

“ En corps et en vie ” : la fonction contenante comme soutien à l’intégrité de l’identité psychocorporelle du patient en situation palliative

Camille Guillier

► **To cite this version:**

Camille Guillier. “ En corps et en vie ” : la fonction contenante comme soutien à l’intégrité de l’identité psychocorporelle du patient en situation palliative. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03297277

HAL Id: dumas-03297277

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03297277>

Submitted on 23 Jul 2021

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 de Médecine Sorbonne Université
91, Boulevard de l'Hôpital
75013 Paris



« *En corps et en vie* »

La fonction contenante comme soutien à l'intégrité de l'identité psychocorporelle du patient en situation palliative

Mémoire présenté par Camille GUILLIER

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien.ne

Référent de mémoire :

Jean-Philippe LOUVEL

Session de Juin 2021

Remerciements :

Un grand merci à toutes les psychomotriciennes qui m'ont accueillie en stage avec bienveillance et qui m'ont fait découvrir des facettes différentes de la psychomotricité. Merci Solène, Myriam, Cindy, Florence, Marie-Anne et Valérie pour votre partage, votre écoute et vos conseils qui ont contribué à la construction de mon identité professionnelle.

Je tiens à remercier Jean-Philippe Louvel pour son aide dans l'élaboration de ce mémoire et ses conseils qui m'ont ouvert des voies de réflexion.

Je remercie les différents patients que j'ai rencontré au cours de ces trois années d'études, les petits comme les plus âgés. Merci de m'avoir accordé votre confiance et de m'avoir permis de partager ces moments de richesse avec vous.

Merci à l'ensemble des enseignants de l'IFP de la Pitié-Salpêtrière, pour le partage de leurs pratiques et de leurs connaissances, ainsi que leur soutien et leur adaptabilité dans cette période difficile de crise sanitaire.

J'adresse un grand merci à ma famille et mes amis pour leur présence et leurs encouragements. Merci d'être présents pour moi et de m'accompagner dans mes réflexions sur le monde. Merci à mon conjoint qui me soutient depuis tant d'années et qui m'a accompagnée dans cette belle aventure à Paris.

Enfin, je remercie mes camarades de promotion avec qui j'ai vécu des moments riches en émotions et en partage. A nos révisions au soleil et à nos excursions touristiques.

Sommaire :

Introduction.....	7
I. Le contexte	9
1. Les soins palliatifs.....	9
1.1. Histoire des soins palliatifs.....	9
1.2. Définition des soins palliatifs.....	11
1.3. Les structures de soins palliatifs	12
1.3.1. Les Unités de Soins Palliatifs (USP)	13
1.3.2. L'hospitalisation à domicile (HAD) et les réseaux de soins palliatifs.....	13
1.3.3. Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)	14
2. L'EMASP, cadre de mon stage	15
2.1. Présentation de l'EMASP et son fonctionnement	15
2.2. Les patients rencontrés	16
2.3. La psychomotricité au sein de l'EMASP	17
2.3.1. Les indications psychomotrices	17
2.3.2. La prise en charge psychomotrice, une rencontre avec le patient..	18
2.3.2.1. L'évaluation psychomotrice	18
2.3.2.2. Le projet thérapeutique.....	19
2.3.3. Le suivi en psychomotricité	20
2.3.4. Les médiations thérapeutiques en psychomotricité.....	20
II. La construction de l'identité psychocorporelle et la notion de fonction contenante	22
1. L'identité, une tentative de définition.....	22
2. L'émergence du sentiment identitaire	25
2.1. La période symbiotique, une première relation	25
2.1.1. L'attachement.....	26
2.1.2. La préoccupation maternelle primaire et le maternage	26
2.2. Le rôle de l'environnement non humain.....	28
2.3. Les représentations corporelles.....	30
2.3.1. Le schéma corporel.....	30
2.3.2. L'image du corps.....	31
3. L'identité psychocorporelle, un processus dynamique.....	32
4. La fonction contenante.....	34
4.1. Une définition non établie	34
4.2. Les notions de limites et enveloppes	34

4.2.1.	Les structures et fonctions de la peau.....	35
4.2.2.	Le Moi-peau	36
4.2.3.	L'enveloppe psychique.....	37
4.3.	Le tonus et le toucher contenant.....	38
4.3.1.	Le tonus et le dialogue tonico-émotionnel.....	38
4.3.2.	Le toucher thérapeutique	39
5.	Conclusion	41
III.	L'atteinte de l'identité psychocorporelle et l'apport de l'accompagnement psychomoteur en soins palliatifs	43
1.	Les répercussions du cancer sur l'identité psychocorporelle	43
1.1.	L'annonce de la maladie	43
1.2.	Un corps devenu étranger	44
1.3.	La perte d'autonomie	45
2.	Illustration clinique : Madame Glorianne	46
2.1.	Anamnèse.....	46
2.2.	Ma première rencontre avec Madame Glorianne.....	47
2.2.1.	Description physique	47
2.2.2.	L'entretien.....	47
2.2.3.	Le toucher-massage du dos	48
2.2.4.	Projet thérapeutique mis en place pour Madame Glorianne.....	49
2.3.	Une perception de soi différente	51
2.4.	Quand la maladie prend le dessus	53
2.5.	Conclusion	56
3.	Illustration clinique : Madame Leroy.....	57
3.1.	Anamnèse.....	57
3.2.	La première rencontre avec l'EMASP	58
3.3.	Ma rencontre avec Madame Leroy	58
3.3.1.	Description physique	58
3.3.2.	Un toucher révélateur	59
3.3.2.1.	Un besoin d'évasion	59
3.3.2.2.	Un besoin de conscience corporelle	61
3.4.	La fin de l'accompagnement.....	61
3.5.	Conclusion	62
IV.	L'identité du psychomotricien et sa fonction contenante.....	64
1.	La posture du psychomotricien	64

1.1.	La fonction contenant du cadre en psychomotricité	64
1.1.1.	Les limites du cadre thérapeutique en EMASP	65
1.2.	Un savoir-faire et un savoir-être.....	67
2.	Mon identité de future psychomotricienne	68
2.1.	Quelques questionnements	68
2.2.	Mon stage avec « l'équipe du bien-être »	69
	Conclusion.....	71
	Bibliographie.....	73

Introduction

Alors que je termine mon année de préparation aux concours de psychomotricité, je décide de travailler quelques mois dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Je découvre le monde du médico-social, le fonctionnement de ce type d'institution et le travail avec les personnes âgées. Le décès de la première résidente que j'ai connue, les balades au soleil, les rires, les discussions, les situations fortes en émotions et les difficultés de communications ont fait de cette expérience une source d'enrichissement personnel. Néanmoins, elle a fait émerger des questionnements sur mon futur métier de psychomotricienne. Je me souviens de cette dame, seule dans sa chambre, pour qui « il n'y avait plus rien à faire » car elle était « en soins palliatifs ». Pour la première fois, je m'interrogeais sur le sens des soins palliatifs. Deux années plus tard, je décide de réaliser mon stage de dernière année d'études en Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (EMASP).

Lors de ce stage, j'ai rencontré plusieurs personnes atteintes d'un cancer et j'ai découvert le fonctionnement d'une équipe *mobile*. J'ai tout d'abord été surprise par le cadre particulier de l'EMASP. Les soins palliatifs ont la caractéristique de se situer dans une temporalité unique, celle d'un *entre-deux* où la notion de *vie* est au premier plan bien que la mort soit proche. S'ajoute à cela, l'aspect « mobile » de l'EMASP qui demande une prise en considération du rythme hospitalier, pas toujours en adéquation avec celui des patients. Malgré une équipe soignante bienveillante et respectueuse, plusieurs patients ont mis en lumière un sentiment d'impuissance, ayant l'impression de subir les soins et leur quotidien à l'hôpital. Je me suis alors interrogée sur l'identité du patient en situation palliative. La maladie induit un véritable changement de vie, où la relation à soi et à son corps se retrouve bouleversée par une perte de repères identitaires.

Je me demande alors dans quelle(s) mesure(s) l'identité du patient en situation palliative est mise à mal ?

Sensible à cette notion d'identité, mon questionnement a évolué au fil de mes expériences en stage. J'ai observé, chez les patients que j'ai rencontrés, le besoin - parfois inconscient- de se constituer un environnement contenant. Bien que la notion de maternage en psychomotricité soit abordée dès le début de nos études, j'ai été

marqué par son importance dans le cadre des soins palliatifs. Notamment lorsqu'une patiente m'a confié son sentiment de retour vers un vécu « régressif », où elle ressent le besoin d'être portée à la fois physiquement et psychiquement. J'ai pu faire le lien avec le cadre thérapeutique en psychomotricité. *Celui-ci permet-il, dans sa dimension contenante, d'offrir un espace d'expression et d'expérience favorisant un vécu d'être sujet ?*

Ainsi, cet espace dédié au patient pourra-t-il lui permettre de se réapproprier son corps et son sentiment identitaire ?

De ces interrogations et observations a émergé la question suivante : **dans quelle(s) mesure(s) la fonction contenante peut soutenir l'intégrité de l'identité psychocorporelle du patient en situation palliative ?**

Afin de répondre à cette question, il me semble tout d'abord essentiel d'évoquer le contexte de ce mémoire, à savoir : que sont les soins palliatifs, et dans quel cadre s'est déroulé mon stage ?

Dans un second temps, en prenant appui sur ce qui se joue dans la relation du nourrisson avec son environnement, je proposerai une définition de l'identité psychocorporelle et de la fonction contenante.

Par la suite, je montrerai comment le cancer peut bouleverser le sentiment identitaire. Dans cette même partie, je partagerai l'accompagnement psychomoteur de deux patientes : Madame Glorianne¹ et Madame Leroy.

Enfin, je partagerai mes réflexions sur l'identité du psychomotricien et sa fonction contenante.

¹ Afin de préserver l'anonymat, les noms de familles ont été modifiés.

I. Le contexte

1. Les soins palliatifs

1.1. Histoire des soins palliatifs

Avant de définir les soins palliatifs, il me semble important d'évoquer la naissance et l'histoire de ceux-ci.

Il nous est plutôt familier de voir les patients mourir dans les hôpitaux, mais cela n'a pas toujours été le cas. Auparavant, les personnes terminaient leur vie chez eux, entourées de leurs proches et avec le soutien des religieux. Cette obligation familiale pouvait provoquer des inégalités car tous les « *mourants* » n'ont pas la chance d'avoir un entourage capable de les accueillir et les soutenir durant cette étape de la vie. C'est dans cette dynamique d'égalité d'accès à une fin de vie convenable que J. Garnier fonde en 1842 l'Association des Dames du Calvaire. D'après J. Ancelet-Hustache, elle permet d'accueillir à Lyon, « *des femmes incurables atteintes de plaies vives qui ne peuvent trouver une place dans les hôpitaux ou qu'on n'y garde pas parce qu'on est impuissant à les guérir* » (Cité par Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007). A cette même période, certains médecins revendiquent que les malades incurables ont le droit au même respect que les autres malades et demandent que « *les hôpitaux prennent exemple sur les établissements qui soignaient l'ensemble des malades avec la même énergie et la même attention* » (Poisson, 2015, p. 74). Débute alors une prise de conscience sur les conditions de soins accordés aux mourants, dans l'idée que ceux-ci soient de meilleure qualité et plus humanisés.

Cette prise de conscience donne naissance au concept de soins palliatifs avec la création du Saint Christopher's Hospice à Londres en 1967 qui accueille des personnes atteintes de cancer en phase terminale. On doit sa fondation au docteur C. Saunders, une des pionnières des soins palliatifs. A cette période, les traitements antalgiques tels que la morphine sont très peu utilisés, par peur de provoquer une dépendance chez le patient. C. Saunders défend alors leur utilisation dans le contexte de la fin de vie. Elle démontre que la diminution de la douleur chez les patients leur permet d'exprimer des émotions et des souffrances psychiques qui étaient masquées par leur souffrance physique. Ainsi, les patients peuvent avoir de meilleurs échanges avec leur entourage.

On doit également à C. Saunders le concept de *total pain* (douleur totale), qui vise à concevoir le patient dans sa globalité. Elle évoque l'importance d'écouter le patient, son histoire de vie et de prendre en compte l'aspect multidimensionnel de sa souffrance. En effet, le « *total pain* » conçoit que la douleur n'est pas seulement physique, elle a également une dimension psychologique, sociale et spirituelle. Ces différentes dimensions de la souffrance interagissent entre elles, il faut donc agir sur l'ensemble. Ce concept met en évidence l'intérêt du travail en interdisciplinarité dans le cadre des soins palliatifs.

En France, le mouvement des soins palliatifs débute réellement dans les années 1980 avec la création de différentes associations : la JALMALV (jusqu'à la mort accompagner la vie) en 1983, l'ASP (association pour le développement des soins palliatifs) un an plus tard et la SFAP (Société Française d'Accompagnement en soins Palliatifs) en 1990. Les années 80 sont également marquées par la création des premières structures de soins palliatifs. La première USP (Unité de Soins Palliatifs) ouvre en 1987, suivie par les premières EMSP (Equipe Mobile de Soins Palliatifs) en 1989.

Sur le plan législatif, c'est en 1999 que les soins palliatifs commencent à être pris en compte avec la loi du 9 juin 1999² votée à l'unanimité par le Parlement. Cette loi garantit le droit à l'accès aux soins palliatifs pour toute personne en fin de vie. En 2005, les soins palliatifs deviennent un objectif prioritaire, la loi Léonetti du 22 avril 2005 permet notamment la reconnaissance de la souffrance des soignants face à la fin de vie ainsi que la création du statut « *d'aidant* » pour les proches. En 2016, la législation sur les soins palliatifs évolue grâce à la loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016 qui place le patient au cœur des décisions le concernant. En effet, elle garantit le droit au refus de l'obstination déraisonnable³, le droit au refus de soins exprimé par le patient, le droit à l'apaisement de la souffrance et le droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès. Cette loi souligne que l'intention doit être de soulager les souffrances et non de donner la mort. Elle instaure également les directives anticipées et la personne de confiance.

² Loi n°99-477

³ Terme juridique de « l'acharnement thérapeutique ».

Enfin, les progrès de la médecine ont joué un rôle dans l'avancée des soins palliatifs. En effet, la médecine parvient à traiter de plus en plus de maladies mais elle permet également une prolongation de l'espérance de vie, nous pouvons alors nous poser la question des conditions de cette fin de vie. Cela soulève des problématiques d'ordre éthique et interroge sur les limites de ces progrès médicaux, jusqu'où pouvons-nous avancer ?

1.2. Définition des soins palliatifs

Selon l'OMS, les soins palliatifs sont « *une approche pour améliorer la qualité de vie des patients (adultes et enfants) et de leur famille, confrontés aux problèmes liés à des maladies potentiellement mortelles. Ils préviennent et soulagent les souffrances grâce à la reconnaissance précoce, l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et des autres problèmes, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel.* ».

La première partie de cette définition informe que les soins palliatifs accompagnent les patients à tout âge de la vie ainsi que leur entourage. La Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) précise que « *les patients atteints de maladie grave, chronique, évolutive ou terminale mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale* » peuvent en bénéficier.

La définition de l'OMS met en lumière l'un des objectifs des soins palliatifs, celui de soulager les symptômes physiques du patient tout en tenant compte de ses souffrances psychiques, sociales et existentielles (concept du « *total pain* »). Cela sous-entend que les soins palliatifs sont des soins « *actifs et continus, pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile* »⁴. Cette interdisciplinarité en soins palliatifs est une donnée riche car elle permet un échange de regards cliniques et théoriques entre les différents acteurs du soin (professionnels et bénévoles). Cette collaboration tend à une compréhension globale du patient.

Par cette approche globale du patient, on ne cherche pas à le guérir, les soins palliatifs visent à préserver sa qualité de vie et à sauvegarder sa dignité jusqu'au décès. Il s'agit alors de considérer le patient comme « *[...] un être vivant et la mort comme un processus naturel* » (Martin, 2008, p. 104). Cependant, les soins palliatifs

⁴ D'après la loi de 1999 sur le droit à l'accès aux soins palliatifs et à l'accompagnement.

ne sont pas réservés aux derniers instants de vie de l'individu. Il est possible d'accompagner le patient dès le début de sa maladie et lui permettre d'anticiper au mieux les difficultés qu'elle pourra engendrer dans sa vie. Ainsi, médecine palliative et médecine curative ne sont pas incompatibles, elles sont complémentaires. Les soins palliatifs ont, de ce fait, un rôle de prévention qui soutient l'accompagnement global du patient.

Pour synthétiser, les soins palliatifs accompagnent les patients atteints d'une maladie grave et évolutive mettant en jeu leur pronostic vital, quel que soit leur âge. Cet accompagnement se met en place en début de maladie, en phase avancée ou en phase terminale afin de préserver la meilleure qualité de vie possible de l'individu jusqu'au décès, dans une approche globale de sa personne. Ainsi, les soins palliatifs s'adaptent aux améliorations et aux complications qui peuvent survenir tout au long de la maladie. Les soins palliatifs sont centrés sur les besoins et les attentes du patient et de ses proches, afin de penser non seulement un projet de *fin de vie* avec eux mais surtout un projet de *vie*. Cela nécessite un travail interdisciplinaire ainsi que la formation et le soutien des soignants et bénévoles.

1.3. Les structures de soins palliatifs

En France, différentes structures sont mises en place pour assurer l'accompagnement en soins palliatifs. Comme nous l'avons vu, d'après la loi de 1999, les soins palliatifs sont pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution mais également à domicile. Je vais évoquer ici les institutions et organisations qui sont spécialisées dans les soins palliatifs. Néanmoins, la pratique des soins palliatifs n'est pas réservée qu'à ces lieux. Que ce soit à l'hôpital, en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), ou dans d'autres lieux relevant du médico-social, tout individu doit avoir accès aux soins palliatifs. En effet, d'après la circulaire DHOS/O/DGS/SD 5 D n°2002-98 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, les soins palliatifs doivent « *se développer dans tous les services de soins (court séjour, soins de suite et de réadaptation, long séjour). Ce développement doit s'inscrire obligatoirement dans le projet médical et le projet d'établissement* ».

1.3.1. Les Unités de Soins Palliatifs (USP)

Nous l'avons vu précédemment, l'USP a été la première structure de soins palliatifs créée en France, en 1987. Les USP sont des unités spécialisées en soins palliatifs, constituées de « *lits totalement dédiés à la pratique des soins palliatifs et de l'accompagnement* » (circulaire DHOS/O/DGS/SD 5 D n°2002-98), c'est-à-dire qu'elles accueillent uniquement des patients bénéficiant de soins palliatifs. Les USP sont donc à la fois des lieux de soins et des lieux de vie. Elles ont un rôle de soin et d'accompagnement, de formation et de recherche.

Généralement, les USP réservent leurs places aux patients ayant les situations les plus difficiles. Ils peuvent venir d'un service hospitalier, d'une autre structure ou même de chez eux. Il s'agit alors, d'après la circulaire N°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs, d'un séjour « *classique* » dont la durée est indéterminée. L'équipe pluridisciplinaire est renforcée, permettant un meilleur accompagnement des patients qui viennent finir leur vie dans ce lieu. Mais il est également possible d'être accueilli en USP de façon temporaire car il existe des séjours de « *répit* » ou de « *repli* » lorsque les soins deviennent trop compliqués et trop lourds, à la fois pour les aidants (proches du patient) et pour les professionnels qui prennent en charge le patient.

1.3.2. L'hospitalisation à domicile (HAD) et les réseaux de soins palliatifs

Comme son nom l'indique, l'HAD permet le retour ou le maintien à domicile de la personne en fin de vie, dans le cadre d'un accompagnement en soins palliatifs. La décision de faire appel à l'HAD revient à la fois au patient et à l'équipe médicale qui juge que la prise en charge est possible à domicile. Il est alors décidé, en collaboration, d'un protocole de soin individualisé qui prend en compte l'ensemble des dimensions du soin dont le patient aura besoin. Ce protocole tient également compte des besoins de la vie quotidienne, comme l'aide au repas. L'équipe de l'HAD travaille en lien avec le médecin traitant du patient et les autres équipes soignantes qui ont pu le prendre en charge (par exemple lors d'une précédente hospitalisation). Il est également possible que l'HAD intervienne sur un lieu de vie, autre que le domicile, comme un EHPAD.

L'HAD est considéré comme un établissement de santé, il se doit alors d'assurer les soins palliatifs. Des places « identifiées » sont réservées à la pratique des soins palliatifs. Selon la circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-98, « *la mission principale de ces places d'HAD est de permettre des soins palliatifs et un accompagnement des personnes malades et de leur entourage dans le respect de leur cadre de vie* ».

Les réseaux de soins palliatifs ont une mission de lien entre les différents acteurs de la prise en charge du patient. Ils visent à « *assurer la meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et à promouvoir des soins de proximité de qualité* » (circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-98). Ainsi, les réseaux de soins palliatifs permettent une meilleure organisation des soins du patient en tenant compte de ses besoins et de ses désirs. Leur mission n'est donc pas d'assurer les soins mais d'accompagner au mieux le patient à domicile.

1.3.3. Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)

Les équipes mobiles de soins palliatifs, ou équipes mobiles d'accompagnement et de soins palliatifs (EMASP), sont rattachées à un établissement de santé et interviennent, dans le cadre des soins palliatifs, dans les services qui sont en demande. Ces équipes sont obligatoirement constituées d'un médecin et d'une infirmière mais d'autres professionnels peuvent en faire partie : psychologue, assistante sociale, psychomotricien, ergothérapeute, kinésithérapeute. L'intervention des bénévoles en soins palliatifs est également inscrite dans le mode de fonctionnement des équipes mobiles. Les EMSP ont un rôle d'accompagnement des patients en situation palliative mais également de lien avec les équipes soignantes. En effet, elles ont un rôle de soutien, de conseil et de formation des équipes des services dans lesquels elles interviennent, afin de transmettre et d'informer sur la démarche palliative. Elles sont en lien et travaillent en interdisciplinarité avec les équipes de l'établissement mais également avec les réseaux de soins palliatifs et l'HAD.

2. L'EMASP, cadre de mon stage

2.1. Présentation de l'EMASP et son fonctionnement

J'ai effectué mon stage de troisième année dans une Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (EMASP) au sein d'un hôpital parisien. Cette équipe est constituée d'un médecin, deux infirmières, une psychologue, une psychomotricienne et plusieurs bénévoles. Ensemble, ils ont une mission de conseil et de soutien pour les équipes de l'hôpital ainsi que pour les patients et leur entourage. Pour cela, l'équipe mobile participe aux réunions d'équipes hebdomadaires des services dans lesquels elle intervient. Ce temps de transmission permet au personnel soignant d'avoir le regard de l'EMASP sur des questionnements éthiques, sur des prises de décision vis-à-vis d'un traitement thérapeutique, d'une opération ou de l'orientation d'un patient, mais également de demander leur intervention pour évaluer la situation de certains patients. L'EMASP est joignable par téléphone, en dehors des temps de transmission, pour garder le lien avec les équipes soignantes. Elle peut être appelée pour différentes problématiques.

Elles peuvent concerner directement le patient, atteint d'une maladie grave et évolutive, présentant une souffrance (physique, psychologique, sociale, existentielle) et qui nécessite l'évaluation de l'EMASP. Celle-ci peut également être appelée pour l'entourage du patient. En effet, les proches du patient peuvent rencontrer des difficultés relationnelles, avoir des questionnements sur la fin de vie ou bien avoir besoin d'un soutien psychologique. L'EMASP a donc un rôle d'accompagnement pour ces familles en difficultés face à la maladie et/ou à la fin de vie de leur proche. Enfin, l'EMASP peut intervenir pour venir en aide aux équipes soignantes qui se retrouvent parfois en difficultés face à la situation d'un patient et qui ont besoin de conseils et de soutien. Ce type de demande met en lumière une autre mission de l'EMASP : la formation des soignants à la démarche palliative. Ainsi, former et sensibiliser les équipes soignantes sur l'approche des soins palliatifs permet une meilleure intégration de l'EMASP au sein de l'hôpital et par conséquent une meilleure orientation des patients vers cette équipe. En effet, la place des soins palliatifs dans l'hôpital est complexe, car souvent mal comprise.

Lorsque l'EMASP est contactée par un service de l'hôpital pour rencontrer un patient, elle n'intervient pas directement. Il y a premièrement un échange entre les

professionnels de l'équipe mobile pour transmettre les informations sur ce patient. Par la suite, l'EMASP vient à la rencontre du service pour échanger un peu plus avec les soignants pour connaître la problématique et savoir ce qu'ils attendent de son intervention. C'est après cette recherche d'informations et cet échange interdisciplinaire que l'équipe mobile amorce une première prise de contact avec le patient. La première rencontre permet à l'EMASP de se présenter, de cibler les besoins du patient et d'apprendre à le connaître. Après cet entretien avec le patient, un temps de transmission oral et écrit est fait, pour permettre aux autres professionnels de l'EMASP n'ayant pas rencontrés le patient de se représenter la situation. Ces transmissions seront également faites pour les soignants du service. L'EMASP discute ensuite la pertinence d'un accompagnement et met en place un projet thérapeutique.

Au sein de l'EMASP, les réunions de transmissions sont quotidiennes. Tous les matins, l'équipe se réunit pour faire le point sur la situation de chaque patient. C'est un temps d'informations, d'échanges et de questionnements. C'est également à ce moment que sont présentés les nouveaux patients à rencontrer. A la suite de cette réunion, le planning de la journée est mis en place. Il permet à chaque professionnel de savoir quels patients seront vus ce jour par ses collègues. Ainsi, l'accompagnement du patient est interdisciplinaire.

2.2. Les patients rencontrés

Comme évoqué précédemment, les soins palliatifs bénéficient aux patients ayant une maladie chronique, grave et évolutive. D'après l'OMS, les maladies chroniques, également appelées « *maladies non transmissibles* » sont la première cause de mortalité dans le monde. Comme leur nom l'indique, ce sont des maladies de longue durée, qui évoluent plus ou moins lentement, ayant un retentissement sur la vie de la personne malade et par conséquent sur son entourage proche. Parmi les maladies chroniques, on retrouve les maladies cardiovasculaires, les cancers ou encore les maladies respiratoires chroniques.

Théoriquement, l'EMASP peut être appelée à rencontrer des patients dans tous les services de l'hôpital. Dans la pratique, l'EMASP est principalement appelée par les services d'oncologie (oncologie digestive, thoracique, médicale), pour accompagner des patients atteints de cancer. Le cancer est la deuxième maladie chronique qui engendre le plus de décès dans le monde, après les maladies cardiovasculaires. Il

peut être décrit comme un dysfonctionnement cellulaire qui provoque une multiplication de certaines cellules de notre organisme. Ces cellules, appelées « *cellules tumorales* », prolifèrent localement. Lorsque cette prolifération apparaît à d'autres zones de l'organisme, on parle de « *métastases* » : à ce stade, le cancer évolue. L'étiologie du cancer est difficile à connaître car les facteurs de risques sont multiples. La cause peut être génétique, environnementale ou comportementale. En effet, nos habitudes de vies peuvent en partie être à l'origine du développement d'un cancer. Selon l'OMS, la consommation d'alcool ou de tabac, la sédentarité et une mauvaise alimentation sont les principaux facteurs de risques dans le monde. Comme notre comportement, l'environnement peut également être impliqué dans l'apparition d'un cancer. Il existe des « *agents extérieurs* » que l'OMS classe en trois catégories : les cancérogènes physiques, chimiques et biologiques. Comme je l'ai expliqué, le cancer est la transformation de cellules normales en cellules tumorales. Ainsi, il existe différents cancers, suivant la localisation où les cellules se transforment dans notre organisme : cancer du col de l'utérus, du sein, du poumon, du foie, du pancréas, etc.

2.3. La psychomotricité au sein de l'EMASP

La psychomotricienne de l'EMASP accompagne les patients sous prescription médicale (prescription faite par le médecin de l'EMASP ou celui du service concerné). Lorsqu'il s'agit d'un patient qui est déjà suivi par d'autres professionnels de l'EMASP, la psychomotricienne sera introduite au patient par l'intermédiaire d'un de ces professionnels. Il est également possible que la psychomotricienne participe à la première prise de contact de l'EMASP avec le patient.

2.3.1. *Les indications psychomotrices*

Les indications psychomotrices en EMASP ne sont pas toujours clairement identifiées. En réalité, l'équipe souhaite que la psychomotricienne évalue les répercussions des symptômes de la maladie du patient sur le plan psychomoteur, afin d'adapter au mieux l'accompagnement. Ainsi, les indications se centrent autour de l'observation d'une souffrance chez le patient à habiter son corps (corps douloureux, corps désinvesti, symptôme corporel impactant la relation, etc.). J'ai pu observer différentes indications psychomotrices pour lesquelles les patients sont orientés vers la psychomotricienne, celles qui reviennent le plus sont les suivantes : trouble de la régulation tonico-émotionnelle, trouble de l'image du corps et/ou du schéma corporel,

trouble de l'investissement corporel, manifestations anxieuses, agitation psychomotrice (et parfois ralentissement psychomoteur).

2.3.2. La prise en charge psychomotrice, une rencontre avec le patient

L'accompagnement psychomoteur en soins palliatifs débute par une rencontre avec le patient, nous permettant d'évaluer la demande et les besoins du patient : c'est l'évaluation psychomotrice. A la suite de cette rencontre, nous proposons un projet thérapeutique adapté. Néanmoins, le cadre des soins palliatifs constitue une temporalité particulière, l'état de santé du patient pouvant se dégrader plus ou moins rapidement. Ainsi, chaque rencontre avec le patient peut modifier notre évaluation psychomotrice et notre projet d'accompagnement. Cette prise en considération du temps présent est fondamentale en psychomotricité, et d'autant plus dans le cadre des soins palliatifs.

2.3.2.1. L'évaluation psychomotrice

Comme je l'ai expliqué, la première rencontre avec le patient nous sert d'évaluation psychomotrice, afin d'avoir une lecture du profil psychomoteur du patient à cet instant. Si cela est possible pour le patient, nous abordons cette première rencontre par un entretien sur l'histoire de sa maladie, ses antécédents personnels et familiaux, son vécu corporel actuel (symptômes physiques et psychiques, qualité de la respiration, capacités motrices, etc.) mais également celui de son hospitalisation (repères spatio-temporels, qualité du sommeil, alimentation, rapport aux soignants, visites des proches, etc.). En plus de notre échange verbal avec le patient, nous nous appuyons sur nos observations de : sa posture, son tonus, sa respiration, sa manière de s'exprimer, son rapport au toucher, ses qualités relationnelles, etc. Lorsque l'entretien n'est pas possible (barrière de la langue, troubles phasiques, coma ou état de fatigue trop important), nous faisons une observation qualitative des mêmes éléments cités ci-dessus.

Lors de l'entretien, nous tentons d'avoir des informations sur la manière dont le patient se sent dans son corps et l'investit, comment il vit son hospitalisation et sa maladie, quelles ont été ou quelles sont ses habitudes de vie, les adaptations qu'il a pu mettre en place face à ses difficultés. Cette lecture psychomotrice, à travers un échange avec le patient, nous donne des indications sur ses capacités psychomotrices

et des repères sur ses connaissances, ses représentations et son vécu psychocorporel. Ainsi, nous pouvons établir le profil psychomoteur du patient en tenant compte de ses représentations corporelles (schéma corporel et image du corps), de son tonus et sa posture, des affects, de ses capacités relationnelles, des repères spatio-temporels, etc. Nous nous appuyons donc sur les capacités maintenues du patient, qui pourrait avoir tendance à porter son attention sur ses capacités perdues.

Nous demandons également au patient s'il connaît la psychomotricité et s'il a déjà eu un suivi psychomoteur dans le passé. Si ce n'est pas le cas, nous pouvons lui demander la représentation qu'il a de la psychomotricité. Cette question est intéressante car certains patients peuvent mettre en lien spontanément le corps et la psyché, quand d'autres les distinguent totalement. L'explication de la psychomotricité me semble importante dans cette première rencontre, cela permet d'instaurer le cadre thérapeutique.

Lorsque la situation se présente, nous proposons une pratique psychomotrice au patient dans le cadre de cette première rencontre. Cela nous donne des indications sur les capacités psychomotrices du patient, surtout lorsque ce dernier n'est pas disponible psychiquement et/ou physiquement pour un entretien.

Ainsi, l'évaluation psychomotrice du patient en soins palliatifs se réalise à travers une observation qualitative de sa dynamique psychocorporelle et de ses capacités psychomotrices. Elle nous permet d'établir un profil psychomoteur et une problématique psychomotrice.

2.3.2.2. *Le projet thérapeutique*

A la suite de cette rencontre, nous établissons un projet thérapeutique adapté à la problématique psychomotrice du patient, à sa demande et ses besoins. Nous mettons en lien les informations transmises par le dossier du patient et celles obtenues par notre évaluation psychomotrice pour proposer un ou plusieurs axes d'accompagnement. Nous incluons également le cadre thérapeutique, cela concerne notamment le lieu où se déroule l'accompagnement, la fréquence et la durée des séances ainsi que les médiations utilisées. Compte tenu de la fatigabilité des patients, il est parfois essentiel de privilégier la fréquence des séances à la durée de celles-ci. Il est tout de même important de noter que le cadre thérapeutique est difficilement stable en EMASP. En effet, l'équipe doit s'adapter au fonctionnement du service dans

lequel le patient est hospitalisé, il n'est donc pas possible d'établir des modalités de prise en charge fixes.

Comme j'ai pu l'indiquer précédemment, le projet thérapeutique est ajustable à tout moment de l'accompagnement du patient. Nous nous adaptons suivant ce que nous observons du patient, l'évolution de son état de santé mais également suivant les demandes du patients et ses préférences. En effet, il est important que l'accompagnement que nous proposons ait du sens pour le patient, il s'agit de sa fin de vie.

2.3.3. Le suivi en psychomotricité

Lorsque le projet d'accompagnement est défini, le suivi en psychomotricité peut débuter. Celui-ci peut durer le temps de l'hospitalisation, se poursuivre en hôpital de jour si le patient rentre à domicile, se terminer lors du décès du patient ou après seulement quelques séances, en accord avec le patient. Ce n'est pas une modalité définissable à l'avance. Lors d'un suivi en hospitalisation, les séances se déroulent dans la chambre du patient. Si le suivi se fait en hôpital de jour, nous avons la possibilité de réserver un bureau de consultation afin de réaliser la séance dans un lieu plus calme. Il est également possible, pour les patients qui ont déjà été suivis par la psychomotricienne lors de leur hospitalisation, de réaliser des séances en consultation externe. Celles-ci se déroulent dans le bureau de la psychomotricienne. Cela permet aux patients qui n'ont plus de chimiothérapie (et qui ne vont donc pas en hôpital de jour) de bénéficier de l'accompagnement psychomoteur.

2.3.4. Les médiations thérapeutiques en psychomotricité

La médiation en psychomotricité est un outil, un tiers, qui fait partie du cadre thérapeutique. Il permet d'expérimenter et de vivre des expériences psychocorporelles. Pour C. Potel (2010), la relation patient-psychomotricien est essentielle, elle constitue l'objectif premier dans la prise en charge psychomotrice. La médiation permet d'organiser cette relation, d'en définir sa forme et son contenu : c'est « *un intermédiaire qui va coder la relation* ».

En psychomotricité, les médiations sont principalement corporelles, c'est-à-dire qu'elles mettent en jeu le corps du patient et celui du psychomotricien. Ainsi, il faut qu'elles aient du sens pour le patient (entre autres pour qu'il puisse s'en saisir) mais

également pour le psychomotricien. L'investissement corporel et émotionnel du psychomotricien est donc essentiel dans l'accompagnement des patients, il lui permet d'être totalement présent à la fois à ses propres ressentis et à la relation avec le patient. Il me semble alors que l'investissement du psychomotricien constitue une partie du cadre thérapeutique, favorisant un lieu sécurisant d'expressions et d'expériences. La contenance de ce cadre, à travers les médiations utilisées et l'investissement du psychomotricien, tend à ce que le patient puisse identifier et comprendre ses éprouvés psychocorporels.

En soins palliatifs, nous utilisons principalement des médiations favorisant la détente, comme la relaxation thérapeutique ou le toucher thérapeutique. Cela intervient dans le principe des soins de confort proposés aux patients en situation palliative. Néanmoins, ces médiations n'ont pas comme unique objectif la détente du patient, elles s'adaptent aux problématiques psychomotrices rencontrées. Nous verrons l'apport du toucher thérapeutique en soins palliatifs dans la suite du mémoire.

Ainsi, nous avons vu que les soins palliatifs s'adressent à tout individu atteint d'une maladie grave et évolutive mettant en jeu le pronostic vital à plus ou moins long terme. L'accompagnement en soins palliatifs s'inscrit dans une approche globale de la personne, en s'adaptant à ses besoins et ses capacités sur le moment présent, tout en anticipant les possibles complications à venir. Nous allons maintenant nous intéresser aux notions d'identité et de fonction contenante, avant de faire le lien avec leur résonance dans la clinique palliative.

II. La construction de l'identité psychocorporelle et la notion de fonction contenante

Dans un souci de clarté, j'ai fait le choix de distinguer ces deux notions en les définissant tout d'abord séparément. Néanmoins, nous allons voir que la fonction contenante est en réalité indissociable de la construction identitaire.

1. L'identité, une tentative de définition

L'identité est une notion complexe ayant une dimension à la fois subjective et objective, il est alors difficile de concrètement la définir. De manière objective, chaque individu est unique et se différencie génétiquement des autres, tout en leur ressemblant. Nous pouvons alors constater que le terme « *identité* » à un caractère ambivalent, en premier lieu d'après sa sémantique⁵ qui définit ce qui est « *unique* » et « *identique* ». Cela fait de nous un individu différent des autres (caractère, pensées, traits physiques, etc.) et également semblable aux autres (caractéristiques de l'humain). E. Marc souligne que « *l'identité se construit dans un double mouvement d'assimilation et de différenciation, d'identification aux autres et de distinction par rapport à eux* » (Marc, 2016, p. 29).

L'identité, à travers sa dimension subjective, renvoie à ce qu'on peut nommer *le sentiment identitaire*. D'après E. Erikson, « *l'identité n'existe que par le sentiment d'identité* » (Cité par Mucchielli, 2013, p. 65). Tandis qu'E. Marc caractérise l'aspect multidimensionnel de l'identité et évoque trois sentiments constituant la partie subjective de celle-ci. Le *sentiment d'individualité*, qui nous permet de nous considérer comme une unité et comme un individu, le *sentiment de singularité* c'est-à-dire la capacité de nous différencier des autres individus. Enfin, le *sentiment d'une continuité spatio-temporelle* qui désigne la capacité de pouvoir s'identifier et se reconnaître comme étant le même individu tout au long de notre vie, malgré les changements (physiques, sociaux, culturels, etc.) qui peuvent survenir.

A. Mucchielli (2013) théorise neuf types de sentiments qui constituent le sentiment identitaire. Cela permet une meilleure lecture et compréhension de celui-ci.

⁵ Sémantique : étude du sens, de la signification des signes, notamment dans le langage. (Dictionnaire Le Robert).

Le sentiment d'un être matériel : il correspond à ce qu'on peut appeler la conscience corporelle. Se reconnaître comme individu, c'est porter attention aux sensations de notre corps propre. Ce sentiment, qui peut également être nommé « *sentiment corporel* », se développe au cours de la première année de vie, le nourrisson n'étant pas assez mature sur le plan biopsychologique pour identifier ses sensations propres. Le schéma corporel, que nous définirons plus tard dans ce mémoire, permet également d'identifier notre corps dans l'espace et de le différencier des autres.

Le sentiment d'appartenance : encore une fois, ce sentiment se construit dans la première année de vie du nourrisson, grâce à la *période symbiotique* que nous évoquerons par la suite. Le nourrisson, qui ne s'identifie pas encore comme un individu à part entière, adapte ses ressentis en fonction de ce qu'il perçoit de sa mère⁶. Ce sentiment prend également naissance dans la vie communautaire des sociétés primitives, dans lesquelles l'individu vit et se construit à travers le groupe. A. Mucchielli ajoute que « *ce sentiment d'appartenance est en partie le résultat de processus d'intégration et d'assimilation des valeurs sociales, car tout être humain vit dans un milieu social qui l'imprègne de son ambiance, de ses normes et de ses modèles* » (Mucchielli, 2013, p. 67).

Le sentiment d'unité et de cohérence : le sentiment d'unité est constitué par ce que Mucchielli appelle la « *structure cognitive* », qui est la somme de nos expériences de vie au niveau psychique (expériences affectives, relationnelles, intellectuelles). Cette unité va de pair avec le sentiment de cohérence, puisque c'est elle qui nous permet de faire des choix, qui guide nos conduites et ainsi notre chemin de vie. C'est ce chemin de vie, dans lequel nous sommes acteurs, qui assure la cohérence de notre personne. D'après Mucchielli, une « *coupure* » dans le sentiment de cohérence de l'être serait la cause de plusieurs troubles identitaires.

Le sentiment de continuité temporelle : ce sentiment rejoint celui théorisé par E. Marc (*le sentiment d'une continuité spatio-temporelle*) et également par D. Winnicott, *le sentiment continu d'exister*. Il est basé sur la permanence de notre corps, c'est-à-dire le fait que notre corps reste sensiblement le même dans le temps (les changements corporels interviennent sur la durée et non de manière brutale) et sur la mémoire de

⁶ Le terme « mère » est employé pour désigner la figure d'attachement du nourrisson, la personne qui prodigue les soins, etc.

nos expériences psychocorporelles et sociales. Cela sous-entend qu'un changement corporel brutal ou un trouble concernant la mémoire de nos expériences impacteraient ce sentiment de continuité et de manière plus globale, le sentiment identitaire.

Le sentiment de différence : se sentir différent d'autrui est indispensable au sentiment identitaire. C'est en observant les autres individus que nous pouvons établir leur propre identité et l'identifier comme différente de la nôtre. A. Mucchielli explique que l'existence propre résulte de l'opposition à d'autres existences.

Le sentiment de valeur : des études de psychologie sociale ont démontré que le jugement de valeur porté par autrui sur notre personne a une importance dans la construction de notre sentiment identitaire. Cette recherche de valeur est nommée « *désir d'identité* » par A. Mucchielli. Il corrèle ceci à l'*estime de soi*, constituée par « *la répétition et la synthèse permanente d'un ensemble d'évaluations* » (Mucchielli, 2013, p. 72). Il distingue plusieurs évaluations : l'évaluation de notre influence sociale, de nos actions, de nos succès mais également de nos échecs.

Le sentiment d'autonomie : ce sentiment est à relier à celui d'appartenance. Pour A. Mucchielli, l'individu doit se sentir appartenir à un groupe tout en se sentant autonome vis-à-vis de l'emprise groupale, c'est-à-dire pouvoir faire ses propres choix et penser pour soi-même. C'est une certaine forme de liberté intellectuelle qui met en valeur la nécessité de trouver une bonne distance affective avec nos pairs. Celle-ci permet d'affirmer son identité tout en se sentant en sécurité dans le groupe. La sécurité est indispensable à l'autonomie, pour mettre en action nos choix.

Le sentiment de confiance : A. Adler (cité par Mucchielli, 2013) admet que ce sentiment de confiance naît dans la relation à autrui, et plus particulièrement celle de la mère et du nourrisson. E. Erikson (cité par Mucchielli, 2013) ajoute que cette confiance à autrui, et donc à soi, se construit à travers l'attitude du milieu familial. En effet, c'est lorsque l'environnement familial transmet à l'enfant qu'il y a du sens dans ses actions que son sentiment de confiance peut se développer. C'est en partie grâce à ce sentiment de confiance que l'individu peut intégrer les jugements et évaluations (vues dans le sentiment de valeur) des autres individus.

Le sentiment d'existence et l'effort central : le sentiment d'existence se construit à travers notre projet de vie, un objectif défini mais non fixé que A. Mucchielli nomme « *effort central* » et qui engendre une « *tension psychologique* ». Certains événements

de vie, provoquant un choc affectif, viennent mettre à mal ce sentiment d'existence et l'individu peine à retrouver du sens à sa vie. La foi peut également guider ce sentiment d'existence.

Ainsi, ces neuf types de sentiments constituent un ensemble qui définit le sentiment identitaire. D'après A. Mucchielli, celui-ci serait conditionné et se retrouverait à la fois chez l'individu et chez les groupes. Cela nous permet d'appréhender le sentiment identitaire comme étant une donnée complexe et multidimensionnelle mais également de mieux comprendre les troubles identitaires. Le sentiment identitaire donne un sens et une certaine cohérence à notre identité, nous pouvons parler d'une sécurité interne stable. En fonction de nos expériences de vie, plus ou moins traumatisantes, cette sécurité interne peut être fragilisée ou altérée.

2. L'émergence du sentiment identitaire

Notre identité se constitue avant même notre naissance, à travers les projections de nos parents, le prénom qu'ils ont choisi pour nous, notre nom de famille, notre genre, etc. Nous commençons à exister dès la découverte de la grossesse, l'annonce aux proches, la constitution de notre chambre, le choix de nos vêtements de nourrisson. Notre identité est innée, elle se constitue par notre patrimoine génétique, hérité de nos parents mais qui nous est propre. Ce patrimoine définit notre physique (notre couleur de cheveux et des yeux, notre taille, la forme de notre visage, etc.) et nous attribue également l'anatomie propre à l'espèce humaine. Au contraire, le sentiment identitaire est une donnée qui se construit et qui peut se modifier au fil de notre vie. Selon D. Winnicott (1969a), à l'âge d'un an la plupart des enfants ont atteint l'état d'individu. Voyons alors ce qu'il se passe lors de la première année de vie du nourrisson pour parvenir à cet état.

2.1. La période symbiotique, une première relation

Dans les premiers mois de sa vie, le nourrisson est dit « immature » sur le plan neurologique, biologique, affectif et anatomique. Ainsi, il est difficile pour lui de mettre du sens sur ce qu'il vit, sur ses sensations corporelles et sur ses émotions. La présence de l'autre est indispensable au développement psychomoteur du nourrisson et à la construction de son sentiment identitaire. Il ne peut pas répondre seul à ses besoins primaires, D. Winnicott (1969a) parle de « *dépendance absolue* » à son environnement physique et affectif, dont le nourrisson n'a pas conscience. On parle

alors de *période symbiotique*, sorte de fusion du nourrisson avec sa mère qui forment un « *nous symbiotique* » (Mucchielli, 2013, p. 66). Cela constitue la première relation du nourrisson, dans laquelle il y aurait une interdépendance physique et psychique de la mère et l'enfant.

2.1.1. *L'attachement*

La présence d'autrui étant indispensable pour pallier à son immaturité, le nourrisson va progressivement identifier une figure d'attachement avec laquelle va s'instaurer une relation. Dès la naissance, le nourrisson dispose de « *systèmes comportementaux prêts à être activés* » (Bowlby, 1969, p. 355). Parmi ces comportements, on distingue la succion, l'agrippement, les cris et les pleurs. Ils s'activent comme une réponse à certaines stimulations, J. Bowlby parle de trois types de stimulations ;

- Stimulation auditive : la voix humaine.
- Stimulation visuelle : le visage humain.
- Stimulation tactile et kinesthésique : sensations liées au corps humain, lorsque le nourrisson est porté, touché.

Nous pouvons alors remarquer que le nourrisson est conditionné à identifier un être humain. Les réactions comportementales du bébé lorsqu'il se trouve en présence d'un autre humain favorisent l'attachement à celui-ci. Néanmoins, il reste difficile pour le nouveau-né de distinguer différentes personnes car cette capacité apparaît plus tardivement dans son développement. A ce moment-là, il pourra différencier une personne connue d'un étranger, et réagir de manière plus précautionneuse.

A travers ces comportements d'attachement, le nourrisson va obtenir une proximité avec autrui qui va lui porter attention et tenter d'interpréter ces besoins. Ainsi, le nourrisson est pleinement acteur de la relation.

2.1.2. *La préoccupation maternelle primaire et le maternage*

Dans cet état de dépendance physique et affective de l'enfant à son environnement, la mère est présente pour répondre à ses besoins (alimentation, propreté, etc.). D. Winnicott (1969b) développe son concept de « *préoccupation maternelle primaire* » comme une identification consciente et inconsciente de la mère à son enfant. Nous pouvons associer cette identification à une projection de la mère

vers le nourrisson, qui tente d'identifier et d'interpréter les comportements de l'enfant. Cette projection est en mouvement, laissant la possibilité à la mère de donner plus d'espace à l'enfant lorsqu'elle pensera que c'est le bon moment. Selon lui, la mère serait conditionnée à répondre aux besoins de son enfant en lui fournissant ce qu'il appelle un « *environnement suffisamment bon* » qui constitue un cadre contenant et sécurisant. Cet environnement est le support de fond du développement du nourrisson, lui offrant la possibilité de vivre des expériences motrices et sensorielles.

Lorsque le nourrisson a faim, celui-ci le fait savoir par des cris et des crispations corporelles que nous appelons *hypertonie de besoin*. La mère identifie ce comportement comme un *signe d'appel* et va s'organiser psychiquement et corporellement pour y répondre au mieux. Elle pourra ensuite observer l'efficacité de sa réponse dans le comportement de son enfant : les cris disparaissent et l'hypertonie de besoin fait place à l'*hypotonie de satisfaction*, c'est-à-dire une détente corporelle. En s'adaptant aux besoins du nourrisson, la mère va lui assurer des soins infantiles sécurisant. Elle va le porter à la fois physiquement et psychiquement, c'est-à-dire que la mère pense son enfant même quand elle ne le tient pas directement dans ses bras. Cette tenue constitue un environnement qui contient, et non qui contrôle, c'est ce que Winnicott nomme le « *holding* ». La mère porte une attention particulière au corps de son enfant et en prend littéralement soin avec ses mains, c'est le « *handling* ». Cela procure des sensations corporelles au nourrisson, qui pourra petit à petit ressentir son corps comme étant le sien. Au-delà de ce bénéfice corporel, le handling constitue un plaisir partagé entre la mère et l'enfant.

Le rôle de la mère est également de protéger l'enfant des situations qu'il ne pourrait pas comprendre. Sans l'intervention de la mère, ces situations ne sont pas intégrées par le nourrisson et demeurent des expériences chaotiques sur lesquelles il ne peut pas mettre de sens. W. Bion a développé le concept de « *contenant-contenu* » (Golse & Guillaume, 2018, p. 70), expliquant la nécessité pour l'enfant d'avoir un contenant pour transformer ces expériences chaotiques en expériences pensées et vécues. Le nourrisson renvoie à la mère des *éléments bêta*, c'est-à-dire des expériences et impressions sensorielles qui ne sont pas assimilables psychiquement. La mère, dans son état de préoccupation maternelle primaire, est sensible à ces vécus déstructurés de l'enfant. Par sa fonction de « *contenant* », également nommée « *fonction alpha* », la mère va transformer ces vécus en *éléments alpha* qui seront assimilables par la

pensée du nourrisson. Ce processus permet petit à petit l'émergence de la pensée et du symbolisme.

Le holding et le handling, associés à la fonction alpha, permettent la construction d'un espace psychique propre au nourrisson : le « *self* » (Winnicott, 1969c). Il passe d'abord par une phase « *d'intégration primaire* » des soins qu'il a reçus et des expériences instinctuelles qu'il a vécues pour tendre vers une « *personnalisation* ». Le nourrisson peut alors se ressentir comme une unité, sentir que le monde est réel et qu'il en fait lui-même partie. Il peut également distinguer sa mère comme une personne à part entière. Avant cela, l'enfant ressent les soins, entend la voix, voit le visage et sent l'odeur mais n'est pas capable de réunir toutes ces sensations pour distinguer ce qui est lui et ce qui est l'autre. Ainsi, le nourrisson s'approprie progressivement son corps pour accéder à une subjectivité de ce dernier. Pour D. Winnicott, cela résulte de l'accordage entre la psyché et le soma, le nourrisson peut accéder à ce qu'il nomme le « *sentiment continu d'exister* ». L'enfant acquiert progressivement une maturité affective qui favorise la construction d'une sécurité interne essentielle au reste de sa vie. Cette sécurité interne permet notamment à l'individu d'accepter la réalité de la vie et sa finitude.

2.2. Le rôle de l'environnement non humain

Nous l'avons vu, dans les premiers mois de sa vie le nourrisson est dépendant de son environnement affectif. Il en est de même avec l'environnement dit *non humain* qui l'entoure. Il n'a en premier lieu pas la capacité de distinguer ce qui est de l'ordre de l'humain et ce qui est inanimé. Dans son ouvrage sur l'environnement non humain, H. Searles indique que le nourrisson n'est tout d'abord pas apte à « *prendre conscience du fait qu'il est vivant et non inanimé, qu'il est une créature humaine et non une plante ou un animal* » (Searles, 1986, p. 53). En effet, son quotidien est marqué par des stimulations émanant de l'environnement non humain : bruits, température, contact de l'air sur sa peau, contact des vêtements sur sa peau, etc. Il fait également face à ses sensations corporelles internes, notamment la sensation de faim. Néanmoins, c'est l'intervention de l'humain qui permet la régulation de ces stimulations et sensations (mère qui nourrit, qui prodigue les soins). En se développant, le tout-petit acquiert la capacité à distinguer d'une part la relation avec les êtres animés et d'autre part la relation avec les objets inanimés, des recherches expérimentales ont en effet démontré l'existence de cette capacité dans le psychisme humain (Houzel, 2010, p.

34). Cette compétence se développe à condition que le nourrisson grandisse dans un environnement composé d'objets humains et non humains.

Certaines situations ont permis de mettre en lumière l'importance de l'environnement non humain dans le développement de l'enfant, et plus particulièrement l'importance de la présence d'un environnement à la fois humain et non humain. En effet, une faible présence humaine dans les premières années de vie d'un individu (enfants hospitalisés qui manquent de contact humain) engendre un développement entouré d'objets inanimés : l'enfant connaîtra alors presque exclusivement un environnement non humain. H. Searles (1986) évoque une première conséquence : l'enfant pourrait « *s'éprouver lui-même comme un objet inanimé, inerte par nature* ». Il explique également que l'enfant éprouve dans les premiers moments de sa vie une certaine anxiété liée à l'incompréhension du monde qui l'entoure, un environnement qui lui apparaît comme « *un chaos impossible à maîtriser d'éléments non humains* » (Searles, 1986, p. 56). Nous pouvons faire un lien avec le rôle de la mère et notamment de sa fonction de contenant évoquée précédemment, qui permet d'apaiser cette anxiété. En l'absence de la mère, l'enfant se retrouve en grande difficulté pour mettre du sens sur l'environnement non humain qui l'entoure. Nous pouvons imaginer que cette anxiété décrite par H. Searles ne pourrait que s'accroître, engendrant des angoisses et interférerait dans la construction de la sécurité interne du tout-petit. C. Potel résume très bien l'apport d'un environnement non humain soutenu par la présence humaine dans les premiers moments de vie d'un individu : « *ce qui importe pour le bébé, c'est que cet environnement non humain se tisse et s'entrelace à l'environnement humain, et que le corps se ressente parce qu'un autre le ressent et le regarde* » (Potel, 2020, p. 72).

Ainsi, le sentiment identitaire prend naissance dans les premiers moments de vie du nourrisson et se construit sous le regard de sa mère qui maternelle (holding et handling). Dépendant de son environnement affectif et non humain, le tout-petit s'avère être un être social et acteur des premières relations qu'il entretient avec son entourage. Il a tout de même besoin d'un cadre sécurisant et contenant pour mettre du sens sur ce qu'il vit et acquérir une sécurité interne stable, fondatrice du sentiment identitaire.

2.3. Les représentations corporelles

Alors qu'il acquiert un sentiment identitaire, l'enfant prend conscience qu'il possède un corps qu'il ressent et qu'il peut observer. Il construit alors progressivement des représentations de celui-ci, à travers ses expériences corporelles et la relation à l'autre.

2.3.1. *Le schéma corporel*

Le schéma corporel est un concept introduit en neurologie par H. Head et G. Holmes en 1911, nommé à ce moment-là le « *schéma postural* ». Cette première approche du schéma corporel aborde la représentation du corps d'un point de vue fonctionnel, en tenant compte des mécanismes neurophysiologiques en jeu dans le mouvement du corps. Ainsi, l'intégration des sensations du mouvement nous permettrait de prendre conscience de la position des parties de notre corps (Meurin, 2018, p. 42). Selon eux, le schéma postural serait non conscient et en constante transformation suivant les informations que nous intégrons.

Le schéma postural a progressivement évolué pour donner place à la notion plus globale de schéma « corporel » développée par P. Schilder. Ce dernier ne tient plus uniquement compte du mécanisme neurophysiologique du corps, il a une vision multidimensionnelle tenant compte des aspects biologiques, psychologiques et sociaux : le schéma corporel constituerait une conscience globale de notre corps. Pour F. Dolto, le schéma corporel serait le même pour tous, puisqu'il « *spécifie l'individu en tant que représentation de l'espèce, quels que soient le lieu, l'époque ou les conditions dans lesquels il vit* » (Dolto, 1984, p. 22). Cela réfère le schéma corporel à son aspect anatomique, celui qui nous donne la possibilité de nous identifier aux autres êtres humains. Le schéma corporel se structure à travers les expériences, les apprentissages et les modifications corporelles : il constitue une « *réalité de fait* » (Dolto, 1984, p. 18). Il serait à la fois inconscient, préconscient et conscient. Le schéma corporel se construit à partir des données des différents systèmes sensoriels : kinesthésiques, tactiles, visuelles, labyrinthiques et proprioceptives (Maintier, 2011, p. 35). Nous pouvons alors le distinguer comme un processus dynamique, qui se façonne suivant les sensations perçues. E. Pireyre, quant à lui, élabore le terme de « *sensibilité somato-viscérale* » (Pireyre, 2015, p. 45), qui permettrait de rendre plus clair le concept de schéma corporel.

2.3.2. L'image du corps

Le premier à décrire l'image du corps est P. Schilder, pour qui elle représente « *l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même* » (Cité par Meurin, 2018, p. 50). Il fonde sa définition de l'image du corps sur trois notions. Il décrit tout d'abord l'importance des mouvements et des sensations, qui induisent une perception. Cet aspect physiologique renvoie au concept de schéma corporel et induit des difficultés à le distinguer de l'image du corps. Pour P. Schilder, l'image du corps aurait également un lien avec l'investissement libidinal du corps. En s'appuyant sur les essais de S. Freud, il décrit une première phase qu'il nomme le « *stade du narcissisme* » (Cité par Pireyre, 2015, p. 34) où l'investissement de la libido est généralisé dans l'ensemble du corps. Les stades suivants sont caractérisés par un investissement plus localisé, dans les parties du corps ayant une signification érogène : les orifices. Enfin, P. Schilder relie l'image du corps à un aspect plus social et relationnel, une image qui se construirait grâce au contact avec les autres.

Par la suite, F. Dolto donnera une définition plus claire de l'image du corps, qu'elle nomme « *image inconsciente du corps* ». Elle permet de la distinguer du schéma corporel - qu'elle a défini comme une *réalité de fait* et donc une donnée objective - en lui conférant une dimension subjective. Ainsi l'image du corps, qui se façonne à travers nos expériences émotionnelles et relationnelles, est un processus dynamique à la fois narcissique et inter-relationnel (Dolto, 1984). L'image inconsciente du corps s'articule suivant trois images dépendantes entre elles :

- L'image de base : elle permet de se ressentir exister dans une « *mêmeté d'être* » dans le temps et l'espace. D'après F. Dolto, « *le sentiment d'exister d'un être humain, qui arrime son corps à son narcissisme, sentiment qui est évident, vient de cette conviction, sans doute illusoire, de continuité* » (Dolto, 1984, p. 50). Cela renvoie au *sentiment continu d'exister* décrit par Winnicott et à la notion de sentiment identitaire qui en découle.
- L'image fonctionnelle : celle-ci prend naissance grâce au schéma corporel. Ainsi, une zone du corps identifiée par le schéma corporel comme un lieu érogène va induire un manque et provoquer du désir. L'individu va alors s'organiser pour accomplir ce désir. F. Dolto précise : « *c'est grâce à l'image fonctionnelle que les pulsions de vie peuvent, après s'être subjectivées dans le*

désir, viser à se manifester pour obtenir plaisir, s'objectiver dans la relation au monde et à autrui » (Dolto, 1984, p. 55). Pireyre (2015) renvoie cette image fonctionnelle à la notion d'identité.

- L'image érogène : nommée « *identité sexuée* » par E. Pireyre (2015), elle implique la libido ainsi que l'importance de la relation à l'autre et du désir ressenti envers lui.

Ainsi, l'image inconsciente du corps de F. Dolto tend plus vers une notion d'identité que de représentation corporelle. E. Pireyre souhaite alors apporter plus de précision au concept de l'image inconsciente du corps, qu'il trouve trop réducteur, et nomme « *l'image composite du corps* ». Pour lui, l'image du corps est une donnée complexe. Il veut alors y inclure de nouvelles dimensions : la peau psychique et physique, la représentation de l'intérieur du corps, le tonus, la sensibilité somato-viscérale, les compétences communicationnelles du corps et les angoisses archaïques du corps (Pireyre, 2015, p. 48). A ces six dimensions s'ajoutent les trois images de F. Dolto qu'il nomme : la sensation de continuité d'existence, l'identité et l'identité sexuée.

L'image du corps est alors une donnée dynamique, subjective et inconsciente, qui s'articule suivant nos expériences de vie et la relation à notre environnement. En effet, « *c'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui* » (Dolto, 1984, p. 23). Le schéma corporel constitue la représentation anatomique, spatiale et physiologique que nous avons de notre corps, favorisant notre identification aux autres. Cette représentation topographique se base sur les informations sensorielles perçues par notre corps, permettant de le situer dans l'espace.

3. L'identité psychocorporelle, un processus dynamique

L'identité est un processus en perpétuel remaniement qui se modifie et évolue tout au long de notre vie, en fonction de notre histoire et des épreuves que nous sommes amenés à vivre. Ainsi, l'identité évolue « *par ses propres processus d'identification, d'assimilation et de rejets sélectifs. Elle se façonne progressivement, se réorganise et se modifie sans cesse, tant qu'elle participe à définir un être vivant* » (Mucchielli, 2013, p. 93).

Il est alors naturel que ce processus soit marqué par des ruptures et des *crises identitaires* qui résultent de chocs affectifs et d'une perte des repères du sentiment identitaire. Nous pouvons évoquer la crise de la puberté qui est identifiée comme la rupture entre l'identité de l'enfant et celle de l'adulte en devenir. Au-delà de cette notion de passage entre deux identités, l'individu à cette période de sa vie fait face à différentes modifications corporelles plus ou moins importantes (développement des caractères sexuels primaires et secondaires, changement de taille et de forme corporelle, etc.). Les repères corporels sont mis à mal et les représentations du corps sont alors impactées. L'adolescent peut également être amené à faire des choix qui pourront avoir une incidence dans sa future vie d'adulte (orientation professionnelle). C'est une période de la vie qui est faite de bouleversements et nous pouvons observer des tendances à l'identification : à un groupe, à des personnalités publiques, à une mode, etc. Cette recherche d'identification peut faire penser à celle du petit enfant à son environnement, cherchant à savoir qui il est et à quel groupe il appartient.

Cependant, l'entrée à l'âge adulte ne signifie pas la fin de ce processus identitaire, ni la fin de la recherche de notre singularité. E. Marc (2016) met en évidence la présence de différents passages de notre vie qui modifient notre représentation de soi et ainsi notre sentiment identitaire : la maternité/paternité, le passage de la vie célibataire à la vie maritale, la crise de la « quarantaine », la ménopause chez les femmes, l'entrée dans le « troisième âge », etc. Ces moments de vie peuvent être marqués par des modifications physiques, un changement de statut social et/ou professionnel, une modification ou une perte des capacités physiques et/ou cognitives. Ce sont des bouleversements qui ont des conséquences sur l'image que l'on a de soi et indirectement sur notre rapport aux autres individus.

Ainsi, la construction identitaire est un processus dynamique, marqué par des ruptures et des conflits internes pouvant déstabiliser la sécurité interne et le sentiment identitaire. Les crises identitaires signent le passage de certaines périodes de la vie, dans lesquelles différentes modifications peuvent être observées et pouvant aller jusqu'à bouleverser totalement la perception de soi.

4. La fonction contenante

Après avoir défini l'identité psychocorporelle et montré comment le sentiment identitaire se met en place dans la petite enfance, nous allons voir ce qu'est la fonction contenante et son lien avec l'identité psychocorporelle.

4.1. Une définition non établie

La contenance est un terme que nous pouvons avoir tendance à employer dans notre quotidien : ambiance contenante, besoin d'être contenu comme dans un cocon, etc. Nous l'entendons régulièrement dans le domaine médico-social : enfant qui a besoin d'un cadre contenant, contenir les émotions, etc. Néanmoins, la contenance reste un terme difficile à définir. A. Ducret nomme seulement deux concepts faisant référence à la « *contenance* » dans le dictionnaire international de psychanalyse (paru en 2002) : le concept de *contenant/contenu* de W. Bion que nous avons déjà évoqué et le concept d'*enveloppes psychiques* de D. Anzieu qui sera abordé dans la suite de ce mémoire (Ducret, 2011, p. 15).

Dans le dictionnaire en ligne Larousse, la contenance est définie comme « *la quantité que peut contenir quelque chose* ». Cela renvoie au terme « *contenir* » dont la définition dans le même dictionnaire est la suivante :

- Empêcher quelque chose, un groupe de s'étendre ou d'avancer au-delà de certaines limites, les renfermer dans certaines limites.

Ainsi, cette définition fait référence à la notion de limites pour contenir ou enfermer ce qui appartient au « dedans », pour que cela ne déborde pas vers le « dehors ».

4.2. Les notions de limites et enveloppes

On peut définir la limite comme un point à ne pas dépasser et cela peut faire référence à la notion de cadre évoqué auparavant et qui sera développé plus tard dans le mémoire. La limite peut également faire référence à ce qui entoure et enveloppe un espace ou ce qui sépare deux espaces. Au niveau anatomique, la peau constitue une limite entre l'intérieur du corps et l'extérieur, une sorte de membrane de protection.

4.2.1. Les structures et fonctions de la peau

La peau est l'organe le plus étendu de notre organisme, puisqu'elle recouvre presque l'ensemble de notre corps. Celle-ci est composée de trois couches de tissus ayant chacun des rôles différents.

La couche la plus superficielle de la peau se nomme l'**épiderme**, c'est celle qui est visible depuis l'extérieur. Elle se divise elle-même en plusieurs couches, dont la couche appelée « *cornée* » en surface, qui contient trois types de cellules. Les *kératinocytes* constituent 80 à 95% des cellules épidermiques (Pireyre, 2015, p. 76). Ceux-ci produisent une protéine, la *kératine*, qui assure le caractère imperméable de la peau. Malgré cette imperméabilité cutanée, l'épiderme laisse s'évaporer une petite quantité d'eau contenue à l'intérieur de la peau, c'est la régulation aqueuse. Cette quantité d'eau varie selon l'épaisseur de la couche cornée, plus elle est épaisse et moins elle laisse s'évaporer d'eau. La couche cornée de l'épiderme contient également les *mélanocytes*, cellules permettant la pigmentation de la peau, ainsi que les *cellules de Langherans* qui jouent un rôle dans le système immunitaire.

Le **derme**, qui constitue la couche intermédiaire de la peau, est un support conjonctif. Ainsi, il soutient et protège les autres tissus. Le derme est fait de collagène de type I et d'élastine, ce qui confère à la peau sa tonicité et son élasticité. Fortement vascularisée, cette couche de la peau permet la nutrition et les échanges d'informations (Pireyre, 2015).

Enfin, l'**hypoderme** est la couche la plus profonde de la peau, c'est ce qu'on appelle le tissu adipeux (la graisse). Il a un rôle d'isolant thermique.

E. Pireyre synthétise alors cinq fonctions de la peau. A travers sa morphologie, la peau à une fonction de limite corporelle qui nous confère notre apparence physique. La peau dispose également d'une fonction de protection contre les agressions extérieures et microbiennes. Elle a un rôle de thermorégulation ainsi qu'un rôle de régénération. Enfin, la peau a une fonction de communication avec le système nerveux central et le système immunitaire. En plus de ces cinq fonctions de la peau, il ajoute celle de la contenance, qu'il relie au concept de Moi-peau élaboré par Anzieu.

Chez le bébé, la peau est fine et immature, ses propriétés ne sont donc pas toutes développées. Ainsi, la peau ne peut pas encore représenter une limite corporelle.

L'apport de l'autre, notamment à travers la fonction contenante, est essentiel pour mettre du sens et nommer cette limite entre le dedans et le dehors.

4.2.2. *Le Moi-peau*

Pour introduire son concept de Moi-peau, D. Anzieu (1995) évoque trois expériences vécues par le nourrisson. Dans un premier temps, le tout-petit développe le plaisir de la succion. Ainsi, la bouche lui permet de vivre une première expérience d'un contact différenciateur. La satiété procurée par l'allaitement ou par le biberon permet à l'enfant de découvrir la sensation d'être plein. Cela constitue la deuxième expérience, qui serait plus diffuse et durable. Enfin, lors de ce moment d'allaitement (ou de soin), le nourrisson est porté et tenu dans les bras. Il fait l'expérience d'un contact corporel avec sa mère, qui lui apporte différentes perceptions et sensations (chaleur, odeur, mouvements, paroles, etc.). Cette dernière expérience décrite par D. Anzieu renvoie également au maternage (holding, handling, fonction alpha) que nous avons évoqué précédemment.

A la suite de ces trois expériences, associées à un environnement sécurisant, le nourrisson va progressivement pouvoir distinguer « *une interface permettant la distinction du dehors et du dedans, et un volume ambiant dans lequel il se sent baigné* » (Anzieu, 1995, p. 58). Lesquels lui permettront d'acquérir la sensation d'un contenant et le sentiment d'intégrité de son enveloppe corporelle.

Anzieu développe alors son concept de Moi-peau, dont il donne la définition suivante : « *Par Moi-peau, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps.* » (Anzieu, 1995, p. 61). Le Moi-peau assure un sentiment de continuité d'être. En effet, il « *fonde la possibilité même de la pensée* » (Anzieu, 1995, p. 62) et contient celle-ci, tout en permettant à l'individu d'être en relation avec son environnement.

En se basant sur le principe que toute fonction psychique se développe en prenant appui sur une fonction corporelle, D. Anzieu enrichit sa définition du Moi-peau en établissant des parallèles entre les fonctions de la peau et celles du Moi. Il donne alors huit fonctions au Moi-peau, dont quatre que nous allons développer ici :

- La fonction de maintenance du psychisme : elle se développe par l'intériorisation du holding maternel. Alors que la mère maintient le corps du nourrisson dans un état d'unité, le Moi-peau a pour fonction de maintenir le psychisme du nourrisson afin qu'il puisse « *se maintenir psychiquement par lui-même* » (Anzieu, 1995, p. 122). En effet, le Moi-peau serait une partie de la peau de la mère intériorisée par le nourrisson.
- La fonction contenante : elle est permise par le handling maternel qui procure au nourrisson la « *sensation-image de la peau comme sac* » (Anzieu, 1995, p. 124). Ce n'est pas seulement le contact corporel avec la mère qui fait émerger cette sensation, mais également les réponses (par la parole et l'infra-verbal) de celle-ci aux émotions du tout-petit. Ainsi, le Moi-peau enveloppe et contient à la fois le corps et le psychisme de l'individu, à condition qu'il y ait des pulsions à contenir.
- La fonction d'individuation du Soi : à travers sa fonction de limite corporelle et sa morphologie, la peau nous permet de nous affirmer comme étant un être différencié (couleur de peau, tâches et grains de beauté, pilosité, etc.) et de nous approprier notre « *peau personnelle* ». La fonction d'individuation du Soi du Moi-peau permet au nourrisson d'intégrer le sentiment d'être unique.
- La fonction de pare-excitation : la mère sert de « *pare-excitation auxiliaire* » au tout-petit, pour protéger son psychisme des excès de stimulation. Après l'intégration de cet étayage, le Moi de l'enfant aura la capacité d'assumer lui-même cette fonction de protection.

4.2.3. L'enveloppe psychique

Nous venons de voir que la peau, à travers ses structures, a une fonction d'enveloppe corporelle. En s'appuyant sur le concept du Moi-peau élaboré par D. Anzieu, nous pouvons alors évoquer la notion d'*enveloppe psychocorporelle*. D. Houzel, quant à lui, développe le concept « *d'enveloppe psychique* » (Houzel, 2010). Celui-ci précise que le sens commun à tout type d'enveloppe est sa capacité à délimiter un dedans et un dehors, ainsi qu'à contenir ce qui se trouve à l'intérieur. L'enveloppe psychique pourrait être visualisée comme une délimitation entre la réalité psychique et la réalité extérieure. Néanmoins, D. Houzel soutient l'aspect dynamique du concept d'enveloppe psychique, qui n'a pas seulement un rôle stable de récipient qui contient. En effet, « [...] le psychisme construit lui-même sa propre enveloppe sous

l'effet des forces qui l'animent de l'intérieur, [...] et au contact de la réalité extérieure et de ses contraintes » (Houzel, 2010, p. 23).

Il ajoute que l'enveloppe psychique est constituée de trois « *feuillet* », constituant l'aspect stable de l'enveloppe. La « *pellicule* » serait le niveau instable de l'enveloppe, qui s'articule suivant nos pulsions qui créent une certaine tension superficielle. La « *membrane* », quant à elle, est le lieu de rencontre avec les objets. Elle permet la stabilité de la pellicule, en donnant une représentation à ces objets, une trace de ces rencontres. Enfin, nous pouvons considérer le troisième feuillet, l'« *habitat* », comme englobant les deux premiers et participant à la construction des limites du Soi et du sentiment identitaire.

E. Bick, dans son article « L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces » évoque la fonction psychique de la peau dans le développement du nourrisson. Selon elle, l'expérience d'un objet contenant dans le développement du tout-petit est essentielle. Ce dernier pourra s'identifier à cet objet, l'éprouver comme une peau et se sentir contenu dans sa propre peau. L'objet contenant optimal serait « *le mamelon dans la bouche, accompagné du portage, des paroles et de l'odeur familière de la mère* » (Citée par Ciccone, 2001, p. 87). Cela renvoie à la notion de Moi-peau de D. Anzieu, qui décrit l'importance du maternage dans la construction du sentiment d'enveloppe corporelle.

4.3. Le tonus et le toucher contenant

Le tonus a été nommé plusieurs fois dans le début de ce mémoire, notamment en évoquant l'hypertonie d'appel du tout-petit comme moyen d'expression de ses émotions et sensations. C'est une donnée qui me semble essentielle dans la notion de fonction contenante – et de toucher contenant. En effet, le tonus est éminemment corporel, il entre en jeu dans le portage, le contact corporel, etc. Néanmoins, il s'avère également vecteur d'émotion et de communication.

4.3.1. *Le tonus et le dialogue tonico-émotionnel*

Le tonus peut être défini comme l'état de tension permanente et involontaire des muscles. Nous distinguons trois types de tonus :

- Le tonus de fond : c'est la légère tension musculaire qui est toujours présente. On l'appelle également le tonus de repos.

- Le tonus postural : c'est la tension musculaire minimale nécessaire au maintien d'une posture. Il est automatique, bien qu'on puisse agir dessus volontairement (se redresser lorsqu'on se sent fatigué, par exemple).
- Le tonus d'action : c'est l'ensemble des variations de tension musculaire qui permet de préparer et soutenir le mouvement.

Le tonus est intimement lié aux émotions, il constitue un moyen d'expression de celles-ci et joue un rôle dans la relation mère-enfant. C'est sur cette idée que H. Wallon décrit le concept de « *dialogue tonique* », qui sera développé et renommé « *dialogue tonico-émotionnel* » par J. de Ajuriaguerra (Bachollet & Marcelli, 2010). Celui-ci constitue un langage archaïque, principalement inconscient, prélude de toute communication verbale. Il est le reflet des états émotionnels des deux partenaires, qui peuvent être transmis de l'un à l'autre. Ainsi, le dialogue tonico-émotionnel est fait d'ajustements émotionnels et posturaux, en lien avec la régulation tonique.

Dans la période symbiotique décrite plus tôt, le nourrisson est dépendant de son entourage, sa régulation tonique l'est aussi. C'est le comportement de la mère, face à l'hypertonie d'appel du tout-petit, qui va engendrer une modulation de son tonus. Au fil de ces expériences de dialogue tonico-émotionnel entre la mère et son enfant, ce dernier va acquérir la capacité de réguler son tonus sans la présence de l'autre. Alors, ces moments de relation mère-enfant laissent une trace tonique dans la mémoire corporelle du tout-petit.

Ainsi, le tonus est vecteur des émotions, mais il est également vecteur de communication. D. Anzieu aborde cet aspect du tonus en évoquant les moments de contact corporel entre la mère et son enfant : les caresses, les massages, le bain, le portage, etc. Il explique que ces comportements produisent des stimulations involontaires de l'épiderme du tout-petit et provoquent volontairement du plaisir. Le nourrisson accueille en premier lieu ces gestes comme une excitation, puis comme une communication : « *le massage devient un message* » (Anzieu, 1995, p. 60).

4.3.2. *Le toucher thérapeutique*

Le toucher thérapeutique est un outil qui peut être utilisé par le psychomotricien, notamment dans le cadre d'une relaxation thérapeutique. Par exemple, la méthode de relaxation de Wintrebert qui fait intervenir des mobilisations activo-passives du corps (membres supérieurs et inférieurs ainsi que la tête). De manière assez simplifiée, la

relaxation provoque un abaissement du tonus, qui va avoir un impact sur le niveau de vigilance et sur l'état de conscience de l'individu. Ce mécanisme permet alors de favoriser la détente psychocorporelle.

En psychomotricité, le toucher n'est pas seulement utilisé à des fins de détente. Il est notamment le soutien de la relation, en s'appuyant sur la communication non-verbale, lorsque la communication verbale est inefficace ou non adaptée à la situation. Cette communication, par l'intermédiaire du toucher, se fait grâce au dialogue tonico-émotionnel. Ainsi, le toucher est vecteur de la communication infra-verbale, il permet de nous renseigner sur notre propre état tonique et sur celui de notre partenaire. Nous pouvons nous appuyer sur cette fonction du toucher pour favoriser la prise de conscience des tensions corporelles du patient et lui faire vivre différents états toniques, notamment pour mettre du sens dans ses éprouvés corporels. Le toucher offre une prise de conscience corporelle : distinguer les zones de notre corps qui sont touchées, le poids, le volume, etc. Ainsi, être touché peut nous permettre de porter notre attention sur des sensations nouvelles, ou différentes, et pouvoir faire du lien dans notre corps. Le toucher thérapeutique offre la possibilité au patient de (ré)investir son corps différemment et de (re)trouver du plaisir corporel. C'est un soutien à la renarcissisation. Dans certaines situations, le toucher peut favoriser l'apaisement d'une douleur physique, mais également d'une souffrance psychique. Par sa dimension enveloppante, le toucher va soutenir le sentiment d'unité psychocorporelle (Charpentier, 2014, p. 14).

Lorsqu'on touche une personne, on la touche avec une intention qui est perceptible grâce au dialogue tonico-émotionnel. Ainsi, l'utilisation du toucher thérapeutique en psychomotricité doit impliquer davantage notre savoir-être que notre savoir-faire. Néanmoins, il existe différentes manières de toucher :

- Le toucher-massage : celui-ci peut s'exercer à travers un lissage enveloppant de la peau, ou un effleurage lorsqu'il s'agit de zones plus délicates comme le visage. L'effleurage de la peau peut également être utilisé dans le cas d'une personne qui n'apprécie pas le contact franc, il sera alors vécu de manière moins intrusive. Parfois, le contact corporel est effrayant pour le patient, le toucher-massage peut se réaliser avec des objets médiateurs : balle, tissu, etc.
- Le toucher-pression : comme son nom l'indique, il s'agit d'exercer des pressions plus ou moins importantes sur le corps. Il favorise le sentiment d'unité corporelle

lorsqu'il est utilisé sur l'ensemble du corps. En variant l'intensité des pressions, nous transmettons des informations toniques et sensorielles différentes, permettant à la fois un abaissement et une régulation tonique.

- Le toucher relationnel : le toucher peut être un mode d'entrée en relation, permettant de montrer notre présence et notre écoute. Ainsi, il peut soutenir psychiquement et physiquement une situation.

5. Conclusion

L'identité est une donnée innée, qui se construit avant même notre naissance. Elle constitue ce qui nous rend à la fois uniques et semblables aux autres êtres humains. Le sentiment identitaire se construit au cours de notre petite enfance, à travers nos expériences motrices, sensorielles et émotionnelles, sur lesquelles notre mère a mis du sens. Le regard de la mère, ses paroles, ses gestes, son portage constituent un maternage essentiel à l'émergence d'un sentiment de cohérence et d'une sécurité interne stable et solide. Les relations que le tout-petit entretient avec son environnement, associées aux expériences corporelles qu'il vit, lui permettent de s'identifier aux autres et de construire une représentation sensorielle et affective de son corps. Celle-ci lui offre la possibilité de communiquer avec les autres et d'agir sur le monde.

La fonction contenante fait partie intégrante de la construction du sentiment identitaire. Selon F. Decoopman, la fonction contenante est « *une fonction maternelle précoce nécessaire au bon développement de l'enfant* » (Decoopman, 2010, p. 144). Comme l'a montré W. Bion, avec sa notion d'*objet contenant*, elle permet de mettre du sens sur les éprouvés du nourrisson : c'est une fonction *symbolisante*. Nous pouvons alors constater que la contenance est une notion à la fois physique et psychique : la mère porte son bébé, elle le caresse et l'enveloppe de ses bras, mais elle l'enveloppe également d'un bain de parole, d'un environnement sécurisant dans lequel il pourra petit à petit prendre conscience de lui-même comme étant un tout unifié et cohérent. Le Moi-peau, par sa fonction contenante, enveloppe à la fois le corps et le psychisme.

Comme nous l'avons vu, la construction identitaire est un processus dynamique qui se remanie au fil de notre vie suivant nos expériences psychocorporelles. Ainsi, certains moments de la vie sont marqués par des *crises identitaires*, menaçant le sentiment de sécurité interne. C'est le cas de la « crise d'adolescence », ou celle du

passage à la retraite, marquant toutes les deux le passage d'un statut social à un autre et étant toutes les deux marquées par des bouleversements psychocorporels. La perception de soi est alors modifiée et perturbe le sentiment d'unité et d'intégrité. Les patients en situation palliative vivent-ils une période de crise identitaire ? Ainsi, il me semble judicieux de montrer comment l'identité psychocorporelle des patients atteints de cancer peut être bouleversée.

III. L'atteinte de l'identité psychocorporelle et l'apport de l'accompagnement psychomoteur en soins palliatifs

1. Les répercussions du cancer sur l'identité psychocorporelle

1.1. L'annonce de la maladie

Avant le premier *Plan cancer*, établi en 2003, aucune mesure officielle n'existait pour encadrer l'annonce de la maladie au patient. Ainsi, le *Plan cancer 2003-2007*⁷ comporte soixante-dix mesures concernant la recherche, la prévention, le dépistage, la formation des soignants, l'accompagnement des patients et la qualité des soins. La mesure quarante a pour objectif de « *permettre aux patients de bénéficier de meilleures conditions d'annonce du diagnostic de leur maladie* » (Plan cancer 2003-2007, p. 28). Il faudra attendre 2006 pour qu'un « *dispositif d'annonce* » soit mis en place par l'Institut National du Cancer, en s'appuyant sur l'objectif du *Plan cancer*. Celui-ci tend à instaurer un accompagnement global du patient lors de l'annonce de sa maladie, à travers quatre temps : le temps du médical, le temps du soignant, le temps du médico-social et le temps de la coordination (Gérard & Antoine, 2007, p. 213) .

Malgré les efforts et l'organisation mise en place pour améliorer les conditions d'annonce du cancer, elle n'en reste pas moins douloureuse à recevoir pour les patients. L'annonce provoque un choc, d'autant plus lors d'une découverte fortuite de la maladie, qui remet en question l'équilibre de vie de l'individu. Les projets sont mis entre parenthèses, l'avenir est incertain, une multitude de questionnements peuvent faire surface. M. Guiose (2007) évoque une sidération psychique qui provoque une suspension dans le temps. Cette annonce vient faire effraction dans la vie, souvent de manière brutale et inattendue, elle n'est donc pas symbolisable et marque un point de rupture du sentiment de cohérence et d'unité de l'individu. Celui-ci peut se retrouver en difficulté pour mettre du sens sur ce qu'il vient d'apprendre, sur ce qui constitue désormais sa réalité. Ainsi, « *d'un statut normal, le patient rentre dans une catégorie médicale où le sujet et sa maladie sont confondus* » (Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007, p. 42), son sentiment identitaire est bouleversé.

⁷ Il existe à l'heure actuelle trois *Plan cancer* : le premier est celui de 2003-2007, le second 2009-2013 et le dernier 2014-2019

Ses repères identitaires sont donc mis à mal, l'individu fait face à sa propre finitude, à sa mort plus ou moins proche. E. Kubler-Ross met en lumière les difficultés du patient en situation palliative à appréhender sa propre mort et développe cinq « *étapes du mourir* » que peut vivre un patient en fin de vie et qui constituent des mécanismes de défense inconscients. Le choc que provoque l'annonce et la prise de conscience de l'issue fatale de la maladie peut engendrer une réaction de **déni**. L'individu se met alors dans une position de fuite et refuse d'accepter la réalité du diagnostic. Cette posture peut être difficile à tenir. La **colère** prend alors le dessus et peut se projeter sur l'entourage du patient. Celle-ci cache souvent une souffrance psychique, une angoisse sous-jacente, qui peut induire une certaine culpabilité. Lorsqu'il acquiert la possibilité de faire face à sa finitude, le patient souhaite **négozier/marchander**. En promettant des sacrifices, il désire accomplir ses derniers projets de vie et prolonger celle-ci. Ainsi, l'individu s'investit dans la vie jusqu'à sa mort (Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007, p. 45). Alors que la maladie devient de plus en plus visible et qu'on observe une altération de l'état général, l'étape de la **dépression** peut apparaître, l'individu remet en cause son identité. Enfin, si cela est possible pour lui, le malade peut **accepter** cette situation. L'acceptation induit un certain détachement émotionnel, « *la lutte est finie* » (Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007). Chaque individu étant unique, ces étapes ne suivent pas un ordre précis, ne sont pas vécues par tous les patients et certains peuvent en traverser plusieurs en même temps. Dans notre accompagnement du patient en soins palliatifs, il est important d'identifier la ou les étape(s) qu'il traverse, afin de nous adapter à celle(s)-ci.

1.2. Un corps devenu étranger

Le cancer induit une altération de l'état général. Ainsi, les malades perdent progressivement (ou rapidement, suivant le type de cancer) leurs capacités physiques : le corps s'amaigrit, la fatigue prend le dessus, alors que le corps perd de sa masse musculaire, etc. Les patients sont souvent alités, n'ayant pas assez de force pour se déplacer. Cette perte de mobilité désorganise le schéma corporel de l'individu, qui voit ses repères corporels s'appauvrir. L'amaigrissement, les masses que forment certaines tumeurs sous la peau, la perte des poils et cheveux lors de certains traitements sont des facteurs qui ne font qu'intensifier le sentiment d'un corps transformé, qui n'est plus le même. Ainsi, tout comme le schéma corporel, l'image du corps se voit impactée par ces changements corporels. La perception corporelle est

modifiée, l'individu ne se reconnaît plus. De plus, les plaies (notamment les escarres provoquées par l'alitement), les soins répétés, les perfusions et les « *poches*⁸ » rendent les limites corporelles de plus en plus floues et fragiles. M. Guiose (2007) parle d'une déstructuration des représentations corporelles qui provoque un « *ébranlement identitaire* ».

Cette déstructuration des repères corporels peut provoquer un désinvestissement corporel, une mise en retrait de ce corps identifié comme étranger. Certains patients refusent la visite de leurs proches, ne voulant pas être vus de cette façon. Le regard de l'autre est une épreuve, leur reflétant leur propre image. Ainsi, la relation du sujet à son corps, à lui-même et à son entourage se retrouve bouleversée (Martin, 2008, p. 105).

1.3. La perte d'autonomie

Selon le dictionnaire médical en ligne, l'autonomie constitue la liberté de faire des choix pour notre vie et de décider par nous-même, mais également notre capacité d'assurer seul les actes de la vie quotidienne. Lorsqu'un individu perd une partie ou la totalité de son autonomie, il devient dépendant de son entourage.

Les patients en situation palliative verbalisent souvent un sentiment de dépendance, se représentant comme des êtres passifs qui subissent les soins et leur quotidien. Cela marque encore plus leur impression de ne plus se reconnaître, comme s'ils perdaient leur identité sociale : ils ne travaillent plus, certains ne peuvent plus autant assurer leur rôle de parent, de mari ou de femme. Il est alors d'autant plus important de permettre au patient d'être acteur de sa prise en charge à l'hôpital, que sa parole soit entendue et respectée. Ce sentiment de perte de sens et d'être inutile peut être amplifié par l'aspect parfois déshumanisant de l'hospitalisation, où le principe de placer le patient « *au centre de l'organisation des soins* » (Poisson, 2015, p. 19) ne serait pas respecté. Ainsi, le patient n'est plus vu comme un individu mais comme un corps-objet qu'il faut soigner.

La situation de dépendance plus ou moins importante du patient en soins palliatifs peut renvoyer l'image du nourrisson dépendant de son entourage dans les premiers mois de sa vie. De manière inconsciente ou non, le patient peut être amené à avoir

⁸ Certains cancers nécessitent la pose de poches, pour recueillir les urines, les selles, etc.

des comportements de « *régression* ». Tout comme le nourrisson, le patient atteint de cancer fait face à de nouvelles sensations corporelles, il doit apprendre à vivre avec ce corps qu'il ne connaît pas encore tout à fait. Les liens d'attachement avec l'entourage peuvent se solidifier, ou de nouveaux liens peuvent voir le jour.

L'accompagnement psychomoteur pourrait-il permettre au patient en situation palliative de se réapproprier son corps, et ainsi de retrouver son identité ? J'aimerais évoquer l'accompagnement de deux patientes que j'ai rencontrées au cours de mon stage en EMASP.

2. Illustration clinique : Madame Glorianne

2.1. Anamnèse

Madame Glorianne est une femme de 58 ans originaire de Martinique. Elle est mariée et a un fils de 30 ans. Elle a déménagé en France métropolitaine lorsque son fils était encore enfant, son mari est resté en Martinique. Elle retourne régulièrement dans son pays pour retrouver sa famille. Elle a cependant une cousine qui habite à Paris avec qui elle est très proche. Madame Glorianne est en arrêt de travail depuis 2 ans, elle était aide-soignante dans un service de psychiatrie adulte.

Il y a deux ans, on lui diagnostique un cancer pancréatique localement avancé, une chimiothérapie est alors mise en place. Suite à des examens complémentaires, une embolie pulmonaire associée à une thrombose⁹ de la veine sus-hépatique sont découvertes. Son oncologue observe également un envahissement biliaire et procède à un drainage et à la pose d'une prothèse simple au niveau du canal pancréatique.

Il y a trois mois, une mauvaise réaction à la chimiothérapie nécessite l'hospitalisation d'urgence de Madame Glorianne. Après deux semaines d'hospitalisation, son état de santé est stabilisé et elle est transférée en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Il y a un mois, elle est hospitalisée d'urgence en service d'oncologie digestive pour un bilan hépatique perturbé associé à des douleurs abdominales et de la fièvre. A son arrivée, elle subit une opération pour placer une seconde prothèse à l'intérieur de celle déjà existante.

⁹ Une thrombose est provoquée par la formation d'un caillot sanguin dans une veine, bloquant alors la circulation sanguine.

Quelques semaines après son arrivée dans le service, l'EMASP est appelée pour une prise en charge palliative, à la demande de Madame Glorianne qui se questionne sur sa fin de vie. Elle est décrite par l'équipe soignante comme une patiente très anxieuse et qui verbalise des pensées négatives, notamment concernant sa maladie et sa fin de vie. Elle est d'ailleurs suivie régulièrement par la psychologue du service.

Son dossier médical indique des antécédents familiaux de cancer. En effet, son père est décédé d'un cancer de la prostate et sa sœur d'un cancer du rein généralisé. De plus, elle évoque plusieurs cancers du poumon du côté de sa famille maternelle.

2.2. Ma première rencontre avec Madame Glorianne

2.2.1. Description physique

Accompagnée de ma maître de stage Cindy, je rencontre Madame Glorianne en fin de matinée. Lorsque nous entrons dans la chambre, elle est allongée dans son lit. Les draps sont remontés jusqu'en dessous des épaules, laissant apercevoir sa silhouette amaigrie et son crâne rasé. J'observe sa position, il ne semble pas y avoir de tension, une grande fatigue corporelle et psychique se fait ressentir. Elle me donne l'impression d'un corps perdu dans cet immense lit. En entendant la porte s'ouvrir, elle tourne la tête vers nous, je pense qu'elle s'était assoupie.

2.2.2. L'entretien

Nous nous présentons à elle, et lui expliquons que nous faisons partie de l'Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs. En effet, elle a déjà rencontré une infirmière et le médecin de l'EMASP. Alors que je termine de lui expliquer notre pratique en psychomotricité, Madame Glorianne me parle de son rapport au corps. Elle verbalise une mise à distance de son corps, qui semble ne plus lui appartenir et qu'elle visualise comme un « *squelette vivant* ». Elle pointe du doigt sa poitrine tout en disant qu'elle n'a « *plus rien* ». Elle ne souhaite plus se regarder car son corps lui rappelle qu'elle est malade, la même maladie qui a tué sa sœur dit-elle. Je fais l'hypothèse d'un désinvestissement psychomoteur.

De plus, elle évoque son métier d'aide-soignante qui a été une vocation pour elle. Elle se retrouve, pour la première fois de sa vie du côté du patient et non du soignant. Avant son hospitalisation, Madame Glorianne a dû quitter son logement où elle vivait

seule pour emménager chez sa cousine. Cette perte d'autonomie et d'indépendance impactent sa vision d'elle-même.

Elle dit avoir la chance d'être très entourée : par ses anciens collègues, sa famille, ses amis et même par l'équipe soignante de l'hôpital. Malgré cet entourage qui semble contenant et rassurant pour elle, Madame Glorianne verbalise une anxiété majeure qu'elle identifie comme constamment présente dans son quotidien, au point de l'empêcher de dormir. Elle se considère pourtant comme une personne de nature calme et non anxieuse et nous explique avoir mis du temps avant d'accepter les traitements anxiolytiques qui lui ont été proposés par les médecins. En effet, dans sa culture il est mal vu de se faire aider par des médicaments. Sa famille, qui vit en Martinique, n'est pas au courant de la situation médicale de Madame Glorianne. Elle pense qu'ils sont au courant qu'elle est malade car ils savent qu'elle est « *très fatiguée* », mais elle ne souhaite pas leur en dire plus. Selon elle, ils ne comprendraient pas sa décision d'accepter l'aide des médecins car ils ne vivent pas son quotidien : « *ce n'est pas eux qui sont allongés sur le lit* ».

Lors de cet échange, Madame Glorianne évoque un autre sujet, celui de l'alimentation. De nature gourmande, elle souffre de ne plus pouvoir manger ce qu'elle souhaite. En effet, depuis la pose de sa nouvelle prothèse, elle vomit tout ce qu'elle mange. Elle verbalise un besoin de se remémorer le goût et l'odeur des plats qu'elle aimait tant. Ce travail autour de l'imaginaire semble être habituel dans son quotidien à l'hôpital : elle nous raconte aimer prendre un moment pour se visualiser auprès de sa famille, en Martinique. En fermant les yeux, elle s'évade quelques instants.

Lorsque nous abordons le devenir de sa maladie et de son hospitalisation elle évoque une potentielle reprise de la chimiothérapie d'ici quelques semaines. Néanmoins, elle semble très marquée psychologiquement par les effets de sa dernière chimiothérapie. Elle nous dit alors que son souhait le plus profond est de ne plus souffrir comme elle a souffert quelques temps auparavant. Ce qu'elle désire dorénavant, c'est le *confort*. Madame Glorianne se retrouve en difficulté pour accepter sa maladie et sa finalité, elle dit qu'elle doit apprendre à vivre avec.

2.2.3. *Le toucher-massage du dos*

Lorsque Madame Glorianne me demande ce que je peux lui proposer pour l'aider à « *gérer* » son anxiété, je lui propose du toucher thérapeutique. En effet, j'ai remarqué

dans son discours qu'elle se saisit déjà d'elle-même de la relaxation : elle aime prendre du temps pour elle en fermant les yeux et s'imaginer en Martinique avec ses proches. De plus, elle semble très fatiguée, je pense qu'une approche corporelle à travers le toucher (engendrant peut-être une détente corporelle) pourrait favoriser une détente psychique, ce qu'elle désire. Elle accepte cette proposition et verbalise son envie d'un toucher-massage au niveau du dos, une zone qu'elle trouve douloureuse depuis sa perte d'autonomie. Les réflexes de soignante de Madame Glorianne sont toujours présents, elle prend les devants en montant le lit pour préserver mon dos.

Lorsqu'elle me demande dans quelle position elle *doit* se mettre, je préfère lui répondre de choisir une position confortable, dans laquelle se sent à l'aise. Elle décide de se mettre sur le côté gauche, position qu'elle prend pour dormir. J'observe une femme dynamique malgré son asthénie, qui peut mobiliser son corps dans l'espace sans trop de difficultés. Elle retire son haut, tout en verbalisant qu'elle n'a plus rien à cacher, faisant référence à sa poitrine « *disparue* », symbole de sa féminité qu'elle peine à retrouver.

Je débute le toucher-massage et elle soupire : « *que ça fait du bien* », son unique verbalisation durant ce moment de détente corporelle. Je peux distinguer visuellement toutes ses vertèbres, et sentir sous mes mains la largeur de ses omoplates. Le niveau tonique de Madame Glorianne me semble adapté. Néanmoins, sa respiration est superficielle, comme bloquée au niveau thoracique. Celle-ci gagne en amplitude au fur et à mesure du toucher-massage, je sens qu'elle s'endort.

A la fin du toucher-massage, je replace le drap sur le haut de son corps tout en exerçant quelques pressions puis je lui laisse un temps pour profiter de ce moment. Après plusieurs minutes, nous décidons de la réveiller doucement et l'informer que nous allons descendre son lit et la laisser se reposer. Elle ouvre les yeux, sourit et nous remercie puis referme les yeux.

2.2.4. Projet thérapeutique mis en place pour Madame Glorianne

Suite à cette première rencontre avec Madame Glorianne, Cindy et moi élaborons un projet thérapeutique. Nous commençons par évoquer ensemble cet échange avec la patiente afin d'écrire son profil psychomoteur.

De manière générale, Madame Glorianne semble très fatiguée mais est très présente dans la relation. Son accueil est chaleureux et elle n'a pas besoin que nous la guidions lors de l'entretien. En effet, elle aborde spontanément et clairement son vécu corporel et émotionnel en lien avec son cancer. Elle est très préoccupée par son anxiété qu'elle décrit comme très présente, sa demande principale est d'avoir de l'aide pour la gérer .

Sur le plan des représentations du corps, nous notons que Madame Glorianne tient un discours très négatif sur son corps et le rapport qu'elle a avec ce dernier. Le cancer provoque une altération de l'état général, ainsi sa perte d'autonomie et d'indépendance, ses modifications corporelles (pertes de ses cheveux, amaigrissement) et sa fatigue psychocorporelle ont un impact sur l'image qu'elle a d'elle-même. Elle met de la distance avec son corps, ne souhaitant plus le regarder. Nous pouvons faire l'hypothèse d'un désinvestissement psychomoteur. Néanmoins, le schéma corporel semble bien préservé et l'expression de ses ressentis corporels est précise. De plus, elle identifie son corps comme porteur de sa maladie et donc de sa mort. Nous notons une image du corps mortifère, son corps lui fait penser à un squelette vivant. Ancienne aide-soignante, Madame Glorianne se retrouve dorénavant à la place du patient, nous imaginons que cela peut projeter des inquiétudes et impacter son sentiment identitaire. Ne pouvant plus manger comme elle le souhaite, elle se décrit comme une personne gourmande qui se sent alors privée d'un plaisir personnel.

Sur le plan relationnel, Madame Glorianne semble apprécier les échanges et aime se sentir entourée. Lorsqu'elle évoque son environnement et ses proches, ses verbalisations sont positives, nous comprenons que cela lui donne de la force. Elle présente de bonnes capacités de communication verbale et non-verbale.

Sur le plan des affects/émotions, nous notons la présence d'une anxiété majeure présente depuis quelques mois. Madame Glorianne se décrit comme une personne qui n'est pas de nature anxieuse, ce vécu émotionnel est donc nouveau pour elle et semble la déstabiliser sur tous les plans. Cette anxiété l'empêche de dormir convenablement, sa fatigue est ainsi majorée. Etant une personne très sociable, les moments d'échanges semblent être apaisant pour elle. Cependant, elle est loin de sa famille qui habite en Martinique, où elle a grandi. Ce manque est source de tristesse

pour elle, qui prend alors du temps quotidiennement pour s'imaginer auprès de ses proches.

Sur le plan tonique, son asthénie et son désinvestissement psychomoteur provoquent une certaine hypotonie. Madame Glorianne est allongée dans son lit, son corps tout entier est déposé sur celui-ci, nous n'observons pas de tension corporelle. Néanmoins, lors du changement de position (pour le toucher-massage), ses mouvements sont fluides et dynamiques.

Enfin, nous repérons un travail de deuil tout au long de cet échange : le deuil de son corps, de sa féminité, de son métier, de son indépendance, de son plaisir de manger, de sa famille en Martinique qu'elle ne reverra certainement pas et de sa sœur décédée.

Lors de notre rencontre avec Madame Glorianne, sa principale demande a été de trouver un moyen d'apaiser sa souffrance psychique, c'est-à-dire son anxiété. Nous observons que cette anxiété majeure résulte d'une représentation de soi dévalorisée et pourrait être l'expression d'une peur vis-à-vis de son cancer. En effet, elle nous a fait part de son refus d'accepter sa maladie et sa mort. De plus, nous observons chez elle un désinvestissement corporel. Ses capacités relationnelles sont pleinement préservées, malgré sa fatigue. Cela pourrait être un appui dans notre accompagnement psychomoteur pour favoriser l'expression de ses ressentis. Nous aimerions, à travers le toucher thérapeutique et un cadre contenant, favoriser un vécu corporel plus positif afin de permettre à Madame Glorianne d'accéder à une revalorisation d'elle-même et à une détente psychique.

2.3. Une perception de soi différente

Depuis notre première rencontre, Madame Glorianne a vu Cindy deux fois. Toujours très fatiguée, elle préférait échanger brièvement en début de séance pour « *garder de l'énergie* ». Lors de ces deux séances, elle a souhaité bénéficier d'un toucher-massage du dos, zone qu'elle trouve toujours sensible et douloureuse.

Une semaine s'est écoulée, nous passons voir Madame Glorianne dans la matinée, moment de la journée qu'elle préfère. En effet, ses proches viennent régulièrement lui rendre visite l'après-midi. Aujourd'hui, nous apprenons lors des transmissions de l'EMASP que cette patiente va se faire opérer à midi. Cette opération a pour objectif

d'observer l'état de ses prothèses, il n'y a pas encore de décision prise pour un changement de prothèse.

Lorsque nous entrons dans la chambre, nous sommes surprises de voir son lit vide. Madame Glorianne est assise sur son fauteuil, une tablette entre les mains, en tenue pour aller au bloc opératoire. Lorsqu'elle nous voit, elle dépose la tablette sur le rebord de la fenêtre et nous fait un grand sourire. Sa posture est dynamique, son attitude également. C'est la deuxième fois que je la vois et j'ai la sensation d'être en face d'une nouvelle personne, c'est une nouvelle rencontre. Nous la saluons et nous asseyons près d'elle. Elle nous informe qu'elle est prête pour aller au bloc opératoire, qu'elle attend que les brancardiers viennent la chercher. Je lui demande alors comment elle se sent avant cette opération. Sur le ton de l'humour, elle me répond que son quotidien est rythmé par ce type d'intervention, elle a donc l'habitude et elle se sent « *sereine* ». D'après elle, il ne sert à rien d'être angoissé car c'est « *encore plus difficile de s'en remettre par la suite* ». Je suis étonnée de la voir dans cet état d'esprit, je fais le lien avec l'anxiété qui était un sujet très présent lors de notre première rencontre. Elle ajoute d'elle-même avoir diminué sa prise d'anxiolytique. Elle prend conscience que cela a été bénéfique pour elle d'avoir accepté les traitements médicamenteux, qui sont contraires à sa culture. En effet, elle s'aperçoit aujourd'hui qu'elle peut « *remonter la pente* » et s'en détacher petit à petit.

On peut alors observer une forte évolution dans sa dynamique psychocorporelle, et pas seulement sur le plan de l'anxiété et de la posture. Lors de notre première rencontre, Madame Glorianne évoquait sa perte de plaisir gustatif. Aujourd'hui, elle nous fait voyager en nous racontant que sa cousine lui a apporté un plat antillais : le colombo de poulet. Elle dit « *revivre* » en retrouvant ces saveurs, celles qu'elle avait tant de mal à imaginer. Elle nous parle alors d'un projet de *vie* qui prend forme petit à petit dans ses pensées. Elle souhaiterait partir trois semaines en Martinique, voir *une dernière fois* sa famille et se « *ressourcer* ». Elle dit être dans la vie, tout en ayant conscience de cette « *pancarte qui indique la mort* » derrière elle. Je me questionne alors sur ce projet de vie, je sais qu'elle souhaite mourir en France car elle dit avoir tout organisé de cette façon, pour son fils. Est-ce un réel désir de départ en Martinique ou un rêve qui la fait voyager ? En effet, je me souviens de son plaisir à s'évader en fermant les yeux et en s'imaginant auprès de sa famille. Cindy m'informerait par la suite

que Madame Glorianne n'a parlé à personne de ce désir de retour en Martinique. Son oncologue n'est pas informé, ce qui limite l'organisation d'un tel projet.

Madame Glorianne fait du lien dans son corps et dans ses ressentis. Elle évoque son corps, qu'elle se « *réapproprie un peu plus chaque jour* » depuis qu'elle a rencontré l'EMASP. Son corps, je le rappelle, qui lui faisait penser à un *squelette vivant* et qu'elle n'osait plus regarder. Aujourd'hui, elle renoue avec lui et nous dit : « *je suis une femme et je suis belle* ». Nous observons alors une image du corps revalorisée.

Elle nous explique qu'elle avait très peur lorsque son oncologue lui a annoncé l'arrêt de sa chimiothérapie il y a deux semaines. Ainsi, elle pensait qu'elle serait « *mise de côté* » dès lors que les soins curatifs s'arrêteraient. En rencontrant l'EMASP, elle s'est rendue compte qu'elle serait accompagnée jusqu'au bout. Selon elle, nous lui avons permis de découvrir sa force et son courage : « *dans ce petit corps, j'ai une grande force qui était bien cachée* ». La contenance de ce cadre sécurisant et de cet accompagnement lui a donné la possibilité de se (re)découvrir, de prendre des initiatives, d'être actrice de sa fin de vie et bien-sûr de sa *vie*. Madame Glorianne nous apprend également qu'elle écrit des lettres pour les membres de sa famille et pour son entourage proche, une attention personnalisée pour chacun d'entre eux. Une lettre est néanmoins plus spéciale à ses yeux, celle qu'elle écrit à son fils. Je ressens beaucoup d'émotions lorsqu'elle évoque son fils, pour qui c'est l'anniversaire aujourd'hui. Elle se sent triste de ne pas être présente à ses côtés en ce jour si précieux, elle espère être en forme après son opération pour le recevoir.

2.4. Quand la maladie prend le dessus

Je suis retournée voir Madame Glorianne deux jours après son opération. Celle-ci s'est très bien déroulée et les chirurgiens ont décidé de retirer la seconde prothèse. Néanmoins, en se réveillant, elle a appris qu'elle ne pourra dorénavant plus manger d'aliment solide. Elle verbalise un choc à cette annonce, ne s'imaginant pas manger ses plats préférés en mixés. Je découvre alors le caractère persévérant de Madame Glorianne, qui a insisté auprès de son oncologue pour trouver un arrangement. Il a donc été convenu qu'elle puisse manger solide à condition qu'elle mâche bien les aliments. Cette prise d'initiative montre encore une fois qu'elle souhaite être actrice de sa vie. J'observe également un ruban coloré qui entoure son crâne, une touche de

féminité, un accessoire qui indique qu'elle investit de plus en plus son corps de manière positive.

Ce jour, elle me dit qu'elle aimerait retrouver des sensations au niveau de ses pieds, qu'elle a l'impression ne plus sentir, c'est un effet de l'alitement prolongé. Je lui propose alors un toucher-massage au niveau des pieds. Pendant ce moment, elle verbalise à plusieurs reprises à quel point cette baisse de sensation plantaire est un sentiment « *étrange* » pour elle. Je sens qu'à l'inverse du toucher-massage du dos que je lui avais fait, elle est plus à l'écoute de ce qu'elle ressent et non dans une recherche de détente corporelle. Ses yeux restent ouverts pendant une majeure partie du toucher-massage, les verbalisations sont fréquentes.

La semaine suivante j'apprends lors des transmissions de l'EMASP que Madame Glorianne va reprendre la chimiothérapie le jour-même et qu'elle a une place en SSR le lendemain. Je décide alors d'aller la voir. Lorsque j'entre dans sa chambre, elle est en position demi-assise dans son lit, le drap recouvre une partie de son corps de manière assez aléatoire. Sa position me semble inconfortable, sa nuque est en tension pour soutenir le poids de sa tête. Elle me fait l'effet d'une personne *dispersée* et *perdue*.

Je n'ai pas le temps de lui demander comment elle va, qu'elle me dit se sentir très anxieuse aujourd'hui, je la sens désemparée. Elle semble manquer de souffle quand elle m'explique avoir appris au réveil la reprise de sa chimiothérapie, elle parle de manière plus rapide également. Elle m'explique qu'elle a *peur* que son corps ne suive pas, *peur* d'avoir mal, *peur* de revivre cette *souffrance* encore une fois. Elle a l'impression d'aller « *enfin bien* » et que la chimiothérapie va entraver sa guérison psychologique. Pourtant, elle dit ne pas regretter ce nouvel essai de chimiothérapie, qu'elle aurait regretté si elle l'avait refusé. Pour elle, c'est sa « *dernière chance* ». Son débit de parole est plus rapide que lors de nos séances précédentes et j'ai l'impression de ne pas avoir la possibilité de lui répondre. Je décide alors d'accueillir sa parole, de lui laisser cet espace d'expression. Peut-être que ses paroles n'ont pas pour but de recevoir une réponse ? Peut-être tente-t-elle à travers la parole de remplir le vide et de diminuer son anxiété ? Je remarque qu'elle n'évoque pas le SSR, je décide de ne pas aborder le sujet pour ne pas risquer d'amplifier son anxiété.

Avant même que je lui fasse une proposition de séance, Madame Glorianne me dit qu'elle ne sait pas ce dont elle a envie aujourd'hui, qu'elle n'arrive pas à identifier son besoin. Face à son agitation motrice et verbale, je l'invite alors à fermer les yeux quelques instants et de s'accorder un temps de calme. J'accompagne cette proposition en régulant ma propre respiration, en inspirant et expirant de façon plus amplifiée, de sorte à ce qu'elle perçoive mon propre retour au calme. En effet, je me rends compte à ce moment-là que son agitation avait eu un impact sur ma respiration et ma posture. Madame Glorianne semble avoir de bonnes ressources internes, cet instant de retour au calme lui semble bénéfique et elle s'en saisit aisément. Je lui propose alors un temps de toucher-pression sur l'ensemble de son corps, afin de l'aider à se recentrer et de lui accorder un moment de détente avant la chimiothérapie.

Je commence le toucher-pression par son bras droit. Je la sens très tonique, ce qui illustre bien sa dynamique psychocorporelle du jour. Au fur et à mesure, je sens son niveau tonique s'abaisser et j'observe les traits de son visage se détendre. Lorsque je termine, je lui laisse un temps de reprise. Cependant, deux infirmières toquent à la porte et entrent vivement dans la chambre. Madame Glorianne n'ouvre pas les yeux, elle semble s'être endormie. Je fais signe aux infirmières que j'ai bientôt terminé, elles m'indiquent qu'elles sont là pour lui administrer la chimiothérapie. Je prends le temps de la réveiller progressivement, étape par étape. Puis je lui annonce que deux infirmières arrivent pour sa chimiothérapie. Je la sens beaucoup plus apaisée, sûrement plus prête à affronter ce moment qu'elle redoutait tant. En sortant de la chambre, je l'entends tout de même demander aux infirmières si cela va être douloureux.

Quelques heures plus tard, je décide de prendre des nouvelles de Madame Glorianne et de la reprise de sa chimiothérapie afin de verbaliser, si elle le souhaite, sur la séance que nous avons eue. En effet, pensant qu'elle partait le lendemain en SSR, j'ai ressenti le besoin de clôturer notre accompagnement psychomoteur. Quand je rentre dans sa chambre, elle est allongée sur le dos et semble très fatiguée. Elle me sourit et me dit que la chimiothérapie s'est bien passée et qu'elle n'a pas eu de douleur, mais qu'elle se sent fatiguée. Je la sens plus apaisée dans sa manière de s'adresser à moi. Je lui demande comment s'est passé le moment de toucher-pression qu'elle a vécu tout à l'heure. Elle me répond que c'était un ressenti nouveau et qu'elle a eu la sensation d'être enveloppée, ce qui lui a permis de se recentrer et s'apaiser avant la

chimiothérapie. Elle fait le lien avec son rapport au corps et verbalise une volonté de mieux l'écouter, notamment concernant les effets de la chimiothérapie. Je décide de la questionner concernant son départ en SSR, comment elle vit ce changement de prise en charge. Elle m'annonce alors qu'elle a refusé cette place car elle juge que c'est trop tôt, et veut attendre de voir comment se passe sa reprise de chimiothérapie.

Une semaine plus tard, Madame Glorianne est très somnolente. Cindy m'indique qu'elle n'a pu la voir qu'une seule fois, car elle dort énormément. La décision est prise d'arrêter la chimiothérapie, les effets secondaires étant trop délétères. Néanmoins, lorsqu'elle est éveillée, elle prend l'initiative de descendre à la cafétéria de l'hôpital pour prendre un goûter. Le trajet est important et lui demande beaucoup d'énergie, le retour est alors difficile. Lorsqu'elle en parle avec Cindy, Madame Glorianne évoque son inquiétude vis-à-vis de sa perte d'autonomie. Elle décide alors de se mobiliser et marcher jusqu'à la cafétéria pour se « *prouver* » qu'elle en est encore capable. Il est compliqué pour elle d'arriver à un entre-deux, elle a la sensation de subir les soins et son quotidien lorsqu'elle reste dans son lit.

Lorsque je revois Madame Glorianne, nous sommes la veille de son départ en USP. Elle se sent plus en forme ce jour, pouvant alors communiquer avec moi sans difficultés. Je lui demande comment elle se sent, elle me répond que son transfert en USP lui fait peur. Elle m'indique que l'inconnu l'a toujours impressionné, mais plus que ça, l'USP symbolise pour elle que c'est la fin de son parcours. Face à cette crainte grandissante, elle me dit comprendre encore mieux l'intérêt de l'accompagnement de l'EMASP. Ce dernier lui a permis d'avoir des réponses à ses questions, à comprendre comment allait se dérouler la suite, à trouver des solutions pour apaiser son anxiété. Je lui indique alors qu'il serait potentiellement pertinent de verbaliser ces craintes à l'équipe qui la prendra en charge à l'USP. Son hospitalisation ayant duré plus d'un mois, ce changement d'environnement sera certainement source de bouleversement au niveau de ses repères.

2.5. Conclusion

Nous avons rencontré Madame Glorianne à sa demande, souhaitant être accompagnée dans sa fin de vie. Ainsi, nous pouvons déjà apercevoir le caractère entreprenant de cette femme, qui semble avoir la volonté d'être libre et actrice quant aux choix qui peuvent être pris lors de son hospitalisation. Avant que nous la

rencontrions, l'équipe nous décrit une patiente très anxieuse. En effet, la souffrance psychique est au premier plan lors de notre entretien avec elle. Un rapport au corps compliqué et un désinvestissement psychomoteur viennent s'ajouter à cette anxiété. Nous notons alors une certaine ambivalence tout au long de notre accompagnement, entre volonté d'autonomie et désinvestissement, entre verbalisations positives et négatives. Cette ambivalence pourrait illustrer le bouleversement de ses repères identitaires.

Madame Glorianne étant de nature sociable, le relationnel a été un appui important dans notre accompagnement psychomoteur. A travers notre présence et notre attitude psychocorporelle, nous lui avons offert un espace d'échange contenant et sécurisant : elle a verbalisé plusieurs fois la notion de « *cadre* » et « *d'environnement* ». Celui-ci lui a permis de cheminer et de faire du lien avec les expériences corporelles vécues en séance de psychomotricité.

Alors que sa posture s'était dynamisée au fil de notre accompagnement, découvrant une femme encore pleine de vie et d'envies, le cancer a progressivement pris le dessus. Sa fatigue est devenue de plus en plus importante, ne permettant plus les longs échanges verbaux que nous avons avec elle, notre posture avec elle s'est donc ajustée à ce changement. Cette brusque perte d'autonomie a remis en lumière l'anxiété de Madame Glorianne, sur laquelle elle peut désormais mettre du sens.

3. Illustration clinique : Madame Leroy

3.1. Anamnèse

Madame Leroy est une assistante de direction de 49 ans. Elle est mariée et mère de deux adolescents. Sa mère est très présente dans sa vie, elle aide notamment au bon fonctionnement de la maison familiale pendant son hospitalisation.

Il y a deux ans et demi, un cancer du canal anal est découvert et sera traité par radiochimiothérapie. La réponse au traitement est concluante et son oncologue lui annonce que son cancer est en rémission. Un an plus tard, on observe une récurrence de son cancer avec une progression au niveau des deux uretères, associée à une insuffisance rénale. Cela nécessite une pose de sondes urinaires JJ bilatérales, qui permet à l'urine de s'écouler dans l'uretère bouchée¹⁰. Son dossier médical indique

¹⁰ L'uretère est le canal par lequel l'urine s'écoule, du rein vers la vessie.

également une mastectomie bilatérale prophylactique, c'est-à-dire l'ablation préventive des deux seins. Cette intervention est proposée aux femmes porteuses d'une mutation d'un gène favorisant l'apparition du cancer du sein.

Le mois dernier, Madame Leroy consulte pour une anémie et de fortes douleurs abdominales, évoquant une péritonite sur perforation colique. Suite à cette prise en charge, elle est admise en réanimation chirurgicale pendant presque un mois.

3.2. La première rencontre avec l'EMASP

A l'arrivée de Madame Leroy en service de chirurgie digestive, l'EMASP est appelée pour une prise en charge palliative précoce. Cindy est présente lors de cet entretien, accompagnée d'une infirmière de l'EMASP.

Madame Leroy est fatiguée au moment de l'entretien, elle vient d'avoir une séance avec la kinésithérapeute qui lui a demandé beaucoup d'énergie. Néanmoins, elle accepte leur présence et son accueil est chaleureux. Elle revient sur son histoire médicale et dit se sentir bien prise en charge depuis son entrée en réanimation le mois dernier. De plus, elle est soulagée de ses douleurs et sent que son corps va mieux. Elle associe cette sensation à un « *sursis* » tout en ayant conscience qu'il ne « *durera qu'un temps* ». Ce moment de calme lui permet notamment d'organiser sa fin de vie, sa mère est d'une grande aide à ce niveau-là. Elle évoque que la mort n'est pas un sujet sensible entre sa mère et elle depuis le décès de son père il y a 20 ans. Néanmoins, elle s'inquiète pour ses enfants et souhaite les accompagner le plus possible en les préparant à son départ. L'entretien ne dure pas longtemps du fait de sa fatigue, elle accepte tout de même l'accompagnement de l'EMASP.

3.3. Ma rencontre avec Madame Leroy

Accompagnée de Cindy, je rencontre Madame Leroy quelques jours après l'évaluation de l'EMASP.

3.3.1. Description physique

Lorsque j'entre dans sa chambre, je ne l'aperçois pas directement, son lit étant positionné en retrait de la porte d'entrée. En m'avançant, j'observe une femme blonde aux yeux bleu océan. Son regard est très expressif et vient compléter son discours. Je suis marquée par la grandeur du lit dans lequel elle est allongée, donnant l'impression que son corps menu flotte à l'intérieur.

3.3.2. *Un toucher révélateur*

Nous arrivons après la séance de kinésithérapie. Madame Leroy nous explique qu'elle a marché dans le couloir, ce qu'elle considère comme une évolution dans ses capacités motrices. Elle se dit moins fatiguée aujourd'hui et pourtant sa manière de s'exprimer renvoie une certaine fatigue. Elle semble économiser son énergie, sa voix est calme et ses phrases sont courtes. Elle est dans l'attente des résultats de plusieurs examens réalisés la veille. Cela lui paraît long, elle aimerait des réponses rapides et surtout de « *bonnes nouvelles* ». Elle se met alors à appuyer sur la sonnette tout en expliquant qu'elle doit demander à l'infirmière où sont ses résultats. Je suis étonnée par cette réaction mais je ressens rapidement que cette initiative lui permet d'extérioriser sa frustration, son énervement et son appréhension des résultats. L'infirmière arrive et lui annonce qu'elle n'a pas encore les résultats. Madame Leroy souffle et passe à autre chose. En effet, elle ne souhaite plus parler de ce sujet et semble ne pas se projeter dans le contexte d'une annonce de mauvais résultats. Elle souhaite vivre dans l'instant présent le plus possible et ne pas se soucier de ce qu'il peut arriver. Sur le moment, cela me semble contradictoire avec sa position vis-à-vis de l'attente des résultats.

3.3.2.1. *Un besoin d'évasion*

Lorsque Cindy tente d'aborder le sujet du corps, Madame Leroy est évasive. Je remarque une difficulté à verbaliser ses ressentis corporels et son rapport au corps. Il est difficile d'avoir des informations sur l'image qu'elle a d'elle-même et de son corps à ce moment. Cindy lui demande alors ce dont elle aurait envie aujourd'hui et Madame Leroy répond assez spontanément « *un massage des jambes, parce qu'elles souffrent* ». Nous lui proposons alors un toucher-massage des jambes à quatre mains, qu'elle accepte. Après avoir ajusté sa position pour se sentir plus confortable, elle retire le drap pour le mettre au fond du lit afin que nous ayions accès à ses jambes. En faisant ce geste, elle se rend compte que sa tenue ne recouvre que le haut de son corps et que ses parties intimes sont visibles. Sa première réaction est de verbaliser sa gêne, puis nous dit qu'elle n'a rien à cacher et que « *de toute façon cela ne ressemble plus à rien, c'est tout gonflé* ». Effectivement, je remarque la présence d'œdèmes sur cette zone ainsi que sur ses jambes et pieds.

Nous débutons le toucher-massage, je suis positionnée au niveau de sa jambe droite tandis que Cindy est du côté de sa jambe gauche. Dès les premiers contacts de nos mains sur sa peau, Madame Leroy nous partage ses ressentis corporels qu'elle associe à de la détente et un toucher très agréable dont elle n'a pas l'habitude. S'en suit plusieurs verbalisations autour de son rapport au corps et le regard que les autres peuvent porter sur celui-ci. Elle trouve que ses jambes sont trop poilues pour une femme et réalise qu'elle n'oserait pas demander des massages à son mari, ne souhaitant pas qu'il la voit de cette manière. Madame Leroy se compare aux autres femmes de son entourage, elle trouve ses amies « *beaucoup plus jolies* » qu'elle. Je remarque qu'elle semble soucieuse de cette féminité perdue, cela impacte son image du corps que je trouve très dévalorisée, ainsi que son estime d'elle-même.

Nous continuons le toucher-massage, Madame Leroy ferme les yeux et son niveau tonique semble s'abaisser progressivement. Lorsque nous arrivons au niveau de ses mollets, elle verbalise la sensation d'avoir les jambes enfoncées sur le sable chaud, une sensation qu'elle qualifie d'agréable. Alors que nous étayons cette sensation par des inductions verbales, elle s'évade à l'île Maurice et partage son voyage avec nous. Toujours les yeux fermés, elle s'imagine en voyage de noce avec son mari, tous deux détendus sur la plage, « *sans pression* ». Elle décrit le paysage, la sensation de chaleur sur la peau, la luminosité induite par les rayons du soleil, le bruit des vagues au loin. Ses jambes s'enfoncent de plus en plus dans le sable, elles sont de plus en plus lourdes et de moins en moins douloureuses.

Madame Leroy dit se sentir très détendue en fin de séance. Elle ne pensait pas qu'un « *simple massage* » puisse la détendre à la fois psychiquement et corporellement. Nous lui demandons si elle a l'habitude de s'évader comme elle vient de le faire, de s'imaginer dans un endroit agréable et paisible. Elle nous informe alors que c'est la première fois, que notre contact au niveau des jambes lui a redonné des sensations agréables qu'elle avait oubliées. Je note que Madame Leroy est très réceptive au toucher et aux inductions verbales, l'imaginaire est un moyen d'atteindre une certaine détente psychocorporelle pour elle. Lorsque nous lui disons au revoir, elle nous remercie et nous surnomme ses « *petites fées* ». Je la trouve plus rayonnante en fin de séance.

3.3.2.2. *Un besoin de conscience corporelle*

Nous repassons voir Madame Leroy une semaine plus tard. Entre temps, Cindy n'a pu la voir qu'une seule fois, lors de cette séance elle a souhaité un toucher-massage du dos. Elle semble plus fatiguée ce jour. Néanmoins, elle verbalise spontanément que les sensations corporelles agréables que nous lui procurons lors du toucher-massage ont des répercussions positives sur son quotidien à l'hôpital. Elle dit mieux vivre son hospitalisation, elle se sent plus apaisée et consacre quelques minutes dans son quotidien à un moment d'évasion en se servant de l'imaginaire. Je remarque alors qu'elle est plus disponible à l'écoute de son corps. Elle verbalise ses sensations corporelles, ce qu'elle ne faisait pas ou très peu avant le début de notre accompagnement.

Comme nous sommes deux aujourd'hui, elle se saisit de l'occasion pour nous demander un toucher-massage des jambes à quatre mains. Lors de ce moment de toucher-massage, j'observe que Madame Leroy ferme les yeux directement, les verbalisations de la dernière séance font place au silence. Je remarque des tensions au niveau de son visage, ses sourcils sont froncés, j'ai l'impression qu'elle tente de se concentrer. Les traits de son visage se détendent au fil du toucher. A la fin de la séance, elle évoque une envie et un besoin d'être présente psychiquement pour ressentir pleinement les sensations que lui procure le toucher. Elle a notamment pu observer des différences entre nos deux manières de toucher. Elle verbalise également à quel point c'était agréable d'être totalement présente pour accueillir toutes ses sensations mais que cela nécessite beaucoup d'énergie.

3.4. La fin de l'accompagnement

Quelques jours plus tard, Madame Leroy est de plus en plus fatiguée. L'EMASP prend alors un temps avec elle pour répondre à ses questions. Elle se demande comment va être la suite, ce qui est envisageable pour elle vis-à-vis de sa situation (retour à domicile ou transfert). Elle est également préoccupée concernant sa mort. En effet, elle se demande de quelle manière elle est susceptible de mourir avec sa maladie et comment sa maladie va évoluer. L'EMASP la rassure tout en lui expliquant ce qui peut se passer, elle semble avoir besoin de se projeter pour anticiper ce moment. En concertation avec la patiente, l'EMASP envoie des demandes de transfert dans plusieurs USP. Un retour à domicile n'est pas envisageable, elle dit apprécier le

cadre de l'hôpital qui est rassurant, elle se sent « *comme dans un cocon* » et pense que l'USP pourra lui apporter le même accompagnement ou même plus.

Le matin de sa sortie, Cindy retourne dans la chambre de la patiente pour lui dire au revoir. Madame Leroy appréhende un peu ce transfert, un départ vers l'inconnu, mais est confiante sur son choix. Pendant leur échange, elle revient spontanément sur nos différentes séances. Elle dit avoir apprécié cet accompagnement à trois, notamment grâce au toucher-massage à quatre mains qu'elle trouve très intéressant. Au premier abord, la sensation lui a paru étrange : deux toucher différent, en même temps, sur ses deux jambes. Finalement, cette différence de perception lui a permis d'étayer ses ressentis qui étaient difficiles à mettre en mot pour elle. Elle dit être plus à l'écoute de son corps et se sentir plus apaisée. Lorsque Cindy s'apprête à partir, Madame Leroy lui dit qu'elle est très reconnaissante d'avoir rencontré l'EMASP et qu'elle a la sensation d'avoir été comprise. Elle ajoute que lorsqu'elle ne sera plus de ce monde, elle deviendra notre « *petite fée* ».

3.5. Conclusion

Lorsque l'EMASP a rencontré Madame Leroy, il était très compliqué pour elle de mettre du sens, et donc de mettre en mot ce qu'elle ressentait corporellement. Son discours tournait beaucoup autour de sa maladie et de sa préparation à la mort. Elle verbalisait se sentir prête et ne pas avoir peur de la mort, ce n'était pas un sujet difficile à aborder pour elle. C'est en stimulant ses sensations corporelles par le toucher que nous avons eu accès à son rapport au corps. J'ai pu observer un trouble de l'image du corps avec une faible estime de soi et un trouble du sentiment identitaire à travers sa sensation de féminité perdue. Le toucher et l'imaginaire ont permis une renarcissisation. Madame Leroy a également pu verbaliser se sentir comme dans un cocon, l'accompagnement de l'EMASP ainsi que le toucher ont été assez contenant pour qu'elle puisse faire du lien et se sentir plus apaisée. Finalement, elle a pu verbaliser ses craintes et appréhensions concernant sa mort, inquiète de la manière dont celle-ci pourrait se passer.

Madame Leroy est une patiente que nous n'avons pas suivie longtemps. Pour ma part, je n'ai fait que deux séances avec elle et je n'ai pas assisté à sa première rencontre avec Cindy. Néanmoins, j'ai pu observer une certaine évolution au fil de cet accompagnement ainsi que l'intérêt de réaliser des séances à trois dans le cas de

cette patiente. J'ai remarqué que Madame Leroy nous a beaucoup investies, elle nous surnommait ses « *petites fées* ». Elle a cependant pu clôturer d'elle-même l'accompagnement : en se nommant à son tour « *petite fée* », c'est elle qui devient actrice de sa fin de vie. Madame Leroy est décédée une semaine après son arrivée en USP.

J'ai pris conscience par cet accompagnement que la temporalité particulière des soins palliatifs a un effet sur l'alliance thérapeutique. En l'espace de quelques jours, le patient peut voir ses capacités diminuer ou au contraire, celles-ci peuvent s'améliorer dans le cas d'une hospitalisation pour gestion de la douleur. Ainsi, l'accompagnement en soins palliatifs est dense et nécessite une disponibilité quotidienne. Nous intervenons dans une période compliquée de leur vie, une période cruciale dans laquelle ils vivent des bouleversements intenses qui altèrent leurs repères. Nous les voyons dans des moments de fragilité et nous avons accès à leur intimité. Dans cette dynamique, l'alliance thérapeutique et le lien relationnel se forment très rapidement et de manière solide.

IV. L'identité du psychomotricien et sa fonction contenante

Après avoir vu que la maladie et l'entrée en soins palliatifs peuvent bouleverser l'intégrité du sentiment identitaire, et que la fonction contenante est partie intégrante de son processus de construction, nous allons maintenant nous intéresser un peu plus à la fonction contenante du psychomotricien. Dans cette partie, je souhaite partager mes réflexions sur l'identité du psychomotricien, ainsi que sur ma propre identité professionnelle.

1. La posture du psychomotricien

Le psychomotricien, par son expérience corporelle, sa disponibilité psychocorporelle et sa manière d'être va offrir une dynamique contenante à l'accompagnement de ses patients. Cette fonction contenante du psychomotricien ne peut être efficace sans la présence d'un cadre qui soit lui aussi contenant.

1.1. La fonction contenante du cadre en psychomotricité

C. Potel définit le cadre thérapeutique comme étant « *ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* » (Potel, 2010, p. 321). Le cadre de l'accompagnement psychomoteur doit donc s'inscrire dans un espace-temps défini (lieu des séances, horaires, durée, fréquence), associé à un fonctionnement institutionnel cohérent. En effet, le cadre institutionnel joue un rôle important, servant d'appui autour duquel s'articulent les actions thérapeutiques de l'ensemble des professionnels envers les patients accompagnés.

A travers son savoir-être et son savoir-faire, le psychomotricien va établir un cadre contenant. Celui-ci favorisera le sentiment de sécurité du patient et lui donnera la possibilité d'investir l'accompagnement psychomoteur. C. Potel affirme que le psychomotricien a la capacité de « *contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction* » (Potel, 2010, p. 324). Lors de l'accompagnement du patient, le psychomotricien aura une capacité de contenance nécessaire à la « *mise en pensée du corps* ». Il est alors possible que le psychomotricien fasse vivre à son patient des situations « *archaïques* », évoquant la contenance de la mère. La thérapie psychomotrice ne doit pas se contenter d'être une contenance maternelle archaïque, le psychomotricien a la nécessité d'être à la fois « *un réceptacle et un séparateur* » (Potel, 2010, p. 331). Ainsi, il doit permettre au

patient une intégration psychique de ce qui se vit en séance (fonction de *pare-excitation* du Moi-peau). Cela renvoie également à la *fonction de symbolisation* de la mère (fonction alpha) développée par W. Bion, qui va mettre du sens sur les éprouvés psychocorporels du tout-petit pour qu'il les intègre et les mentalise sous une forme « *digérable* ». Pour mettre en place ce cadre thérapeutique contenant, le psychomotricien doit avoir des ressources internes solides, lui permettant notamment de prendre du recul sur certaines situations afin de mieux comprendre ce que le patient lui donne à vivre comme émotions.

1.1.1. Les limites du cadre thérapeutique en EMASP

La mise en place d'un cadre contenant en EMASP peut s'avérer plus difficile. En effet, la temporalité est particulière. L'EMASP ne doit pas simplement s'adapter au rythme du service hospitalier, elle doit s'en créer un qui soit adapté aux patients. Ces derniers mettent souvent en lumière une sensation de non-respect de leur propre rythme de vie (temps des repas, heure du lever, repos, etc.). Le service hospitalier a un fonctionnement commun à tous les patients : une plage horaire dédiée au ménage des chambres, une autre pour la distribution et le ramassage des repas, etc. C'est alors à nous, au sein de l'EMASP, d'identifier et comprendre les besoins du patient, la fréquence de nos visites et les horaires de préférences pour celles-ci. Ainsi, la séance de psychomotricité en EMASP s'inscrit tout de même dans un temps et un espace définis, ceux-ci étant dédiés au patient. Pour certains patients, il est important de mettre en valeur l'instant présent de cette séance de psychomotricité, dans laquelle ils peuvent découvrir une autre manière de s'exprimer.

Lors de mon stage en EMASP, certaines situations ont mis à mal le cadre thérapeutique que j'avais instauré avec le patient. Je dirais plutôt que ces situations m'ont donné l'impression de fragiliser mon cadre et m'ont mise en difficulté. Comme j'ai pu l'évoquer, intervenir au sein d'un service hospitalier demande une adaptabilité assez importante. Malgré le lien que nous faisons avec les équipes, il arrive régulièrement que des soignants entrent dans la chambre du patient lorsque nous sommes présents. Pour anticiper ces moments, nous mettons une affiche sur la porte de la chambre où il est indiqué que la psychomotricienne est présente. Néanmoins, dans la précipitation l'affiche n'est pas toujours vue par les soignants. De plus, nous sommes dans le cadre d'un hôpital avant tout, ainsi les actes médicaux sont souvent prioritaires par rapport à notre intervention.

Lorsque les infirmières sont entrées bruyamment dans la chambre de Madame Glorianne alors que nous étions en séance de toucher thérapeutique¹¹, j'ai senti que cela venait faire effraction dans le cadre thérapeutique que j'avais mis en place avec cette patiente. Madame Glorianne était très anxieuse et agitée ce jour, ce moment de toucher thérapeutique lui permettait d'apaiser ces tensions avant sa chimiothérapie. Abaisser son état tonique et sa vigilance demande une certaine confiance, construite avec l'alliance thérapeutique. J'ai vécu l'arrivée des infirmières à ce moment-là comme une intrusion dans cette alliance. Néanmoins, je pense que c'est en partie grâce à cette alliance thérapeutique et à mon adaptation (régulation de la voix, posture relationnelle, prendre le temps de terminer la séance sans précipitation) que l'arrivée des infirmières n'a pas eu un fort impact sur Madame Glorianne. Elle a pu verbaliser les bénéfices de la séance vis-à-vis de son anxiété. Peut-être que la même situation m'aurait beaucoup plus déstabilisée plus tôt dans l'année, ou avec un autre patient.

Enfin, la forme choisie par ma maître de stage pour l'évaluation psychomotrice des patients, sous forme d'entretien et/ou d'observation qualitative peut mettre en difficulté l'élaboration du cadre thérapeutique. En effet, dans certaines situations, l'absence de passation de tests induit une compréhension plus compliquée de notre pratique et de notre accompagnement. Ainsi, cela demande plus d'efforts de notre part pour construire un cadre à partir de ce type d'évaluation et certains patients peuvent avoir des difficultés à se représenter notre métier à travers ce qui peut leur paraître comme une « simple discussion ». Néanmoins, je trouve que cette manière d'aborder le bilan psychomoteur est appropriée à la clinique palliative. En premier lieu, je me suis sentie en difficulté, ayant l'habitude sur mon deuxième lieu de stage de réaliser des bilans psychomoteurs sous une forme plus classique. Cela a induit une certaine pression et appréhension de ma part : quelle question poser ? Comment formuler ma question ? Celle-ci sera-t-elle pertinente ? Comment rebondir sur les réponses du patient ? J'ai alors eu une approche peut-être trop intellectualisée ou trop protocolaire, en ayant la volonté de me concentrer sur mon observation, mon analyse de la situation et sur les questions à poser. Ainsi, j'avais oublié une partie essentielle : la relation. En effet, l'entretien d'évaluation psychomotrice permet d'établir un premier lien relationnel avec le patient, un début d'alliance thérapeutique. Ceci est d'autant plus important dans un

¹¹ Cf. *supra*, III. L'atteinte de l'identité psychocorporelle et l'apport de l'accompagnement psychomoteur, p. 55.

cadre où l'accompagnement psychomoteur peut durer seulement quelques jours. L'absence de tests standardisés demande une attention plus soutenue lors de la rédaction du compte rendu, il faut trouver une bonne régulation et ne pas tomber dans une analyse trop subjective ou trop interprétée. Finalement, je me suis rendue compte que cette nouvelle manière d'aborder le bilan psychomoteur m'a aidé dans d'autres stages, cela m'a permis d'avoir un regard et une approche différente.

1.2. Un savoir-faire et un savoir-être

Dans sa pratique psychocorporelle, le psychomotricien va faire certaines propositions à son patient, en s'appuyant sur la formation théorique et pratique dont il a bénéficié pendant ses études. Il met alors en action son *savoir-faire*, en utilisant des techniques corporelles adaptées. Bien que celui-ci soit important dans notre pratique, il va de pair avec le *savoir-être*, et tous deux permettent la fonction contenante du thérapeute. Ainsi, le psychomotricien est disponible pour accueillir les vécus corporels et émotionnels ainsi que les verbalisations de son patient. Ceci est d'autant plus important dans le cas d'un accompagnement palliatif, où l'individu vit une période de bouleversements à tous les niveaux, engendrant des questionnements, des doutes, etc. Par sa manière d'être en relation et son vécu, le psychomotricien va favoriser et soutenir l'expression du patient (l'expression n'étant pas un objectif en soi), qui peut être verbale ou corporelle. Cependant, il est important que le psychomotricien lui-même soit sensible à ses propres ressentis psychocorporels et qu'il puisse les identifier et les comprendre. La relation de soin s'appuie alors sur la capacité du psychomotricien à analyser ses propres vécus pour favoriser une meilleure compréhension de ceux du patient. Par la même occasion, le psychomotricien doit se sentir lui-même assez contenu et sûr pour permettre au patient d'intégrer les expériences vécues en séance.

Ainsi, le savoir-faire et le savoir-être constituent la posture du psychomotricien. Celui-ci écoute le patient d'une certaine manière, le touche avec une intention particulière, accueille ses doutes et questionnements et tente d'y mettre du sens. La fonction contenante du psychomotricien serait donc sa capacité à soutenir le vécu du patient tout en lui proposant un cadre contenant qui lui permettra, s'il le souhaite, de s'exprimer et d'expérimenter son propre corps. Cet espace qui lui est dédié favorise une meilleure conscience de ses sensations corporelles et émotionnelles, et tend vers une perception corporelle plus unifiée et intégrée. Cette expérimentation, soutenue par

le regard et la présence du psychomotricien, offre la possibilité au patient de se (ré)approprier son corps et ainsi de (re)trouver une sécurité interne nécessaire au sentiment identitaire.

2. Mon identité de future psychomotricienne

2.1. Quelques questionnements

Dans ce mémoire, je me suis questionnée sur l'identité des patients que j'ai rencontrés au cours de mon stage en soins palliatifs. Néanmoins, les expériences vécues en stage et dans ma vie d'étudiante en psychomotricité m'ont amené à me questionner sur ma propre identité de future psychomotricienne. Lorsque je suis arrivée à Paris en 2018, je découvrais une nouvelle ville, de nouvelles personnes et surtout un métier qui était à la fois si familier et inconnu pour moi. La psychomotricité est complexe à plusieurs niveaux : nous pouvons l'identifier comme une discipline, une pratique ou une approche. Elle ne peut pas être définie en une seule phrase, il n'y a d'ailleurs pas qu'une unique définition de la psychomotricité. Lors de mes études, un professeur nous a dit cette phrase qui retranscrit bien la diversité de la psychomotricité : « *il existe autant de manière de définir la psychomotricité, qu'il existe de psychomotricien* ». Le travail du psychomotricien auprès de jeunes enfants polyhandicapés sera effectivement différent de celui auprès d'adultes en psychiatrie, par exemple. A mon sens, ce qui ne diffère pas, c'est notre capacité à observer la situation et à adapter notre posture : notre savoir-être. Pouvons-nous dire que nous faisons de la psychomotricité, ou que nous avons une approche et un regard psychomoteur ? Nous pourrions penser la psychomotricité comme faisant partie de notre personnalité, elle aurait donc une résonance sur notre quotidien.

Lors de cette dernière année d'études, j'ai pris un peu plus conscience de la valeur de l'instant présent et de notre manière d'entrer en relation avec l'autre. Notre écoute, notre posture et le regard que nous portons à nos patients a davantage de poids et de résonance que la technique que nous utilisons en séance. D'ailleurs, je tends à penser qu'une séance sans pratique corporelle est une séance psychomotrice à part entière et peut avoir du sens dans le cas de certains patients et dans certaines situations. Néanmoins, d'un point de vue extérieur, notre travail peut être mal compris voire incompris. Lors d'une séance de toucher-massage avec un patient, qu'est-ce qui nous différencie de la socio-esthéticienne qui fait un massage à ce même patient ? Le

toucher, le regard, la parole portent une intention particulière, véhiculée par le dialogue tonico-émotionnel. Il me semble que c'est le point de départ et le fil conducteur de l'accompagnement : quelle est mon intention ?

2.2. Mon stage avec « l'équipe du bien-être »

J'ai pu observer au cours de mon stage, quelques patients qui catégorisaient la psychomotricienne comme une « masseuse ». En effet, malheureusement certains médecins se retrouvent en difficulté pour introduire la notion de soins palliatifs aux patients, ils mettent alors en avant l'aspect « confort » et « bien-être » qui peut être apporté par l'EMASP. Ainsi, lorsque nous venions nous présenter à un patient, celui-ci pouvait répondre : « *effectivement le médecin m'a parlé de vous, vous faites des massages* ». Dans cette situation, il était important pour nous de définir notre rôle et d'étayer ce propos. Certains patients ont alors saisi la différence entre notre accompagnement et un « massage bien-être ».

Cependant, est-ce toujours pertinent de définir notre pratique et de la différencier d'une approche « confort » ? Cindy et moi avons rencontré une patiente, Madame Aulne, qui était décrite par l'ensemble des soignants comme une personne avec qui il était très difficile d'établir un lien et qui refusait tous les soins (hors soins infirmiers) et accompagnements. Lorsque l'EMASP s'est présentée à cette patiente, celle-ci a été très silencieuse et a simplement répondu être fatiguée ce jour et vouloir reporter la discussion. Néanmoins, lorsque nous venions voir Madame Aulne les autres jours, elle reportait toujours notre visite, sans nous laisser la possibilité de nous présenter. Un jour, nous sommes allées voir cette patiente dans l'idée que ça serait certainement la dernière fois que nous tentions de nous présenter à elle. En entrant dans la chambre, j'ai été surprise de voir son visage souriant, ce qui détonnait de notre première rencontre : son visage était beaucoup plus fermé. La lumière rouge d'appel était déclenchée à sa porte, nous lui demandons alors de quoi elle avait besoin. Très douloureuse, elle souhaitait avoir accès à un médicament, nous contactons alors l'infirmière. Nous remarquons une importante sécheresse buccale impactant sa parole, Cindy lui propose alors un soin de bouche. Notre entrée en relation avec cette patiente s'est donc faite à travers sa demande de soulagement et l'apport d'un premier soin de confort, le bain de bouche. Finalement, Madame Aulne nous demande : « *qui êtes-vous ?* ». Cindy prend l'initiative de nous présenter comme faisant partie de l'EMASP, tout en nommant son métier de psychomotricienne, sans le définir. Ainsi, Madame

Aulne nous confie appréhender l'accompagnement de l'EMASP, tout comme celui de la kinésithérapeute qui s'est présentée à elle plus tôt. Elle souhaite se rétablir, rentrer chez elle et penser à sa rééducation plus tard. Après avoir accueilli et étayé sa parole à ce sujet, Cindy lui définit sa pratique comme pouvant lui apporter un peu de confort et de détente dans sa période de « *rétablissement* ». Ainsi, elle accepte « *d'essayer un massage des pieds* ». Je propose à Madame Aulne que ce soit moi qui pratique le massage, elle accepte. Je me sens plus gênée que les autres fois, ayant l'impression de ne pas être à ma place, je peine à trouver du sens à ce que je fais à cet instant. Néanmoins, au bout de quelques minutes, Madame Aulne verbalise une impression particulière : celle de retrouver des sensations dans ses pieds. Elle s'étonne de ne pas avoir pris conscience qu'elle ne les sentait plus et que cette sensation kinesthésique était devenue étrangère pour elle suite à de longues semaines d'alitement. Lorsque nous saluons Madame Aulne, son fils entre dans la chambre. La patiente lui explique notre présence et lui dit : « *elle m'a massée les pieds et j'ai fait du lien dans mon corps* », je sens alors qu'elle n'arrive pas encore à intégrer totalement cette prise de conscience corporelle et qu'elle tente de mettre des mots sur ce qu'elle a ressenti. Son propos, ce « *lien* » qu'elle a pu faire, pourrait illustrer l'intérêt de notre accompagnement.

En soins palliatifs, et dans beaucoup de domaines, le travail interdisciplinaire est essentiel et bénéfique à l'accompagnement du patient. Il permet notamment d'avoir une vision globale de l'individu pour adapter au mieux la prise en soin. Ainsi, dans une équipe pluridisciplinaire, il me semble important que l'identité de chaque professionnel soit mise en lumière. Un travail de lien avec les équipes est alors essentiel dans le cadre de l'EMASP, afin qu'elles puissent mettre du sens sur ce que l'on propose aux patients. Les transmissions écrites et orales permettent une meilleure compréhension de notre travail et de notre présence auprès de certains patients du service. Pour revenir à la notion de cadre évoquée plus haut, je pense que la compréhension de notre accompagnement et de notre métier permet un meilleur respect de notre cadre d'intervention.

Conclusion

Les soins palliatifs sont loin de concerner les situations où « il n'y a plus rien à faire », ils sont en effet complémentaires des soins curatifs. Les patients atteints d'une maladie chronique grave sont confrontés à une souffrance à la fois physique, psychologique, sociale et existentielle. C'est alors dans une approche globale du patient que les professionnels des soins palliatifs accompagnent cette personne et ses proches. C'est un accompagnement qui place la vie au premier plan, tout en considérant la mort comme un événement naturel plus ou moins proche : l'individu est tout de même « encore en vie ». Ainsi, un point important serait d'accompagner le patient là où il en est et d'adapter nos propositions et notre posture à ses besoins actuels et à ses questionnements.

Les bouleversements corporels et psychologiques provoqués par la maladie vont fragiliser les repères identitaires de la personne. Celle-ci peut avoir l'impression de ne plus se reconnaître, ayant alors un vécu de corps étranger perturbant sa relation à soi. La relation avec l'entourage est également impactée, l'individu peut souffrir de ce sentiment identitaire qu'il perd dans le regard de l'autre (ou dans son propre regard). Lorsque la maladie progresse, l'autonomie tend à diminuer. Ainsi, un sentiment de dépendance peut voir le jour et impacter l'estime de soi. L'individu ne peut plus exercer son travail, se sent réduit au statut de « patient » et de « malade », cela constitue une véritable souffrance sociale. Le sentiment identitaire naît des interactions précoces du nourrisson avec son environnement, et notamment avec sa figure d'attachement qui partage avec lui des moments de soins contenant et sécurisants. Le tout-petit peut alors prendre conscience de son corps, de son existence et acquérir une sécurité interne lui permettant d'être sujet.

A travers l'élaboration de ce mémoire, j'ai pu approfondir ma vision de la psychomotricité et m'interroger sur mon identité de future psychomotricienne. La notion de cadre thérapeutique a alors pris tout son sens. Le psychomotricien va proposer au patient un espace qui lui est dédié et dans lequel il pourra faire l'expérience de découvertes ou redécouvertes et investir l'instant présent, une donnée essentielle en soins palliatifs. Par son approche psychocorporelle et sa fonction contenante, le psychomotricien va accompagner le patient vers une réappropriation de son corps en lui permettant -s'il le faut- de mettre du sens sur ses éprouvés

psychocorporels. Néanmoins, le travail de contenance en psychomotricité nécessite une implication et une disponibilité du thérapeute, recrutant ainsi ses propres repères et appuis identitaires. Ainsi, le cadre contenant de l'accompagnement en soins palliatifs, l'ajustement relationnel et l'approche globale de l'individu vont lui permettre de retrouver des appuis et une sécurité interne solides afin de consolider son sentiment identitaire.

Bibliographie

- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau*. Dunod.
- Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & psy*, 4(49), 14-19.
- Bowlby, J. (1969). Les débuts du comportement d'attachement. In *Attachement et perte* (Vol. 1, p. 355-395). Presses Universitaires de France.
- Charpentier, E. (2014). *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*. De Boeck Supérieur.
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : Modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, n° 17(2), 81-102.
- Decoopman, F. (2010). La fonction contenante. *Gestalt*, n° 37(1), 140-153.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Editions du Seuil.
- Ducret, A. (2011). La contenance, histoire d'un concept. In J.-B. Chapelier, *Groupe, contenance et créativité* (p. 13-35). Erès.
- Gaucher-Hamoudi, O., & Guiose, M. (2007). *Soins palliatifs et psychomotricité*. Heures de France.
- Gérard, D., & Antoine, S. (2007). Cancer : L'annonce du diagnostic. *Les Temps Modernes*, 1(642), 207-216.
- Golse, B., & Guillaume, J.-C. (2018). La dialectique contenant/contenu chez W. R. Bion. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(8), 69-72.

- Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique*. In Press Editions.
- Maintier, C. (2011). Une identité à construire et à conserver. In M. Personne, *Protéger et construire l'identité de la personne âgée. Psychologie et psychomotricité des accompagnements* (p. 33-46). Erès.
- Marc, E. (2016). La construction identitaire de l'individu. In C. Halpern, *Identité(s)* (p. 28-36). Editions Sciences Humaines.
- Martin, P. (2008). Le psychomotricien : Quelle place dans une unité de soins palliatifs ? *Bulletin infirmier du cancer*, 8(4), 104-107.
- Meurin, B. (2018). De l'image du corps de Paul Schilder aux représentations corporelles d'André Bullinger. In ABSM, *La construction des représentations corporelles du bébé* (p. 41-60).
- Mucchielli, A. (2013). *L'identité*. Presses Universitaires de France.
- Pireyre, É. W. (2015). *Clinique de l'image du corps*. Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.pirey.2015.01>
- Poisson, J.-F. (2015). *Personne ne doit mourir seul : Sens et valeur des soins palliatifs*. Editions universitaires.
- Potel, C. (2010). *Etre psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir* (Erès). ERES.
- Potel, C. (2020). *Le corps en relaxation*. Érès.
<https://doi.org/10.3917/eres.potel.2020.01>

- Searles, H. (1986). *L'environnement non humain*. Editions Gallimard.
- Winnicott, D. W. (1969a). La première année de la vie. In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 365-380). Payot.
- Winnicott, D. W. (1969b). La préoccupation maternelle primaire. In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 335-343). Payot.
- Winnicott, D. W. (1969c). Le développement affectif primaire. In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 66-82). Payot.

Sitographie

- Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-12/a0121073.htm>
- Circulaire N°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_099_250308.pdf
- Dictionnaire en ligne Larousse. <https://www.larousse.fr/>
- Dictionnaire médical en ligne. <https://www.dictionnaire-medical.fr/>
- OMS. (2020). *Soins palliatifs*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

- OMS. *Maladies chroniques*. Organisation Mondiale de la Santé.

https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/

- Plan cancer 2003-2007. <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer/Le-Plan-cancer-2003-2007>

- SFAP. Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs.
<http://www.sfap.org/>

Résumé :

Les soins palliatifs s'inscrivent dans une approche globale de l'individu atteint d'une maladie grave et évolutive qui met en jeu le pronostic vital. Ils tiennent compte des souffrances physiques, psychiques, sociales et existentielles vécues par le patient dans cette période bouleversante de la vie, où les répercussions psychomotrices sont importantes. La maladie grave désorganise les représentations corporelles et les repères de l'individu. Ainsi, elle impacte l'identité. Mais de quelle manière l'identité se construit-elle ? La fonction contenante du psychomotricien peut-elle constituer un soutien à l'intégrité de l'identité ?

Mots clefs : psychomotricité, soins palliatifs, identité, fonction contenante, toucher thérapeutique

Palliative care are part of a comprehensive approach of the patient suffering from a serious life-threatening illness. It consider physical, psychological, social and existential suffering that the patient can experience during this overwhelming period of life, which psychomotor repercussions are significant. The serious illness disorganizes body representations and references of the person. So, it affects identity. How does identity built ? Can the psychomotrician's containing function provide support for the integrity of identity ?

Keywords : psychomotricity, palliative care, identity, containing function, therapeutic touch