se sentir vivre comme un contenant et permet d'intégrer les bonnes sensations. C'est à travers ce sentiment d'être un tout contenu et unifié que peut s'installer une représentation de son existence propre, différencié d'autrui.

« C'est l'enveloppe tonique qui lui [l'enfant] donne des sensations d'être un contenant et d'être contenu. Cette sensation primaire d'une enveloppe autonome demandera à être confirmée dans la relation enveloppante avec le parent protecteur pour prendre sa valeur d'enveloppe psychique. » (Robert-Ouvray, 1998, p.50)

Cette enveloppe tonique peut aussi s'avérer être un moyen de se protéger et servir de pare-excitation envers les agressions extérieures, ou être le reflet de tensions internes. « L'enfant est trop immature pour décider de repousser séparément les agressions internes et externes, telles que les sensations douloureuses, des images terrifiantes. Il projette le moi entier sur son enveloppe tonique » (Robert-Ouvray, 1998, p.51). Cette enveloppe reste efficiente à l'âge adulte et se retrouve dans les situations de stress de la vie quotidienne avec une élévation du tonus. A l'inverse, la détente tonique est un moyen d'intégrer des sensations positives. Dans le cas des tensions internes la différenciation entre des tensions de désir et de besoins se fait peu à peu pour que celles-ci puissent être un moyen de rentrer en relation et d'exprimer ce que l'on veut.

La représentation de soi découle des ressentis et des expériences qui ont pu être intégrées car elles ont été interprétées, mises en mot, perçues dans le regard de l'autre, miroir de soi. Les interactions précoces sont à la base des enveloppes corporelles construites en partie d'une enveloppe tonique. Formées dans la dynamique du dialogue tonique, cette enveloppe permet de conserver le bon, de le digérer et de s'en nourrir. Lorsque l'enfant n'est pas sécurisé, que la fonction alpha est déficitaire, une des façons de se protéger des agressions extérieures, va être dans un recrutement tonique important. Il se crée une carapace tonique qui empêche la pénétration de stimulations, peu importe qu'elles soient positives ou négatives puisque l'interprétation ne peut se faire. Il y a alors une fermeture au dialogue, une certaine herméticité s'installe et empêche toute intégration. Les limites dedans-dehors et les

représentations corporelles restent floues, appauvries, alors qu'elles sont essentielles à la construction du sujet et de son identité. « le corps tonique est le médiateur de la représentation ». (Reinalter Pousin, 2015, p.229)

d. Lien direct tonus et douleur

La douleur est en lien direct avec le tonus et ses variations. En tant que sensation et expérience émotionnelle désagréable, elle engendre un recrutement tonique important. Cette élévation du tonus est elle-même une source de tensions douloureuses. Ces tensions douloureuses peuvent s'ajouter à la douleur initiale et l'intensifier. Un cercle vicieux s'installe, l'émotion, la douleur et le tonus se majorent. La mise en place d'une carapace tonique pour se protéger de la douleur devient alors un facteur d'aggravation de celle-ci, tant dans la sensation perçue qui augmente que dans l'impact sur la relation et l'environnement, puisque le recrutement tonique est source de fermeture à ce dernier. Cette élévation se reflète également dans la motricité globale et la motricité fine de toutes les activités de la vie quotidienne. C'est ainsi la douleur et toutes ses répercussions qui sont majorées. La souffrance de l'individu victime de ce cercle vicieux est ainsi amplifiée.

On peut alors commencer à entrevoir les retentissements possibles d'une douleur sur les représentations corporelles et se demander comment celle-ci vient entraver ces processus de construction identitaire, allant même jusqu'à impacter l'identité personnelle.

3. En quoi la douleur vient effracter la personnalité de l'individu et comment s'en défend-t-il?

La santé « c'est savoir composer avec l'imparfait, l'incomplet. Être en bonne santé c'est avoir développé la capacité à transformer de manière créative ce qui, par définition, inévitablement-et même heureusement !-est insatisfaisant dans notre vie ». (Lefèvre, 2011, p.9)

3. 1-Impact de la douleur sur l'identité

a. La recherche de sens

Toute personne connaît le besoin de mettre du sens sur son vécu. La recherche de sens est derrière chaque événement, derrière chaque éprouvé et chaque choix entrepris. Trouver du sens rassure et permet de prendre des décisions face aux différentes situations rencontrées. Cette quête de sens est au cœur du raisonnement de l'individu, sa capacité à trouver un sens à ce qu'il vit joue un rôle dans sa santé. « Nous cherchons à donner du sens à ce que nous vivons, parce qu'une des plus grandes angoisses humaines est le non-sens. » (S. Robert-Ouvray, 1998, p.48).

De ce fait, douleur et angoisse sont intimement liées. Comme le souligne J. Marblé (2012) « certains [auteurs] pensent que l'angoisse est la conséquence de la douleur, "sa fille naturelle" dit Leriche, les autres que la douleur est la conséquence ». La survenue d'une nouvelle sensation douloureuse inquiète et pousse à rapidement y trouver un sens, non seulement parce que cela rassure, mais aussi parce que cela permet de l'accepter. Ce comportement se retrouve dans la clinique de la douleur chronique, le patient imagine alors tout ce qui pourrait être la cause de cette nouvelle douleur, et ce qu'elle peut signifier. Toute son énergie est mis dans cette quête de signification. Son quotidien et ses comportements en sont bouleversés. « La douleur est un trou noir attirant toutes les énergies d'investissement et provoquant une surtension narcissique » (Burloux, 2004, p.126). Si la pose d'un diagnostic peut aider à soulager cette quête de sens, elle répond seulement à la question du « de quoi je souffre » mais laisse demeurer la question du « pourquoi je souffre ». La douleur « est toujours question de signification et de valeur, une relation intime au sens et non de seuil biologique » (Le Breton, 2017, p.27). Le sens, la représentation que le sujet va attribuer à sa douleur, est puisé dans les diverses représentations qu'il a pu établir au cours de ses précédentes expériences corporelles et affectives. Sa douleur est alors directement liée à ses expériences passées qui peuvent, ou ont pu, être source de souffrance. Nombreux sont les patients que j'ai pu rencontrer en stage qui m'évoquent dès la première rencontre tous les éléments douloureux de leur vécu, amalgamant parfois passé et présent. Ils souffrent, et tout ce qui est, ou a été, vécu douloureux se confond dans l'expression de leur souffrance.

b. Être douleur

Certains patients en viennent à se décrire comme n'étant plus que douleur. Ils sont totalement aliénés par cette douleur qui régit tous leurs actes et accapare leurs pensées. Dans le pire des cas, elle devient leur seul ressenti. Le pas entre ne percevoir plus que de la douleur et n'être plus que douleur peut alors se franchir. L'importance des ressentis dans la construction de l'identité explicitée précédemment (cf. supra pp.18-30), est mis en jeu dans l'impact de la douleur sur l'identité du sujet. Le patient essaie « d'intégrer cette nouvelle donnée, la douleur, à son schéma corporel, son image du corps et son vécu psychique, surtout lorsque celle-ci se chronicise, perdure dans l'espace et le temps » (Louvel & Omrana, 2015, p.150). Le ressenti de la douleur prend de plus en plus de place chez ces patients qui souffrent depuis des mois, voire des années. Il devient une part d'eux-même, de ce qui les définit et de ce qui les fait être tels qu'ils se connaissent, tels qu'ils se ressentent. Ils se perçoivent par leur douleur et se définissent avec le vécu de celle-ci qui s'amalgame de leurs expériences passées et actuelles. Ces patients sont souvent perdus dans le temps et l'espace, ce qui n'est pas sans lien avec la mise à mal du schéma corporel qui sert de référent spatial.

Le sentiment de continuité d'existence retranscrit à travers les représentations corporelles qui découlaient des ressentis est alors attribué à la douleur. Le patient se sent vivre par ses douleurs. Elles deviennent un support de son sentiment d'exister « j'ai mal donc je vis ». « Sentir son corps douloureux ou apaisé sert à s'appartenir » (Robert-Ouvray, 1998 p.70). La prise en charge de cette douleur n'en est alors pas moins complexe, étant donné qu'elle est attachée à l'existence même de la personne. Réduire subitement à néant la perception de la douleur peut porter atteinte à son intégrité et se révéler source d'angoisse. Cela me renvoie à une patiente qui, systématiquement lorsque son amélioration est au plus haut et que le traitement paraît des plus adaptés, finit par angoisser, à tel point qu'elle est prise d'attaques de panique qui causent des comportements inadaptés, la recrudescence de douleurs et la nécessité de réajuster son traitement.

c. Les représentations corporelles mises à mal

La douleur en tant que sensation et émotion désagréable ne peut qu'impacter les représentations corporelles, que ce soit par sa composante physiologique ou psychique.

L'intégration des sensations douloureuses d'une ou plusieurs parties du corps modifie leur perception et celles-ci se voient alors soit surreprésentées, soit négligées, voire oubliées du fait du caractère désagréable qui leur est attribué. Le schéma corporel est bouleversé dans son intégrité, biaisé par les sensations douloureuses. L'investissement spatial en est tout autant perturbé puisque le corps en tant que référentiel spatial est touché. La douleur engendre un désinvestissement de la motricité, celle-ci étant souvent vue comme une potentielle cause d'accentuation de la douleur. Les mouvements deviennent de plus en plus rares, restreints, et le schéma corporel s'appauvrit d'autant plus. L'adoption de postures antalgiques qui vise à ressentir le moins de douleur possible accentue la pauvreté des sensations proprioceptives. L'impact direct sur le tonus et l'enveloppe tonique a déjà été évoqué. La carapace tonique qui peut se créer accentue à la fois les douleurs et l'herméticité face aux sensations externes, et participe ainsi à l'appauvrissement des représentations corporelles.

L'image du corps, en tant que reflet de la représentation affective du corps, est également touchée. Le corps ou certaines parties sont perçues comme source de souffrance, de mal-être et sont désinvesties. « Les changements corporels perturbent le sujet dans l'appréhension de son corps. Celui-ci lui devient hostile, étranger » (Louvel & Omrana, 2015, p.154). Le sentiment d'unité corporelle laisse place à des ressentis parcellaires sur lesquels le sujet n'a aucune maîtrise. La douleur, impartageable et accaparante, est souvent source de repli social. Elle impacte ainsi le rapport à l'autre. Les relations entre pairs s'appauvrissent. L'image de soi en partie construite et constamment remaniée au cours de ces relations s'appauvrit. Cela ne laisse place qu'à son propre regard sur soi qui, face à la douleur, ne peut être que négatif. Le corps n'étant plus d'aucun appui, le désinvestissement et la dévalorisation de soi surviennent facilement.

Les représentations corporelles sont ainsi directement impactées par la douleur chronique. L'identité s'en retrouve ébranlée. Le sujet doit alors se défendre pour maintenir au mieux son intégrité.

3. 2-Se protéger

a. La douleur, elle-même une protection

« c'est comme si, avec la douleur le corps se muait en psyché et la psyché en corps » (J.B. Pontalis *as cited in* Le Breton, 2017, p.50). Le corps parle quand la psyché est dans l'impasse. La douleur en tant que mécanisme neurophysiologique est un message. Elle peut être vue comme un moyen de communication qui informe d'un changement anormal, d'une atteinte à l'organisme. Étant bien au-delà de la dichotomie corps-psyché, elle peut tout autant être un message de conflit psychique. « Le théâtre du corps ne serait que l'espace de visibilité d'un conflit masqué se jouant sur l'autre scène, dite psychique » (Livres, 2005, p.252). Nous sommes plus facilement douloureux en période de fatigue, de surmenage, ou de stress intense.

Plus qu'un message, la douleur peut servir de représentation. Cela est récurrent suite à un traumatisme, qui, étant une source de souffrance trop intense pour le sujet, ne peut trouver de représentation psychique qui permettrait de le refouler. Le corps et à travers celui-ci, la douleur, va alors permettre au sujet de se protéger. C'est une somatisation, l'inscription dans le corps d'un conflit psychique. La douleur devient alors le symptôme au sens métapsychologique. Le sujet souffre mais se protège d'une souffrance encore plus grande. La douleur ressentie permet d'accaparer une grande partie de l'énergie psychique du sujet, la détournant du conflit d'origine. « La douleur viendrait en lieu et place de l'angoisse lorsque celle-ci ne pourrait être affectivement vécue » (Pirlot & Cupa, 2005, p.736). Les personnalités hystéroides ont tendance à recourir à la somatisation. Certaines classifications (notamment celle de Valenstein), incluent la somatisation dans les mécanismes de défense (Ionesco, Jacquet & Lhote, 2001). La douleur pourrait ainsi, dans le cas d'une somatisation, être l'une des défenses du sujet face à des conflits internes source de souffrance trop importante et pour le moment sans représentation.

Qu'elle ait ou non sa source dans un conflit, la douleur chronique est une atteinte à l'intégrité contre laquelle le sujet tente de lutter.

b. Les mécanismes de défense

Tout au long de son développement, le sujet a recours à des mécanismes de défense qui se mettent en place progressivement et permettent de lutter contre les angoisses émanant des tensions internes comme externes. Ils peuvent se définir comme l'ensemble « des processus psychiques inconscients visant à réduire ou à annuler les effets désagréables des dangers réels ou imaginaires, en remaniant les réalités internes et/ou externes et dont les manifestations – comportements, idées ou affects – peuvent être inconscients ou conscients » (Ionescu, Jacquet & Lhote, 2001, p.27). Ces mécanismes plus ou moins archaïques selon la période de développement à laquelle ils sont effectifs, restent présents à l'âge adulte. Ils prennent une importance variable selon l'individu, et sa personnalité. Chacun a tendance à se saisir, dans le besoin, des mécanismes qui se sont avérés facilement accessibles et adaptés à chaque étape de sa vie. Le caractère pathologique de ces mécanismes dépend de l'intensité de leur activation mais aussi de la situation à laquelle le sujet fait face, « les modes d'activation légère tendent à être fonctionnelles, et les variantes plus intenses tendent à être dysfonctionnelles. ... Dans les situations extrêmes, même les mécanismes habituellement considérés comme les plus pathologiques peuvent servir à surmonter l'adversité » (Chabrol, 2005, p.33).

La douleur chronique fait partie de ces « dangers » aux effets désagréables dont le sujet cherche à se protéger. Je propose d'évoquer de façon non-exhaustive quelques uns des mécanismes de défense que j'ai pu observer chez les patients que j'ai rencontrés. Ils seront ensuite illustrés dans le récit d'une prise en charge en psychomotricité.

- **L'isolation**

Elle peut avoir deux significations. Il peut s'agir d'une séparation effectuée par le sujet entre deux pensées ou deux comportements dont le lien est source de souffrance pour le sujet. Je privilégie ici le second sens donné à l'isolation, celui d'éliminer l'affect à l'origine lié à une pensée. La pensée est consciente, représentée et aisément exprimée par le sujet mais celui-ci n'y attribue aucune émotion. Le sujet semble comme détaché de son discours, exposant les faits sans affects. Dans la clinique de la douleur, certains patients ont recours à l'isolation pour évoquer des traumatismes antérieurs, les origines de leur douleur, leur quotidien extrêmement difficile... Ils les décrivent en détails, en restant tout à fait neutre, mais « l'isolation présente un risque : l'affect, momentanément supprimé, se manifestera de façon irrationnelle et

imprévisible » (Ionescu, Jacquet & Lhote, 2001, p.221). Il n'est pas rare de voir en consultation un patient s'effondrer en larme alors que rien dans le discours ou la situation ne le laissait présager.

- **L'intellectualisation**

L'intellectualisation est une tentative de maîtriser l'affect en usant des pensées abstraites et des généralisations. Le sujet est dans une perspective de comprendre ce qui lui arrive, comme si il avait affaire à un sujet d'étude théorique et, là encore, évite de s'impliquer personnellement. L'isolation et l'intellectualisation sont ainsi très en lien. Le sujet banalise son vécu pour l'inscrire dans une expérience collective. Nombreux sont les patients douloureux qui cherchent à comprendre leur douleur et utilisent un discours scientifique, au plus proche de celui du médecin, qui leur permet de se détacher de leurs affects. L'intellectualisation est d'autant plus utilisée que les ressources cognitives de l'individu le permettent.

- **La rationalisation**

Elle est, elle aussi, en lien avec les deux précédents mécanismes. Il s'agit de trouver une raison, même erronée, mais logique, qui explique et justifie la situation vécue et permet non seulement de rassurer mais aussi de laisser de côté la cause réelle, « c'est parce que je suis fatigué ». Dans la clinique de la douleur, il est courant d'être face à des patients qui fournissent eux même des explications à leur souffrance, la minimise, sans entendre la cause ou le diagnostic qui est posé. Cela me mène au déni.

- **Le déni**

On retrouve dans *Les mécanismes de défense* de S. Ionescu, M-M. Jacquet & C. Lhote une définition simple et claire du déni que je propose de reprendre. Le déni est l'« action de refuser la réalité d'une perception vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le moi » (2001, p.167). Le caractère douloureux de la perception est pourtant évident pour les autres. On distingue le déni psychotique, où le refus est total et la distorsion de la réalité prépondérante, du déni « normal, sain ou mature » (Chabrol, 2005, p.37). Ce dernier est habituel en situation de deuil, de stress intense ou de traumatisme. Il est temporaire, le refus de la réalité n'est que partiel. « L'entourage et le soignant peuvent avoir l'impression que le sujet sait et ne sait pas à la fois. » (Chabrol, 2005, p.37). Ce déni temporaire et partiel m'a

paru présent chez de nombreux patients qui alternent entre une prise de conscience de leur souffrance et son refus immédiat. Certains semblent avoir besoin de nier leur souffrance constamment présente et se persuade, l'espace d'un instant ou plus, de son absence et de leur soulagement. L'acceptation de leur condition liée à leur douleur chronique fait partie du processus de deuil dont le déni est une étape. Cela peut être mis en lien avec le mécanisme suivant, la plainte associant demande d'aide et son rejet.

- **La plainte associant demande d'aide et son rejet**

Ce mécanisme m'a paru souvent présent dans la clinique de la douleur, face à des patients qui sont dans une demande d'aide, de soulagement, d'un secours, d'une solution à l'arrêt de leur douleur, puis rejettent les propositions sans même les entendre car elles ont « déjà été essayées », « ne marchent pas avec moi », « ne sont pas réalisables ». Leur demande d'aide est dans l'immédiateté alors qu'ils souffrent de pathologies chroniques qui, pour la plupart, ne peuvent être soulagées rapidement. Leur demande n'est ainsi jamais satisfaite. Le soignant est rejeté, considéré comme incapable de répondre à la demande qui est alors retirée « je n'ai pas besoin de vous, puisque vous ne pouvez rien pour moi ». Face à l'impuissance que connaît le patient qui subit sa douleur au quotidien, cette défense peut permettre d'exprimer une certaine agressivité et une tentative de reprise de contrôle. Cela m'amène à décrire un dernier mécanisme, le passage à l'acte ou l'activisme.

- **L'activisme**

Il s'agit de recourir à l'action afin d'éviter les ruminations et les affects, sources d'angoisses. Les passages à l'acte sont une « défense contre une expérience subjective intolérable et contre la prise de conscience d'un conflit intrapsychique : le sujet agit pour ne pas ou ne plus ressentir et pour ne pas savoir »(Chabrol, 2005, p.39). Ce comportement est courant dans la vie quotidienne avec le recours aux activités sportives, la confection d'un emploi du temps chargé et la multiplication des engagements professionnels ou politiques... Dans la clinique de la douleur chronique, le recours à l'action peut servir de fuite face à la douleur et sa composante émotionnelle, et agrémente le déni de celle-ci.

J'ai pu observer la présence plus ou moins marquée de ces défenses auprès des patients rencontrés. En tant qu'étudiante en psychomotricité, ces rencontres, associées à l'étude de la

douleur et de ses impacts sur l'individu m'ont amenée à me questionner autour d'une autre défense qui impacte directement l'unité corporopsychique, celle du clivage.

3. 3-Les clivages corps-esprit

a. Le clivage

Le clivage est présent dès le début de la vie. C'est un mécanisme très ancien. Chez le tout petit, les ressentis sont d'abord clivés, tout est bon ou tout est mauvais. Les nuances viennent après. Ce clivage permet d'instaurer une première séparation, et amène vers une individuation. « le clivage permet l'organisation des émotions, des sensations et des pensées ou encore des objets, conditions préalable à tout processus d'intégration et de socialisation » (Ionescu, Jacquet & Lhote, 2001, p. 148).

Plus généralement, le clivage est la capacité à scinder deux parties d'un tout qui peuvent coexister. Lorsqu'il s'agit du sujet lui-même et de sa possibilité de se scinder, on retrouve la notion de clivage du moi. Il peut s'agir aussi de la relation à l'objet qui est clivée, en distinguant en deux entités le bon et le mauvais d'un même objet, cela par exemple avec la bonne et la mauvaise mère dans les interactions précoces, c'est la notion de clivage de l'objet. « Le clivage traduit la division du soi et des objets en parties entièrement bonnes ou mauvaises » (Chabrol, 2005, p.38).

Le clivage en tant que mécanisme de défense est souvent attribué à la psychose dans laquelle il serait l'équivalent du refoulement qui n'est pas effectif. Néanmoins il peut tout autant se retrouver dans la névrose de par son lien avec d'autres mécanismes de défense tels que le déni, qui présente à la fois l'acceptation et le rejet, ou encore l'isolation qui résulte d'un clivage entre la représentation et son affect. En cela, le clivage est davantage considéré comme une façon de faire « coexister deux procédés de défense » (Ionescu, Jacquet & Lhote, 2001, p. 149) plutôt que comme un simple mécanisme.

b. Le clivage psyché-soma

Le clivage peut se présenter comme la coexistence à l'intérieur de soi de deux parties contradictoires. Il peut tout autant avoir lieu entre la psyché et le soma, à l'intérieur même de l'intellect ou bien au sein de la personnalité. Il est tout à fait courant dans la vie quotidienne d'observer des aptitudes ou des goûts très clivés. A. Lefèvre (2011) donne ainsi l'exemple d'un intellectuel brillant qui est médiocre en gymnastique. Lorsque le clivage touche le corps et l'esprit, en les dissociant complètement comme deux entités séparées, il peut s'avérer source de souffrance pour l'individu. D. Winnicott parle alors de maladie psychosomatique « la véritable maladie c'est le clivage, c'est la dissociation psyché-soma » (*as cited in* Lefèvre, 2011, p.155). Ce clivage peut survenir, à la suite d'un événement traumatique créant une rupture. Qu'il s'agisse à l'origine d'une atteinte au corps ou à la psyché, le clivage entraîne le rejet de ce qui a été touché, pour protéger ce qui est resté intact. « La défense mise en place – clivage, dissociation - vise, à l'origine, à protéger le self mais elle en vient à épuiser l'individu. » (Lefèvre, 2011, p.155). Il s'agit d'une partie de soi-même qui est mise à distance, désinvestie, voire vécue comme étrangère. Le but de la maladie psychosomatique serait alors de forcer à retrouver l'unité psyché-soma. La survenue d'un événement douloureux, souvent décrit, raconté par le sujet en dissociant les aspects physiques ou psychiques, laissant les uns ou les autres de côté, cause le maintien de cette dissociation et l'apparition d'un clivage psyché-soma qui, en s'installant, va nuire au sujet.

c. Le clivage dans la douleur chronique

La douleur est une atteinte à l'intégrité de l'individu. Ce dernier peut tenter pour s'en défaire de mettre à distance la partie de lui qui souffre. Quand la souffrance s'installe cette mise à distance mène à un clivage du corps entier ou de la partie douloureuse. Ce n'est donc pas la douleur elle-même qui est clivée mais l'individu, qui pour s'en protéger sépare chaque partie de lui qui souffre, comme si il y avait son psychisme intact d'un côté, et de l'autre côté un corps organique douloureux qui ne lui appartient plus. Quand le clivage ne concerne qu'une partie, le sujet se décrit comme bien portant et précise « seulement il y a cette jambe qui est douloureuse ». Le corps ou la partie clivée est un autre, étranger, source de souffrance que le sujet le subit. Il « fait avec », soulignant avec cette expression que cette partie, ou ce corps, n'est plus lui mais un autre avec qui il doit vivre. Le corps est parfois totalement

personnifié, c'est ce corps ou une partie qui est douloureux/se et non pas le sujet. Il/elle lui fait mal, le/la gêne, l'encombre. Le corps ou la partie clivée devient le bourreau. Le sujet cherche à s'en éloigner, à s'en détacher le plus possible, accentuant le clivage. Des désordres du schéma corporel, avec une partie totalement absente des représentations en découlent. Le recours à l'intellectualisation, à l'isolation ou au déni participe à maintenir ce clivage, le corps n'est plus que matière mécanique qui dysfonctionne.

d. Des traumatismes

Il me vient l'exemple d'une patiente qui lors de notre première rencontre m'explique « alors il y a mon cerveau, moi et mon corps », désignant ainsi un clivage entre l'intellectuel très investie chez elle, son identité, puis son corps. Ce dernier était complètement désinvesti. Cette patiente a subi plusieurs traumatismes. Elle a été victime d'inceste très jeune, a fait des chutes causant des fractures graves, souffre d'algies faciales et d'une maladie auto-immune douloureuse, Ehlers Danlos. Sa défense à elle face à ses vécus a été de se séparer, de cliver chaque partie d'elle. Pour ces patients aux antécédents multiples, la nécessité de prendre en charge la douleur dans chacun de ses aspects, touchant l'être dans son unicité, est d'emblée visible. Pourtant ce sont aussi ces patients qui réalisent des clivages très marquées entre les aspects psychologiques, et organiques de leur douleur.

Le système de santé français a tendance à conforter ce clivage, en proposant d'un côté une prise en charge avec un spécialiste du corps organique de l'autre celui de la psyché. T. Bénavidès, psychomotricien, évoque cette question soulevée par la pluridisciplinarité « une des conséquences directes de ces discours [sur la pluridisciplinarité] est le morcellement de l'objet d'étude »(2015, p.15). Il préfère ainsi le choix de la transdisciplinarité.

Le clivage opéré par les patients victimes de douleur chronique est souvent si important que l'idée d'une prise en charge psychologique de leur douleur est difficile à proposer. Ils n'acceptent pas toujours de voir le lien entre la douleur et leur vécu de celle-ci, dans le maintien de cette souffrance, ni même un potentiel lien entre la survenue des douleurs et des traumatismes antérieurs. Ils ont coupé les liens corps-psyché en les clivant et tentent de maintenir cette rupture mise en place pour se protéger. Pourtant, le traumatisme lui-même en tant qu'atteinte à la personne dans son intégrité corporopsychique est parfois le point de départ d'un clivage, d'une isolation, entre les affects et l'expérience, entre le corps et la psyché. Le

traumatisme est source de souffrance dont l'individu tente de se protéger. Ainsi, « une douleur infligée de manière traumatique et délibérée laisse une trace de souffrance même lorsqu'elle s'efface. Elle mutile une part du sentiment d'identité » (Le Breton, 2011, p.66). L'apparition de douleurs chroniques ne fait ensuite que maintenir et accentuer le clivage.

Pour conclure cette première partie

La douleur semble parfois résulter ou du moins se lier à des traumatismes qui trouvent dans le corps un moyen d'expression, quand ils ne peuvent être représentés dans la psyché sans trop de souffrance et de déplaisir. Les traumatismes quelle que soit leur nature (violence parentale, agression, abus sexuels, incestes, carence affective, deuil, accident, opérations...), sont de véritables atteintes à l'intégrité de l'individu, impactant leur identité. Celle-ci s'en retrouve remaniée pour continuer d'exister en tant que sujet. Ces atteintes demandent des représentations pour pouvoir être refoulées, et cela passe parfois par le corps. L'installation de douleurs chroniques peut être un substitut de représentation mais le sujet va devoir encore *Tenir*, comme l'indique le titre de l'ouvrage de David Le Breton sur la douleur chronique, face à ses douleurs. Le caractère intolérable et insupportable du conflit psychique d'origine se retrouve finalement dans la douleur chronique qui est à endurée. Un sentiment d'injustice face aux maux qui l'accablent est souvent présent et s'ajoute au caractère insupportable de la douleur, la rendant inacceptable et augmentant ainsi son intensité.

La douleur est un traumatisme à part entière. Elle vient ébranler le sentiment d'identité, causant la mise en place de mécanismes de défense régressifs pour lutter contre cette mise à mal de l'identité et à la recrudescence d'angoisse. Or ces mécanismes de défenses archaïques deviennent eux-mêmes source d'inconfort dans la vie quotidienne de ces patients impactant leur relation aux autres. En tentant de mettre à distance leur corps et leurs vécus, de s'en détacher, ils réalisent un clivage psyché-soma néfaste. Ils se scindent, et perdent leurs repères et appuis internes. Il ne peuvent s'appuyer sur leur moi corporel mis à mal et se retrouvent pris dans des conflits psychiques qui les torturent. Ces tentatives de mise à distance, mises en place pour se défendre, ne peuvent mener ni à la résolution des conflits ni au soulagement de

la douleur. Au contraire, elles semblent contribuer à leur persistance et ainsi à l'installation d'une affection chronique telle que la douleur chronique.

« La guérison passe par la sortie du clivage et de la dissociation, lorsque cette dernière cesse d'être utile » (Lefèvre, 2011, p.159.) Un des objectifs d'une prise en charge en psychomotricité n'est il pas de réunifier la personne pour retrouver son identité, sentiment continu d'exister, d'être soi ?

Seconde Partie : clinique psychomotrice dans la douleur

I. Unité douleur et mise en place de la psychomotricité

1. 1-Présentation du lieu de stage et du dispositif du stage expérimental

a. L'unité

C'est une petite unité hospitalière, affiliée au service de rhumatologie et au pôle 3i (immunité-infection-inflammation) de l'hôpital. Elle se compose d'un Hôpital de Jour qui accueille les patients à la demi-journée pour des poses de patch de capsaïcine réalisées par l'infirmière sur les indications des médecins. Des formations à l'utilisation du TENS ont également lieu ainsi que des sudoscans. L'unité comporte également un lieu de consultation où les médecins et la psychologue reçoivent les patients en consultation individuelle. Les locaux sont restreints et partagés avec l'hôpital de jour et les consultations du service de rhumatologie. Le personnel est composé de trois médecins algologues, dont un chef de service, d'une infirmière, et d'une psychologue présente les mardis et jeudis. Des ateliers d'hypnose sont également réalisés par un intervenant extérieur tous les quinze jours. Mon stage se déroule le mercredi, journée où a lieu à la fois des consultations médicales et des poses de patch.

b. Le dispositif expérimental

Les premiers jours de stage ont été dédiés à l'observation du fonctionnement de l'unité, de la pose de patch à la participation à des consultations. L'enjeu était de penser comment réussir à introduire la psychomotricité dans cette unité. Il s'agit aussi de faire avec les locaux, quelques bureaux de consultations et quelques box de l'hôpital de jour, ainsi qu'une salle de réunion commune avec le service de rhumatologie. Il a été convenu que l'on se place dans le bureau de l'ancienne psychiatre partie à la retraite, qui est partagé avec une des médecins de l'unité. Notre première étape fût donc de s'installer dans ce bureau, puis de

sensibiliser les médecins à notre approche. Des réunions ont pu être organisées afin d'expliquer ce que pouvait être la psychomotricité dans la douleur, poser brièvement nos objectifs dans cette unité, quels patients pouvaient nous être indiqués, et quels étaient les moyens matériels, théoriques et pratiques dont nous disposions pour recevoir nos premiers patients. Au cours du stage, ces réunions qui nécessitent préférentiellement la présence de toute l'équipe n'ont pu se réaliser que quelques fois, trois fois d'octobre à mars. Les indications se font donc majoritairement lors de moments informels. Cela a peut être manqué pour un déroulement optimal de ce stage. Il nous a fallu régulièrement rappeler notre présence et nos attentes d'indication aux médecins. Indépendamment de leur accueil chaleureux, la possibilité de nous indiquer les patients était difficile à inscrire dans leur fonctionnement habituel. Cette difficulté est à relier au fait de ne pouvoir être présente qu'un jour par semaine. Un temps a également été nécessaire pour que l'on identifie le matériel disponible sur place : quelques tapis et un coussin. Nous avons pu ramener d'autres outils de travail, tels que des balles et des ballons prêtés par l'école, des foulards, des couvertures, une physio-ball, des bambous et des marrons. La salle de réunion nous a été rapidement prêtée sur cette journée du mercredi afin de rencontrer nos premiers patients indiqués par chaque médecin. Au bout de quelques mois un box de consultation a pu aussi nous être attribué pour l'après midi. La disponibilité de cette salle et de ce box n'a pu être conservée tout au long du stage. Nous avons changé complètement de locaux au cours du mois de février pour aller dans un bâtiment attribué à la rééducation. Dans ces nouveaux locaux, une autre installation tant matérielle que relationnelle avec l'équipe présente sur place a dû se mettre en place...

c. Fréquence et modalités des suivis

Nous souhaitons proposer au patient un suivi soit hebdomadaire soit tous les quinze jours. Cela est décidé avec le patient, en fonction de sa demande, de ses besoins, de ses disponibilités, et de ses autres suivis. Il nous semble important de leur exprimer la nécessité d'un suivi régulier pour qu'il puisse leur être le plus bénéfique possible. Néanmoins nous remarquons rapidement que cette fréquence est difficile à tenir pour la majorité des patients indiqués. Les annulations sont nombreuses. Leur douleurs étant parfois trop intenses pour se déplacer jusqu'au rendez vous. Ils doivent aussi jongler avec d'autres rendez-vous médicaux qui leur sont le plus souvent imposés. Ils sont souvent contraint d'annuler leur venue et cela

parfois à la dernière minute. Je pense qu'il est alors important de s'adapter à leur disponibilité, d'accepter un report de rendez-vous et de rester présente. Il me semble que la relation thérapeutique en dépend. Cependant, je pense important de réussir à trouver un juste milieu, pour que le suivi garde du sens, et ne soit pas une séance de détente disponible à la carte, en fonction de l'humeur du patient. Cela fait partie du cadre à tenir et à poser clairement pour que les séances puissent s'intégrer, et prendre du sens, pour le patient comme pour moi, future thérapeute. Apprendre à gérer ces reports, en y mettant des mots et en discutant à chaque reprise avec les patients a été une façon pour nous de faire face à cela. Les séances sont d'une durée d'une heure. Les patients souvent très logorrhéiques ont besoin d'être contenus et cadrés pour ne pas qu'ils débordent de ce cadre défini. Là aussi, il m'a fallu un certain temps pour prendre position et tenir le cadre face au retard, ou aux tentatives de déborder plus longtemps. C. Potel le soulève très bien, « Le dispositif, en termes d'espace et de temps, doit être suffisamment sécurisant pour que puisse se vivre de vraies expériences psychocorporelles » (2015, p.20).

d. Première rencontre

Nous avons décidé de rencontrer une première fois chaque patient en binôme, afin de partager nos points de vue sur cette rencontre. Ce sont donc des premières rencontres à trois, qui se déroulent en trois parties et durent environ 1h 30. Nous prenons un temps d'entretien, où le patient nous expose ses difficultés, son vécu de la douleur et tout autre vécu qu'il souhaite partager. Nous discutons ensemble du pourquoi de son indication, et de ce qu'il attend de nous. Nous lui expliquons brièvement la psychomotricité et ce que nous pouvons proposer. Ce temps est avant tout un temps d'écoute et d'accueil du patient. Le second temps est pour nous un temps d'observations important pour évaluer le profil psychomoteur du patient, ses capacités et ses difficultés pour lesquelles nous pourrions tenter de l'aider. Nous proposons au patient de répondre à des questions plus spécifiques autour de son corps et de ses représentations. Nous tentons d'évaluer son schéma corporel par des exercices de représentation de sa taille, de son volume, par la vérification des connaissances de son corps, en demandant par exemple de nommer les différentes parties de son corps qui lui servent d'appuis, celles qui sont en contact entre elles, celles qui sont directement en contact avec

l'air...Un questionnaire⁷ sur ses représentations corporelles est proposé, quelques exercices adaptés de tests sont également passés et varient en fonction des capacités motrices des patients et de leur douleurs. Nous tentons généralement des exercices de proprioception, de reproduction de gestes, observons l'équilibre lors de la marches et des transferts, la posture, la parole, l'impulsivité ou l'inhibition... Nous effectuons si possible un examen du tonus et demandons de dessiner, sur une feuille qui illustrera leur dossier, une personne. Nous prenons soin d'évaluer leur rapport au toucher, en demandant si il est possible pour eux d'être touché, si cela peut être agréable, irritant, douloureux. Nous leur demandons également si ils ont ou ont eu des pratiques corporelles, des loisirs, des activités de détente... Enfin, nous proposons un dernier temps d'exploration d'une activité corporelle pour clôturer cette rencontre. Ce temps est assez bref, généralement pas plus de 15 minutes, pendant lesquelles nous proposons une approche de la conscience corporelle, de la relaxation ou une remise en mouvement.

e. Suite du suivi

Après cette première rencontre, nous proposons avec l'accord du patient un suivi en psychomotricité. Nous laissons aussi la possibilité de réfléchir si cela est nécessaire. Les premiers suivis ont commencé en binôme car nous ne disposons que d'une seule salle, et que nous pensions, d'une part qu'il était préférable que chacune puisse participer, d'autre part que commencer des prises en charge à deux nous rassurerait pour nos débuts en tant que stagiaire. Par la suite, nous expliquons généralement au moment de la prise d'un prochain rendez-vous que le suivi se continuera avec l'une de nous deux. Il nous semble important de pouvoir continuer séparément des suivis en individuel, pour que l'on puisse chacune se construire en tant que future thérapeute. Cela me semble aussi nécessaire pour certains patients qui sont difficiles à canaliser. Nous avons pu sentir qu'être deux thérapeutes pouvait parfois les disperser davantage et rendre difficile le maintien de nos axes thérapeutique. Avec certains patients nous décidons de continuer un suivi en binôme. C'est un choix fait consciemment, pour des patients qui nous semble difficiles à prendre en charge, notamment dans la relation duelle. Rester trois permet que l'une de nous puisse prendre la place du tiers, d'éviter les débordements de cadre lorsque l'une de nous est dépassée par la relation. Nous choisissons de continuer en binôme également pour les patients avec qui il s'est constitué une relation de

7 Annexe II

confiance avec chacune de nous deux, et où nous sentons que c'est en partie cette relation qui sert aussi de contenance et d'enveloppe, peut être peut on parler d'enveloppe groupale, étant déjà trois personnes. Nous maintenons donc un suivi à trois si cela permet au patient d'être sécurisé et de davantage s'autoriser l'exploration des propositions.

1. 2-Les patients et les indications

a. Les patients

L'unité accueille en consultation ou en HDJ seulement des adultes, hommes et femmes, âgés de minimum 18 ans, souffrant de douleurs chroniques. En tant que stagiaire, la plus jeune des patientes que j'ai rencontré a 24 ans, et la plus âgée en a 64. La tranche d'âge est très large. Il peut s'agir d'étudiants, de personnes actives ou bien retraitées. Ils sont parfois en invalidité du fait de leur douleur et la question de la précarité peut être sous-jacente pour une partie d'entre eux. Ils souffrent de douleurs chroniques dont l'étiologie peut être connue, floue ou encore indéterminée. La majorité des patients que j'ai rencontrés dans ce stage souffrent de douleurs neuropathiques (sclérose en plaques, névralgie, myélite, diabète, neuropathie des petites fibres...). D'autres sont victimes de douleurs inflammatoires (arthrites, algodystrophie...), et certains patients sont atteints de fibromyalgies, maladie qui rentre dans la catégories des douleurs dysfonctionnelles. Ils ont pour la plupart un long passé de suivi médical et paramédical et n'arrivent jamais en consultation douleur en première intention. Cela engendre parfois une certaine méfiance, un rejet, vis-à vis du corps médical qui ne leur a pas apporté de soulagement à ce jour. A l'inverse, certains voient en l'indication en unité douleur, leur issue de secours, qui va enfin leur apporter la solution tant attendue pour les soulager, celle qui va leur permettre de reprendre le travail, de réussir leurs études ou de récupérer leur autonomie... Nous rencontrons ainsi des patients avec des attentes très variables d'une personne à l'autre.

b. Les indications

La « distinction émotionnelle et physiologique de la douleur nous sensibilise à une approche globalisante, corporelle et émotionnelle où la psychomotricité tient toute sa place » (Louvel & Omrana, 2015, p.152).

En tant que discipline paramédicale, la psychomotricité s'exerce sous prescription médicale. Dans le cadre de mon stage, les prescriptions sont effectuées par les médecins de l'unité. Lorsqu'ils nous indiquent un patient, ils nous le décrivent à l'oral en précisant son parcours médical. Ils nous expliquent aussi en quoi la psychomotricité leur a semblé indiquée puis écoute notre point de vue sur l'indication. Il nous donnent ensuite un compte rendu écrit de la consultation médicale qu'ils ont eu avec celui-ci. Au cours du stage, les réunions et les moments informels où nous avons l'occasion de sensibiliser au rôle de la psychomotricité ont permis de faire varier les indications. La nature de celles-ci dépend également des médecins prescripteurs et de leur vision de la psychomotricité. J'évoque ici de façon non-exhaustive les quelques indications que nous avons pu recevoir.

- La psychomotricité peut être prescrite dans une perspective réadaptative, avec l'idée de proposer un travail corporel qui les aide à se ressaisir de leur corps, malgré leurs douleurs. L'objectif visé est l'accès à une meilleure autonomie dans la vie quotidienne. Les patients peuvent nous être indiqués dans une recherche de l'apaisement, même bref, avec des outils non médicamenteux de gestion de la douleur, accessibles et réutilisables par le patient.
- Dans une perspective thérapeutique, les patients nous sont parfois indiqués pour aborder par un travail corporel des conflits psychiques qui ne peuvent pour le moment pas être mis en mots. Cela peut viser à rendre accessible par la suite un suivi psychologique.
- Il arrive que les médecins nous indiquent un patient en ayant relevé la présence d'un trouble du schéma corporel ou de l'image du corps avec un investissement du corps dans l'espace particulier, ou une dévalorisation dans le discours. Des bizarreries de posture, un décalage entre les mouvements volontaires et involontaires sont également le motif de certaines indications. De même, la présence de fortes tensions musculaires liées ou non à leur pathologie peut être mentionnée. La présence d'allodynie démesurée, une hypersensibilité au tact ou la non-réponse aux traitements médicamenteux sans explications médicales identifiées, sont parfois des motifs de première rencontre en psychomotricité.

- L'indication peut également émaner de la demande du patient qui recherche une pratique corporelle adaptée à sa pathologie, qui permettrait une remise en mouvement progressive, ou bien des pratiques relaxantes qui l'aiderait à s'apaiser.

c. Le choix des médiations

L'outil de travail principal du psychomotricien est le corps. « Le psychomotricien travaille avec son corps, ses éprouvés ; les patients, avec leur corps et leurs éprouvés » (Louvel & Omrana, 2015, p.151). Pour canaliser, orienter et valoriser ces éprouvés, il s'appuie avant tout sur la relation « la présence de l'autre et de soi même traduit l'existence corporopsychique et évite l'écueil du clivage corps/esprit » (Scialom, 2015, p.4), mais aussi sur des techniques, des méthodes, des pratiques corporelles dont il a une certaine connaissance, qu'il nomme médiation. Elles permettent d'ouvrir à l'expression des vécus corporels. Dans le cadre de ce stage expérimental, le choix des médiations s'est fait en fonction de nos affinités avec la pratique de certaines médiations, telles que les différentes formes de relaxations enseignées dans notre institut de formation. La curiosité et les souhaits émis par les patients lors de nos premières rencontres de découvrir une pratique plus qu'une autre, leurs capacités locomotrices, attentionnelles et cognitives, l'intensité de leur douleurs, ainsi que leur affinités ou antécédents avec des pratiques corporelles ultérieures jouent également un rôle dans le choix de la médiation. Les contre-indications en fonction de certaines pathologies, les locaux, les modalités de prise en charge et le matériel disponible sont évidemment à prendre en compte. L'idée quel que soit le choix, est de proposer et partager des vécus corporels dans un cadre sécurisant pour aider à ce qu'ils se réapproprient leur corps, qu'ils l'habitent, qu'ils redécouvrent leurs capacités, se ressentent autrement que par la sensation douloureuse et retrouvent dans leur corps des appuis. Nous cherchons à remettre en mouvement le psychisme autant que le physique pour renouer, faire des liens, relancer une dynamique trop souvent figée par les conflits, par le clivage psyché-soma.

1. 3-Les médiations utilisées

Parmi les médiations utilisées au cours de ce stage, je propose de décrire, de façon non-exhaustive celles qui m'ont le plus souvent servi de base au cours des différents suivis en psychomotricité.

a. Technique de relaxation et de conscience corporelle

J'ai privilégié dans le cadre de ce stage expérimental les médiations corporelles avec lesquelles j'étais moi-même à l'aise et suffisamment formée. Les techniques de relaxation et de conscience corporelle qui occupent une grande place dans notre cursus m'ont semblé les plus facilement accessibles, bien que toujours à adapter en fonction des patients. Ces médiations m'ont servi de support pour tenter d'aborder un travail corporel, avec ces patients qui maintiennent leur corps à distance et n'ont parfois qu'un rapport de souffrance avec ce dernier. « il est toujours surprenant de constater à quel point ils « sont loin de leur corps », au point d'ignorer même qu'ils sont en tension » (Lesage, 2015, p.29). Les méthodes de relaxation et de gestion du stress peuvent aider à apaiser ces tensions qui s'ajoutent à leurs douleurs. Les techniques étant très diverses et variées, il convient d'utiliser, au mieux, celles qui correspondent aussi bien au thérapeute qui l'utilise qu'au relaxé. Lors de ce stage je me suis essentiellement appuyée sur des méthodes telles que la relaxation psychomotrice de Dupont ainsi que sur les mobilisations passives de la méthode Wintrebert. Chacune de ces méthodes ont été adaptées pour servir de support à des séances de psychomotricité auprès des patients, mais n'ont jamais été appliquées de façon purement protocolaire.

b. Conscience corporelle : Eutonie et Pleine Conscience

La conscience corporelle peut se définir pour B. Rotschild comme « la conscience subjective et précise des sensations corporelles résultant de stimuli en provenance de l'intérieur et de l'extérieur du corps ». Cette définition est intéressante car elle fait appel au caractère subjectif des sensations qui deviennent des perceptions, et souligne autant l'importance de l'intéroception (provenant des muscles, des viscères, des articulations) que de l'extéroception (provenant des sens).

Au cours du stage, je me suis appuyée plus particulièrement sur la formation en eutonie que j'ai reçue durant l'année scolaire. C'est une méthode de conscience corporelle mise au point par G. Alexander (1908-1994) qui souffrait elle-même de douleur chronique. L'eutonie est classée dans les approches somatiques selon le tome du *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. (Ealet-Memery, 2015). Cette technique vise à faire correspondre les représentations psychiques du corps avec le corps réel. Elle recherche la prise de conscience de son corps dans ses limites corporelles et dans son volume. Pour cela, l'eutonie aborde un travail sur la conscience et la qualité des appuis, avec une attention à la place du corps par rapport aux différents éléments dans l'espace environnant, la différenciation des mouvements internes et externes et celle des différents systèmes : os, muscles, peau. Elle peut se pratiquer allongée, assise, sur un support plus ou moins souple, sans contraintes ni de positions ni de tenue vestimentaire. Les différences de qualité des supports ainsi que les vêtements apportent des sensations qui servent de base au travail de conscience corporelle. Des mouvements amples, avec également un travail des flux de l'air, des repoussés, et des micro-mouvements qui constituent un travail de proprioception pointu, sont souvent réalisés en eutonie dans l'objectif d'apporter de nouvelles sensations. Les propositions sont amenées à travers des inductions verbales souples qui laissent la liberté au receveur de réaliser uniquement les mouvements qu'il souhaite, à son rythme, et d'ajuster à tout moment sa position. Des objets médiateurs tels que les bambous, les marrons ou les balles de tennis sont également utilisés pour apporter des sensations, des appuis, des matières sur lesquelles travailler les perceptions. L'un des buts principaux est d'acquérir, ou de retrouver, la capacité à moduler son tonus pour permettre de s'adapter en fonction des différentes situations de la vie quotidiennes. La régulation émotionnelle est de ce fait abordée par son lien étroit avec la régulation tonique. B. Lesage écrit au sujet de l'eutonie « le corps n'est ici ni objet ni instrument de conscience, c'est cet espace sensible conscient qui soutient un dialogue avec l'entourage ». (2015, p. 31)

La méditation pleine conscience ou *mindfulness* peut se décrire comme une pratique ou un état d'esprit qui consiste à observer, accueillir et diriger son attention, vers chaque sensation, telles qu'elles sont perçues dans le moment présent, sans jugement. Elle se pratique dans les activités simples de tous les jours telles que la marche, ou dans les transports en communs. Ayant été initiée à cette pratique au cours de ma formation, j'ai pu parfois proposer en stage une marche consciente comme entrée en matière dans une séance. Se focaliser sur des sensations qu'ils ressentent quotidiennement peut aider les patients souffrant de douleurs

chroniques à diriger volontairement leur attention vers des sensations qui sont moins douloureuses, et qui pourtant sont également présentes. En ce sens, le travail de la respiration, si il n'est pas source de douleur ou d'angoisse, a été récurrent dans toutes les séances que j'ai pu mener.

c. Toucher thérapeutique

Au cours de ce stage, j'ai également souvent eu recours à différentes techniques et approches de toucher thérapeutique en tant que médiation sensorielle.

Ce toucher est parfois réalisé avec des objets médiateurs tels que des ballons mous, des balles plus ou moins molles, ou des balles à picots. Ces différents objets apportent des sensations interprétées différemment chez chaque patient, et réafférentent chaque partie stimulée pour aller vers un ressenti du corps dans sa globalité.

Le toucher est également présent dans l'eutonie et est nommé « contact ». Il s'agit d'un toucher franc, où la personne qui reçoit le toucher autant que celui qui le donne, prête attention à la forme de la surface touchée, son volume, sa texture, et cherche à ressentir au delà de ce toucher les tensions éventuelles du donneur ou du receveur. C'est un sens réciproque, on ne peut toucher sans être touché.

J'ai également pris appui sur des techniques d'auto-massage orientales comme le *Do-In* qui est facilement réalisable par les patients. Ce sont des pratiques qui peuvent ensuite être répétées chez eux en autonomie si elles leur sont bénéfiques.

J'ai régulièrement utilisé le toucher thérapeutique dans les mobilisations passives en relaxation. Les étirements et manipulations provenant de méthodes telles que la relaxation coréenne peuvent aider à la détente et l'apaisement des tensions et permettent de mobiliser en douceur un corps qui n'a souvent reçu qu'un toucher médicalisé parfois source de douleur.

Certains patients sont très réfractaires au toucher. Il convient de respecter leur choix, et de l'amener avec précaution si cela semble indiquer, dans l'idée que le corps, le contact, la relation à l'autre, qui sont tous trois mis à mal dans la clinique de la douleur chronique, puissent être réinvestis positivement. L'objectif en apportant de nouvelles sensations reste de

permettre, dans un cadre sécurisant, le changement, le mouvement, pour sortir le patient d'un fonctionnement figé source de souffrance.

2. Prise en charge en psychomotricité

Les rencontres avec les patients au cours de ce stage, l'élaboration de leur prise en charge et l'évolution de leur suivi, m'a beaucoup aidée à me positionner en tant que future professionnelle et à faire face à des questionnements autour de la psychomotricité et de sa pratique, autour de son rôle et de sa place. Ces rencontres sont venues mettre du sens et tisser des liens avec ces trois années d'études, pour aller peu à peu vers la construction de mon identité professionnelle.

Je propose d'exposer le cas de Mme B qui a grandement participé à orienter ma réflexion vers l'étude de la douleur chronique. Son suivi fait partie de ceux qui m'ont guidée dans ce travail d'élaboration autour de la signification de la douleur et de son retentissement sur l'identité et la construction du sujet, en mettant en lumière des moyens de défense tel que le clivage psyché-soma..

2. 1-Présentation générale de Mme B

Mme B est une femme âgée de tout juste 39 ans quand je la rencontre. Elle est assez grande, de corpulence moyenne, les yeux bleus et le visage long. Elle peut sembler un peu plus jeune que son âge. Elle est très vive et expressive, tant dans ses mouvements, que dans ses paroles. Elle répond, pose des questions et agit presque simultanément. Elle apprécie les loisirs sportifs, notamment les sports à sensations, la nature, mais aussi les loisirs culturels et créatifs, les concerts punks, le tricot et la cuisine. Elle semble tenir à avoir une vie très active, qu'elle rythmait auparavant avec ses différentes activités. Elle travaillait comme assistante commerciale mais est actuellement en invalidité et ne fait plus d'activité physique. Elle ne peut plus conduire. Elle est pacsée et sans enfant, bien qu'elle en ait le désir et a fait plusieurs démarches de procréation médicalement assistée avec une première FIV en 2011. Elle est

actuellement de nouveau dans une démarche procréative. Au moment de notre rencontre, elle attend l'accord des médecins et de son psychiatre pour recommencer une FIV.

a. Antécédents familiaux

Mme B a été victime d'agressions physiques et sexuelles durant toute son enfance par son père. Il la frappait et lui a fait plusieurs attouchements. Elle a porté plainte à 16 ans. La relation maternelle est peu évoquée mais semble compliquée également. Son docteur de la douleur m'explique qu'elle a fait plusieurs malaises dans son cabinet tant il était difficile pour elle de devoir, suite à la consultation, aller rendre visite à sa mère hospitalisée. Elle n'a ni frère ni sœur. Mme B estime que son enfance est passée, complètement derrière elle, et que ça ne la concerne plus aujourd'hui.

b. Antécédents médicaux et suivis

Mme B a contracté un sarcome héli-thorax droit qui a été opéré en 2012 et traité par chimiothérapie. Depuis l'opération, elle souffre de douleurs neuropathiques. Elle a des douleurs en étai au niveau du thorax sous la poitrine et dans le dos au niveau de l'épaule et de la scapula droite avec des sensations de brûlure. Elle est suivie depuis décembre 2017 en unité douleur et a bénéficié de l'implantation d'une stimulation médullaire en février 2018. La stimulation médullaire a été difficile à régler mais a permis de diminuer la douleur, notamment au niveau dorsal. Elle bénéficie d'une pose de patch à la capsaïcine environ une fois tous les trois mois, sur la zone de l'opération, ce qui la soulage bien. Elle a également des douleurs dans le bras gauche au départ puis rapidement et plus intensément dans le bras droit et l'épaule droite. Par période de crise elle a des sensations de froid douloureux, de brûlure et des décharges électriques. Elle perd la sensibilité et le contrôle moteur de son bras droit et de sa main droite qui s'alourdissent et ne répondent plus à la commande motrice. Ces douleurs-là ne sont ni soulagées par la stimulation médullaire ni par le patch qui agit localement. Néanmoins le patch permet généralement d'espacer les crises. Une névralgie cervico-brachiale est diagnostiquée en octobre 2018.

Mme B est suivie par une psychiatre extérieure à l'unité douleur qui a posé le diagnostic de haut potentiel intellectuel. Elle bénéficie de séances avec un kinésithérapeute

deux fois par semaine et a effectué un stage d'une semaine en centre de rééducation après son opération.

c. Profil psychomoteur de Mme B

Mes observations lors des premières rencontres avec Mme B, ses réponses au questionnaire⁸, quelques propositions de conscience corporelle, et son dessin d'une personne, m'ont aidée à relever quelques éléments essentiels pour me guider dans sa prise en charge. Elle présente une grande impulsivité motrice et verbale. Elle effectue des gestes rapides, brusques même si ceux-ci lui sont très douloureux. Les consignes verbales sont réalisées immédiatement parfois même avant la fin de leur énonciation, de même pour la réponse aux questions. Cette impulsivité s'accompagne d'une logorrhée importante avec une instabilité qui se retrouve dans le timbre et le volume de sa voix qui varient très rapidement. La prosodie est également irrégulière. Une labilité émotionnelle est présente, avec une difficulté à gérer ses émotions et des passages du rire aux larmes. Cette instabilité se remarque aussi par des irrégularités toniques, Mme B est parfois dans une sorte d'effondrement tonique quelques secondes, avec un ballant des bras marqués et une posture en enroulement, puis réalise des mouvements très toniques qui recrutent tout son axe, engendre un redressement et des syncinésies faciales. Étant donné ses douleurs à la mobilisation de son bras et de son épaule droite, l'examen du tonus n'a pas été réalisé complètement, bien que des palpations aient pu se faire. Elle est à ce moment-là dans un hyper-contrôle me montrant ses capacités de relâchement et de contraction à son maximum, sans tenir compte des douleurs que celles-ci peuvent engendrer. Les discordances que je note au niveau tonique se retrouvent parfois dans son discours avec la présence d'incohérence. Mme B semble parfois répondre ce que l'on attend, comme si elle cherchait la bonne réponse, ce qui entraîne des contradictions. Quant à son rapport au corps, Mme B a une très bonne connaissance de son corps d'un point de vue anatomique et scientifique. Elle en parle comme d'une machine, qu'elle personnifie et qui se doit de fonctionner. Son discours est très intellectuel avec un vocabulaire scientifique pointu, elle n'utilise pas les pronoms pronominaux quand elle parle de son corps ou d'une partie « *le bras* », « *lui* ». Le corps fonctionnel prédomine et peu d'éléments du corps affectif apparaissent bien que Mme B indique ne pas être satisfaite de son corps, cela semble être là

8 Annexe III

aussi sur un versant fonctionnel. « *tant qu'il fonctionne c'est tout ce que je lui demande* »⁹. Son dessin d'une personne est d'ailleurs très rudimentaire, c'est un bonhomme bâton avec une tête ronde surdimensionnée, deux cercles vides pour les yeux et un trait en guise de bouche. Un certain clivage du corps affectif, complètement mis à distance, se dessine ainsi dès les premières rencontres avec Mme B

d. Objectifs de prise en charge et moyens

Suite à ces observations, mes objectifs de prise en charge sont principalement de trouver des moyens pour l'aider à réduire son impulsivité qui peut causer la recrudescence de ses douleurs. Il me semble important d'essayer également de lui permettre d'accéder au lâcher prise, sortir de l'hyper-contrôle dans lequel elle est, pour se poser et peut-être accéder à des vécus corporels agréables. L'accompagner dans la gestion et l'expression de ses émotions semble aussi nécessaire. Mme B semble avoir des difficultés à extérioriser ses émotions, la détente ne semble pas complètement accessible sans ce travail en amont. En englobant tout ses objectifs, il me semble qu'il s'agit avant tout de travailler sur son investissement corporel, en lien avec sa personnalité, son histoire de vie et sa souffrance actuelle.

Je décide donc de voir Mme B une fois par semaine, en individuelle pendant une heure. Caroline est également présente pour ce suivi qui est l'un de nos premiers. Il est décidé qu'il sera continué seulement avec moi quand nous accéderons à plus de salles disponibles. Les médiations utilisées sont principalement des techniques de conscience corporelle et de relaxation grâce à des outils d'eutonnie, de toucher médiatisé et non-médiatisé, ainsi que des propositions d'expressions corporelles. Ces médiations visent à la recentrer sur ses sensations et son vécu corporel présent, pour l'aider à réinvestir son corps sur d'autres modalités, et tenter de lui apporter une sécurité interne et des appuis solides.

⁹ Pour plus de clarté, les paroles de Mme B apparaissent entre guillemet et en italique dans le texte.

2. 2-Le déroulement de la prise en charge

a. L'accroche et la demande de prise en charge

La première rencontre avec Mme B a lieu lors d'une pose de patch de capsaïcine. Nous la rencontrons dans un premier temps pour l'accompagner pendant ce soin douloureux. Sa vision très concrète de la psychomotricité m'interpelle. Il s'agit de « *remettre des connexions neuronales en place pour, par exemple, réapprendre à se servir de son bras* ».

C'est à la fin du soin et d'un long entretien que la demande d'un suivi émerge. En m'ajustant à son rythme soutenu de conversation, je lui demande de me décrire quelles sont les parties de son corps en appui, comme pour décrire le moulage qu'elle ferait sur le lit. Elle réalise un inventaire très détaillé, presque parfait, mais ne mentionne pas ses bras. Je lui pose alors la question et elle s'exclame « *j'ai oublié mes bras ! Je n'ai plus conscience de mes bras* ». Elle fait référence à nos échanges, qui ont eu lieu quelques minutes plus tôt au sujet de la conscience corporelle et sa mise à mal face à ses douleurs.

Elle souhaite alors nous revoir et commencer un suivi. Cette courte proposition semble avoir eu l'effet d'une prise de conscience de ses difficultés. La prise en charge psychomotrice est discutée avec le docteur qui la suit et pense que c'est une très bonne indication, du fait notamment de ses antécédents de maltraitance et d'abus sexuels.

b. Le premier rendez-vous : bilan et premières propositions le 24.10.2018

A la fin du bilan, je lui propose un exercice d'eutonnie. J'initie un travail sur les appuis et le volume du corps. Mme B verbalise tous ses ressentis et ne ferme pas les yeux. Elle reste allongée, le bras gauche plié, la main gauche sur le front, et les deux jambes fléchies. Lorsque je l'invite à prêter attention aux différentes parties de son corps, elle a besoin de toucher son épaule et son bras douloureux. Ce toucher impulsif accentue sa douleur. Cette pratique corporelle est l'occasion d'évoquer, au vu de son comportement, la question de l'anxiété et de l'impulsivité. Elle me répond alors ne pas savoir comment elle est quand elle est anxieuse et ne pas ressentir d'anxiété dans son corps. Elle me questionne sur le lien entre les stimuli sensoriels externes, le bruit et la lumière, et la recrudescence de ses douleurs. J'é mets l'hypothèse d'un recrutement tonique ou d'une hypersensibilité. Elle se demande d'où ça vient

et me parle alors de son passé, de son père qui la violentait et qui lui a fait des attouchements « *il m'a pas violée, mais...* ». Elle explique qu'elle devait tout faire le plus rapidement possible pour ne pas être frappée. Elle était tout le temps en alerte. Elle semble faire des liens d'elle-même mais rechercher une confirmation. Je lui réponds que son impulsivité et son incapacité à se poser étaient des comportements adaptés à la situation qu'elle vivait. Aujourd'hui, cela semble s'être inscrit dans son fonctionnement. Elle se trouve trop active, bien qu'elle l'était beaucoup plus auparavant, son mari lui dit d'ailleurs qu'elle se « *mémérise* ».

Je termine cette rencontre en lui proposant de réfléchir à comment se lever, mais elle se lève instantanément en commentant « *comme ça, comme ça, puis comme ça* ». Elle a appris cette technique en stage de rééducation.

c. Poser ses intentions : deuxième rendez-vous le 14.11.2018

Pendant cette séance, nous lui faisons part de nos observations et de nos intentions de prise en charge. Elle a besoin d'explications et demande à comprendre nos objectifs thérapeutiques. Quand on lui parle de l'idée d'habiter son corps, elle réfléchit puis déclare « *je vois ce que vous voulez dire mais c'est quelque chose d'étranger pour moi* », ajoutant ensuite « *je me protège* ». Elle alterne un discours du corps très fonctionnel avec un corps personnifié : « *il n'y est pour rien lui* », « *il me faut le mode d'emploi* », « *savoir éteindre la machine* ». Elle tient à souligner que son corps lui apporte aussi du plaisir, que « *les rapports sexuels c'est génial* ». Elle nous dit en parlant de son corps « *mais je l'aime, je l'aime lui !* ». Et explique que parfois « *c'est comme si il me disait lève le pied, si tu ne le fais pas je vais pas te louper !* ».

Nous proposons un temps de conscience corporelle sur le tapis avec du toucher médiatisé (ballon mou) puis non-médiatisé. J'effectue un toucher contenant au niveau de chaque articulation des membres inférieurs et lui propose de les mobiliser ensuite. Elle recherche systématiquement l'amplitude maximale au niveau des mouvements, j'essaie de lui en suggérer de plus petits. Cela lui est possible avec l'accompagnement de mon toucher. Elle précise que « *ça lui fait un retour* ». Le toucher contenant au niveau des appuis de son bassin semble la détendre. Elle se pose davantage, prend une grande inspiration et pousse un soupir. Elle est moins logorrhéique que d'habitude et des temps de silence sont possibles.

Pendant le temps de verbalisation, elle répond aux questions sur un changement éventuel de son état général, en m'indiquant des changements de position du bassin. Mme B est très attentive à ses sensations proprioceptives et s'attache à les décrire précisément dans un souci de performance. Cependant, quand je lui demande si elle se sent plus détendue, elle répond : « *Oui, psychiquement vous voulez dire ?* ». Je lui fais remarquer que « l'état général » comprenait son corps autant que son état psychique. Elle reste alors silencieuse, et semble prendre conscience du clivage qu'elle réalise...

d. Prise de conscience : troisième rendez-vous le 21.11.2018

Cette séance dure un peu plus longtemps et donne lieu à plusieurs questionnements et prises de conscience de Mme B

En arrivant, Mme B nous décrit un relâchement musculaire agréable qu'elle relie aussi à un changement de traitement, incluant du magnésium en citrate avec de la taurine. Elle nous fait part de ses attentes qui ont évolué « *bon la récupération du bras, c'est bon j'ai pigé* ». Elle place son ambition dans la marche et un marathon de 20 km qu'elle souhaite faire l'année prochaine. Elle souligne qu'elle a conscience d'être toujours dans la performance mais qu'elle ne sait pas faire autrement. « *Je crois que j'ai trop coupé mon cerveau à mes sensations corporelles. Ça m'a aidée mais maintenant je veux les retrouver* ». Elle souhaite que cela se fasse sans douleur parce qu'elle ne veut pas « *avoir fait tout ce boulot pour rien* ».

Pendant le temps de conscience corporelle au tapis où nous proposons un toucher médiatisé. Elle remarque immédiatement « *vous faites des enveloppements avec les ballons! J'adore!* ». Le passage sur le bassin est très agréable pour elle. En fin de séance elle expliquera « *ça enveloppe, ça fait du bien, ça fait du bien parce que ça protège. On se sent protégé, c'est un toucher doux* ». En revanche les sensations au niveau de son épaule droite restent désagréables et provoquent un froid douloureux. Elle nous révèle que c'est difficile pour elle de ne pas comprendre ses sensations. Elle a l'habitude de passer « *par comment ça marche, sans passer par les ressentis.* » « *Ça m'a toujours plus réussi* ». « *Je suis bonne en théorie mais moins en pratique. Un peu comme un montage IKEA, je ne sais plus m'en servir de ce truc-là, j'essaie de comprendre comment ça se monte* ».

Pour travailler cela, je lui propose d'essayer d'effectuer des micro-mouvements dont il est difficile de contrôler la commande motrice, mais que l'on peut ressentir. Je commence par lui proposer de « faire de la place dans ses chevilles » ce qu'elle ne comprend pas. Je réalise alors la manipulation d'eutonnie qui y correspond. Elle sent très bien le micro-étirement qu'elle n'a pas réussi à faire d'elle-même. Nous l'aidons par la manipulation à effectuer dans cette même idée des micro-mouvements au niveau des genoux, puis des hanches. Je lui fais remarquer qu'elle a d'abord ressenti des mouvements dans son corps, avant d'essayer de les faire. Elle n'est pas passée par l'intellectualisation mais par la sensation, ce qui est l'inverse de ce qu'elle fait d'habitude.

En fin de séance, elle revient à nouveau sur ses difficultés quotidiennes et est prise d'un fou rire. Je la questionne sur ce qu'exprime ce rire. Elle révèle se sentir « *mieux, plus détendue* », elle a « *lâché quelque chose*. ». Je lui demande ce dont il s'agit et elle me répond « *de la colère* ». Il s'en suit une discussion autour de l'expression de ses émotions qu'elle ne peut plus extérioriser par les activités sportives. Je lui explique qu'on ne peut pas lui demander d'être dans la détente si elle a besoin d'exprimer de la colère, qu'elle ne peut pas être dans le relâchement musculaire si ce n'est pas en accord avec son état émotionnel. Elle explique avoir peur de l'infliger à son entourage, et « *surtout pas en criant parce que crier c'est comme mon père* ». Je propose alors de souffler toute cette colère sans forcément crier. Elle le fait et semble se saisir de l'idée. Mme B déclare être perdue avec l'expression de ses émotions et ne pas savoir comment faire. Elle dit ne pas les ressentir avec son corps et ne pas avoir pu apprendre à le faire. Elle précise qu'elle n'a connu que la colère et n'arrive pas à exprimer la sienne. Nous lui proposons donc de travailler là-dessus la prochaine fois

En fin de séance elle nous confie que notre suivi lui apporte beaucoup. Elle précise « *les exercices sur le tapis, les astuces de relaxation sophrologie... J'ai l'impression que j'apprends à me détendre* ».

e. La séance sur les émotions : le 5.12. 2018

Cette séance est marquée par la diminution de ses douleurs qu'elle explique par l'efficacité du citrate de magnésium. C'est une séance connotée par de nombreuses récurrences à la féminité et à la maternité, dans un discours ambivalent. Elle est contente de nous dire

qu'elle s'est fait un brushing, nous parle de son mari et nous annonce le début de son traitement pour la FIV. Très positive et enjouée., elle s'exclame « *vous voulez que je vous montre un truc incroyable !* » puis se lève, soulève son T-shirt et nous montre sa brassière. Elle n'en portait plus à cause de l'hypersensibilité de cette zone, mais cela l'aide pour son dos « *ce n'est pas pour le côté esthétique, ça je m'en fou* ».

Elle déclare qu'elle réutilise beaucoup l'idée de souffler pour évacuer une forte émotion et qu'elle essaie de faire des micro-mouvements. Elle semble vouloir nous montrer qu'elle a pris du recul « *j'en demandais beaucoup trop à mon bras,* » en insistant sur le déterminant « mon ». Elle reprend « *je m'étais coupée de mon bras pour me protéger* » et qu'elle essaie de se « *réconcilier* » avec ce dernier. Les micro-mouvements l'y aident.

La séance est autour du mime d'émotion en effectuant des postures. Nous réalisons ensuite des scénettes où chacun choisit une émotion qui caractérise son personnage dans un contexte prédéfini. Pendant cette séance, Mme B manifeste des difficultés à exprimer une autre émotion que la joie. Elle n'incarne pas les émotions avec des postures mais se saisit d'expressions faciales. Pendant les scénettes, Mme B se calque sur l'émotion choisie par son interlocuteur, mais ne peut nous dire quelle était son émotion à elle. Pendant le temps de verbalisation, elle questionne sur la possibilité d'être très triste et de s'efforcer de ne pas le laisser paraître. Elle reconnaît que ce conflit entre ce qu'elle essaie d'exprimer et son état réel la rend inconfortable. Elle explique être trop empathique, en souffrir, et ne pas vouloir transmettre ses émotions aux autres. Elle évoque la période de son cancer durant laquelle cette empathie était amplifiée et la tristesse extérieure l'atteignait trop. Quand elle est prise par une émotion très forte, sa solution est de faire une activité, « *il faut que ça bouge* ». On reparle alors de la respiration qui peut aider et constitue un mouvement permanent, une circulation, qu'elle peut contrôler. Elle confirme utiliser beaucoup le souffle depuis notre dernière séance.

À la conclusion de cette séance Mme B semble rester perplexe quant à l'idée d'exprimer ses émotions et nous redemande si l'on pense cela nécessaire.

f. La « coupure » : janvier, février 2019

La suite de la prise en charge de Mme B est marquée par une longue période sans rendez-vous. Elle est particulièrement fatiguée et indisposée par le traitement de la FIV et ne

peut se rendre au autres rendez-vous de décembre. Nous la rencontrons tout de même rapidement entre deux rendez-vous le 18 décembre, le jour de la pose de patch de capsaïcine. Nous lui indiquons que le suivi reprendra en fonction de son état, en janvier, et que celui ci sera continué uniquement avec moi. Début janvier, dans le contexte des manifestations, elle est victime d'une agression par tir de flash-ball alors qu'elle était dans un groupe de touristes. Cette agression la laisse en état de choc, et ravive ses douleurs dans le dos, l'épaule et le bras, du fait de l'impact et de la course effrénée qu'elle a dû mener pour se dégager des tirs. Ses antécédents de trouble panique la rattrape, et son psychiatre lui diagnostique une agoraphobie. Mme B m'informe de son état de santé par téléphone, mais la reprise du suivi ne peut se faire. Un premier transfert d'embryon a lieu mais échoue. Fin janvier, elle m'informe de l'évolution positive de son état et a l'autorisation de sa psychiatre pour reprendre de nouveau les transports. Nous reprenons rendez-vous pour le 13 février.

Le suivi de Mme B est ensuite ponctué d'annulation du fait des périodes d'échographie puis de transferts d'embryons qui s'enchaînent. Mme B réalise trois transferts de fin décembre à mi-mars qui échouent. La disponibilité des locaux évolue et la reprise se fait dans une salle de consultation de médecin. Les séances suivantes se poursuivent dans les salles de consultation du bâtiment de balnéothérapie. C'est donc une période, de discontinuité autant temporelle que spatiale. C'est aussi à ce moment que je commence à recevoir Mme B sans Caroline. Cette période est également marquée par des changements de traitement récurrent et la recrudescence de ses douleurs. Mme B reprend par moment de l'alprazolam, un anxiolytique de la famille des benzodiazépines, qui, selon ses dires, l'aide pour les douleurs, mais la « *shoote* ». Elle supporte très mal ce ralentissement tant moteur que psychique et ne se sent pas elle-même. Son agression apparaît au centre des séances suivantes, elle en parle beaucoup et me tient au courant de l'avancée de sa démarche de plainte. Elle n'évoque que rarement les différentes FIV, expliquant « *ça marche tant mieux, ça marche pas tant pis, je sais que la science ne fait pas de miracle* ». Elle reste très détachée quant à son vécu émotionnel de chaque transfert.

g. Les séances de février, le 13 et le 27 : la douleur au premier plan

La première séance de reprise est marquée par le dynamisme et l'instabilité psychomotrice de Mme B qui investit, tel un ouragan, les espaces des nouvelles salles

pourtant inconnues, sans vraiment se poser, passant du tapis à la chaise ou à la table de consultation. Mme B est pourtant très douloureuse et très fatiguée. Je retrouve ainsi l'attitude quelle pouvait avoir lors des premiers rendez-vous. Elle essaie de continuer la marche, mais même cela lui est douloureux. Elle a retenu de nos précédentes séances « *le bras gauche, je fais tout avec et c'est beaucoup mieux, le bras droit c'est pas ça du tout.* », « *le souffle, je souffle d'abord, et après j'inspire, c'est comme ça que je respire en ce moment* », et « *les micro-mouvement, j'en fais à petite doses* ». Elle ne me cite que des éléments très concrets.

Des propositions d'eutonie sont réalisées. Mme B verbalise très précisément ses ressentis, identifiant chaque zone de tension, chaque appui, les différences de température, la qualité et l'épaisseur des matières, les différentes formes des parties de son corps. Ses verbalisations restent sur un versant très anatomique « *je sens la crête de l'omoplate qui s'enfonce* ». Elle m'explique qu'elle « *visualise comme un film dans sa tête* », pour l'aider à suivre l'avancée de la proposition corporelle. « *je visualise l'os, les muscles qui s'y insèrent et les nerfs qui passent entre* ».

Les propositions de toucher contenant que je réalise en fin de séance permettent de la poser un peu, et ce sont dans ces moments-là que Mme B ferme les yeux et ne parle plus. Elle revient toujours sur ce qu'elle appelle « *les enveloppements* » et le toucher au niveau du bassin qui lui « *font beaucoup de bien* ». Elle cherche à comprendre pourquoi. Je lui explique qu'insister sur les appuis du bassin peut être rassurant, ce sont des appuis, un support solide. Mme B s'exclame alors « *mais je n'ai pas peur !* ». Cette question autour du fait qu'elle n'est pas anxieuse et n'a pas peur revient beaucoup dans les séances suivantes.

Pendant la séance du 27 février Mme B est extrêmement douloureuse. Elle ne peut qu'être assise et des contractures douloureuses et soudaines la surprennent. Elle en rit « *c'est Tourette !* » en désignant son épaule douloureuse, en référence au syndrome de Gilles de la Tourette. Les propositions sont difficiles à entreprendre tant elle est inconfortable, même un travail autour de la respiration ravive ses douleurs. Je lui propose finalement un auto-massage du pied à une main, qui lui apporte des sensations agréables et ré-équilibre les différences de sensations entre son pied gauche et droit. Elle fait le parallèle avec la marche qui lui procure aussi du bien-être. Elle tient à insister sur le fait qu'elle n'a pas que des sensations désagréables et qu'elle n'a pas tout le temps des douleurs. « *Je vais très bien, j'ai mal mais je m'en fou* ». Cette séance est emprunt d'un discours très ambivalent. Mme B essaie de

rationaliser. Elle semble au plus mal, et s'attelle à m'expliquer le contraire. Elle finit par dire en fin de séance « *je sais que je me suis déconnectée de mon côté droit mais c'est mieux comme ça* ».

h. Mars et avril : le 20.03. et le 10.04.2019

Mme B a bénéficié d'une pose de patch à la capsaïcine le 13 mars, ce qui l'a soulagée. Cela se confirme par un changement radical dans son comportement. Elle reste très dynamique, mais sa voix est plus posée et régulière. Elle n'a plus de contracture et est très satisfaite d'avoir arrêté l'alprazolam. Elle a pu reprendre la marche et réalise maintenant un auto-massage du pied avant celle-ci. Elle se sent en pleine forme et souhaite une séance qui lui permettrait de se poser car elle a conscience de ses difficultés à limiter son activité dans ces moments-là.

Je lui propose de s'allonger et de fermer les yeux si cela lui est possible, afin de se couper du canal visuel qu'elle utilise beaucoup. Je réalise une séance de relaxation complète sur les bases de l'eutonnie avec une attention portée à son corps et à chaque élément autour d'elle dans l'espace de la salle, aux bruits et sons dans la salle et à l'extérieur, aux sensations tactiles des pieds jusqu'à la tête... Je termine par l'attention à sa respiration et la visualisation interne et externe de ses mouvements. Elle prend conscience des différences de sensations entre ses deux hémithorax. Elle ne sent pas son poumon droit, ni en interne ni en externe, « *ça fait comme un vide de sensations* ». Je lui propose de mettre sa main gauche dessus pour sentir bouger son ventre et ses côtes. Je termine par un temps de toucher médiatisé avec les ballons.

Mme B reste silencieuse presque toute la séance. Pendant le temps de verbalisation, elle déclare que « *c'est crevant de rester concentrée* ». Elle m'explique qu'elle n'arrive pas à attribuer de couleur ou d'image aux différentes parties de son corps, c'est impossible pour elle. Je lui demande alors si elle peut mettre des mots. Elle s'exclame « *douceur, flexibilité, enveloppement, irradiations, contraste, souplesse, température, unité, apaisement, détente...* ». Pour son bras droit, c'est difficile de décrire. « *C'est irritant en même temps c'est presque agréable, en même temps c'est presque douloureux* ». Elle évoque aussi une sensation d'oppression au niveau thoracique mais tient à me préciser « *je n'ai pas d'angoisse !* »

La séance suivante Mme B est encore moins douloureuse, « le nouveau réglage du neurostimulateur fait des merveilles ! ». Elle me parle de son suivi avec sa psychiatre, qui est pour elle une formalité. Elle déclare se gérer très bien toute seule avec l'alprazolam et « *comme je suis HPI, je m'auto-psychanalyse. J'ai toujours fait ça en fait* ». Elle ne comprend pas pourquoi son docteur de la douleur s'inquiète pour son « *syndrome anxio-dépressif* ». *Je vais très bien* ». J'évoque l'importance d'avoir une écoute et de pouvoir déposer ses pensées en parole.

Je la questionne sur le dernier transfert d'embryon, il n'a pas eu lieu, celui-ci n'a pas survécu. Elle fait une pause dans cette démarche, car il faudra recommencer entièrement la simulation ovarienne.

Elle souhaite une séance plutôt dynamique. Je lui propose un travail debout, autour des appuis plantaires et du mouvement spiralé. Mme B réalise qu'elle n'ose pas s'appuyer sur sa jambe droite et que le manque de sensation qu'elle décrit est peut être aussi un manque d'appuis. La proposition autour de mouvements spiralés consiste à réaliser de légères oscillations qui tournent dans un sens. Elles partent du pied et remontent petit à petit jusqu'à la tête. L'idée est de remarquer les parties où la spirale est plus aisée et celles qui, au contraire coïncent. Elle pose beaucoup de question et est très intéressée par la spirale et l'idée que c'est une forme récurrente dans le mouvement, le corps et la nature. La proposition se continue assise, Mme B commençant à se sentir douloureuse debout. L'enroulement du bassin, lui « *fait du bien ça détend* ». Je note que les positions avec le bassin enroulé la détendent généralement. Elle me répond qu'elle n'avait pas remarqué que c'était de l'enroulement.

Elle nomme en continu les parties où la spirale bloque, (hémicolonne droite, et cuisse droite). Arrivée jusqu'au niveau de la tête, je propose de visualiser la suite du mouvement au-delà, puis de faire redescendre cette spirale en reprenant le même trajet jusqu'au pied. Mme B m'explique qu'elle n'arrive pas à la visualiser au-delà « *ça veut pas sortir !* »

A la fin, pendant le temps de toucher contenant que je réalise, elle verbalise toujours les mêmes sensations et s'excuse de me poser beaucoup de questions « *c'est pas de l'anxiété mais j'ai besoin de comprendre, c'est comme ça* ».

3. Discussion de la prise en charge

3. 1-Construction identitaire de Mme B et place de la douleur

a. Un environnement défaillant

Parmi les piliers de la construction identitaire nous avons pu développer l'importance d'un maternage suffisamment bon, d'un entourage porteur et sécurisant qui permet l'intégration de nouvelles expériences.

A travers le discours de Mme B et ses antécédents connus, on remarque des défaillances de cet environnement qui semblent être nombreuses et avoir impacté son identité aujourd'hui. La présence d'un père violent revient plusieurs fois dans son discours et laisse supposer une dynamique familiale complexe au sein de laquelle elle a malgré tout eu à se développer. L'insécurité prédominait au dépit de la sécurité affective qui est pourtant primordiale. Une carence affective se dessine clairement, notamment dans ses difficultés à reconnaître ses propres émotions, alors qu'elle absorbe celles des autres sans pouvoir identifier les siennes. Comme l'explique, S. Robert-Ouvray « la violence colle les corps, nie la relation, aliène les sujets » (1998, p.179). La violence n'est pas une relation, elle est toujours « a-relationnelle ». L'enfant ne peut pourtant se construire et acquérir son autonomie psychique que dans la relation. Cela renvoie au processus d'individuation qui découle des interactions précoces. On peut supposer dans cet environnement que la fonction alpha de Bion n'a pas toujours pu être mise en place et a laissé place à un manque d'interprétation des événements, notamment des excès de colère de son père. Mme B. présente elle-même de grandes difficultés à exprimer sa colère. Elle est également incapable de la ressentir dans son corps. Ses antécédents d'abus sexuels, qui suivent et s'ajoutent à l'abus de pouvoir déjà présent ont pu aggraver cette difficulté à se différencier. Lors des abus, la victime est dépossédée de son corps sur lequel l'agresseur exerce toute son emprise. L'abus floute ainsi les limites du soi et du non-soi.

Les différentes expériences qui ont mené Mme B à se développer ont dû, pour au moins une partie d'entre elles, se faire dans un climat insécure, où tout doit être fait rapidement et où tout est fait sous tensions. Ces mêmes tensions qui servent de carapace

tonique, de seconde peau musculaire, qui protège et pallie à une carence du dialogue tonique dans le maternage. Mme B est dans l'impossibilité de nuancer son tonus. Elle se présente soit complètement hypotonique, soit dans une hypertonique globale. Or les expériences sont intégrées par le biais de la régulation tonique. Elles construisent l'individu tout autant qu'elles représentent ses propres initiatives et l'engagent peu à peu dans son autonomie. « La pensée du parent imposée par force engage l'enfant à adhérer aux données externes sans tenir compte de ses expériences internes ». (Robert-Ouvray, 1998, p. 177) On entrevoit alors l'impact de la violence parentale qui a rythmé l'enfance de Mme B, sur son identité personnelle et sa façon d'être au monde. Encore aujourd'hui Mme B a des difficultés à moduler son rythme, et ses actions. Elle est dans la décharge tonique à chaque geste, qui est exécuté en tension et rapidement. Se poser, ou tout simplement réaliser des gestes plus lents est difficile pour elle.

L'environnement dans lequel s'est construite Mme B apparaît marqué par la violence prépondérante, et carencé en sécurité affective. Les conditions pour l'installation d'un sentiment continu d'exister ne semblent pas optimales. Au contraire les atteintes à ce sentiment sous forme de mise en danger de sa personne sont récurrentes. Cela m'amène à reconnaître les aspects traumatiques de l'enfance de Mme B.

b. Traumatisme et douleur

La violence qu'elle a subi, revient à mainte reprise dans son discours. Elle l'évoque, se questionne à son sujet et dénie, tout en la nommant plusieurs fois, l'angoisse qui y est attachée. Cette violence traumatique marque aujourd'hui sa façon d'être en relation. Elle évoque de nombreuses difficultés tant à s'exprimer et à être comprise, qu'à maintenir et oser des relations. Elle redoute et craint autant sa propre colère que celle des autres. Là encore, la frontière entre le soi et le non-soi est floue. Elle ne différencie pas sa crainte des autres de sa crainte d'elle-même. S. Robert-Ouvray illustre bien ces difficultés liées au traumatisme.

« L'angoisse traumatique est l'affect de l'impossible, non pas l'impossible de donner un sens à une stimulation quelconque, mais l'impossible de donner un sens à une relation. Le trauma chez l'enfant est une sur-stimulation qui met en jeu la relation à autrui, le lien interhumain qui lui permet de se construire. » (1998, p 175)

Cette sur-stimulation dont elle a été victime au moment de sa construction identitaire, colore aujourd'hui son fonctionnement et entrave sa vie quotidienne. Mme B a une hypersensibilité visuelle et auditive qui la contraint parfois à porter des lunettes de soleil même en intérieur et à éviter les environnements bruyants. Elle présente ainsi des difficultés avec les foules et ne peut se rendre seule dans certains lieux. Elle est sujette à des attaques de panique et souffre d'une agoraphobie. Ces attaques de panique viennent souligner la fragilité de son sentiment de continuité d'existence, l'angoisse derrière les crises de panique étant une angoisse de mort. On remarque ici à quel point l'angoisse traumatique remet en jeu l'existence même du sujet.

A ce contexte d'enfance traumatique s'ajoutent et se mêlent les douleurs de Mme B. Ses douleurs neuropathiques font suite à son cancer (sarcome au niveau de l'hémithorax droit), autre événement traumatique qui a également fragilisé sa sécurité interne. La survenue d'un cancer dans ce contexte-là peut soulever d'autres questions de symbolisation et de somatisation qui ne peuvent faire l'objet d'une étude approfondie dans ce mémoire.

En revanche, la place que tiennent ses douleurs aujourd'hui est évoquée. Elles se superposent à ses difficultés déjà présentes. La lumière et le bruit majorent ses douleurs. Ses douleurs majorent son agoraphobie. Il est impossible de les délier. Le lien avec sa construction identitaire fragile et les impacts de celles-ci sur son tempérament et son impulsivité, apparaissent aussi forts que le lien avec la survenue des douleurs et leur installation. Par l'impossibilité à modérer ses actions, ses gestes et ses tensions, impossibilité qu'elle tient d'une carence en nuance dans son maternage, Mme B ne peut réduire ses douleurs et en cause le maintient voire la recrudescence. On peut également remarquer que lorsque Mme B est moins douloureuse, voire presque complètement soulagée, elle reprend des activités potentiellement dangereuses qui ravivent des angoisses, s'expose de nouveau à la foule et la recrudescence d'attaques de panique survient. La douleur peut alors sembler participer à son sentiment continue d'exister en tant qu'être douleur. Mme B aurait-elle besoin de se sentir exister par la douleur, qui d'une certaine façon la rassure ?

c. Le bourreau et la douleur

En approfondissant ce point de vue, on peut ainsi y voir une identification à la douleur. La douleur serait finalement investie comme mauvais objet. Cet objet est nécessaire au maintien de son sentiment d'être sujet. Mme B peut dans ce contexte de carence affective avoir manqué d'une figure d'attachement. Or, il vaut toujours mieux avoir un objet que ne pas en avoir. L'absence de l'objet est pire que tout. On en introjecte donc un mauvais si c'est ça ou rien.

Pour Mme B, la douleur apparaît fortement reliée à son père, au bourreau de son enfance. On peut entendre dans son discours qu'elle fait référence à lui en parlant de ses douleurs, parfois même en parlant de son corps. Ce qui pourrait être une forme d'identification à la figure paternelle. Il est parfois difficile de distinguer si Mme B parle de son corps ou de son père, elle souligne là encore une frontière entre le soi et le non-soi fragile à laquelle la douleur est également liée. La douleur représente à la fois le mauvais objet, son bourreau, et l'objet nécessaire au maintien de sa continuité d'exister, son objet d'identification.

La notion d'identification à l'agresseur tel que l'entend S. Ferenczi se recoupe avec l'identification à la douleur « La peur, quand elle atteint son point culminant, les oblige à se soumettre automatiquement à la volonté de l'agresseur, à deviner le moindre de ses désirs, à obéir en s'oubliant complètement et en s'identifiant totalement à l'agresseur » (*as cited in* Bertrand, 2009, p.12). S. Ferenczi relie cette identification à un clivage du moi, qui fait ensuite intervenir l'intellect. Cet intellect qui est tant développé et très utilisé par Mme B. naît pour S. Ferenczi de la souffrance « pas n'importe qu'elle souffrance, mais la souffrance traumatique » (*as cited in* Bertrand, 2009, p.13). Il est intéressant de faire le parallèle avec Pirlot & Cupa, qui proposent de voir en la douleur une fonction tiers de séparation, attribuée généralement au père. Paradoxalement, on retrouve ensuite l'impossibilité de se séparer de cette douleur,

« de se séparer du corps souffrant, impossibilité de se séparer de l'imgo de l'objet absent, impossibilité de se séparer de ce que la libido narcissique a « entré » en elle de l'objet, impossibilité de symboliser et de métaphoriser ce qui déborde, économiquement, dans la psyché » (Pirlot & Cupa, 2005, p. 735).

Mme B peut-elle vivre sans ses douleurs ? Cela reste une question. Elles semblent liées à une construction identitaire fragile avec laquelle Mme B tente de *Tenir*.¹⁰

3. 2-Les impacts

a. Comment tient-elle ?

Je remarque tout au long de la prise en charge de Mme B l'expression de plusieurs mécanismes de défenses que j'ai explicité parmi les défenses possibles (cf supra p.35). Ainsi, l'isolation, l'intellectualisation, la rationalisation, le déni, la plainte associant demande d'aide et son rejet, l'activisme et le clivage sont bien présents. Chacun de ces mécanismes sont imbriqués l'un dans l'autre et participent à leur maintien respectif.

La sphère cognitive est très investie par Mme B, ce qui n'est pas sans lien avec son haut potentiel intellectuel. Ainsi l'intellectualisation et la rationalisation alliées toutes deux à l'isolation semblent être des mécanismes dont il est aisé de se saisir avec son profil. Mme B s'attache à connaître les mécanismes physiologiques de la douleur ainsi que le fonctionnement anatomique du corps dans ses moindres détails. Elle recherche une explication à chacune des manifestations douloureuses qu'elle peut ressentir, à ce qui l'apaise et à ce qui augmente ses douleurs. Cela participe à lui fournir un discours scientifique très pointu au sujet de chaque expérience qu'elle raconte sans laisser paraître d'affects. Ses affects surviennent néanmoins de façon inopinée et détachée de la représentation, comme ce fut le cas avec un fou rire qui camoufle une certaine colère, en parlant de ranger le lave vaisselle ou bien en pleurant alors qu'elle identifie une forme étoilée posée dans sa main.

Ces mécanismes de défense l'aident à maintenir à distance ses affects, sa douleur et son corps, accentuant ainsi le clivage psyché-soma mais sont aussi le fruit d'attitudes et de comportements qui lui sont inconfortables. Mme B s'excuse à de nombreuses reprises de poser constamment des questions parce qu'elle souhaite comprendre et ne peut expérimenter une proposition d'activité corporelle si elle ne comprend pas son objectif et son mécanisme. Cela amplifie d'autant plus le clivage puisqu'elle ne vit pas les ressentis comme des expériences colorées d'affects mais comme des mécanismes physiologiques qu'elle doit

10 Titre de l'ouvrage de D. Le Breton sur la douleur chronique

comprendre. Il est ainsi très difficile pour elle de relier une sensation avec une émotion, ni même avec une couleur ou une image.

Le recours systématique à l'intellectualisation ne laisse pas la place aux affects et elle-même n'y voit peut être pas, en oublie ou en dénie l'intérêt. Sa tentative de se séparer de sa souffrance cause aussi la mise à distance de tout autre affect, et participe à la mise à distance de l'autre et à l'isolation sociale dont elle est finalement victime. « Cette glissade dangereuse dans la direction du clivage procède aussi d'autres questions d'actualité de notre société en crise et en mutation. Le risque est d'oublier que l'attachement est vital pour le sujet pensant qui habite ces corps cerveaux » (Scialom, 2015, p.5). Mme B est de ce fait en difficulté autant avec ses propres affects et leur expression qu'avec la relation à autrui qui ne peut s'effectuer en isolant les affects. Le lien à l'autre est pourtant primordial pour s'épanouir. Comme le remarque le psychomotricien, P. Scialom, cela se retrouve avec le recours à l'expression « voir quelqu'un » qui peut signifier, être suivi par un psychologue, comme si c'était le fait d'aller voir quelqu'un qui était un soin. On entend ainsi l'importance de ne pas négliger la relation.

Le déni, la plainte associant la demande d'aide et son rejet, sont aussi très présents et imbriqués avec les précédents mécanismes. Elle nie régulièrement toute souffrance, indiquant qu'elle va très bien. Elle peut admettre avoir des douleurs mais indique ne pas en souffrir, et ne pas comprendre pourquoi on lui propose de l'aide. Ce comportement fluctue pour laisser apparaître une demande d'aide avec des attentes démesurées. Mme B souhaite récupérer son bras, faire un marathon, retravailler, indiquant alors dans sa plainte toute la souffrance qu'elle subit de ne plus pouvoir faire ce qu'elle souhaite. Elle rejette ensuite l'aide apportée qui ne peut correspondre à ses attentes démesurées.

Le recours à l'action est constamment présent. Mme B l'identifie et le relie à une façon de décharger ses émotions. Elle nie cependant un quelconque exutoire à l'anxiété. Cet activisme nuit parfois à l'apaisement de ses douleurs, Mme B préférant faire et avoir mal, qu'avoir affaire à ses émotions. La douleur organique est préférée à la souffrance des ruminations qui surviennent lorsqu'elle est inactive. Mme B se plaint néanmoins d'être trop active et de ne pouvoir faire autrement.

Ces mécanismes de défenses sont omniprésents et rendent la prise en soin de Mme B complexe. Il ne s'agit pas de tenter d'évincer ces mécanismes qui sont une part entière de son

fonctionnement et lui ont permis de tenir jusque là, mais bien de s'y adapter afin de proposer une prise en soin globale qui pourrait empêcher le surplus de souffrance qu'engendrent certains de ses comportements. Ces mécanismes agrémentant un clivage corps-psyché ne sont pas sans impact sur les représentations corporelles de Mme B.

b. Représentations corporelles

Le clivage psyché-soma est au premier plan dans les représentations corporelles de Mme B. Elle présente une connaissance très précise de son corps dans ses composantes anatomiques mais n'y attache aucun affect. Ce sont des connaissances intellectuelles, elle se représente son corps comme sur une planche anatomique mais n'a pas tant conscience de son volume, de sa taille et de sa largeur. Mme B se cogne régulièrement, ce qui n'est pas sans lien avec son impulsivité. Je remarque à quel point malgré une connaissance scientifique presque parfaite de son corps, le manque d'expériences vécues et l'omniprésence de mouvements impulsifs, réalisés sans aucune anticipation, sans contrôle du geste, ont carencé son schéma corporel. Cela me renvoi aux écrits de C. Potel « Les repères sont installés mais ne sont pas utilisables, non parce qu'il y a faillite de la structuration, mais parce que la problématique identitaire est majeure » (2013, p. 313). « Malgré un schéma corporel bien structuré, des repères bien en place, un langage bien construit, une intelligence souvent très développée - le plan le plus profond de la personnalité, c'est à dire, le sentiment de sécurité interne est fragile » (*Ibid*, p.314). Mme B illustre ainsi le reflet d'une identité fragile sur ses représentations corporelles. Cette identité fragilisée à la base, l'est d'autant plus que la douleur y est mêlée. Les impacts directs de celle-ci s'en ressentent sur son image du corps. Mme B peut parfois oublier son bras droit, voire même son côté droit, qu'elle néglige avec l'adoption de postures inconfortables et inadaptées, une tendance à ne plus s'appuyer qu'à gauche, ce qui se répercute jusque dans sa marche. Elle reflète ainsi très bien à quel point l'omniprésence des douleurs et ses tentatives de rejet de celles-ci ont amené à négliger la partie de son corps qui est douloureuse. Le clivage est ainsi réalisé en scindant un corps affectif absent et un corps scientifique sur-représenté, mais aussi en scindant son côté gauche sain et son côté droit douloureux.

La prépondérance d'un discours autour du corps fonctionnel, qui rejoint également ses objectifs qui sont uniquement sur un versant fonctionnel, me fait penser à la représentation

d'un corps machine, ou chaque pièce a un rôle et un but précis, une fonction à remplir et doit être réparée pour être efficace. Cette représentation correspond avec l'impossibilité pour Mme B de lier son corps ou des parties avec des émotions. Seule la douleur peut être reconnue, comme affect, bien que le déni de celle-ci est parfois présent. Mme B ne décrit ses ressentis qu'en termes scientifiques et anatomiques. S. Robert-Ouvray peut relier cette représentation d'un corps machine dénué de sentiment avec les abus subis dans l'enfance.

« La pensée du parent imposée par force engage l'enfant à adhérer aux données externes sans tenir compte de ses expériences internes. L'effet de dépersonnalisation dû au lavage de cerveau peut être extrêmement invalidant pour le sujet. L'enfant arrive à se vivre comme une machine sans pensées propres » (1998, p. 177).

On comprend là encore tout l'impact que l'environnement dans lequel Mme B s'est construite, a eu sur son identité. Son vécu de corps machine s'est renforcé avec la douleur chronique et ses tentatives de ne mettre derrière la douleur qu'un dysfonctionnement qu'il faut réparer. Elle personnifie chaque partie de son corps comme des pièces différentes, parlant de la zone de guerre pour son thorax, utilisant ainsi un vocabulaire très violent. Elle va jusqu'à donner le nom d'une maladie à ses propres réactions, appelant ainsi ses spasmes douloureux Tourette. Elle tente de se détacher de cette douleur, il ne s'agit plus d'elle-même mais d'une autre personne, Tourette. Le clivage est alors réalisé autant sur son corps que sur ses comportements.

Cela me questionne également sur la féminité dans l'identité de Mme B. Cette féminité ne trouve pas toujours sa place dans une représentation d'un corps machine. Ainsi Mme B ne parle que très peu de son statut de femme. Elle tient au contraire à préciser qu'elle n'a que faire des accessoires féminins si ce n'est pour le caractère pratique. Elle attache très peu d'importance à son apparence puisque, là encore, cela n'a pas d'impact sur son efficacité. La maternité et ses difficultés à avoir un enfant apparaissent là aussi comme un dysfonctionnement de ce corps auquel, la médecine peut tenter de remédier. L'isolation des affects est toujours très présent.

c. Le faux self

Le *self* tel que l'entend D. Winnicott se rapporte à l'essence même du sujet tel qu'il se ressent. Ce que l'on nomme « faux *self* » correspond aux comportements réfléchis, aux conventions sociales et règles de politesse. Le faux *self* permet chez tout individu de répondre aux attentes sociales en réalisant des compromis. « C'est une fonction de protection qui vise à mettre le *self* à l'abri » (Lefèvre, 2011, p.145). Le faux *self* peut donc faire partie des moyens mis en œuvre pour se protéger.

Mme B paraît user d'un faux *self*, notamment dans le fait qu'elle semble répondre ce qui est attendu et tente de s'y conformer au mieux. Pendant la prise en charge, elle s'attache à comprendre l'objectif de chaque exercice, et questionne lorsque cela n'est pas clair pour elle. Il lui est ensuite aisé de répondre aux attentes qu'elle a préalablement évaluée. « La soumission est la caractéristique principale de la personne qui a un faux *self*, et l'imitation, une spécialité » (*Ibid.*, p.142). Cette affirmation de A. Lefèvre renvoie non seulement au fonctionnement actuel de Mme B mais aussi à la formation de ce fonctionnement en faux *self*. Je fais référence ici à la façon dont elle a eu à le développer pour se protéger d'un environnement néfaste. Or, un fonctionnement en faux *self* permanent devient, comme tout moyen de défense quand il est trop présent, source de souffrance. Là se trouve peut-être la frontière avec le pathologique. Ainsi « La constitution du faux *self* peut donner lieu à un clivage total ; cela donne "la personnalité comme si ", c'est à dire une réelle personnalité d'emprunt. » (*Ibid.*, p. 145).

Le potentiel intellectuel élevée de Mme B participe au maintien de ce faux *self* qui lui permet de se cliver de ses ressentis réels, de se cliver du *self*, de se cliver du *moi*. La construction identitaire fragile de Mme B, laisse toute la place à la formation d'un faux *self* très présent qui lui sert à se cliver de ses ressentis actuels, dont sa douleur. Cette remarque de D. Winnicott reflète particulièrement la situation de Mme B :

« Lorsqu'un faux *self* s'organise chez un individu qui a un potentiel très élevé, l'esprit tendra à devenir le lieu où réside le faux self. Il se développe dans ce cas une dissociation entre l'activité intellectuelle et l'existence psychosomatique. »
(*Winnicott as cited in*, Lefèvre, 2011, p. 147)

Le psychologue A. Ciccone (2001) relie le fonctionnement en faux self et les capacités intellectuelles, avec la formation d'une enveloppe psychique qu'il nomme seconde-peau intellectuelle. Cette dernière tente de palier à une faille dans la fonction contenante. Cette

seconde-peau intellectuelle que se fabrique Mme B, vise à maintenir tant bien que mal une certaine sécurité interne. Mme B utilise ainsi ses capacités cognitives pour se former une défense supplémentaire. « La seconde peau intellectuelle des personnalités chez qui le savoir, la théorie, la pensée sont utilisés de manière défensive contre les expériences émotionnelles, ce qui produit du "faux *self*" ». (Ciccone, A., 2001, p.88). Cette formation s'inscrit directement dans ses représentations corporelles et son identité, et participe elle aussi au cercle vicieux qui maintient le clivage psyché-soma.

La formation d'un clivage psyché-soma découle ainsi de plusieurs mécanismes enchevauchés qui sont sur-activés, et impactent les représentations corporelles déjà fortement fragilisée. Le clivage source de souffrance participe à maintenir à distance la douleur mais aussi tout autre ressenti, ce qui entrave une réadaptation appropriée pour mieux vivre avec ses douleurs. En maintenant à distance la douleur, il est plus difficile également d'agir sur celle-ci, et d'agir sur le corps en général. Or, Mme B ne peut vivre confortablement sans habiter son corps, qui comme l'écrivait Merleau-Ponty est son véhicule pour être au monde.

3. 3- Apports de la psychomotricité

a. Thérapie psychomotrice

Les différents rôles attribués à la psychomotricité dans la clinique de la douleur ont pu être illustrés par la diversité des indications qu'effectuent les médecins. La psychomotricité peut être perçue dans une perspective rééducative et réadaptative, mais elle est, je pense, aussi et surtout une thérapie. Elle se révèle en fonction de la clinique mais aussi du psychomotricien lui-même plus ou moins orienté dans l'une ou l'autre des approches. C. Potel remarque à ce propos

« La marge entre thérapie et rééducation est parfois peu importante sur le plan concret comme sur la façon de faire, la différence reposant essentiellement sur

l'interprétation que le psychomotricien fait de son travail et de son rôle, ainsi que sur ses présupposés théoriques. » (2013, p.316)

La prise en soin de Mme B, du fait de mes intentions ambitieuses de redonner du mouvement au niveau de ses représentations corporelles attachées, se situe dans une perspective thérapeutique. Néanmoins, Mme B exprime à de nombreuses reprises son besoin d'être dans une démarche rééducative et fonctionnelle. Cette contradiction entre mes intentions thérapeutiques et la demande de la patiente pose une première difficulté au sein de sa prise en charge. Cependant, Mme B comprend les enjeux du travail corporel que je lui propose et affirme à plusieurs reprises vouloir se réconcilier avec son corps. Son discours reste néanmoins toujours emprunt d'une certaine ambivalence liée aussi à son fonctionnement en faux *self* qui cherche à répondre à mes attentes, plus qu'à laisser transparaître les siennes.

Les enjeux d'une thérapie psychomotrice sont de passer par le corps pour remettre en mouvement la psyché. Or, S. Robert-Ouvray écrit à propos des enfants abusés, « l'enfant n'ose jamais vraiment sentir ce qui se passe en lui et il aura plus tard sans cesse besoin qu'un autre le dise à sa place » (1998, p. 181). Cette phrase peut illustrer non seulement l'isolation de l'affect, l'intellectualisation, et le déni que réalise Mme B, mais aussi le clivage psyché-soma qui en découle. Ce clivage fige Mme B dans un fonctionnement source de souffrance pour elle. La thérapie psychomotrice vient ici par l'intermédiaire du psychomotricien et de la connaissance de son propre corps et de ses éprouvés, tenter de permettre au patient d'éprouver ou rééprouver son corps comme objet chargé d'affects, dans un cadre contenant et sécurisant. Avec cette intention-là, comme l'explique C. Potel « passer de nouveau par un mode de symbolisation plus primitif (le toucher, le contact, la sensorialité) devient nécessaire pour une "reprise de soi" » (2013, p.205). C'est le cas avec Mme B et mon toucher thérapeutique qui lui apporte des ressentis sur lesquels elle se permet de mettre des mots qui n'appartiennent plus au registre scientifique mais à celui des sentiments et des émotions qu'elle relie directement avec une certaine sécurité, puisqu'elle parle de protection.

J'apporte ainsi une autre écoute. L'écoute du corps et de ses ressentis. Le psychomotricien observe, accueille, dialogue avec des processus de symbolisation autant primaires que secondaires. L'idée est de permettre de poser des mots sur des ressentis d'« aider le patient à se construire dans des limites plus tranquilles et plus sécurisantes, afin d'accéder à des voies de symbolisation plus secondarisées [tels que les voies du langage] ... [pour]

permettre une mise en pensée du corps » (*Ibid.*, p.324). Inversement, le dialogue peut se faire dans l'autre sens, et passer par les ressentis corporels pour faire émerger des mouvements psychiques « le corps est considéré comme un vecteur de transformation qui aura des conséquences psychiques » (*Ibid.*, p.319).

Cette écoute psychomotrice située sur deux versants différents de la communication demande pour être efficace de placer le lien, la relation, au centre de la prise en charge, tout comme la relation est au centre de la construction du sujet. Cette citation de C. Potel explique clairement cette idée :

« une écoute psychomotrice des processus de symbolisation primaire, à la base de toute construction psychosomatique du sujet, demande au thérapeute de considérer le lien thérapeutique comme étant la base du travail entre lui et son patient. Et cela sans renoncer pour autant au travail corporel, qui passe par le corps, les éprouvés, les jeux qui se vivent dans le mouvements, le tonus, et les expériences partagées. » (*Ibid*, p.314)

Il me semble que c'est en étant attentif à ces différents aspects de la relation que l'on peut tenter d'amoindrir les clivages corps-psyché que réalisent les patients douloureux chroniques comme Mme B. La thérapie psychomotrice permet ainsi de mettre en lien ce que l'on perçoit à la fois dans le corps et dans le discours du patient, avec notre écoute autant corporelle qu'intellectuelle. Tout au long de la prise en charge de Mme B je lui propose de mettre des mots sur ce que je perçois de son vécu corporel. Je l'accompagne pour qu'elle s'autorise à éprouver les ressentis que lui apportent chaque proposition. Mettre des mots, ressentir, éprouver, c'est aussi pour elle une façon de comprendre, et c'est aussi ce qu'elle demande avec la récurrence de questions dont il me semble qu'elle connaît déjà les réponses. Elle demande confirmation ; aussi bien de ses éprouvés que de ses réflexions, peut être recherche-t-elle aussi à travers ses questions une certaine contenance. A. Ciccone écrit à ce sujet, « la douleur est contenue lorsqu'elle est comprise. Contenir une expérience c'est la comprendre. » (2001, p.83)

Cela m'amène à développer maintenant l'approche corporelle dans la prise en charge de Mme B.

b. L'approche corporelle

Mme B explique plusieurs fois avoir besoin de comprendre, d'être dans le concret, le fonctionnel, de savoir pourquoi et comment sont faites les choses. Aborder sa prise en charge sur un versant pragmatique avec des médiations comme l'eutonnie m'a permis de répondre facilement à ce besoin et d'obtenir son adhésion à la prise en charge. Comme l'écrit K. Eckstein, art thérapeute, « la médiation corporelle sert de passerelle à la médiation artistique, notamment pour des patients qui se sentiraient peu respectés dans leur souffrance si je leur proposais d'emblée de se mettre à danser et à chanter. » (2007, p. 107). Le fait de rester dans des propositions très concrètes m'a permis de créer avec Mme B une relation de confiance, pour pouvoir me permettre d'amener ensuite des propositions plus abstraites, autant dans le travail de la relaxation que dans celui des émotions. Cela reste difficile pour Mme B, mais a pu petit à petit être abordé, ce qui n'était le cas dans les débuts de son suivi.

A travers ce comportement, elle révèle un besoin de contrôle qui répond à une angoisse liée à un sentiment de sécurité interne très fragile. Mme B a été à de nombreuses reprises mise en danger et bouleversée dans sa sécurité interne. La carence affective qu'elle présente est directement liée à cette fragilité, à un sentiment continu d'exister instable. Lorsqu'elle perd le contrôle, elle est prise d'attaques de paniques qui sont l'expression d'angoisses de mort. Garder, de toutes les façons possibles, une certaine emprise sur son environnement est primordial pour elle. Elle ne peut pourtant avoir la main mise sur ses douleurs. L'intellectualisation est l'un des moyens qui lui permettent de pallier à cette perte de contrôle. Mme B tente ainsi d'avoir un certain contrôle sur sa prise en charge et cela passe pour elle par la compréhension de tout ce qui s'y déroule. Elle va parfois jusqu'à me demander des cours et des livres sur la psychomotricité. K. Eckstein (2007) voit derrière cette demande et ces tentatives d'emprises, une quête d'affection ce qui correspond avec la carence affective de Mme B. Il remarque également que ces tentatives de reprise de contrôle de soi surviennent naturellement face à la douleur chronique qui aliène les corps. Il écrit :

« Certains patients ont construit toute leur vie autour de la douleur. Pour certains, la douleur constitue une enveloppe de souffrance qui renforce les enveloppes psychiques défaillantes et sert d'étayage d'un sentiment d'existence fragile. La disparition de la douleur entraînerait la perte de l'identité de "malade douloureux

chronique" et représente une menace qui est de l'ordre de l'insupportable. »
(Eckstein, 2007 , p. 106)

C'est finalement la situation de Mme B qui ne travaille plus, ne conduit plus, et se crée un emploi du temps en fonction des heures de la journée où elle a plus ou moins mal. Aujourd'hui tout ses centres d'intérêts se rattachent de près ou de loin à ses douleurs et doivent aider à les surmonter, à les oublier ou encore à les comprendre. Son sentiment d'existence qui me semble fragile est rattaché à sa douleur puisqu'elle régit aujourd'hui sa vie. Ainsi, je remarque, tout comme me confirme son médecin, que ses douleurs augmentent et diminuent par cycle. Cela est en lien avec la composante neuropathique de ses douleurs mais pas seulement. Lorsqu'elle semble aller vers le mieux et être presque apaisée, ses angoisses la submergent de nouveau, et ses douleurs reprennent de plus belle. Ses paroles dans ces moments sont assez frappantes puisqu'elle explique alors être extrêmement douloureuse, mais aller très bien.

L'approche corporelle en psychomotricité avec Mme B me permet ainsi de l'aider à ressentir son corps autrement que par la douleur. A travers la relaxation, le toucher thérapeutique, et des approches de mouvements lents et doux, en gym douce ou shiatsu, je propose à Mme B de ressentir son corps, unifié et solide et finalement de se ressentir elle-même-telle qu'elle est, telle qu'elle existe. A l'aide du mouvement et de la respiration, je tente de lui redonner cette emprise qu'elle recherche tant, en lui donnant les outils pour se ressentir maître de son corps. Ainsi, la respiration et notamment le souffle, a été très bénéfique pour Mme B qui m'explique réutiliser régulièrement les exercices faits ensemble. Elle peut ainsi remettre du mouvements dans son corps, extérioriser ses pensées, sans que cela ne lui cause d'autres douleurs comme c'était le cas avec des mouvements impulsifs et démesurés. Elle se réinscrit ainsi maître de son corps, et capable de l'habiter, même si cela n'est que temporaire. Elle se rend également compte de certaines tensions qui majorent ses douleurs et peut à l'aide de la respiration et des exercices de pleine conscience, tenter d'apporter par elle-même un relâchement. B. Lesage répond ainsi à la question que m'a également posé Mme B « Faut-il prendre conscience de ces tensions ? Il est plus juste de dire qu'il permet au patient d'expérimenter un autre mode d'être, où ses tensions sont régulées. » (2015, p.30) Ces pratiques aident ainsi Mme B à renouer avec son corps pour pouvoir agir sur ses tensions. L'explication des mécanismes physiologiques reconnus pour ses méthodes permettent à Mme B de les effectuer sans forcément qu'elle n'ait besoin de reconnaître ses tensions psychiques.

Ainsi, malgré le déni dont elle fait preuve, Mme B semble s'être très bien saisie de ces méthodes.

c. Enveloppes effractées

Mme B apprécie particulièrement le toucher contenant d'eutonie que je réalise en fin de séance. Elle apprécie également le toucher avec des objets médiateurs souples comme les ballons mous qui enveloppent les contours corporels. Ce toucher s'adresse directement à son enveloppe qui, trop fragile, est suppléée par une enveloppe de souffrance. Alors que M-E. Ealet Memory, psychomotricienne, évoque le toucher de l'eutonie comme un « contact enveloppant et chaleureux » (2015, p.529) qui aide souvent à réguler la souffrance des patients. Mme B reprend ces termes d'enveloppement, de chaleur, de douceur et se sent protégée par ce toucher. L'enveloppe psychique, la peau psychique sont, comme le décrit A. Ciccone (2001) autant de métaphore pour désigner le contenant du sentiment de sécurité interne. Le sentiment d'exister dans son corps, dans sa peau, dans un contenant sécurisé. C'est cette notion d'enveloppe qui sert de support au sentiment d'être et donne un appui, un support, un objet interne.

Mme B est d'autant plus fragilisée qu'elle semble avoir introjecté comme objet interne la douleur, elle-même rattachée au bourreau, à son père. On peut supposer que par l'introjection par défaut de ce mauvais objet, elle s'est tant bien que mal construite une enveloppe qui reste fragile et ne suffit plus en cas de pression extérieure. Cela s'illustre avec son agoraphobie. Cette enveloppe semble si fine que Mme B explique être une éponge qui absorbe toutes les émotions des personnes autour d'elle mais ne peut exprimer les siennes de peur de les transmettre. La récurrence d'un toucher contenant et appuyé vient peu à peu l'aider à se ressentir « protégée » comme elle le dit, elle-même. Le toucher sur les appuis du bassin est toujours pour Mme B un point de départ à l'apaisement qu'elle relève instantanément. Le bassin est situé sur une zone centrale. Il fournit allongé un large appui. C'est une zone osseuse qui renvoie aussi à une certaine solidité. Le bassin est aussi lui-même un contenant. Il semble qu'un toucher franc sur cette zone révèle une véritable zone d'appui et de recentrage pour Mme B qui s'autorise alors à s'apaiser.

Ces remarques autour des enveloppes me renvoient aux travaux de D. Anzieu sur le concept de Moi-Peau qu'il décrit comme « 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 » (1995, p.61). Ce concept de Moi-Peau vient directement lier l'identité et les représentations corporelles. On comprend aussi à quel point ce Moi-Peau est mise à mal par la survenue de douleurs chroniques.

Une enveloppe qui a dû se construire tant bien que mal dans un environnement maltraitant, carencé en sécurité affective, où l'enfant est sur-stimulé par des tensions externes, ne peut être parfaitement efficace et laisse alors plus facilement la place à des atteintes chroniques telles que la douleur. « La peau, au-delà de son rôle de contenant physiologique, de protection contre de multiples agressions est aussi le modèle par lequel s'élabore la limite du Moi. » (Gross, 2013, p.42). Dans la clinique de la douleur chronique, nombreux sont les patients qui, comme Mme B présentent une identité fragilisée. Elle est parfois fragile dès sa construction, qui s'est faite dans une environnement défaillant, ou encore a été fragilisée suite à un traumatisme qui l'a directement effractée. Il en résulte un Moi-Peau déficient qui ne protège peut-être plus suffisamment, tant psychiquement que physiquement. La douleur déjà présente est ravivée, et engendre avec elle un cercle vicieux puissant qui ébranle à nouveau l'identité des patients douloureux chroniques. Le psychomotricien, avec une approche globale, vient alors tenter d'intercepter l'un des rouages de ce cercle vicieux.

La prise en charge de Mme B illustre cette tentative de retour au corps pour se reconstruire un contenant sécuritaire.

Le suivi de Mme B présente également certaines difficultés que je propose d'évoquer.

d. Difficultés

Une des principales difficultés à laquelle j'ai eu à faire face a été le maintien et l'installation du cadre thérapeutique. C'est une difficulté qui impute autant au dispositif de stage expérimental qu'à ma position en tant que jeune stagiaire. Le cadre thérapeutique est défini par C. Potel comme « ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. Définir ce qui nous fait travailler et ce qui anime une pensée clinique, fera partie de notre cadre » (2013, p.321). Le cadre permet ainsi aux patients d'intégrer des repères sur lesquels ils peuvent prendre appui et ainsi s'autoriser des éprouvés. C'est parce

qu'ils sont contenus par la présence du thérapeute qui a établi une relation de confiance et un cadre à la fois assez solide pour les protéger et assez souple pour s'adapter à leur besoins, qu'il est possible de travailler ensemble sur leur ressentis. Les patients dans la clinique de la douleur chronique ont souvent, tout comme Mme B, un besoin de contrôle et d'emprise qu'ils ont perdu face à leur douleurs et qu'ils déportent sur l'environnement. Ainsi, la prise de rendez-vous, les horaires, le temps des suivis, sont souvent des paramètres du cadre dont les patients tentent de se saisir. Les premières séances avec Mme B ont été difficiles à terminer à l'heure prévue. Cette dernière n'étant pas fixée assez clairement au départ, les débordements étaient faciles.

Le cadre thérapeutique est pourtant nécessaire à la mise en place de l'alliance thérapeutique. De ce cadre dépend la relation de confiance qui s'installe avec un suivi régulier. Ce n'est qu'avec un cadre suffisamment clair et contenant que des problématiques archaïques peuvent être abordées. Les conditions d'établissements de ce cadre thérapeutique ont été complexes puisqu'il a été maintes fois remanié. Les locaux ont changé à deux reprises, la régularité n'a pu être tenue du fait de la santé fragile de Mme B, et de son engagement dans des démarches de PMA difficiles. Nous sommes passées d'un suivi en binôme à un suivi en duel, ce qui est là aussi un remaniement du cadre. Néanmoins, les intentions sont restées claires et explicites dès le début du suivi. Cette clarté m'a permis de continuer cette prise en soin malgré les nombreuses adaptations du cadre. C'est ma pensée clinique qui a été le socle de ce cadre thérapeutique.

Il semble également que de manière générale, la clinique de la douleur chronique nécessite en permanence des adaptations du cadre et une souplesse conséquente qui tient compte de l'état de santé fluctuant des patients.

Une seconde difficulté rencontrée dans la prise en charge de Mme B a été de faire face, et là encore de m'adapter, à la récurrence de ses nombreuses défenses. Il ne s'agit pas de tenter de les abolir, car elles lui sont essentielles mais bien d'essayer de réduire le surplus de souffrance qu'elles engendrent. Lui permettre d'accéder à des ressentis alors que toutes ses défenses l'en éloignent est complexe. Il me faut ainsi trouver des compromis, moduler mes propres attentes et choisir la médiation qui convient le mieux, comme l'indique K. Eckstein « dans la mesure où les défenses sont impérativement à respecter afin d'éviter une

décompensation plus grave, la médiation prend toute sa place dans le cadre thérapeutique ». (2007, p.106).

Enfin, l'ambivalence de la douleur pour Mme B, qui représente une souffrance pour elle, mais qui s'est aussi inscrit dans son identité à tel point qu'elle participe à son maintien, prenant part à son existence, rend la prise en soin de Mme B, comme celle d'autres patients dans la clinique de la douleur, délicate. Son sentiment de continuité d'existence est fragile. Elle semble risquer de s'effondrer si l'apaisement des douleurs qui y contribuent, est soudain. Comme l'explique le psychiatre M. Bertand avec les pathologies de la subjectivation, il semble impossible « de trouver un espace psychique qui permette de vivre sans, soit subir l'intrusion destructrice d'un objet, soit être abandonné par lui et réduit à néant par cette absence même » (2005, p. 26). Cette dernière citation peut évoquer en référence à Mme B, à la fois l'objet douleur qui la détruit dont elle semble pourtant avoir besoin, mais aussi son père caractérisé par cette ambivalence d'avoir été un objet destructeur dont elle était également dépendante. On comprend ainsi comment la patiente elle-même attribue à la douleur les caractéristiques de son père, laissant se confondre les deux objets. « *Il me fait souffrir mais je l'aime* ».

Conclusion

Mes trois années d'études en psychomotricité ont été accompagnées tout du long par un questionnement essentiel, comprendre ce qu'était la psychomotricité. Ce questionnement se transforme peu à peu en « Quelle psychomotricienne vais-je être ? ».

A l'aube de mes débuts comme professionnelle, je clôture ces trois années par ce mémoire qui traite de la douleur, de son sens et de ses impacts sur la construction identitaire. Pour comprendre la psychomotricité et son rôle face à la souffrance des patients, je me suis naturellement dirigée vers la douleur qui demande à être comprise pour prétendre y apporter un soulagement. Le questionnement sur l'identité s'est ensuite très vite greffé à l'étude de la douleur. La douleur prend parfois une place si grande qu'elle engloutit l'identité de l'individu. Pour Mme B, la douleur devient une personne à part entière, et son corps n'est plus qu'une machine qui dysfonctionne. C'est à travers l'analyse de cet objet complexe qu'est la douleur, et de son impact sur la construction identitaire que j'ai pu saisir ma vision de la psychomotricité, et tenter de la mettre en place pour me construire pas à pas une identité professionnelle.

C'est ainsi dans la clinique de la douleur chronique auprès des patients en souffrance, que la psychomotricité a pris tout son sens pour moi. L'approche globale, le travail corporel et la relation me paraissent être essentiels pour envisager leur soulagement. La psychomotricité vient dans un cadre sécurisé renouer les liens psyché-soma qui ont été coupés, fournir un étayage corporel qui permet au patient de retrouver en son propre corps des appuis solides, et tenter ainsi de consolider un sentiment d'identité fragilisé.

Le clivage psyché-soma est, en mon sens, de plus en plus présent de nos jours. Nous vivons dans une société où le culte du corps parfait prend de plus en plus d'ampleur, où nous sommes entourés par les écrans qui ne laissent transparaître que des images désincarnées, dans un culte du conformisme et du semblable. A une époque où le numérique et les nouvelles technologies viennent suppléer à la relation, où la course aux compétences intellectuelles se fait de plus en plus intense pour prétendre à une place dans la société, et où chacun doit se spécialiser, le clivage me semble omniprésent. La souffrance engendrée n'est pourtant que peu évoquée. Me diriger vers le soin des patients douloureux chroniques m'a permis de venir au plus près de ces mécanismes de clivage.

La psychomotricité semble avoir toute sa place dans la prise en charge de la douleur chronique. Qu'en est-il face à la souffrance engendrée par une société en pleine mutation ?

Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours

Louis Pasteur

Références bibliographiques

- ◆ (2005). Livres. *La clinique lacanienne*, n° 9(2), 251-269. doi:10.3917/cla.009.0251.
- ◆ Anzieu, D. (1985/1995). *Le Moi-Peau*. Paris :Dunod
- ◆ Bénavidès, T.(2015).*Spécificité de l'approche psychomotrice et pluridisciplinarité des méthodes. 2. Généralités*.In Giromini, F., Albaret, J.M., & Scialom, P.(Eds), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, 2. Méthodes et techniques*.(pp. 6-8). Paris : De Boeck-Solal
- ◆ Bertrand, M. (2005). Qu'est-ce que la subjectivation ?. *Le Carnet PSY*, 96(1), 24-27. doi:10.3917/lcp.096.0024.
- ◆ Bertrand, M. (2009). L'identification à l'agresseur chez Ferenczi : masochisme, narcissisme. *Revue française de psychanalyse*, vol. 73(1), 11-20. doi:10.3917/rfp.731.0011.
- ◆ Burloux, G. (2004). *Le corps et sa douleur*. Paris : Dunod
- ◆ Busschaert, B., Vandewalla, B., Meurin, B., Giromini, F., Reinalter Pousin, F., Matta Abi-Zeid, C., Pireyre, É., Albaret, J-M. & Scialom, P.*Le corps et ses représentations*. In Giromini, F., Albaret, J.M., & Scialom, P.(Eds), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, 1. Concepts fondamentaux*.(pp. 201-246). Paris : De Boeck-Solal
- ◆ Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 31-42. doi:10.3917/rsi.082.0031.
- ◆ Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), 81-102
- ◆ Dolto, F.(1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris : Editions Points
- ◆ Ealet-Memery, M-E.(2015). *Approches somatiques. 2. Eutonie*.In Giromini, F., Albaret, J.M., & Scialom, P.(Eds), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, 2. Méthodes et techniques*.(pp. 528-529). Paris : De Boeck-Solal
- ◆ Eckstein, K. (2007). *Chapitre 7. Danse avec la douleur*. In Ferragut, E., *Souffrance, maladie et soins*, (pp. 93-116). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson
- ◆ Freud, S. (1923/1968). Le moi et le ça. *Essais de psychanalyse*, 44, 177-234

- ◆ Gross, M. (2013). Passer à l'acte ou agir son corps : Le passage à l'acte à l'adolescence, une possible expérimentation corporelle. *Le Carnet PSY*, 171(4), 40-45. doi:10.3917/lcp.171.0040.
- ◆ Husserl, E. (1929/1966). *Méditations cartésiennes. Introduction à la phénoménologie*. Paris : Vrin.
- ◆ Identité (2008). Dans R.Doron & F. Parot (dir), *Dictionnaire de psychologie* (p.360, 2^eed).
- ◆ Identité(s.d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/identite/41420>
- ◆ Ionesco, S., Jacquet, M-M., Lhote, C. (2001). *Les mécanismes de défense. Théorie et clinique*. Paris : Nathan
- ◆ Lachal, C. (2002). La construction de la subjectivité et du lien à l'adolescence. *Champ psychosomatique*, 25(1), 25-47. doi:10.3917/cpsy.025.0025.
- ◆ Le Breton, D. (2009). Entre douleur et souffrance : approche anthropologique. *L'information psychiatrique*, 85(4), 323-328. doi : 10.3917/inpsy.8504.0323
- ◆ Le Breton, D. (2011). Douleur et sens : les modulations de la souffrance. *e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie*, 10(2), (pp.64-68.) Retrieved from www.academie-chirurgie.fr/ememoires/005_2011_10_2_064x068.pdf
- ◆ Le Breton, D., (2017). *Tenir. Douleur chronique et réinvention de soi*. Paris : Métailié
- ◆ Lefèvre, A. (2011). *100 % Winnicott*. Paris : Groupe Eyrolles
- ◆ Levy, F.(2014). *La psychanalyse avec Wilfried R. Bion*. Paris :CampagnePremière
- ◆ Louvel, J.P, & Omrana, M., (2015). *La douleur en psychomotricité*. In Giromini, F., Albaret, J.M., & Scialom, P.(Eds), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, 3. Clinique et thérapeutiques*. (pp. 147-167). Paris : De Boeck-Solal
- ◆ Marblé, J. (2012). La douleur dénomme. *Psychanalyse*, 25,(3), 87-100 doi:10.3917/psy.025.0087.
- ◆ Merleau-Ponty, M.(1945/1976), *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard.
- ◆ Nasio, J.-D., (2007). *Mon corps et ses images*, Paris : Payot & Rivages
- ◆ Perruchoud, C., (2017). *Manuel pratique d'algologie : prise en charge de la douleur chronique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson
- ◆ Perruchoud, C. & Suter, M. (2017). Chapitre 1 : L'épidémiologie de la douleur chronique. In Perruchoud, C., Albrecht, E. & Moret, V.(Eds), *Manuel pratique*

d'algologie : prise en charge de la douleur chronique (pp3-5). Issy -les-Moulineaux : Elsevier Masson

- ◆ Pireyre, W.É., (2015). *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*. (2^é éd.) Paris : Dunod
- ◆ Pirlot, G. & Cupa, D. (2006). La douleur peut-elle être perçue et cherchée plus « vivement » dans une culture postmoderne en perte de sens ? *L'évolution psychiatrique*, 71, 729-743. doi:10.1016/j.evopsy.2006.09.001
- ◆ Potel, C. (2011/2013). *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse : Erès
- ◆ Potel, C. (2015). *Spécificité de l'approche psychomotrice et pluridisciplinarité des méthodes. 4. Introduction aux pratiques psychomotrices et à la médiation thérapeutique en particulier*. In Giromini, F., Albaret, J.M., & Scialom, P.(Eds), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, 2. Méthodes et techniques*.(pp. 6-8). Paris : De Boeck-Solal
- ◆ Robert-Ouvray, S. (1998). *Enfant abusé, enfant médusé*. Paris : Desclée de Brouwer
- ◆ Robert-Ouvray, S. & Servant-Laval, A., (2015). *Le tonus et la tonicité*. In Giromini, F., Albaret, J.M., & Scialom, P.(Eds), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, 1. Concepts fondamentaux*.(pp.161-199). Paris : De Boeck-Solal
- ◆ Rotschild, B. (2008). *Le corps se souvient. Mémoire somatique et traitement du trauma*. (Ducène, F.). Bruxelles : De Boeck. (Original work published 2000).
- ◆ Scialom, P. (2015). *Spécificité de l'approche psychomotrice et pluridisciplinarité des méthodes. 1. Présentation*. In Giromini, F., Albaret, J.M., & Scialom, P.(Eds), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, 2. Méthodes et techniques*.(pp. 6-8). Paris : De Boeck-Solal
- ◆ Vion Dury, J.(2007). *Préface. Les enjeux d'une phénoménologie de la douleur*. In Tammam, D. (2007). *La douleur de la phénoménologie à la clinique*. Marseille : Solal

Sitographie

- ◆ <http://www.larousse.fr>
- ◆ <http://www.sfetd-douleur.org/>
- ◆ <https://www.iasp-pain.org/>
- ◆ <https://www.universalis.fr/encyclopedi>

Annexes

Annexe I : DN4

Questionnaire DN4

Un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

D'après Bouhassira D et al. Pain 2004 ; 108 (3) : 248-57

Echelle téléchargée sur le site www.sfetd-douleur.org



Annexe II : Questionnaire sur les représentations corporelles

Selon vous votre corps c'est :

- un ensemble d'organes et de tissus
- un moyen d'expression
- une source de douleur
- une machine que vous contrôlez
- un refuge, des appuis
- une machine qui dysfonctionne
- une force stable
- une source de plaisir
- un réceptacle pour votre esprit
- une coquille, une carapace
- une fragilité, un fardeau, un frein
- un moyen de rentrer en relation
- aucune de ces réponses
- je ne sais pas

Autres questions souvent posées aux patients :

- Aimez-vous prendre soin de vous?
- Qu'est-ce que vous pensez de votre corps?
- Est qu'il y a des parties de votre corps que vous préférez?
- Que vous aimez moins / pas?
- Quel est votre rapport au miroir?
- Comment est-ce que vous ressentez votre corps?
- Qu'est ce qui est fragile dans votre corps?
- Qu'est ce qui est solide dans votre corps ?

Annexe III : Réponses de Mme B aux questionnaires

Selon votre corps c'est :

- **un ensemble d'organes et de tissus** ✓
- **un moyen d'expression** ✓
- une source de douleur
- **une machine que vous contrôlez** ✓
- un refuge, des appuis
- **une machine qui dysfonctionne** ✓
- une force stable
- **une source de plaisir** ✓
- **un réceptacle pour votre esprit** ✓
- **une coquille, une carapace** ✓
- une fragilité, un fardeau, un frein
- **un moyen de rentrer en relation** ✓
- aucune de ces réponses
- je ne sais pas

Autres questions posées à Mme B

- Aimez-vous prendre soin de vous? « ***Oui*** »
- Qu'est-ce que vous pensez de votre corps? « ***Non, tant qu'il fonctionne c'est tout ce que je lui demande*** »
- Est qu'il y a des parties de votre corps que vous préférez? « ***Non*** »
- Que vous aimez moins / pas? « ***Non*** »
- Qu'est ce qui est fragile dans votre corps ? « ***Tout le quartier thorax épaule, quartier droit*** »
- Qu'est ce qui est solide dans votre corps? « ***Tout le reste*** »

Résumé

La douleur réunit différents champs théoriques. Elle est universelle mais, chaque individu la vit différemment. Lorsque celle-ci s'installe dans une affection chronique, elle bouleverse la vie de l'individu, impacte son identité et ses représentations corporelles. Mais quels sont ces liens étroits qui peuvent se tisser entre l'identité et la douleur ? Sont-ils univoques ? Face à cette douleur, le patient tente de tenir en mettant en place des mécanismes de défense, qui peuvent eux-mêmes être source de souffrance. Le clivage psyché-soma en fait partie. Je tente de comprendre à travers l'étude d'une prise en charge en psychomotricité, comment cette approche holistique peut contribuer au soulagement. Est-il possible, dans un cadre sécurisé, de mettre du sens sur des éprouvés, d'en proposer d'autres, afin de retrouver en son corps des appuis qui peuvent aider à reconsolider son identité ?

mots clés : Douleur, Identité, Représentations corporelles, Mécanismes de défense, Clivage

Abstract

Pain comprises several theoretical fields. Despite being universal, each person experiences it in a different way. When it turns into a chronic disorder, it drastically affects one's life, identity and body representations. How are identity and pain related? Are those connections unequivocal? In order to handle the pain, the patient employs defence mechanisms which can cause more suffering. Psyche-soma split is one of them. Based on the study of a patient's psychomotor care, I'm seeking to understand how a holistic approach can help to relieve the pain. Is there a way, in a safe environment, to give meaning to experiences and suggest new ones to recover support in one's own body in order to rebuild one's identity?

keywords : Pain, Identity, Body representations, Defense mechanisms, Psyche-soma split