http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Paternité - Pas d’Utilisation Commerciale - Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Docteur Xavier PERROT

Être en corps Soi :

La psychomotricité comme soutien identitaire dans la maladie.

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Decourty Justine

Juin 2019

N° 1494

Directeur du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique
Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services
M. VERHAEGHE Damien

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyen **Pr. RODE Gille**

U.F.R de Médecine et de maïeutique - Lyon-Sud Charles Mérieux
Doyenne **Pr. BURILLON Carole**

Comité de Coordination des Etudes Médicales (C.C.E.M.)
Président **Pr. COCHAT Pierre**

U.F.R d'Odontologie
Directrice **Pr. SEUX Dominique**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques
Directrice **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

Département de Formation et Centre de Recherche en Biologie Humaine
Directrice **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. Faculté des Sciences et Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

U.F.R. Faculté des Sciences
Administrateur provisoire
M. ANDRIOLETTI Bruno

U.F.R. Biosciences
Administratrice provisoire
Mme GIESELER Kathrin

U.F.R. de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (S.T.A.P.S.)
Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

Institut des Sciences Financières et d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education (E.S.P.E.)
Administrateur provisoire
M. Pierre CHAREYRON

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de Lyon 1 (I.U.T.LYON 1)
Directeur **M. VITON Christophe**

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques
M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Stéphanie VIALE
Psychomotricienne

Responsables des stages
Mme Christiane TANCRAY, Mme Aurore JUILLARD
Psychomotriciennes

Secrétariat de scolarité
Mme Pascale SACCUCCI

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

REMERCIEMENTS

Je remercie l'ensemble des institutions qui m'ont accueillie en stage lors de cette formation ainsi que chacun des patients rencontrés. Ceux-ci ont largement contribué à modeler la psychomotricienne que je suis et que j'espère devenir.

Je remercie tout particulièrement Clotilde pour sa bienveillance, sa confiance et la qualité de son accompagnement tout au long de cette année.

Je remercie Lucie Durr pour ses conseils et son soutien dans la rédaction de ce mémoire.

Je remercie sincèrement mes parents de m'avoir permis de suivre cette formation et d'avoir une vie étudiante confortable. Je remercie tout particulièrement ma mère pour ses relectures et l'intérêt qu'elle a porté à ce travail.

Je remercie toute ma promotion pour sa bienveillance et son esprit de solidarité.

Enfin, je remercie singulièrement chacune des neuf étudiantes avec lesquelles j'ai eu la chance de passer ces trois années de formation et de partager bien plus. Je souhaite qu'elles trouvent toutes leur chemin et que celui-ci croise à nouveau le mien.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

« En première instance, il y a toujours cette fracture qui l'a, un temps, suspendu à l'écart du monde des vivants.

Comment le dispositif peut-il faire le point entre un avant et un après, pour lui permettre de se situer dans une successivité d'évènements qui ont décidé de sa vie ? »

M. Brzustowski

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

PARTIE 1 : Partie clinique 3

I. Ma place de stagiaire 3

1. La structure 3

2. Le choix du patient 4

II. Présentation du patient 4

1. Histoire de vie 4

1.1 Éléments personnels et relations sociales 5

1.2 Éléments médicaux 5

2. Son arrivée dans le service 6

2.1 Dégradation de l'état physique 6

2.2 Un comportement qui interroge 7

2.3 Intégration et évolution dans le service, regard de l'équipe 8

3. Première rencontre 9

III. Monsieur M. et la psychomotricité 10

1. Bilan d'observation 10

2. Indication en psychomotricité et objectifs 13

3. Déroulé des premières séances 14

IV. Évolution de l'accompagnement 15

1. Évolution des séances 16

1.1 Le cadre 16

1.2 Propositions et objectifs 17

2. Vers un accompagnement global, travail avec l'équipe 21

2.1 Suivi pluridisciplinaire 21

2.2 Adaptation de l'équipe 22

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

PARTIE 2 : Partie théorico-clinique 23

I. Approcher et prendre contact avec le corps 23

1. La douleur 23

1.1 Douleur physique 24

1.2 Douleur psychique 25

1.3 Compléments théoriques vers une approche psychomotrice 27

1.4 Douleur et soin psychomoteur 27

2. Le toucher : éclairage vers un corps bien-être en relation 29

2.1 Toucher apaisant, relaxant. 31

2.2 Communiquer par le toucher 32

2.3 Toucher maternant et réparateur 33

2.4 Toucher et schéma corporel 35

2.5 Fonction d'érogénèse contenante 36

II. Identité et bouleversements identitaires 37

1. Introduction à la notion d'identité 38

1.1 Étymologie et définition 38

1.2 Genèse et processus d'élaboration : quelques apports théoriques 38

2. Identité et rapport au corps 40

3. Sentiment de soi, *ipséité* et *mêmeté* 41

4. Identité et atteinte corporelle 42

5. Identité psychique et affirmation de soi 45

III. Spécificité de la thérapie psychomotrice pour un étayage identitaire 47

1. Verbalisation : des mots pour les maux du corps 47

2. Le cadre et le dispositif propres à la psychomotricité 49

2.1 Un environnement spatio-temporel structurant 49

2.2 Un cadre analogue de l'environnement premier 50

2.3 Le thérapeute comme support 51

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

3. Empathie et positionnement professionnel 53

CONCLUSION.....56

BIBLIOGRAPHIE.....

ANNEXE.....

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

INTRODUCTION

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

« La maladie ne s'intéresse pas à ceux qui ont envie de mourir » a pu écrire L. Durrell (1991) dans son roman *Justine*. Seulement, quand la maladie attaque la pulsion de vie, que deviennent ces Hommes ? Aussi difficile à accepter soit-il, le renoncement du patient dans son propre combat est un choix à entendre. Entre atteintes physiques et remaniements psychiques, comment s'exprime le corps et que vient-il traduire ? Quels retentissements psychomoteurs peuvent entrainer vers l'abandon du corps ? Dans cette perte de repères qu'en est-il du sentiment de soi ? Ma rencontre avec Monsieur M., 62ans, aura été riche en émotions et interrogations. La brutale survenue d'un AVC ayant eu raison de son combat contre le cancer, l'état général de Monsieur M. se dégradera progressivement au cours de ma période de stage jusqu'à ce que la mort l'emporte. Engagée dans cette formation psychomotrice pour tendre vers un idéal mélioratif de mieux-être, de plaisir corporel, j'ai dû, face à ce patient, re-questionner cette vocation et mon positionnement professionnel. Dépassée par mon impuissance face à son comportement, son discours et parfois même son silence, cet accompagnement a touché mes limites, mon rapport à la mort, à son désir et son fantasme.

En tant que future psychomotricienne, j'ai longuement cherché un positionnement professionnel qui pourrait s'accorder d'un point de vue éthique à mon regard sur la situation. Avec l'appui de ma maître de stage, le projet d'accompagnement de ce patient a beaucoup cheminé suivant l'évolution médicale de Monsieur M. Tant en séance qu'en équipe, nous avons essayé d'établir un accompagnement global et cohérent pour ce patient. La complexité de cette approche aura nécessité un travail de compréhension, de traduction des symptômes psychomoteurs du patient pour mieux appréhender son comportement et son discours au regard de son histoire médicale. Éclairée par ces éléments, il me semble que la problématique identitaire est au cœur des enjeux de l'accompagnement de ce patient. Les transformations physiques, les bouleversements psychiques, le contexte hospitalier sont autant de facteurs qui viennent attaquer l'homme qu'il était.

Dès lors, comment l'approche psychomotrice du corps peut-elle contribuer à soutenir le sentiment de continuité identitaire de l'adulte vers la fin de vie ?

Il s'agira dans un premier temps de présenter l'histoire de vie, le vécu et le suivi de Monsieur M. dans une dimension évolutive personnelle et institutionnelle. Dans cette première partie clinique, je tenterai de décrire et comprendre le vécu psychocorporel induit

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

par la maladie, le traumatisme cérébral et l'hospitalisation. Aussi, je présenterai des éléments cliniques relatifs à nos séances de psychomotricité.

Ensuite, prenant appui sur la théorie et les concepts thérapeutiques en lien avec la notion de douleur et la médiation du toucher au centre de cet accompagnement, j'introduirai le travail effectué en psychomotricité pour dérouler le fil de mon approche avec Monsieur M. Ainsi, je mettrai directement en lien cette approche psychocorporelle avec la notion d'identité pour comprendre comment soutenir le sentiment de continuité identitaire, comprendre sa mise au travail et à quel point celle-ci est essentielle. Enfin, j'élargirai ce travail par un regard plus transversal sur ce qui fait de la singularité de la psychomotricité une thérapie adaptée.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

PARTIE 1 : Partie clinique

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

I. Ma place de stagiaire

1. La structure

Cette troisième année de formation, je fais le choix de renouveler mon expérience de stage auprès d'une population âgée. Je poursuis donc ma formation au sein d'un hôpital gériatrique. Au-delà du contact relationnel singulier qu'offre la personne âgée, riche de vécu, d'histoire et le plus souvent d'humour, l'approche psychomotrice de ces patients m'intéresse tout particulièrement. En effet, les problématiques de résilience, de perte, de dépendance et d'acceptation autour de la question de l'institutionnalisation sont des enjeux de l'accompagnement en gériatrie que je trouve très riches mais que je ne développerai pas ici pour ne pas m'éloigner du cœur de mon sujet. Cet hôpital gériatrique comporte plusieurs services dont un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). La plupart des patients que je rencontre sont résidents dans les couloirs de l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) rattaché à l'hôpital. Cependant, le patient dont je parlerai dans cet écrit est le premier que je rencontre au SSR et le seul que je vois régulièrement dans ce service.

L'équipe soignante du SSR est composée de nombreuses aides-soignantes et infirmières, dont la collaboration sera importante, de deux médecins, d'une assistante sociale et d'une cadre de santé. Les kinésithérapeutes, la psychologue et la psychomotricienne interviennent dans les différents services de l'hôpital gériatrique.

La structure est vaste, une seule salle de rééducation est mise à disposition pour tout l'établissement. Elle est commune aux kinésithérapeutes et à la psychomotricienne. Elle se situe au carrefour des différentes ailes de la structure, extérieure donc à chacun des services. C'est dans cette salle que nous accompagnons certains patients pour leurs séances. Elle est grande, lumineuse et colorée, ainsi elle offre un espace adapté à la mise en place de groupes ou à l'accompagnement individuel dans un cadre fixe, calme et extérieur au service. Les autres prises en charge s'effectuent en chambre ou dans une salle de détente disposant d'une baignoire de balnéothérapie et d'un fauteuil massant.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. Le choix du patient

Dans cet établissement, le vieillissement est le trait d'union qui fait lien entre les problématiques de chacun des résidents et patients. Il s'agit pour la plupart du facteur majeur qui est à l'origine de leur dépendance ou de leur pathologie.

Monsieur M. est le seul patient que je rencontre qui n'a pas l'âge requis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour être considéré comme personne âgée, c'est-à-dire 65 ans. Néanmoins, les problématiques mortifères de perte, de dépendance, d'institutionnalisation ne sont pas si incompatibles à l'étude de ce cas. Monsieur M. souffre d'un cancer généralisé aggravé suite à un AVC, éléments que je détaillerai plus tard dans son histoire médicale.

Je parviens difficilement à penser la place de ce patient relativement jeune dans cet établissement. Il m'interroge, j'éprouve pour lui d'abord beaucoup d'empathie puis un attachement particulier face au contexte institutionnel qui l'entoure. En effet, sa relation avec l'équipe est difficile, je sens cet homme très seul.

Dès lors, je suis poussée malgré moi dans un investissement important de ce patient qui me vaudra, sûrement face à quelques débordements émotionnels, un avertissement quant au choix du sujet de mon mémoire. J'entends par investissement une implication corporelle et plus particulièrement psychique, de l'ordre de la compassion et de la révolte. Avec le recul, cet investissement reprendra une juste mesure et laissera finalement place à la réflexion et à la rédaction de ce mémoire.

Tâtonnant avec lui, ma maître de stage et moi tentons de suivre avec délicatesse le fil d'Ariane.

II. Présentation du patient

1. Histoire de vie

Les éléments qui suivent sont issus du dossier médical du patient ou de discussions avec les autres professionnels médicaux et paramédicaux de l'établissement.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

1.1 Éléments personnels et relations sociales

Monsieur M. est un homme de 62 ans. Cheveux grisonnants, courtes barbe et moustache, cet homme est imposant tant physiquement car en surpoids, que caractériellement quand je le rencontre. Ancien commercial, Monsieur M. était un homme actif. Il évoque souvent sa vie professionnelle passée, les nombreux déjeuners d'affaires auxquels il prenait part, toujours bien habillé, soigné. En revanche, je n'ai que peu d'éléments sur son histoire plus personnelle et familiale. Le discours de Monsieur M. sur sa vie passée me parait plutôt dépourvu d'émotions, de plaisir, comme mis à distance. Peut-être fait-il office de défense ? En effet, j'apprends que Monsieur M. était un enfant placé, confié à la Ddass dans son enfance mais je n'obtiendrai aucune information supplémentaire à ce sujet, il ne m'en parlera jamais.

Veuf, il a perdu sa femme il y a deux ans suite à une leucémie. Ils n'ont jamais eu d'enfants. Monsieur M. est peu entouré, seul un couple d'amis lui rend visite ponctuellement au SSR. C'est ce couple qui se charge pour lui des formalités administratives et financières de son hospitalisation.

Monsieur M. décèdera pendant ma période de stage, le 2 janvier 2019, suite à la dégradation de son état et à des difficultés respiratoires. Il était entouré par son amie qui aura pu être présente pour les derniers instants de sa vie.

1.2 Éléments médicaux

En février 2017, le cancer de Monsieur M. est diagnostiqué. Il s'agit d'un adénocarcinome sigmoïdien donc d'une tumeur maligne d'origine glandulaire. Monsieur M. est suivi et traité pour son cancer mais celui-ci se métastase à plusieurs organes. En juin 2018, Monsieur M. fait un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) hémorragique touchant l'hémisphère droit avec inondation tétraventriculaire et engagement sous falcoriel. Il est hospitalisé en SSR depuis juillet 2018 pour sa convalescence.

Lorsque je le rencontre, son traitement contre le cancer est arrêté, Monsieur M. est en phase d'accompagnement dans la dégradation de son état. Il prend encore des traitements curatifs pour certaines infections, des antibiotiques, antifongiques lorsque c'est nécessaire. Il s'agit ici plutôt de rétablir un certain confort. Monsieur M. est sous antidépresseurs, anticoagulants, antiépileptiques et antalgiques. Son état se dégradera très rapidement

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

entrainant son passage en soins palliatifs quelques semaines avant son décès et la mise en place d'une prise d'antidouleurs régulière.

Au SSR, Monsieur M. est suivi en kinésithérapie, psychothérapie et en psychomotricité. Le suivi d'orthophonie dont il a pu bénéficier auparavant n'est pas poursuivi. Il s'agissait d'un travail de rééducation de la parole et des praxies buco faciales suite à son AVC.

2. Son arrivée dans le service

2.1 Dégradation de l'état physique

Cet AVC a beaucoup dégradé Monsieur M. qui ne pouvait plus déglutir ni parler. Alité, ce patient avait perdu la majeure partie de ses capacités motrices. Une évaluation de son état de conscience a été réalisée grâce à l'échelle de Glasgow. Trois critères sont testés : la réponse verbale, la réponse motrice et l'ouverture des yeux. Chaque item est noté de 1 à 5, 1 étant la note la plus basse. Le score de ce patient fluctue mais pourra descendre jusqu'à atteindre la note de 3, correspondant à un état équivalent à celui d'un coma profond suite à un traumatisme crânien jugé d'une importante gravité. Cependant, contre toute attente d'après son dossier médical, l'état de Monsieur M. s'améliore. Il récupère une part de motricité au niveau de son hémicorps gauche, récupère la parole, la capacité à déglutir et son héminégligence se corrige partiellement. C'est suite à cette amélioration qu'il arrive dans le service de SSR où je le rencontre.

À son arrivée, il ne réalise aucun transfert. Son hémiplégie réduit encore considérablement ses capacités motrices et son héminégligence restreint ses capacités attentionnelles sur l'environnement qui l'entoure. Monsieur M. présente une hémiasomatognosie, soit un déficit perceptif corporel unilatéral, une perte de la conscience de son hémicorps gauche. Il continue à manger seul s'il le souhaite mais il est alimenté en complément par sonde gastrique. De plus, Monsieur M. porte une sonde urinaire.

Monsieur M. laisse l'équipe soignante et le kinésithérapeute dans un grand désarroi quant à la compréhension de ce qu'il vit et la conduite à tenir. Devant son absence de réponse motrice volontaire, il reste alité jusqu'en septembre lorsque débutera la prise en charge en psychomotricité.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Nous pouvons d'ores et déjà nous interroger sur le vécu que peuvent entrainer de tels bouleversements médicaux, la brutalité de la situation de dépendance, de l'intrusion corporelle de sondes alimentaires et urinaires, de la progression de la tumeur... Quelle perception a-t-il désormais de son corps ? Comment se le représente-t-il ? Peut-il encore s'y identifier, se l'approprier ?

2.2 Un comportement qui interroge

Décrit comme actif dans son combat face au cancer depuis le diagnostic, Monsieur M. adopte soudainement une position passive à son arrivée au SSR. Agréable dans la relation, discutant de tout et de rien, Monsieur M. parait particulièrement détaché de ce qui lui arrive corporellement. Les équipes décrivent aussi un homme au comportement difficile, rejetant le soin. À partir de septembre et d'une réadaptation au fauteuil en psychomotricité, les enjeux se renforcent dans cette confrontation à son corps et il est parfois décrit comme agressif, menaçant les aides-soignantes et les infirmières. Il ne passera pas à l'acte physiquement dans le but de faire mal. Ses gestes me semblent plutôt faire barrage au soin, s'en défendre, sous forme d'agrippements pour immobiliser le geste du professionnel ou dans une volonté de se débattre en repoussant physiquement le soignant. D'après ce que j'ai pu comprendre il s'agit plutôt de menaces verbales d'abord envers les soignants.

Progressivement et à mesure que ses forces et ses capacités motrices s'amenuisent, Monsieur M. semble user de ses qualités d'ancien commercial pour négocier avec le soignant. Il fait preuve d'une certaine tendance à la séduction décrite d'abord par l'équipe comme un comportement manipulatoire. Je pense que Monsieur M. est capable d'une analyse très fine des failles et des caractères de chacun, desquels il se sert certainement pour tenter d'arriver à ses fins. Ce comportement me paraît plutôt subtil et adroit, preuve de la bonne conservation de ses capacités cognitives mais pour autant je comprends qu'il soit blâmé par les équipes. Ces comportements ne témoigneraient-ils pas d'une progression tâtonnante vers l'élaboration du travail d'acceptation de son état ? Nous y reviendrons plus tard.

Le versant séducteur prendra au fur et à mesure plus de place dans le comportement de ce patient. Monsieur M. s'autorise des demandes et des réflexions suborneuses qui peuvent mettre les équipes mal à l'aise. Relevé par certaines aides-soignantes, j'ai peu d'informations précises sur ce comportement qu'elles n'oseront pas expliciter. J'ai moi-

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

même pu faire l'objet de ses avances, verbales et physiques, mais jamais grossières, toujours amenées avec subtilité, de manière implicite. J'en développerai les enjeux et ce que j'ai pu en comprendre un peu plus loin dans ma rédaction.

2.3 Intégration et évolution dans le service, regard de l'équipe

Face à ce comportement difficile, l'équipe soignante se voit clivée. Une part importante de l'équipe semble développer une certaine antipathie pour ce patient. D'autres s'y attachent, l'empathie, et plus encore, la sympathie prennent le dessus. Monsieur M. profite de ces relations qui comblent à moindre mesure un certain vide affectif et relationnel.

Progressivement, Monsieur M. semble cerner chaque soignant, son caractère et ses faiblesses. Il se renseigne sur chaque personne qu'il ne connait pas déjà et à l'entendre nous pourrions croire qu'il connait tout le monde. Monsieur M. s'est fait beaucoup de connaissances durant ses années de travail mais ne semble avoir noué que peu d'amitiés durables. Quoi qu'il en soit, il ne passe inaperçu pour personne dans le service, les réactions vont d'un extrême à l'autre, semblant pencher plus facilement vers l'incompréhension et le rejet. Peu de soignants, parmi ceux qui le côtoient, restent indifférents à son égard.

Face au clivage de cette équipe, le maintien des décisions prises pour ce patient est difficile. La dynamique de soin peine à être cohérente. La cadre de santé recentre l'équipe en soulignant ce qui est essentiel pour ce patient c'est-à-dire principalement la tenue d'un cadre horaire quant aux temps que Monsieur M. doit passer au fauteuil. Ces temps sont très difficiles à vivre pour lui, la position assise est décrite comme douloureuse. Elle est encore fortement recommandée pour le bon fonctionnement physiologique de son organisme mais aussi pour lui permettre de conserver un rythme de vie, une position plus encline à l'ouverture relationnelle bénéfique pour les autres mais d'abord pour lui-même. Il est important que ce cadre reste fixe pour faire baisser l'angoisse de ce patient laissé seul avec sa douleur dans l'incertitude d'être recouché. Le respect de ce cadre permet d'instaurer une relation de confiance avec l'équipe.

D'autre part, il est demandé aux équipes d'essayer de poser la sonde alimentaire à un autre moment que celui de notre séance de psychomotricité. En effet, cette sonde rend impossible la sortie de chambre du patient. Il s'agit d'aboutir à une meilleure organisation et coordination des soins. Cette mise au point a certainement pu permettre à l'équipe de

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

prendre du recul, de mieux comprendre ce qui se joue pour ce patient. Peut-être que cette situation renvoyait à l'équipe un vécu désagréable, d'incompréhension ou un besoin de se protéger. Il me semble qu'avec la dégradation de l'état de Monsieur M., l'équipe était plus en mesure de faire jouer sa capacité d'empathie.

3. Première rencontre

Je rencontre Monsieur M. lors de mon premier jour de stage dans cet établissement, début octobre. Ce patient est suivi par la psychomotricienne depuis fin août à raison de deux séances individuelles en chambre par semaine. Accompagnée de ma maitre de stage, je me présente à Monsieur M. Vêtu d'une simple chemise fendue, il est allongé, dos légèrement redressé pour amener sans effort l'axe du regard sur la télévision. Sa tête penche sur la droite. Ses jambes sont couvertes d'un drap, laissant ses pieds nus dépasser et le fil de la sonde urinaire courir au pied du lit jusqu'à sa poche. L'odeur est agressive et désagréable, c'est peut-être le premier élément qui marque pour moi cette rencontre. La chambre est grise, l'air est chaud et presque humide. Nous nous positionnons chacune d'un côté de son lit pour entamer la discussion. Peu à l'aise avec ce premier contact, je reste observatrice, gardant une certaine distance. Monsieur M. n'accordera pas trop d'attention à ma présence, manifestement pris dans la relation avec la psychomotricienne. Je note aussi que je me tiens debout à sa gauche, ce qui avec du recul et une meilleure appréciation de son héminégligence, me questionne sur la perception qu'il a pu avoir de ma présence.

Couché, il est très douloureux. Ses plaintes somatiques prennent une place importante dans cette rencontre. Monsieur M. se plaint de douleurs au coccyx, dans le dos, les jambes. La psychomotricienne soutient cette verbalisation, elle tente de le rassurer en expliquant que ces douleurs sont en lien avec la réalité de sa maladie, de sa posture et cherche à les soulager en repositionnant le patient dans son lit. Le discours de Monsieur M. est coloré d'un certain agacement qui déborde et vient accuser l'équipe. Il me semble qu'il vit le soin comme une contrainte, se sent forcé. Par exemple, il ne voit pas l'intérêt de devoir manger, de porter des bandages de contention pour la circulation sanguine et par-dessus tout d'être mis au fauteuil. Selon ses propos, sa seule volonté serait de rester alité seul, toute la journée. Il menace de devenir agressif, de devoir « faire des choix », « prendre une décision ». D'abord écoutées, questionnées, puis déjouées par l'humour de la psychomotricienne, ces provocations restent sans suite et m'interrogent sur leur signification.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

La psychomotricienne lui propose des mobilisations passives et actives des membres inférieurs. Elle l'aide à effectuer des flexions-extensions des chevilles, des genoux et des hanches, à travailler sa force en jouant avec la gravité. Je suis surprise de la motricité volontaire qu'il a pu conserver, particulièrement de son hémicorps gauche au regard de la mobilité dont il dispose à droite. L'écart n'est pas tant prononcé bien qu'effectivement observable. Monsieur M. se plaint rapidement de fatigue et de lassitude, la séance prend fin. Nous quittons sa chambre et le service après une poignée de main, quelques mots rassurants et des encouragements.

III. Monsieur M. et la psychomotricité

1. Bilan d'observation

Dans l'impossibilité de réaliser un bilan côté et normé, j'ai essayé d'établir le profil psychomoteur de Monsieur M. à l'aide de mes observations et de quelques activités inspirées de bilans et apportées ponctuellement en séance pour nourrir mes représentations de ce patient.

Dans un souci de clarté, je détaillerai cette partie de ma rédaction selon les différents items psychomoteurs communément évalués et complétés d'autres aspects pertinents, à mon sens, pour la compréhension de l'organisation psychomotrice du patient. D'autre part, j'y ajouterai parfois des éléments qui précisent l'évolution de ses capacités. Ceux-ci me paraissent importants pour cerner son profil psychomoteur étant donnée l'évolution rapide de ce patient.

Tonus :

Au niveau tonique, la passivité de Monsieur M. et la fonte de ses muscles inactifs le rendent d'apparence flasque. Monsieur M. peine à recruter son tonus pour se mettre en mouvement. La mobilisation passive de ses membres laisse apparaitre une forme de rigidité, certainement une spasticité due aux atteintes neurologiques suite à son AVC.

Schéma corporel et image du corps :

Monsieur M. semble avoir une représentation désorganisée de son corps. Cette perturbation du schéma corporel serait d'une part la conséquence de son AVC et de

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

l'hémiplégie, l'hémiasomatognosie et l'héminégligence qui en découlent. En effet, l'hémicorps gauche de Monsieur M. semble s'effacer dans la représentation de son corps. D'autre part, son immobilité et la perte de capacités motrices l'entrainent dans une évolution dépréciative de cette représentation corporelle. Monsieur M. trouve son corps « flasque », semblable à « un tas ». Son image corporelle est fortement dévalorisée dans son discours. La peur de la transformation, de la colonisation en quelque sorte, de son corps par le cancer se manifeste dans son discours. La perception des sensations de son corps est floue, particulièrement à gauche où celles-ci sont décrites de l'ordre de la bizarrerie, ni confortables, ni désagréables.

Son dessin du bonhomme (Cf. Annexe I), témoigne de l'instabilité de ses repères corporels. Le tracé est discontinu et tremblant, il laisse s'effacer l'hémicorps gauche de son visage. Il témoigne aussi de la mise à distance de ce corps qu'il ne dessine pas. En effet, Monsieur M. ne représente que son visage en miroir, inexpressif. Sa réalisation n'est complétée que de quelques mots expliquant qu'il n'est ni heureux ni triste, laissant transparaitre une certaine indifférence.

Motricité fine :

La dextérité manuelle et la motricité fine évaluées en début de suivi sont très difficiles et se détériorent certainement aussi par défaut de persévération. Nous verrons plus tard l'évolution de l'état d'esprit de Monsieur M. et de l'axe défini pour son accompagnement.

Motricité globale, coordination et équilibre :

Sa motricité globale est restreinte depuis son AVC et suite à une prise de poids en plus de la fonte musculaire. Monsieur M. ne se lève plus, ne fait aucun transfert seul, il ne bouge que très peu spontanément ses jambes et son bras gauche qu'il faut solliciter. Au début de la prise en charge il conserve encore de bonnes capacités motrices et une force de poussée relativement efficace. Les coordinations sont difficiles entre les deux hémicorps. L'équilibre n'est pas évaluable.

Espace :

Les repères spatiaux de Monsieur M se limitent à l'environnement restreint de sa chambre, pour ne pas dire son lit et son fauteuil exclusivement. Il ne semble investir que très peu l'espace à distance de lui dans cette chambre, à l'exception de cet écran de télévision et de l'horloge du couloir qui accrochent son regard à l'extérieur de sa sphère intime. Monsieur

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

M. ne sort pas de sa chambre, il est donc difficile d'évaluer objectivement ses capacités d'orientation les rares fois où je l'accompagne en salle de psychomotricité, à l'étage supérieur.

Temps :

À propos de l'organisation temporelle, Monsieur M. fait preuve d'une perception claire et juste du temps social. Le récit de la succession des différents temps vécus par le passé, mobilisant sa mémoire, est cohérent. Cependant il m'est difficile de qualifier la représentation qu'il peut avoir des durées, du temps présent, vécu par son corps dans cette institution. Je me questionne sur ce qu'il comprend de la temporalité de l'évolution de sa maladie, du pronostique. Son discours et ses projections dans le futur font preuve d'une cohérence fluctuante mais peut-être en fait-il un moyen de défense pour ne pas avoir à reconnaître la réalité de son état.

Mémoire, cognition et attention :

Monsieur M. fait preuve de bonnes capacités cognitives au début du suivi. Au fur et à mesure, sa dégradation semble sensiblement freiner ses capacités de compréhension, son raisonnement mais il conservera de bonnes capacités cognitives et une mémoire de vie intacte. Seule la mémoire à plus court terme semble fragile. Ses capacités d'attention me paraissent moindres à mesure du temps qui passe. Parfois et de plus en plus souvent, Monsieur M. semble se détacher de la relation, être absent, dans ses pensées.

Communication et relation :

Sur le versant relationnel, Monsieur M. semble apprécier la relation, partager des souvenirs de vie. La communication infra-verbale passe très peu par le corps de ce patient, immobile peu importe ses émotions. Elle passe surtout par les variations toniques de son visage, de sa mâchoire mais presque exclusivement par le regard. En effet, le regard de Monsieur M. est touchant, très expressif et me parait significatif de ses émotions.

En conclusion de ces éléments, Monsieur M. présente une motricité limitée sur tous les plans. La représentation de son corps est peu construite, sa perception et ses ressentis corporels sont majoritairement dévalorisés sinon peu accessibles. Néanmoins, Monsieur M. conserve plutôt de bonnes capacités cognitives. Il semble opérer un clivage entre sa tête et le reste de son corps. Son visage est encore vecteur d'émotions, sensible et présent à la relation.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. Indication en psychomotricité et objectifs

Monsieur M. est adressé en psychomotricité quelques semaines après son arrivée au SSR. Le suivi n'a pas débuté dès son arrivée, il n'a été jugé nécessaire qu'au vu des difficultés rencontrées par l'équipe lors des soins de ce patient et les difficultés d'implication voire de coopération de Monsieur M. dans le soin. En effet, il parait jovial, souriant et bien en relation mais le travail en kinésithérapie est très compliqué. Monsieur M. refuse la rééducation. L'accompagnement par l'équipe de soin et le kinésithérapeute vise en particulier le maintien si ce n'est le regain de capacités motrices afin de retrouver un peu d'autonomie, et de mobilité.

Au regard de la pathologie de ce patient et du traumatisme neurologique qu'il a subit, ce projet de soin me semble au départ tout à fait cohérent. En effet, cette dynamique de soin est celle conseillée dans notre formation face à un patient en convalescence suite à un AVC : agir rapidement et activement pour bénéficier des capacités de plasticité cérébrale profitables à la récupération du patient tant qu'il en est encore temps. Mais comment comprendre l'immobilité de ce patient ? Témoigne-t-il d'un refus, d'une incompréhension, d'un moyen de défense ?

L'équipe fait appel à la psychomotricité pour tenter de comprendre ce comportement. Certains pensent que Monsieur M. n'est plus capable d'aucun effort physique alors que d'autres y voient un manque de volonté. Dès lors, qu'en est-il réellement de ses capacités ? S'agit-il d'un abandon de sa part ? Quelle pourrait en être la cause ? La psychomotricité, thérapie au carrefour entre le corps et le psychisme, apparait comme la thérapie adaptée pour la compréhension de ces discordances.

Le premier enjeu de l'accompagnement en psychomotricité est la réconciliation avec son corps, même à minima, pour pouvoir à nouveau accepter de le voir se mobiliser, peu, mal ou avec de l'aide, peu importe. Assis au fauteuil, il s'agirait pour lui de retrouver un statut d'homme et non simplement de malade, alité en chemise d'hôpital. À partir de mi-septembre, Monsieur M. retourne au fauteuil quelques instants chaque jour.

La psychomotricienne envisage à plus long terme de lui proposer de participer à un groupe de gymnastique douce afin qu'il noue des liens relationnels et qu'il puisse passer un temps à l'écart de ce service dans lequel il est malgré tout très seul. D'autre part, sa participation au groupe pourrait favoriser la prise de confiance en ses capacités et un travail d'éclairage de ses représentations corporelles. La bienveillance et la diversité des troubles et

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

des capacités des patients au sein du groupe en font un espace propice à la revalorisation du corps et à sa mise en mouvement. Le cancer ne nous laissera pas le temps d'essayer et nous demandera d'adapter et de réadapter la prise en charge.

3. Déroulé des premières séances

Dans les faits, les quelques premières séances auxquelles j'assiste et qui sont menées par la psychomotricienne se déroulent de la façon suivante :

Chaque jour de ma présence en stage, nous passons les portes du SSR pour retrouver Monsieur M. dans sa chambre. Alité ou assis au fauteuil, chacune de nous se place d'un côté du patient. Monsieur M. nous serre la main, il se rappellera spontanément de ma présence à la troisième séance. C'est suite à cette séance que je commencerai à voir ce patient seule.

La psychomotricienne l'invite à exprimer son état corporel, ses souffrances, ses inquiétudes dans des questionnements ouverts dont Monsieur M. se saisit particulièrement pour exprimer ses douleurs. La psychomotricienne reprend ses mots, reformule, semble soutenir un travail de précision dans la description de ces sensations. Elle y ajoute des éléments médicaux qui ancrent la douleur dans la réalité de sa pathologie, de son positionnement au lit ou au fauteuil. Il me semble que ces échanges sont rassurants pour Monsieur M. qui peine à y mettre les mots justes et semble inquiet quant à l'évolution du cancer. En effet, régulièrement suite à ses examens, il dénie la progression de sa maladie, affirmant que tout va bien, dans une forme d'évitement.

Dans un second temps, elle propose à ce patient des mobilisations passives puis actives des membres inférieurs. La psychomotricienne, debout à côté du lit, saisit la jambe droite de Monsieur M. au niveau de la cuisse, au-dessus de son creux poplité. Puis elle place le talon dans le creux de son autre main. Cette prise lui permet de proposer des mouvements de flexion-extension de la jambe en toute liberté, au niveau de la cheville, du genou et de la hanche. Puis, elle se place de l'autre côté du lit et effectue des mouvements similaires. Suite à cela, elle invite Monsieur M. à participer au mouvement à sa mesure en lui donnant des petits objectifs. Celui-ci essaie de plier une jambe, puis l'autre, puis les deux. Ensuite, dans un plan horizontal, Monsieur M. fait glisser ses jambes sur le matelas pour induire du mouvement dans la hanche. Ces adductions et abductions sont ensuite faites simultanément des deux côtés.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Ce travail me parait très rééducatif au premier abord mais celui-ci permettra au patient de pouvoir constater par lui-même les capacités motrices qu'il conserve. Pendant ces mobilisations, la psychomotricienne oriente l'attention de Monsieur M. sur ses sensations, en termes de chaleur, de douleur ou encore de poids. Elle attire son attention sur l'amplitude de ses mouvements et revalorise ses capacités. Surpris, ces mobilisations lui redonnent souvent le sourire un court instant en séance. Lorsqu'elles durent trop longtemps, elles semblent le ramener à la réalité de ses pertes et de ses difficultés. Aussitôt son comportement devient plus agressif, Monsieur M. hausse le ton jusqu'à ce que ce travail cesse.

Parfois, pour clore la séance, la psychomotricienne propose à ce patient un toucher-massage des jambes. Elle se positionne au pied du lit et prend successivement chacune des jambes de Monsieur M. à pleines mains. Sous forme de pressions et glissements plus ou moins appuyés, la psychomotricienne enveloppe l'entièreté de chacune de ses jambes et parfois même ses pieds. C'est un moment qu'il semble apprécier en témoignent ses yeux qui se ferment et les traits de son visage qui se lissent. Cependant il ne pourra pas qualifier ce moment en formulant une phrase positive, le plus souvent il pourra dire que « ce n'est pas désagréable », que « ça ne fait pas mal ».

Enfin, nous nous serrons la main en rappelant le jour de la prochaine séance. Sourire aux lèvres, Monsieur M. peut nous signifier qu'il apprécie notre visite, considérant la relation plus que nos séances en elles-mêmes selon moi.

IV. Évolution de l'accompagnement

Dans le cadre de cette rédaction, il m'a paru important de consacrer une partie de ma rédaction à la description de l'évolution de l'accompagnement de ce patient. En effet, celle-ci est inhérente à la dégradation de son état, dans une quête perpétuelle d'adaptation vis-à-vis de l'évolution de la relation de Monsieur M. à son propre corps.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

1. Évolution des séances

1.1 Le cadre

J'ai assez rapidement pu prendre le relais et mener seule les séances avec ce patient. La psychomotricienne m'accompagne au début de ma première séance et présente la situation à Monsieur M. presque en inversant nos positions. En effet elle lui explique que je suis là pour apprendre, que c'est à lui de prendre soin de moi. Je comprends facilement que c'est un moyen pour la psychomotricienne de donner un rôle à Monsieur M., qu'il se voit capable de prendre soin de quelqu'un, lui qui a tant de mal à prendre soin de lui-même. Je joue ce rôle de stagiaire très à l'écoute, en quête d'ajustement, de bien faire mais que j'espère suffisamment assuré pour ne pas paraître hésitante et insécurisante pour lui. Je prendrai cette position sans trop d'effort au vu de mes nombreux tâtonnements dans cet accompagnement.

Je propose à Monsieur M. de sortir de la chambre pour rejoindre la salle de psychomotricité de façon à quitter l'univers hospitalier le temps de la séance. Il s'oppose d'abord à cette idée, haussant le ton, comme agacé par mes sollicitations. Le sentant capable de devenir très amer, je décide de laisser cette proposition cheminer quelques jours et nos séances se déroulent d'abord en chambre.

Les premiers temps, je vois Monsieur M. avant ma pause déjeuner en fin de matinée, heure à laquelle je le trouve assis face à son plateau repas. Pendant quelques séances j'ai pu entreprendre un travail autour de la problématique de l'alimentation, des questions de la sensorialité, tout en travaillant les coordinations manuelles pour favoriser l'usage de ses couverts. Je ne développerai pas ici ce travail car il n'a perduré qu'au cours de deux séances. En effet, Monsieur M. a rapidement refusé de s'alimenter, la nourriture le dégoute, le révulse. La sonde assure désormais exclusivement son alimentation.

En revanche, nous remarquons qu'il est plus difficile pour ce patient de supporter le temps d'attente en début d'après-midi, le temps des relèves en équipe pendant lequel les effectifs soignants dans le service sont restreints. C'est un moment compliqué pour Monsieur M. qui est assis au fauteuil, contre sa volonté, quelques heures en début d'après-midi pour les raisons médicales évoquées précédemment. Aussi, cette installation est soutenue en psychomotricité car elle permet de réattribuer à Monsieur M. un statut de personne et non de malade seulement. Monsieur M. se décrit comme douloureux dans cette position, au niveau du coccyx et du dos. Ces plaintes somatiques peuvent aussi être comprises comme

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

l'expression de sa souffrance psychique. Cette position assise lui permet plus d'ouverture dans une relation à l'Autre. Elle le place comme sujet et le confronte d'avantage à la réalité de son corps qui n'est plus couvert par le drap du lit et apparait dans son champ visuel. De plus, Monsieur M. est laissé dans l'incertitude d'être recouché. Le passage des aides-soignantes est temporellement inconstant ce qui ne permet pas à Monsieur M. d'être rassuré et en confiance. C'est une question qui l'obsède et qui prendra beaucoup de place en séance. En effet, nous décidons donc de décaler les séances avec ce patient à 13h30, heure de la relève, pour le soutenir dans ce moment où il est assis au fauteuil.

Quelques séances plus tard, Monsieur M. accepte que je l'accompagne en salle de psychomotricité, lui promettant un peu plus de calme, de dépaysement. C'est un « oui » de résignation que je sens s'échapper pour me complaire mais c'est un « oui », tout ce que j'attendais. Chacune des séances suivantes qui le permettent, nous sortons de la chambre. En effet, pendant quelques temps il est difficile de s'y tenir à cause de difficultés de coordination de l'équipe et de compréhension des enjeux de la prise en charge en psychomotricité à l'extérieur de la chambre. Monsieur M. n'est alors pas toujours installé dans de bonnes dispositions pour sortir. Je note pourtant qu'il semble apprécier de plus en plus ces sorties et pourra même exprimer une certaine déception lorsqu'il sera impossible de sortir.

Nos séances en salle de rééducation sont peu nombreuses mais semblent bénéfiques à Monsieur M. C'est dans ce cadre que je le trouve plus ouvert, expressif, il semble s'autoriser plus de remarques et de nouvelles expériences.

Malheureusement, la dégradation accentuée de son état courant décembre ne permettra plus son installation au fauteuil. Je continue mes séances auprès de ce patient désormais alité jusqu'à son décès.

1.2 Propositions et objectifs

Les objectifs et le contenu des séances évolueront d'autant plus que le cadre.

Dans un premier temps, l'accompagnement s'inscrit dans une dynamique de revalorisation de son corps, de ses capacités pour retrouver un peu de plaisir à être dans ce corps, être une personne. Il s'agit d'abord de mobilisations passives et actives des membres du patient comme évoquées précédemment. Nous effectuons aussi un travail sur les

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

coordinations, sa posture ou encore la correspondance entre ses deux hémicorps. D'abord en chambre, ce travail permet de soutenir ses capacités à s'alimenter seul, de faire par lui-même. Puis, nous utilisons, des balles en mousse ou des ballons de baudruches avec lesquels je lui propose de faire des échanges. Je varie mon positionnement dans l'espace autour de son fauteuil pour susciter plus d'adaptation chez lui et ramener son champ visuel gauche dans la perception de son environnement. Monsieur M. se prête au jeu de ce travail quelques instants mais il refuse rapidement de persévérer.

Dans la même dynamique, pour éveiller ses sensations, je propose à Monsieur M. de placer des poids successivement dans ses mains ou sur ses chevilles, ses coudes, l'invitant à faire l'expérience de sa force musculaire en les soulevant. C'est un travail d'expérimentation que je lui propose pour qu'il prenne conscience, une fois encore, des capacités motrices dont il dispose toujours. Je souhaite qu'il sente son corps solide et qu'il perçoive l'efficience de ses muscles pour revaloriser cette image d'un corps dégradé et invalide qu'il peut exprimer. Sa réaction face à cela rejoint celle du travail de mobilisations activo-passives évoqué précédemment. C'est-à-dire que lorsqu'il dure trop longtemps il semble provoquer l'effet inverse et replonger Monsieur M. dans la réalité de ses pertes.

Nous utilisons une planchette de bois que je place successivement sous chacun de ses pieds pour lui proposer d'y exercer un appui. Je l'invite à faire varier l'intensité de la force qu'il emploie mais aussi l'orientation de la poussée et la partie du pied qu'il utilise, pointe, tranche ou talon, pour s'adapter à mes variations. J'ai pour objectif de permettre à Monsieur M. de ressentir ses pieds, des appuis d'ordinaire essentiels à un bon ancrage dans le sol pour la marche. Alité ou au fauteuil, ces sensations et cette conscience des appuis ont quand même une grande importance dans la construction du schéma corporel et de l'image de soi. De bons appuis forment une base solide profitable à l'émergence de la confiance en soi.

Néanmoins, l'idée d'un éventuel retour à la station debout semble faire partie de mes espérances pour ce patient. Il s'agirait pour lui de retrouver un peu d'autonomie, ne serait-ce que dans sa chambre. Après discussion avec ma maître de stage, je prends conscience que cet objectif n'aurait jamais été envisagé et explicité dans le projet psychomoteur de Monsieur M. tant il semblait impossible à atteindre. À ce moment-là, je suppose avoir fantasmé une telle évolution pour me défendre de l'inacceptable. Lorsque son état se dégrade encore un peu plus, j'abandonne ce fantasme et je continue ce travail dans une optique différente.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

En effet, cet axe de soin place le psychomotricien dans une posture sollicitant l'action, très stimulante et peut bousculer les défenses du patient. Monsieur M. m'y semblait effectivement peu en accord.

J'utilise alors mes connaissances sur la méthode Feldenkrais développées au cours de ma formation. Je tente d'amener Monsieur M. à une perception plus fine des segments de son corps, sa posture, de ses mouvements de flexion-extension, si faibles soient-ils. Cette méthode de conscience corporelle amène le sujet à se centrer sur son corps et ses ressentis grâce à de petits mouvements, je m'en inspire. Je souhaite préserver la stimulation des sensations de cette zone à une extrémité du corps qu'il ne semble plus trop considérer et englober dans son champ d'attention. Je lui propose de sentir ses appuis plantaires à l'aide de cette même planche en bois que je place sous ses pieds, appuis auxquels nous apportons toujours des variations d'intensité, de direction mais très modérées. Je l'invite à explorer la poussée et à décomposer les différentes parties de ses pieds pour induire un recentrage de son attention sur ses sensations. Nous essayons ensemble de repérer ce que la poussée du pied engendre sur le reste de son corps, quelles parties de sa jambe se contracte, voire même se soulève. Je l'invite à porter son attention sur des éventuelles sensations de chaleur, de légèreté, de densité. Monsieur M. est très à l'écoute et semble apaisé lors de ce travail.

En accord avec certains soignants, ma maître de stage formule une demande de vêtements. Cette demande, à visée thérapeutique, permettrait à Monsieur M. de retrouver une image corporelle d'homme présentable et non de malade en fauteuil d'hôpital. La chemise fendue, tenue d'hospitalisation et du malade, n'a rien de personnel. Elle gomme les marques identitaires pour n'identifier Monsieur M. qu'à un malade et renvoie une image presqu'indécente, touchant l'intime. Aussi, cette image est exposée à la vue de tous les visiteurs passant dans le couloir. Cette demande arrive malheureusement un peu tard car la mobilisation est de plus en plus difficile et limitée pour ce patient, les vêtements y sont peu adaptés. Monsieur M. a seulement pu porter des chaussures, ce qu'il disait apprécier.

De plus en plus, dans une dynamique d'abandon de lui-même depuis son arrivée au SSR, il me semble que Monsieur M. ne pouvait plus s'inscrire dans une démarche active, participative, même minime. Dès lors, comment adapter le soin pour ce patient ? Je me suis donc progressivement écartée de cette ligne directrice de soin. D'abord contrainte, face au refus de Monsieur M., puis volontairement avec le soutien de l'équipe, nous avons pu établir un nouveau projet de soin. Celui-ci se focalise sur le bien-être du patient, la recherche de

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

plaisir, c'est-à-dire mieux vivre le temps qui s'écoule. Sa mise en place fait suite à sa dégradation soudaine et correspond à un accompagnement palliatif, en accord avec la décision prise quant à son transfert en soin palliatif.

Mes séances avec Monsieur M. se tournent d'avantage vers le relationnel, la mise en mots et de nombreux toucher-massages au niveau des épaules, des mains, des jambes et des pieds. Le bien-être corporel devient l'objectif principal de cet accompagnement. Je l'invite à sentir les différentes parties de son corps avec lesquelles je suis en contact et que je nomme. Plutôt que de faire travailler ce corps, je lui propose de l'écouter, le redéfinir, j'essaie d'apporter de la différenciation dans ce « tas » qui échappe désormais à son contrôle et lui parait sûrement inquiétant. Je tente aussi de faire émerger chez Monsieur M. l'expression d'un désir, l'élaboration d'une demande particulière, auxquelles il ne s'autorise que très peu. Je remarque que Monsieur M. a beaucoup de mal à faire un choix pour lui-même, par exemple choisir le parfum de l'huile de massage ou choisir la partie du corps à « détendre ». Il semble persuadé que j'ai envie de choisir, que de toute façon c'est à moi de le faire, que nous choisissons toujours tout pour lui. J'ai l'impression qu'à force il éprouve un vécu de persécution médicale, qu'il s'abandonne, se résigne enfin après des semaines de protestations non entendues et se replie sur lui. Son regard exprime une grande tristesse, comme un appel à l'aide, silencieux mais frappant.

Lors de ces séances, Monsieur M. évoque régulièrement sa vie professionnelle passée, ses qualités de commercial, de négociateur mais aussi de grand séducteur. Il prend plaisir à me conseiller de par ses méthodes de séduction. Je l'écoute avec beaucoup d'attention. Cela semble être pour lui une opportunité d'avoir la sensation de se retrouver, réévoquer la personne qu'il était avant ces évènements récents. C'est pour moi un discours qui vient encore questionner la persistance de son identité, l'homme qu'il était avant.

Monsieur M. évoque le désir de mourir de plus en plus quotidiennement, fantasme des stratégies pour y parvenir ou formule des demandes de « cachets » particuliers. Ce désir semble être le seul qu'il affirme. Dès lors, comment l'entendre, l'accepter ou le transformer en tant que professionnel soignant ? Que faire de cette souffrance psychique ? Comment renouer le lien au corps qui semble mis à distance, effacé, presque déjà mort ? Quelles répercussions identitaires ?

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. Vers un accompagnement global, travail avec l'équipe

2.1 Suivi pluridisciplinaire

En plus des séances de psychomotricité chaque semaine, Monsieur M. est suivi en kinésithérapie. Il s'agit d'un travail de mobilisations passives et actives de ses membres pour mettre en mouvement ses articulations. D'autre part le maintien si ce n'est la récupération des forces musculaires sont des objectifs complémentaires de ce suivi. Celui-ci garde un objectif mélioratif mais sera abandonné en accord avec le réajustement de son accompagnement évoqué précédemment.

La psychologue de la structure propose des entretiens à Monsieur M. Les éléments qui suivent sont tirés du dossier de ce patient.

Le premier a eu lieu début octobre. De cet entretien ressortent les nombreux questionnements de Monsieur M. et ses angoisses à propos de l'évolution de son cancer depuis l'arrêt du traitement. Il évoque le temps où il était encore acteur de son combat dans la maladie. À ce jour, il reconnait que l'AVC l'a brutalement plongé dans une démarche passive. Il reste ambivalent, en quête de réponses sur l'attitude qu'il doit adopter et l'évolution que les médecins peuvent espérer.

Monsieur M. refusera les deux prochains entretiens. Lors de la quatrième rencontre, fin octobre, Monsieur M. accepte un entretien « dans une forme d'échange informel » d'après les notes de la psychologue, dans lequel il exprimera son découragement, ses sentiments dépressifs. Monsieur M. se montrera plus ouvert. En effet, sous couvert de cette informalité, il pense peut être se cacher du regard et du jugement professionnel, peut-être comme s'il ne s'exprimait qu'à demi-mots, sans avouer ses failles au grand jour.

Le prochain entretien, mi-décembre, témoigne de l'impact moral de sa dégradation. Monsieur M. déclare avoir le sentiment « de ne plus se trouver ». En revanche désormais il se sent plus écouté. La psychologue tente de le repositionner « comme sujet de son vécu » selon les mots qui figurent dans les transmissions, qu'il puisse ainsi exprimer ses désirs mais il ne s'en saisit pas sur l'instant. Il ajoute qu'il sent même son bras droit comme paralysé lui aussi, incapable de le mobiliser pour faire un effort.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.2 Adaptation de l'équipe

Au fur et à mesure de l'évolution de ce patient et de la remise en question de la dynamique de soin qui l'entoure, l'équipe a su se coordonner autour de Monsieur M. Certains ont pu nouer avec lui de véritables relations de confiance.

L'organisation de sa journée, les temps de soin, de lever, de coucher ou encore d'alimentation suivent une cohérence qui perdure. Cette organisation facilite désormais le déroulement des séances de psychomotricité.

De manière globale, un soutien et une cohérence de soin se mettent en place. Lorsque son état se dégrade, il est alors question de son transfert dans une chambre avec un lit identifié soin palliatif. C'est-à-dire qu'il soit transféré en soin palliatif en dehors du SSR mais dans la même structure, dans une unité avec des lits réservés pour un accompagnement palliatif. Ce transfert a pu être discuté pour éviter à Monsieur M. de changer une nouvelle fois d'environnement et d'équipe soignante au cours de cette période difficile. Monsieur M. a alors pu rester dans sa chambre au sein du SSR qui a été classée comme lit identifié de soin palliatif, mesure exceptionnelle me semble-t-il.

Au vu du profil psychomoteur de ce patient, de son discours et de son comportement, il ne fait aucun doute que la maladie, les lésions conséquentes à l'AVC et son arrivée au SSR sont à l'origine de bouleversements psychocorporels majeurs.

D'un bouleversement du schéma corporel à celui de l'image du corps voire de l'identité, il n'y a qu'un pas. Le sentiment de perte ses repères peut représenter une perte de soi, d'identité et engendrer une grande souffrance. Cette souffrance psychique est perceptible dans son discours et son comportement mais elle prend sa source dans le corps de Monsieur M. Dès lors, comment composer avec ce corps qui lâche irréversiblement ? Quel regard et quelle perception du corps le psychomotricien peut-il apporter au patient ? Comment ce travail permet-il un soutien identitaire ?

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

PARTIE 2 : Partie théorico-clinique

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

J’ai souhaité dérouler mon plan selon le cheminement qui aura permis la construction et l’élaboration de ma réflexion pour aboutir finalement à la problématique des enjeux identitaires. Dans un premier temps, nous évoquerons la notion de douleur qui fut un prétexte à l’approche de ce patient par le toucher dont l’étude suivra. Ainsi, nous comprendrons pourquoi la question identitaire est le point central de l’accompagnement de ce patient et comment elle transparait par le corps. Enfin, un regard plus large sur le dispositif de soin propre à la psychomotricité nous permettra d’en approfondir sa pertinence dans le cas de Monsieur M.

I. Approcher et prendre contact avec le corps

1. La douleur

Au premier abord, la douleur est l’élément qui pour moi a marqué notre rencontre. Les plaintes sont omniprésentes lors des premières séances mais elles s’atténuent et s’effacent à l’approche des derniers instants. Peut-être que l’effet des antalgiques administrés permet à Monsieur M. d’être moins douloureux les derniers instants ou peut-être que la perception de ses sensations est devenue encore plus compliquée, comme coupée dans une inertie d’abandon. Comment appréhender la question de la douleur auprès de ce patient ? Peut-elle offrir une porte d’entrée sur le corps ou au contraire le rendre inaccessible ?

Tout d’abord, la pathologie de Monsieur M. semble mettre à mal son corps et l’image qu’il en a. Ainsi c’est la relation à son corps qui semble fragilisée. Monsieur M. semble amorcer un clivage entre celui-ci et son psychisme. Le contact semble se rompre de plus en plus, laissant à l’abandon dans son lit ce corps flasque et immobile dont il peine à parler, qu’il peine à regarder. Dès lors, comment la thérapie psychomotrice pourrait-elle permettre à Monsieur M. de renouer ce lien ? Il ne s’agit de pas de réparer, restituer l’image dégradée du corps mais d’avancer dans un travail de prise de conscience voir d’acceptation. L’objectif serait plutôt de renouer le lien à un corps potentiellement vecteur de plaisir et non plus synonyme de dégout et de rejet. J’explorerai dans cette partie de ma rédaction la question de l’expression des douleurs. Peut-être pourrions-nous partir de ces douleurs qu’il arrive encore à identifier lorsque je le questionne. Verbaliser ses douleurs, les identifier, chercher à les expliquer, les rationnaliser pourraient être des moyens de mieux comprendre ce qui lui arrive corporellement et de le rassurer face à ce corps qui lui devient étranger.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

L'Association Internationale d'Etude de la Douleur la définit de la façon suivante : « une sensation et une expérience émotionnelle désagréables en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrites en ces termes » (cité par SFETD, 2016).

On distingue classiquement la douleur physique de la douleur psychique, néanmoins celles-ci peuvent fonctionner ensemble. Elles sont propre au patient, lui seul peut les évaluer et les juger.

1.1 Douleur physique

La douleur physique peut être de trois types différents : la douleur procédurale, la douleur aigüe et la douleur chronique. En quelques mots, la douleur procédurale correspond à la douleur induite par les soins, elle est présente chez Monsieur M. lors des toilettes et des transferts par exemple. La douleur aigüe renvoie à une atteinte tissulaire, elle est transitoire et le plus souvent soulagée par les traitements antalgiques. Enfin, la douleur chronique est une douleur qui dure dans le temps, face à laquelle les traitements ne peuvent rien. La douleur chronique peut être de n'importe quelle topographie ou intensité.

La Haute Autorité de Santé définit le syndrome douloureux chronique selon les caractéristiques suivantes :

> Une douleur persistante ou récurrente durant au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale […], répondant mal aux traitements […], accompagnée d'une altération significative et durable du statut fonctionnel […], une régression significative et progressive de la capacité fonctionnelle et relationnelle dans les activités de la vie […], une demande excessive de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives tout en reconnaissant leur inefficacité à soulager, un trouble de l'humeur (dépression, anhédonie, etc.), un sentiment de révolte et de revendication ou au contraire de résignation et d'impuissance, souvent accompagné d'une hostilité envers les soignants, traduisant l'incapacité de s'adapter à la situation. (HAS, 2008)

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Au vu de ces caractéristiques nous serions forcés de constater que les douleurs exprimées par Monsieur M., par leur durée, leur persistance, leur résistance, leur incidence comportementale et fonctionnelle, pourraient rendre effectivement compte d'un syndrome douloureux chronique.

Dès lors, lorsque la douleur est aussi importante, comment celle-ci transforme-t-elle le vécu psychomoteur du patient ? Parfois, la douleur fait partie intégrante de la représentation qu'a le sujet de son corps, elle pourrait presque s'intégrer à son identité. Il est donc essentiel de questionner la douleur avant de vouloir la traiter. Elle peut aussi se manifester comme un appel adressé à l'environnement, une plainte source de bénéfices secondaires sociaux, relationnels. Il n'est pas rare qu'elle dissimule une douleur psychique, une souffrance morale. En effet, M. Reich (2009) fait état des conséquences qui peuvent advenir de la douleur physique. Il s'agirait d'un désinvestissement du corps, d'un bouleversement de la représentation de soi, de l'estime de soi, d'une atteinte narcissique entrainée par le sentiment de faiblesse et de dépendance, sans oublier les conséquences relationnelles et sociales.

Ce sont autant d'éléments que l'on peut percevoir dans le vécu de Monsieur M. et qui semblent venir attaquer ses assises identitaires. La personne qu'il était n'est plus en accord avec celle qu'il devient dans ce contexte médical. Le corps est au premier plan de cette transformation. Il en est la cause par les retentissements du cancer et du traumatisme cérébral mais aussi le terrain de conséquences. En effet, c'est par le corps et le comportement de Monsieur M. que se traduisent son mal-être et ses ressentis de souffrances physiques et morales.

1.2 Douleur psychique

La souffrance morale peut donc se traduire par l'expression de plaintes somatiques ou en être aussi une conséquence. Ces plaintes peuvent être les témoins d'une angoisse, d'une détresse, d'un état dépressif qui ne parviennent pas à être exprimés autrement. Douleur psychique et douleur physique sont intriquées, il est souvent difficile de parvenir à déterminer si l'une a engendré l'autre ou si elles sont cooccurrentes.

Toujours est-il que lorsque le corps est diminué, attaqué comme celui de Monsieur M., le patient « peut ressentir un sentiment de trahison et une perte de confiance dans un

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

corps auparavant « en bonne santé » et qui n'a pas su le protéger » (Reich, 2009). Naissent alors les problématiques de deuil, de rejet du corps ou encore la problématique du regard de l'Autre, relatif à l'image spéculaire du corps. Autant d'enjeux psychiques qui peuvent entrainer un état dépressif, d'abandon voire de régression. Le corps, malgré ses transformations au cours de la vie est un élément plus que familier, intime, stable sur lequel on peut s'appuyer. C'est un pilier identitaire par l'image que nous en avons mais aussi au travers du regard des Autres, il nous représente. Il est le lien physique avec les Autres, c'est par lui que passe la relation. Dans le cas de Monsieur M., c'est cette épaule identitaire qui est fragilisée et qui fait souffrir. Il devient un corps-souffrance. Son discours traduit très bien cet état dépressif, mélancolique de l'homme qu'il était avant et de ce qu'il pouvait accomplir. Son état de souffrance morale peut aller jusqu'à une volonté de mettre fin à ses jours. Monsieur M. fantasme son suicide et élabore souvent un scénario en séance. Souvent, il m'explique qu'il se voit passer par la fenêtre, parfois avec moi. Nous y reviendrons un peu plus loin dans cette rédaction.

L'élaboration de ces conflits entre le Moi psychique et le corps qui se transforme dépend des capacités de chacun à se mettre activement dans le travail d'acceptation de ces pertes. Ce travail d'acceptation et de deuil est énoncé par E. Kübler-Ross (1969/2010) selon cinq étapes :

- Le déni
- La colère
- Le marchandage
- La dépression
- L'acceptation

Celles-ci ne se succèdent pas toujours dans l'ordre suivant et chaque patient ne les traverse pas toutes. Il semblerait alors que dans ce travail de deuil le vécu de Monsieur M. puisse traduire un début d'élaboration. En effet, ce comportement agressif au premier abord pourrait figurer la colère. Son comportement manipulatoire et séducteur tel qu'il est décrit pourrait renvoyer une tentative de marchandage. Le déni serait perceptible dans son discours au début de son accompagnement lorsqu'il pouvait nous donner des résultats en totale inadéquation avec la réalité de ses examens. Quant à la dépression, elle fut bien perceptible lors des dernières semaines au regard de son état thymique et dans son discours. Dès lors, au

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

regard de cette théorie du travail de deuil, le comportement et le vécu de Monsieur M. pourraient prendre une perspective plus saine et légitime.

1.3 Compléments théoriques vers une approche psychomotrice

Cette approche dichotomique de la douleur physique et psychique est certainement réductrice de la notion de douleur. Afin d'y apporter le lien de compréhension nécessaire à l'approche psychomotrice, j'introduis les auteurs qui suivent.

O. Gaucher-Hamoudi et M. Guiose (2007) s'attachent à expliquer l'évolution de la compréhension du phénomène de douleur, entre sensation et émotion. Ces auteurs évoquent la théorie de la spécificité. Longtemps reconnue, elle considère que le stimulus nociceptif entraine une sensation de douleur par un lien de cause à effet direct et certain. Or, aujourd'hui, nous savons que « la relation entre douleur et lésion est loin d'être constante » (2007, p. 29). S. Freud nuance cette théorie en énonçant que la douleur serait en lien avec la notion de quantité, d'intensité de l'excitation (cité par Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007). C'est alors qu'intervient la dimension émotionnelle de la douleur que ces auteurs décrivent ensuite. La théorie affective prend pourtant son origine au temps d'Aristote et place la douleur comme « émotion opposée au plaisir » (2007, p. 29). Selon H. R. Marshall : « la douleur est une qualité émotionnelle qui colore tous les évènements de la vie » (cité par Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007, p. 29). Ce point de vue sur la question est surtout partagé par les cliniciens de la psychanalyse. Selon S. Freud (cité par Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007), la douleur somatique deviendrait psychique lorsqu'elle est élaborée, attribuée à un objet et non seulement investie narcissiquement.

Face à ces deux points de vue, le psychomotricien doit prendre la question dans sa globalité et garder une vue d'ensemble sur la balance sensation-émotion. Dans le cas de Monsieur M., la douleur est omniprésente particulièrement lors des premières séances. Dès lors, comment peut-on la comprendre, l'accueillir en séance de psychomotricité ?

1.4 Douleur et soin psychomoteur

À ce sujet, les réflexions apportées par O. Gaucher-Hamoudi et M. Guiose à propos de la visée antalgique des soins psychomoteurs sont riches. D'après ces auteurs la prise en charge de la douleur passe dans un premier temps par l'écoute de la plainte, prenant le temps

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

pour apaiser le patient. Elle permet « d'établir ou de rétablir la relation d'aide » (2007, p. 38). Il s'agit de faire comprendre au patient que ce n'est pas la douleur qui nous amène à lui mais la manière dont il la vit et dont elle anime son corps. C'est en effet ce que nous essayons d'expliquer à Monsieur M. dans ce travail de verbalisation de la douleur, pour approfondir ses ressentis, les préciser, pour mieux les comprendre et l'accompagner. Néanmoins, il est essentiel de faire preuve d'empathie et d'accepter de ne pas toujours comprendre la douleur. Cela n'empêchera pas d'accueillir la plainte, de la reformuler pour faire sentir notre présence, notre soutien. Il faut aussi tenter d'évaluer l'origine de la douleur. Est-elle nociceptive ou neurogène ? Auquel cas elle ne sera pas soulagée de la même façon s'il est possible d'intervenir dessus. Le massage et la chaleur sont efficaces pour soulager une douleur nociceptive. En revanche des décharges électriques sont à craindre en cas de douleur neurogène, il faut préférer la fraicheur. Les douleurs évoquées par Monsieur M. semblent être nociceptives, dues à son positionnement et à sa posture.

La relaxation en psychomotricité permet d'accéder au corps du patient et à sa respiration (Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007). Elle permet de gérer les sensations douloureuses. Par ailleurs, un toucher-massage relaxant peut apaiser le patient et permettre un enveloppement pour contrer des angoisses de morcellement ou de liquéfaction telles que celles de Monsieur M. Ce sont des angoisses qui peuvent effectivement apparaître dans un corps où la douleur fausse les sensations et les perceptions. Elles sont perceptibles lorsqu'il parle de son corps comme un « tas », « flasque » et explique ses inquiétudes quant à l'étrangeté de ses sensations.

Enfin, la verbalisation des douleurs permettrait à Monsieur M. de prendre du recul sur son vécu et au professionnel d'en laisser une trace pour assurer le relai et faire exister cette douleur. Elle semble être un premier pont vers une approche corporelle du patient en ce qu'elle permet dans un premier temps d'introduire le corps dans le discours de Monsieur M. Nous cherchons à préciser l'objet de la plainte, ses caractéristiques. D'autre part, la verbalisation de la douleur face à un professionnel attentif peut favoriser le sentiment d'être écouté pour le patient et à plus forte raison le sentiment d'exister en tant que patient dans la structure. Ce sont des enjeux qui, plus largement, peuvent toucher ce qui relève de la question de l'identité, du sentiment de continuité d'exister et de l'affirmation de soi en tant qu'acteur du soin, des notions que nous évoquerons plus loin.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dès lors, nous constatons qu'en psychomotricité, prendre en charge la douleur ne signifie pas la gommer, ou seulement chercher à la dissiper, mais d'abord l'écouter, l'accueillir, en parler. Ce travail passe par la spécificité de la psychomotricité en tant que thérapie en relation. La verbalisation est essentielle et étonnement elle suffit parfois à soulager le patient. Nous y reviendrons en fin de rédaction. Je constate que les premiers instants de nos séances de psychomotricité avec Monsieur M. permettaient presque d'évacuer ce vécu douloureux par la plainte. Enrichie par nos mots venant préciser la sensation, nous prenons le temps ensemble pour en parler et le rassurer car l'origine et la cause inconnues de la douleur semblent l'inquiéter. Ensuite, ces plaintes s'estompent au cours de la séance laissant place à la possibilité de travailler avec ce corps.

Ce travail de mise en mots ne s'intéresse pas qu'à la sensation mais aussi au vécu et au sentiment que la douleur peut faire émerger chez Monsieur M. Il s'agirait donc aussi d'une tentative de redonner au corps une place de corps sujet et non de corps objet, un corps doté de sensibilité et ainsi de revaloriser son identité.

2. Le toucher : éclairage vers un corps bien-être en relation

L'une des médiations privilégiée dans l'accompagnement de Monsieur M. est celle du toucher. D'abord spontanément dans le but de soulager la douleur, c'est un toucher massage que je propose à Monsieur M. avant de prendre conscience de l'étendue de sa présence dans l'accompagnement de ce patient et des multiples fonctions que le toucher peut emprunter. Le toucher est une des bases essentielles en psychomotricité avec laquelle il convient de prendre néanmoins beaucoup de précautions. Le toucher interpelle le sujet dans son vécu et la construction de son enveloppe.

En effet, le toucher peut renvoyer à l'action de « prendre contact avec », de manière explicite et tactile. Ce terme peut aussi faire écho à la sensation qui en résulte, dans une dimension affective, émotive et ne nécessite d'ailleurs pas toujours un contact tactile.

À propos de Monsieur M. je me questionne sur la façon dont le corps entre en considération dans la perception qu'il a de lui-même. Le toucher, le contact peau à peau, pourraient-ils permettre d'entrer en contact autrement avec Monsieur M. ? Pourraient-ils permettre de revaloriser ce corps pour qu'il trouve à nouveau une place investie psychiquement ? Nous comprendrons que c'est sur l'investissement du corps que s'appuient

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

le développement psychique et l'émergence de l'identité. Ainsi, nous pouvons imaginer que c'est sur l'investissement de ce corps adulte que s'appuie le maintien du sentiment de continuité de l'identité établie. Dès lors nous nous attacherons à comprendre ce qui fait de la peau et de son approche un organe privilégié pour ce travail.

Comme l'énonce D. Anzieu (1995) dans sa théorie du Moi-peau, la construction du Moi-psychique serait basée sur celle du Moi-corporel. À la naissance, le bébé nait avec le sentiment d'être indifférencié de sa mère, on parle du fantasme intra-utérin. Puis, le fantasme de la peau commune permet la communication privilégiée entre la mère et l'enfant, créant une interface entre l'un et l'autre. Enfin, l'acquisition du Moi-peau permet une double intériorisation d'une part de l'interface qui devient une enveloppe psychique et d'autre part de l'entourage maternant qui constitue le monde interne des pensées, des images et des affects. De ces processus découlent la structuration d'un Moi-peau en double feuillet. Celui-ci remplit différentes fonctions qui sont les suivantes :

- Une fonction de *maintenance* psychique du fait que la peau entoure l'ensemble des éléments constitutifs du corps. Il maintient les organes, les os et les muscles. Cette fonction tend vers l'individualisation de l'enfant.
- Une fonction de *contenance* qui permet la différenciation entre Moi et non-Moi, tel un sac qui définit les limites, une enveloppe.
- Une fonction de *pare-excitation*, protectrice, qui remplit un rôle de transformation des excitations comparable à celui de la mère et protège des agressions extérieures.
- Une fonction d'*individuation*. La peau de chaque individu est singulière et différente.
- Une fonction d'*inter-sensorialité*. La peau permet de faire le lien entre les sensations reçues et permet l'élaboration d'un sens commun.
- Une fonction de *soutien de l'excitation sexuelle* : la peau devient un support libidinal et un organe d'excitation.
- Une fonction de *recharge libidinale* de la fonction psychique qui entretien l'équilibre énergétique interne.
- Et enfin, une fonction qui permet l'*inscription des traces sensorielles* dans toute la dimension mnésique qui peut être attribuée à la peau, la notion de marquage.

A. Montagu (1979) introduit la rédaction de sa réflexion par les mots suivants : « La peau nous enveloppe complètement, comme une cape. C'est le premier de nos organes, et le plus sensible. C'est notre premier mode de communication, et la plus efficace de nos

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

protections. Après le cerveau, la peau est sans doute l'ensemble d'organes le plus important. Le sens du toucher, celui qui est le plus étroitement lié à la peau, et le premier à se développer chez l'embryon humain » (Montagu et al., 1979, p. 9). Ainsi, il attribue à l'organe qu'est la peau, un caractère à la fois fragile et protecteur. Elle est partie intégrante du dedans et du dehors en ce qu'elle figure à la fois le contenant et le contenu (Prayez, 1994). Il la décrit comme essentiel médiateur de la communication qui fait figure de base de la structuration du corps et du sujet. C'est par la peau que le bébé commence à penser. En effet, A. Montagu (1979) précise aussi le rôle de la peau dans l'essor de la conscience de soi, soit dans la représentation de son corps, sa perception dans l'espace ou encore dans le mouvement.

Des cinq sens, le toucher est le seul à pouvoir mettre en jeu l'entièreté du corps et à impliquer une réciprocité. La quantité et la qualité du toucher peuvent varier, on lui attribue alors aussi plusieurs fonctions. Celles-ci sont en lien direct avec les fonctions que D. Anzieu (1995) attribue à la peau et sont au cœur de l'accompagnement de Monsieur M. en psychomotricité.

Dès lors, je développerai dans les parties qui suivent les différentes fonctions que l'on peut attribuer au travail du toucher effectué dans l'accompagnement de Monsieur M.

2.1 Toucher apaisant, relaxant.

Dans un premier temps, le toucher peut se révéler être un moyen de prendre en charge la douleur évoquée précédemment, de la soulager.

Dans le cadre des soins palliatifs, M. Guiose convient qu'« avant tout, l'indication psychomotrice est un « soin de confort » : aider le patient à retrouver une perception positive de lui-même en participant aux retrouvailles d'une harmonie psychocorporelle mise à mal » (2007, p. 22).

L'hémiplégie qui fait suite au traumatisme cérébral de Monsieur M. a engendré une spasticité de son hémicorps gauche. La spasticité est une rigidité qui entraine une contraction réflexe à l'étirement brusque du muscle. Les contractions involontaires que peuvent provoquer cette spasticité et plus largement les postures induites par l'hémiplégie et la différence tonique entre les hémicorps sont parfois douloureuses. En effet, le corps de Monsieur M. penche le plus souvent latéralement dans sa posture au fauteuil, s'affaissant sur son hémicorps déficitaire. On peut imaginer que les douleurs cervicales et dorsales de ce

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

patient peuvent en être en partie les conséquences. Celles-ci pourraient aussi certainement découler de la sur-stimulation et de la mise en tension de l'hémicorps droit à l'effort, créant un déséquilibre, pour se redresser au lit en tirant sur la potence par exemple. D'autre part, l'atteinte cérébrale de l'hémisphère droit, comme c'est le cas pour Monsieur M., entraine des troubles sensoriels désagréables, sous forme de fourmillements, picotements, survenant le plus souvent dans les jambes de ce patient.

Dès lors, un toucher-massage apaisant, relaxant, me semble effectivement adapté pour ce patient. En effet, le contact par des frictions, des appuis plus ou moins profonds, chauds et répétés ou de simples glissés, peuvent induire une détente musculaire. Par ce toucher, il s'agit surtout d'affirmer une présence et de signifier que la zone douloureuse, la plainte est prise en compte. C'est dans cette perspective que le psychomotricien peut venir soulager le patient. Le soulager du poids de sa douleur, faire émerger le sentiment d'être entendu dans la plainte et soigné au sens d'être choyé. C'est en ce sens que le toucher prend aussi une dimension communicative.

2.2 Communiquer par le toucher

À ce propos, J. Kepner écrivait : « ce n'est pas un « corps » que nous touchons, mais bien le soi de cette personne, qui entre en contact avec notre propre soi. De la sorte, le toucher cesse d'être un simple évènement mécanique et devient un processus d'interaction et de communication » (cité par Charpentier, 2014, p. 14). En effet, les techniques de massage stricto sensu sortent des compétences attribuées à l'exercice de la psychomotricité.

Tout commence avec les écrits de H. Wallon (1934/1970) qui expliquent les réactions tonico-émotionnelles, complétés par les apports de J. de Ajuriaguerra (1974) à propos du dialogue tonique. Ces concepts s'accordent sur le fait que la dimension tonique et instrumentale du toucher influe sur la relation en ce qu'elle déclenche des émotions. « Cette communication émotionnelle permettrait au patient de retrouver des traces de conflits archaïques inscrites dans le système émotionnel et non encore accessibles au système discursif » (Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007, p. 104). Le toucher thérapeutique pourrait donc effectivement faire figure de moyen de communication pour atteindre le psychique passant outre les mots.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Ainsi, le toucher-thérapeutique pourrait permettre un retour à ces premières sensations d'échange émotionnel, de communication archaïque. Il s'agit alors d'un toucher qui impacte de façon différente chaque patient mais aussi le thérapeute.

Par le toucher que je propose à Monsieur M., j'essaie de transmettre une intention claire, pour ne pas éveiller chez ce patient une sensation érotique inappropriée. Je choisis d'adopter un toucher franc, posant mes paumes de mains entières sur ses épaules ou ses jambes par exemple. Un simple toucher de contact peut être suffisant pour appuyer la parole et affirmer une présence. J'exerce ensuite des pressions plus ou moins fortes pour lui faire sentir son corps au-delà de la peau, en profondeur, pour sentir les muscles, les os. J'englobe par exemple sa jambe de mes deux mains, avec assurance, et je descends jusqu'à sa cheville, redéfinissant l'enveloppe corporelle. Je me permets de telles pressions car je pense qu'un toucher trop léger ne serait pas suffisant pour lui permettre de sentir son corps au-delà de la peau. Aussi, je glisse mes mains de manière symétrique de part et d'autre de son cou vers ses épaules pour accompagner la description verbale de son corps. C'est un message descriptif tactile que je lui adresse, donc dans une forme de communication peau à peau.

2.3 Toucher maternant et réparateur

Une fonction maternante et réparatrice peut aussi être attribuée au toucher thérapeutique. Celle-ci peut faire écho aux fonctions de maintenance, de contenance et de pare-excitation attribuées à la peau par D. Anzieu (1995). Comme énoncé précédemment, le toucher fait écho au vécu corporel primaire du nouveau-né. Cette fonction du toucher réparateur est énoncée par O. Gaucher-Hamoudi et M. Guiose (2007). Selon ces auteurs qui reprennent le travail de P. Prayez (1994), cette fonction peut être attribuée au toucher lorsqu'il y aurait eu une carence affective dans l'environnement lors du développement précoce du sujet. Cela entrainerait alors le sujet dans la construction d'un fonctionnement psychique particulier qu'ils nomment *névrose d'abandon* et qui « renvoie à la dépression, à la perte d'objets, aux défaillances précoces etc. » (2007, p. 104). C'est en écho à cette hypothèse que le toucher pourrait revêtir une fonction de maternage qui viendrait « réparer des carences précoces » (2007, p. 104) au contact de la peau du patient.

Nous pourrions aussi rattacher cette fonction au *holding* et au *handling*, concepts développés par D. W. Winnicott (1953/2006), en ce que le toucher peut apporter une enveloppe qui contient les angoisses de l'enfant. Il s'agit d'un support à la fois physique et

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

psychique. Pour rappel, le *holding* désigne le portage physique et psychique de l'enfant par la mère et le *handling* fait référence aux soins que la mère prodigue à l'enfant. Il s'agit non seulement d'un toucher externe, au sens propre, mais aussi d'un toucher qui au-delà de l'enveloppe rencontre le psychisme du sujet et soutient sa capacité d'individuation et de différenciation. Il permet une prise de conscience de l'unité corporelle et pose ainsi les bases de la construction identitaire.

Nous manquons d'information quant à la qualité de l'environnement et du développement précoce de Monsieur M. pour supposer d'éventuelles carences affectives. Cependant, la problématique du sentiment d'abandon n'est pas inadaptée à l'étude de ce cas aujourd'hui. À cause de son cancer, son AVC et son arrivée au SSR, Monsieur M. perd le contact établi avec ses amis, ses collègues. Il reçoit peu de visites. Deux ans auparavant, il perdait sa femme. Monsieur M. exprime parfois sa solitude. Ses appels, ses plaintes et ses revendications pourraient se manifester implicitement en réaction à un sentiment de solitude ou d'être délaissé par l'équipe.

Au cours de son hospitalisation, Monsieur M. a pu être le sujet d'un toucher, souvent très intime, lors des soins ou de la toilette. C'est un toucher bienveillant mais sans le portage affectif qui accompagne les soins prodigués par la mère. Dans un contexte d'hospitalisation et de dépendance il est difficilement évitable et peut renvoyer le patient à des vécus intrusifs très violents psychiquement pour Monsieur M.

Face à cette dépendance, ce contexte de soin et le vécu qu'il peut entrainer, il revient au psychomotricien de proposer une approche du toucher et donc du corps qui peut se vouloir « réparatrice ». Il ne s'agit pas de faire revivre une expérience passée mais d'en proposer une nouvelle, constructrice dans l'instant du sentiment de contenance. E. Charpentier (2014) met en parallèle l'enveloppe thérapeutique et l'enveloppe maternante. Elles ont en commun cet aspect de maintenance et de contenance du psychisme dans une présence qui touche la diversité des sens tels que le tact, l'ouïe ou la vue. La fonction contenante du thérapeute peut être entendue comme un écho à celle de la mère qui permettait jadis une transformation de l'infraverbal, de l'éprouvé brut en une émotion, un ressenti. Cette fonction contenante de la mère agit sur le corps fragile de l'enfant comme le toucher thérapeutique en psychomotricité pourrait agir sur le corps fragilisé de cet adulte.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.4 Toucher et schéma corporel

D'autre part, le toucher fut aussi un moyen d'apporter à Monsieur M. un éclairage sur la représentation de son corps. Avant tout, pour rappel, la notion de schéma corporel est établie par H. Head et G. Holmes (1912), s'appuyant sur les travaux de P. Bonnier. Il s'agit de la représentation que le sujet a de son corps dans sa construction, ses différents segments et leur position relative faisant alors appel au sens proprioceptif (Head & Holmes, 1912).

Cet aspect du toucher est énoncé par E. Charpentier (2014). Elle explique que les pathologies et les évènements, en particulier au cours du vieillissement mais que je pense applicables à notre étude de cas, peuvent entraîner une désorganisation du schéma corporel. Il en serait de même pour l'alitement, les restrictions de mouvement et nous pourrions ajouter les troubles sensoriels provoqués par le traumatisme cérébral de Monsieur M.

Dans le cas de notre patient, l'hémiplégie, l'hémiasomatognosie, les troubles sensoriels ainsi que l'évolution du cancer et le sentiment de colonisation du corps par celui-ci chez Monsieur M., sont autant d'éléments qui pourraient être à l'origine d'une déformation de la perception de son corps. Ainsi, nous pourrions mieux comprendre son sentiment d'étrangeté au regard de ce corps qu'il décrit comme « un tas » et ne semble presque plus percevoir et considérer au fil de la dégradation de son état.

Dès lors, E. Charpentier attribue au toucher thérapeutique une fonction de réunification « en apportant la sensation d'enveloppement, de contenance et de solidité » (Charpentier, 2014, p. 11). Il s'agit de redonner au patient « un repère stable et solide » (2014, p. 11).

C'est de ce point de vue qu'un toucher contenant, enveloppant et discriminant me parait adapté à l'accompagnement de Monsieur M. Lors de notre dernière séance, j'ai pu lui proposer un massage symétrique au niveau de la ceinture scapulaire, simultané sur ses deux hémicorps et nommant les parties touchées. Monsieur M. semblait apaisé, tête reposée sur le matelas, yeux fermés, bouche ouverte, les traits de son visage étaient détendus. C'est un toucher qui semble avoir éveillé son attention. À cet instant, il m'a paru à l'écoute de ses sensations, centré à l'intérieur de lui-même. Monsieur M. a ensuite pu exprimer spontanément le plaisir éprouvé, plaisir de mieux sentir son corps, là où il était perçu comme « un tas », « flasque » selon ses mots. Il acquiesce lorsque je lui propose le terme de « différenciation » pour reprendre et préciser son ressenti après ce temps de toucher thérapeutique.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Il s'agit donc ici d'un premier pas vers le corps, d'abord le faire exister physiquement, concrètement, en acquérir une représentation pour ensuite l'investir et mieux l'habiter.

C'est de la représentation du schéma corporel, étayée par l'environnement, son investissement et le vécu du sujet, que se construit l'image du corps qui module le sentiment identitaire. L'image du corps est fortement bouleversée chez Monsieur M. Ce sont tous les aspects du toucher thérapeutique évoqués dans cette rédaction ainsi que la qualité de la relation avec le thérapeute et la verbalisation qui permettront un travail de revalorisation de l'image du corps profitable à l'équilibre identitaire.

2.5 Fonction d'érogénèse contenante

Toucher, c'est aussi approcher intimement le corps de l'Autre. Dès lors, de nombreux auteurs ont écrit à propos des dimensions érogènes et érotiques du toucher pour en éclaircir les différences. Face au comportement de Monsieur M. qualifié de séducteur par l'équipe, toucher devient-il un risque ? Sinon, comment toucher et surtout pourquoi ?

Chez l'adulte, la dimension d'une sexualité génitale œdipienne est présente et à prendre en compte, on ne peut pas la nier. Il est essentiel pour le thérapeute d'adopter une intention juste (Prayez, 1994), soit un toucher qualifié de « tendre » et non « sensuel » par S. Freud (cité par Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007, p. 105). C'est ici qu'intervient la nuance entre érogène et érotique rappelée par O. Gaucher-Hamoudi et M. Guiose. Le toucher érotique, donc sensuel, « vise à élever le niveau d'excitation, à mettre en tension la sensorialité jusqu'à déclencher la recherche de la décharge libidinale » (2007, p. 106) alors que le toucher érogène, tendre, constitue « un appel qui renvoie à la construction même du corps érogène » (2007, p. 106) soit un corps lieu de plaisir et libidinalisé. Le contact du toucher doit rester apaisant et non source de tension désorganisatrice si celle-ci n'atteint pas la décharge. Cette dimension du toucher fait appel à la fonction de recharge libidinale de la peau énoncée par D. Anzieu (1995). La fonction de soutien de l'excitation sexuelle serait, elle, sollicitée plutôt dans un contexte d'érotisation.

D'autre part, M. de M'Uzan (1977), dans sa théorie sur le travail du trépas, explique le besoin naturel de l'homme mourant de projeter ses pulsions, d'investir comme objet d'amour, quiconque se prêterait au jeu d'une relation de proximité, présente et essentielle en

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

psychomotricité. Parfois le fantasme d'entrainer l'Autre dans la mort est présent lorsque l'attachement est fort.

Ces éléments laissent penser que le comportement de Monsieur M. serait plutôt sain et légitime. À l'élaboration de scénari suicidaires, lorsqu'il fantasme de m'emporter avec lui en sautant par la fenêtre, Monsieur M. serait pris dans cette « relation transférentielle régressive » face à la pulsion de mort. Néanmoins ce comportement témoigne aussi d'une pulsion de vie qui émerge de nouveau à l'approche de la mort. Par la recherche d'attachement et même de séduction dans ses réflexions parfois suborneuses, évoquées dans la partie clinique de cette rédaction, Monsieur M. investit encore l'Autre comme objet de désir. C'est aussi un moyen pour lui de se repositionner en tant qu'homme et de questionner sa désirabilité, son genre et donc son identité.

Nous avons pu constater que l'approche par le toucher peut soutenir l'accompagnement de la douleur auquel nous avons réfléchi dans un premier temps. D'autre part, l'expression, l'accueil et la transformation de la douleur ont, avec la médiation du toucher et ses fonctions de communication, de différenciation ou encore de maternage, un but commun quant à la problématique identitaire de Monsieur M.

II. Identité et bouleversements identitaires

Ainsi, dans cette partie, nous prendrons du recul pour interroger la notion d'identité et ce à quoi elle fait appel. Nous tenterons de comprendre les liens entre identité et corps, les bouleversements propres au cas de Monsieur M. Pourquoi et comment la question de l'identité est-elle remise en question chez ce patient ? Nous pouvons nous questionner sur l'impact de l'évolution du cancer, des transformations physiques et de l'hospitalisation sur le sentiment identitaire de Monsieur M. Nous avons compris précédemment que la douleur physique et la souffrance morale pouvaient témoigner d'un sentiment de délitement identitaire. D'autre part, les différentes fonctions du toucher exposées ont pu illustrer la prise en charge de cette douleur mais aussi la portée identitaire, de soutien qu'elles peuvent apporter.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

1. Introduction à la notion d'identité

1.1 Étymologie et définition

Le mot « identité » vient des racines latines *identitas* et *idem* qui signifient « le même ». Le dictionnaire Larousse (s. d.) la définit comme l' « ensemble de données de fait et de droit qui permettent d'individualiser quelqu'un ». Cette définition fait ainsi référence aux éléments tels que la date et le lieu de naissance, le nom, le prénom, la filiation etc.

Le dictionnaire Le Petit Robert (2016) nous renvoie à la notion d' « identité personnelle, caractère de ce qui demeure identique à soi- même. Le fait pour une personne d'être tel individu et de pouvoir être légalement reconnue pour tel sans nulle confusion grâce aux éléments qui l'individualisent ». Cette définition suggère l'idée de reconnaissance. L'identité semble aussi se construire au regard de l'Autre, dans la relation et l'image que l'on renvoie. En effet, les caractères personnels et individuels qui définissent l'essence de l'identité ne peuvent être singuliers que s'ils peuvent se confronter à la différence, être distinguables d'un Autre.

C'est une notion complexe, entre objectivité et subjectivité, apparence et éprouvé. Elle peut renvoyer à plusieurs échelles. Nous pourrions parler d'identité humaine, sociale, personnelle ou encore intime. Quoi qu'il en soit la notion d'identité prend appui sur le corps, tant dans sa construction première que dans ses aménagements au fil des évènements.

1.2 Genèse et processus d'élaboration : quelques apports théoriques

Les processus d'identification, d'élaboration de l'identité, depuis la naissance sont multiples. Ils soulèvent entre autre la question de l'individuation, permettant à l'enfant de se voir comme sujet à part entière, différencié, unifié. Il s'agit d'abord d'une individuation corporelle mais aussi psychique. Ce processus est soutenu, entre autre, par la relation maternelle de contenance et de maintenance et par l'élaboration des fonctions de la peau évoquées précédemment. D'abord collé à la mère, si l'environnement est suffisamment sécurisant, l'enfant voit s'élaborer un espace intermédiaire, une aire transitionnelle (Winnicott et al., 1953/2006) permettant une ouverture. Ces processus complexes font appel au rôle essentiel du corps par lequel l'individu s'inscrit dans le temps, dans l'espace par l'intégration de son schéma corporel. Il se caractérise aussi par une dimension

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

environnementale, culturelle, relationnelle qui engendre un travail de positionnement, et plus tard d'ajustement à l'Autre.

Par manque d'indices sur l'environnement et le vécu précoce de Monsieur M., nous ne pouvons que questionner sans réponse le déroulement de ces processus identitaires fondateurs que sont l'enveloppe environnementale, les soins et les échanges précoces d'après D. W. Winnicott (1953/2006).

Selon A. R. Damasio (1999/2010), le sentiment d'identité est fondé sur la conscience de soi. Il parle de conscience en termes de *noyau* et d'*étendue*. La *conscience-noyau* serait l'égal d'un *proto-soi* conscientisé plus tard en un *soi-central*. Le *proto-soi* n'est pas tout à fait conscient, il consiste au repérage par le cerveau des variations de l'équilibre physiologique, des oscillations homéostatiques pour permettre une réaction de l'organisme. Il est donc essentiellement corporel. Lorsque ces variations sont ressenties par le sujet, on parle de *conscience-noyau* ou de *soi-central*. C'est un aspect de la conscience qui n'est acteur que dans l'instant présent et permet l'intégration sensorielle de l'expérience immédiate.

Lorsque le sujet accède à une conscience chronologique, diachronique de lui-même, c'est-à-dire dans une dimension évolutive, on parle de *conscience-étendue* ou de *soi autobiographique* (Damasio et al., 1999/2010). Ce dernier émerge grâce à la liaison des événements de l'histoire de vie du sujet, constituant un schéma de son ensemble. « Le soi autobiographique apparaît lorsque les objets de la biographie de quelqu'un engendrent des pulsations du soi-noyau qui sont, ensuite, temporairement reliées pour former une structure cohérente à grande échelle » (Damasio, 2010, p. 223). C'est un niveau de conscience plus élaboré qui suppose une participation mnésique, d'inscription des traces sensorielles.

Ces trois niveaux de conscience aboutissent au sentiment de Soi et soutiennent le développement de l'identité du sujet. Ici, la notion de Soi est à entendre dans sa dimension psychocorporelle et non purement psychique comme elle l'est souvent en psychanalyse. En effet, la base du *proto-soi* s'appuie essentiellement sur le corps. A. R. Damasio (1999/2010) insiste sur l'idée que le développement psychique et à plus forte raison le sentiment de Soi, nait de l'intégration des informations corporelles.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. Identité et rapport au corps

Le corps est donc au premier plan dans la construction du sentiment identitaire. Celui-ci s'éprouve. Selon M. Reich (2009), l'identité est basée sur l'image de soi, l'image du corps. C'est vers P. Schilder que l'auteur se tourne, fondateur de ce concept. L'auteur le cite lorsqu'il définit l'image du corps en ces termes : il s'agit de « la représentation à la fois consciente et inconsciente du corps, désignant non seulement une connaissance physiologique mais renvoyant également à la notion de libido et à la signification sociale du corps » (cité par Reich, 2009). Il ajoute que « l'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparait à nous-mêmes » (cité par Reich, 2009). Dès lors, l'image du corps renvoie à la perception que le sujet en a, sorte de carte d'identité du corps. Toujours d'après P. Schilder (cité par Reich, 2009), la base de la conscience du corps et donc de la construction de son image pour soi s'appuie sur le schéma corporel et sur l'impact affectif, émotionnel de celui-ci en mouvement. Le mouvement aurait toujours une dimension libidinale propre à chacun. B. Lesage (2012) parle d'un *destin animé* en ce que l'identité dépend de la variation des flux qui traversent le corps et interagissent avec sa posture, ses mouvements. D'après lui, l'identité est une notion dynamique.

Comme l'explique P. Tap, la mythologie et la religion basées sur des croyances dualistes considèrent le corps comme une prison pour l'âme (Tap & Malrieu, 1988). Le corps n'étant que le foyer qui abrite le psychisme de l'homme, ce dernier aspire à s'en détacher. Le corps ne représente que l'enveloppe dont les caractéristiques permettent d'être reconnu, tel un costume pour le monde. C'est cette image que m'évoque Monsieur M. dont le seul rêve n'est que celui de fuir ce corps pâle et immobile dans lequel il ne se reconnait plus.

En effet, l'image qu'il a de son corps n'est plus en lien avec la réalité. Bien que ses capacités soient effectivement diminuées Monsieur M. semble avoir une image de lui-même, très dévalorisée à en croire les mots qu'il utilise pour se décrire. Reprenons la théorie de M. Reich (2009), soutenue par celle de F. Dolto (cité par Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007), selon laquelle l'identité prend forme sur la base de l'image corporelle. Monsieur M. n'arrivant pas à se percevoir comme un homme mais comme un « tas », cette image déshumanisée fragilise sa conscience identitaire. De plus, l'intégration du schéma corporel est à l'origine de l'élaboration de l'image corporelle d'après P. Schilder (1968). L'hémiasomatognosie de Monsieur M. ne modifie pas physiquement la réalité de son corps

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

mais c'est un trouble qui en donne le sentiment de distorsion et peut donc d'autant plus affecter la construction de l'image corporelle de ce patient.

Aussi, l'image du corps est largement modifiée par les vêtements que l'on porte. « Vêtements peaux, vêtement carcan, vêtement cuirasse, vêtement singulier ou uniforme. Il traduit la personnalité. Il est aussi un code social, a longtemps marqué de son sceau les apparences, la place hiérarchique de chacun dans la société. Il rend compte des âges, des générations. » (Potel, 2015, p. 48). Monsieur M. porte quotidiennement ce que nous pourrions appeler l'uniforme hospitalier c'est-à-dire la chemise fendue, blanche, identique et impersonnelle qui définit un malade. Celle-ci pourrait venir gommer ces marqueurs de personnalité qui fondent une part de son identité, de la personne qu'il est et qu'il est encore capable de revendiquer. Dans son quotidien de commercial, Monsieur M. portait des costumes, des habits de prestance et de sérieux. Légère et peu couvrante cette nouvelle tenue pourrait former comme une seconde peau fragile, qui met à mal sa pudeur et le rend vulnérable. Ainsi, par notre regard de psychomotricien, nous sensibilisons l'équipe à l'importance de cette image de soi et nous formulons avec elle une demande de vêtements à sa taille pour lui permettre de retrouver une enveloppe matérielle plus sécurisante mais qui renvoie surtout moins à une identité de malade.

3. Sentiment de soi, *ipséité* et *mêmeté*

Comme nous l'avons compris d'après le sens étymologique du mot « identité », cette notion induit l'idée de reconnaissance, de l'existence d'un Autre, de son regard sur soi et ce qu'il renvoie. Afin d'apporter plus de précision, il me semble que les notions d'*ipséité* et de *mêmeté* sont à explorer en ce qu'elles renvoient d'avantage à la notion d'identité pour soi-même. Elles seraient plus spécifiques au rapport de l'homme à son propre sentiment d'être et seraient tout à fait à propos pour compléter la compréhension du vécu de Monsieur M.

L'*ipséité* et la *mêmeté* sont pour P. Ricœur (1990) les deux composantes de l'identité. La première désigne le sentiment de se reconnaître comme étant toujours soi malgré les transformations et les changements. La seconde, en revanche, renvoie à la notion d'identique, d'immuabilité en termes de traits physiques, de timbre vocale, de mimiques ou encore de caractère. L'*ipséité* tient aussi dans une forme d'engagement envers l'Autre de demeurer Soi, comme une promesse de garder sa façon d'être (Ricœur, 1990). Il s'agirait de

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

préserver sa qualité psychique même lorsque la *mêmeté*, garante de l'apparence, est mise à mal. S. Korff-Sausse (2010) applique la théorie de P. Ricœur dans un contexte de perte traumatique et de handicap. Dès lors, le corps étant atteint physiquement dans ses capacités, la *mêmeté* apparente n'est plus. Cette psychanalyste convient alors que la conservation de l'*ipséité* devient délicate. C'est peut-être ce qui se joue plus précisément pour Monsieur M., dans la difficulté à rester profondément soi-même malgré les bouleversements apparents, corporels, moteurs mais aussi internes, sensitifs. D'ailleurs, lors du retour dans l'équipe d'une aide-soignante qu'il connait bien, Monsieur M. exprime son inquiétude quant à l'opinion qu'elle pourrait avoir de lui aujourd'hui. Il se questionne sur ses pensées, ses jugements et ce qu'elle pourrait raconter autour d'elle, presque avec colère. Il souhaite d'ailleurs qu'elle lui rende visite en ma présence pour en parler ouvertement. Cette rencontre a finalement eu lieu sans moi, n'étant présente dans la structure qu'une fois par semaine. Elle m'a semblé être rassurante pour lui car ces interrogations ne sont pas revenues en séance.

4. Identité et atteinte corporelle

Le corps atteint sur le plan somatique par la maladie pourrait alors générer une perturbation de sa représentation sur le plan psychique et engendrer des vécus douloureux. C'est ce qu'explique M. Reich (2009) lorsqu'il évoque les moments cliniques de l'annonce du diagnostic ou encore les mutilations que peuvent causer la pathologie. Le cancer particulièrement, en ce qu'il est une maladie chronique parfois à haut risque de récidives et de métastases, est une maladie qui éveille des fantasmes. Au-delà de l'atteinte physiologique, ce que représentent la maladie et l'atteinte de l'image du corps qu'elle entraine viennent alors questionner les notions de mortalité, d'étrangeté ou encore de transformation. Chez Monsieur M., le cancer et l'AVC modifient son apparence. Pour reprendre le paragraphe précédent, nous pourrions dire que la *mêmeté* n'est plus et que l'*ipséité* est à cultiver. C'est en effet ce que propose P. Tap (1988) lorsqu'il énonce les facteurs d'*identisation*.

Ces processus complexes touchant à l'élaboration de l'identité se déploient majoritairement au cours des premières années de la vie, l'identité qui en résulte est décrite comme stable et fiable par P. Tap. Néanmoins il apporte des précisions en introduisant le concept d'*identisation* (Tap & Malrieu, 1988). Il s'agirait d'un processus dynamique et

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

inachevé dont dépendrait notre capacité à surmonter les évènements de la vie. Ce processus prendrait appui sur sept facteurs :

- La notion de continuité, garante du sentiment d'immuabilité de l'identité.
- La notion d'intégration, qui renvoie au fait d'assimiler les transformations.
- La notion de séparation, permettant l'élaboration des deuils.
- La notion d'unicité qui perpétue le sentiment d'être unique et unifié
- La notion de dédoublement. Elle permet au sujet de prendre du recul et d'adopter un regard critique sur lui-même.
- La notion de positivité, qui permet de qualifier positivement les actes et la pensée du sujet.
- La notion de reproduction, permettant d'inscrire le sujet dans le réel et de s'affirmer.

La maladie attaque ce processus d'*identisation* qui renvoie au patient le sentiment de ne plus se reconnaitre. C'est le sentiment de continuité de l'identité qui est attaqué.

Nous pouvons alors interroger les remaniements identitaires qui se jouent chez cet homme adulte. En effet, dans le cas de Monsieur M., l'*identisation* est mise à la mal par la maladie et l'institution dans toutes ses dimensions. Par exemple, les transformations corporelles liées au traumatisme cérébral sont objets de rejet et de dégoût, elles ne sont pas intégrées à son schéma corporel ou très mal. Par exemple, en fin de prise en charge, il m'est arrivé de lui demander de soulever sa main gauche, ce à quoi il a répondu en soulevant sa main droite. Lorsque je lui demande en ces termes de soulever « l'autre main », Monsieur M. me regarde avec un air interloqué, comme dans l'incompréhension et soulève de nouveau sa main droite. Je me questionne alors sur la perception et la représentation de la globalité de son corps ainsi que sur la place de cet hémicorps gauche qui semble ne plus faire partie de lui, en témoigne le dessin réalisé pour le bilan.

Aussi, le sentiment d'unicité est attaqué par la sensation d'un corps qui se morcelle, se délite, au fur et à mesure de l'abandon des segments corporels déficitaires. Ce sentiment d'unicité est aussi mis à mal par les poses intrusives de la sonde urinaire et de la sonde gastrique, certainement précédées par de nombreuses autres perforations de l'enveloppe au cours de son parcours médical et de ses traitements.

D'autre part, le discours de Monsieur M. dénigre la personne qu'il est devenu, ses actes et ses pensées, faisant écho à la mise à mal de la notion de positivité.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Plus généralement, par tous ces bouleversements, c'est la notion de continuité de l'identité qui est mise à mal. Monsieur M. n'est plus physiquement le même. Ce travail de remaniement identitaire, d'*identisation,* est difficile. Alors, c'est bien le sentiment de continuité de l'identité qui est attaqué, normalement élaboré par le psychisme sur la base du corps. Ce corps différent n'est plus investi et entraine une rupture dans ce processus de réorganisation.

Progressivement son corps lui devient presque étranger. Un décalage s'opère entre corps familier et corps étranger. S. Freud (1919/1985) illustre cet écart lorsqu'il raconte cette expérience dans le train au cours de laquelle il est confronté à une image de lui qu'il ne reconnait pas tout de suite dans le reflet d'une vitre. Il décrit précisément cette sensation d'être face à soi-même sans vouloir s'y reconnaitre, se retrouver dans cette image étrangère, effrayante et inacceptable. Il s'agirait d'un mécanisme de défense face à ce qu'il nomme *l'inquiétante étrangeté*. Quelques fois, pour nous rendre en salle de psychomotricité, j'ai pu prendre l'ascenseur avec Monsieur M. Au fond de celui-ci se trouve un grand miroir. Assis au fauteuil, j'accompagne Monsieur M. et la première fois que nous entrons dans cet ascenseur je positionne le fauteuil face au miroir, malgré moi, sans anticiper les effets de cet abord frontal. La montée ne dure qu'un court instant mais pendant ces quelques secondes Monsieur M. ne dit rien, fixe son image dans le miroir. Je l'observe, son regard vide et son air absent me questionnent. Quel impact le reflet de son image a-t-il provoqué chez Monsieur M. ? Cette impression de vide pourrait-elle traduire un moyen de mettre cette réalité à distance alors qu'il est contraint d'y faire face par le positionnement de fauteuil que je lui impose ? Au contraire, sans réaction de sa part, traduirait-elle de l'indifférence ? Les fois suivantes, je veille à orienter le fauteuil de trois quarts, laissant la possibilité à Monsieur M. de tourner son visage vers le miroir situé sur sa droite pour ne pas qu'il disparaisse non plus dans l'hémichamp visuel gauche dont il a moins conscience. Ainsi, je lui laisse le choix et très souvent il se décide à faire face à son reflet mais avec le même regard vide. D'après moi, cette attitude pourrait traduire sa sidération face à la transformation physique de son corps, d'autant plus que Monsieur M. n'a pas l'occasion de faire face à son reflet dans sa chambre. Le teint gris, le visage creusé, les yeux fatigués ainsi que sa posture au fauteuil et la simplicité de sa tenue forment certainement un ensemble de changements qui viendrait choquer et se confronter à l'image corporelle qu'il gardait en mémoire.

D'autre auteurs en parlent en d'autres termes et l'associent à la clinique de la personne âgée mais cette discordance entre apparence et intériorité peut tout à fait être

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

transposable à l'étude de ce cas. J. Messy (1994) parle de *miroir brisé*, voyant son corps morcelé et transformé dans le miroir. D. Meltzer (1988) préfère l'expression du *conflit esthétique*. Selon lui, le miroir c'est l'Autre dans l'image qu'il renvoie au sujet. Cette fonction spéculaire de l'Autre produit un écho de l'image corporelle auquel Monsieur M. est sensible. Lors d'une séance, Monsieur M. a pu exprimer ses inquiétudes quant à l'image qu'il pensait renvoyer aux soignants ou particulièrement à son couple d'amis. Il disait se voir très dégradé dans les yeux des Autres, sentiment qui renforce l'évolution dépréciative de sa propre conscience corporelle.

Monsieur M. voit son corps se transformer, il évoque la peur d'une colonisation de celui-ci par le cancer. Ainsi, il lui prête l'image d'un être étranger à part entière vivant à l'intérieur de lui. C'est Hippocrate qui comparera le premier le cancer à un crabe, suivi par Galien. Étymologiquement cancer signifie crabe en latin, sa racine grecque serait *karkinos*, de la même signification. Nous pouvons alors aisément comprendre le caractère inquiétant d'une telle pathologie, rongeant de l'intérieur parfois sans signe apparent.

5. Identité psychique et affirmation de soi

M. Reich (2009) développe la question de l'identité selon deux versants. Il distingue l'identité psychologique de l'identité corporelle, déjà abordée dans cette rédaction en termes d'image du corps. Cette précision m'amène à me questionner sur la notion d'identité psychologique dans le vécu de Monsieur M., ce qu'elle représente et vient mettre en jeu. L'identité psychologique pourrait renvoyer à la capacité de l'individu d'être autonome et de penser en sa propre conscience. Elle pourrait donc être élargie aux notions d'autonomie et de libre choix.

Ce sont des questions soulevées dans le contexte de la prise en charge de Monsieur M. Devenu incapable de faire entendre sa volonté, d'affirmer un choix, nous pourrions nous interroger sur les bouleversements identitaires qu'il subit, particulièrement vers la fin de la prise en charge.

Certains auteurs considèrent que l'identité perdure aussi par la capacité à s'exprimer de quelques manières que ce soit. Il ne s'agit pas seulement des actes et de la « capacité physique » comme l'explique A. Zielinski (2009) et qui sont nettement limités chez Monsieur M. mais aussi de la question du choix, de la volonté. Ainsi elle distingue les

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

notions d'autonomie et d'indépendance qui pourraient nous intéresser dans leur relation avec la question de l'identité. L'indépendance serait la « capacité de faire par soi-même » alors que l'autonomie serait la « capacité de vouloir par soi-même ». Il s'agirait donc aussi de faire perdurer son identité par l'expression de son autonomie, de sa volonté et de ses choix.

Par exemple, pour reprendre une séance évoquée dans la partie clinique de cette rédaction, je propose à Monsieur M. de choisir la zone à masser et l'huile de massage utilisée, lui proposant deux parfums, orange et lavande. Il est alors impossible pour lui d'émettre un choix. Est-ce parce qu'il ne sait pas ? Auquel cas, nous pourrions comprendre qu'il est difficile pour lui de se mettre à l'écoute de son corps et de déterminer ce dont il a besoin. Au contraire, est-ce plutôt parce qu'il ne veut pas choisir ? Nous pourrions alors y voir une dynamique de résignation, d'abandon. Lorsque Monsieur M. semble exprimer son sentiment de dépendance à l'équipe soignante en me laissant choisir pour lui, expliquant qu'il en est toujours ainsi, l'hypothèse de l'abandon de lui-même, de la résignation, me parait prendre le dessus. D'autre part, il me semble que l'écoute de ses sensations corporelles lui est encore accessible au vu des échanges qui en découlent. Lors des temps de verbalisation, lorsqu'il y est sollicité, Monsieur M. peut faire état de ses sensations.

Cet effacement, cette difficulté d'affirmation et de conservation de son autonomie posent Monsieur M. en objet de soin. L'atteinte de son identité ne lui permet plus de se positionner comme sujet à part entière et mérite d'être soutenue par le travail de revalorisation en psychomotricité. Le corps peut être comme instrumentalisé. Il est mis à disposition des soignants, dans une dépendance totale. Cela peut faire écho à la dépendance des premiers mois de la vie et revisiter l'identité psychique établie. P. Ancet évoque l'existence d'un éventuel détachement de son corps en réaction à la violence psychique d'une telle situation de dépendance et d'intrusion médicale. Il écrit : « Il s'agit alors d'une stratégie qui permet d'accepter des traitements déplaisants, douloureux, humiliants, au moyen d'un détachement […] » (Ancet, 2010, p. 29). Nous pourrions imaginer que ce détachement fut un moyen de défense inconsciemment exploré par Monsieur M. Le toucher thérapeutique peut intervenir à cet endroit en ce qu'il permet de réunifier le corps et lui réattribuer sa fonction d'habitat intime. La réactivation du sentiment d'enveloppe contient et redessine les limites extérieures du corps qui ont pu être mises à mal. Dans ce sens, le toucher-thérapeute peut permettre de replacer l'Autre à l'extérieur de soi, réattribuant son corps à l'individu.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

III. Spécificité de la thérapie psychomotrice pour un étayage identitaire

Enfin, dans cette dernière partie, je prendrai le point de vue plus général du dispositif de la thérapie psychomotrice au sens large pour en comprendre la justesse dans l'accompagnement de Monsieur M. Nous évoquerons plus profondément la question de la verbalisation, du cadre en psychomotricité et du thérapeute en lui-même ainsi que son positionnement et son ancrage dans l'institution.

1. Verbalisation : des mots pour les maux du corps

J'entends par verbalisation l'action de mettre en mots une idée, un ressenti, une envie ou tout simplement un constat de la part du patient, ou de façon conjointe, ou bien encore proposé par le psychomotricien si les mots sont difficiles à utiliser pour le patient à ce moment du soin. Cette mise en mots du vécu corporel pourra être alors reformulée par le thérapeute en retour. La notion d'échange, de rebondissement d'une formulation à l'autre est d'après moi essentiel au caractère thérapeutique de la verbalisation. Cette mise en mots est un travail effectué chaque séance avec Monsieur M. et nous l'avons compris, elle vise à contribuer à l'équilibre et à la continuité de son sentiment identitaire. La verbalisation est une action de tous les instants. Elle intervient pour introduire la séance, se dire bonjour, faisant un état des lieux. Chez le patient, en l'occurrence Monsieur M., elle permet de formuler une demande, de traduire sa douleur corporelle, exprimer sa souffrance morale, ses inquiétudes, ses angoisses ou encore sa colère. Le thérapeute accueille, reformule et oriente ou amène le patient à préciser, se questionner. « Le psychomotricien est bien là, à mon sens, dans ce rôle de passeur des contenants de pensée à celui d'une pensée élaborée » (Gatecel, 2012, p. 36). Il lui donne des mots pour comprendre ce qu'il vit, comme une enveloppe de mots en parallèle de l'enveloppe corporelle réactivée à travers le travail du toucher précédemment présenté. La verbalisation aura servi d'outil pour un travail d'acceptation aux côtés de Monsieur M. « Pour investir et se réapproprier ce nouveau corps, il ne suffit pas de panser le corps mutilé, mais il faut aussi pouvoir le penser et se le représenter avec une mise en mots » (Reich, 2009).

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Penser, c'est justement le travail qui sera abordé avec Monsieur M. lors de nos échanges, celui de penser la maladie, le vécu dans l'institution mais aussi son comportement. Prenons le comportement de Monsieur M. comme objet de réflexion au regard de cette notion d'identité. Celui-ci ne traduirait-il pas un moyen de lutte pour la conservation de son identité, un moyen de continuer de s'affirmer ? Peut-être renvoie-t-il à l'équipe la violence de ces pertes et de ces transformations ? Par son agressivité apparente, Monsieur M. pourrait tenter de mettre à distance ce soignant qui vient lui rappeler ses pertes et sa situation de dépendance. Par son immobilité, Monsieur M. adopte une posture qui le conforte dans cette mise à distance. D'autre part, comme expliqué précédemment, son comportement séducteur pourrait être interprété comme une volonté de se sentir encore homme, séduisant, dans un corps au potentiel virile. L'approche du corps étayée par ce travail de verbalisation aura permis la compréhension de ces symptômes qui traduisent certainement son sentiment de perte identitaire.

Lorsque Monsieur M. évoque sa vie passée, ce sont des parts constitutives de son identité qu'il évoque, auxquelles nous pouvons imaginer qu'il tient encore. Il s'agit de préserver une part de lui-même, de la faire exister. Ce travail est approfondi par son suivi avec la psychologue. Ces échanges peuvent contribuer à faire perdurer l'identité de Monsieur M., prenant du recul.

D'autres exemples me questionnent sur la perception que Monsieur M. a de son corps, d'un point de vue médical mais surtout physique et psychique dans la représentation et les associations qu'il peut projeter sur son corps. Après l'annonce des résultats lors d'examens, Monsieur M. nie souvent la progression de sa maladie quand il nous en parle. Est-ce une réaction inconsciente ? D'après l'estimation faite en équipe de ses capacités cognitives j'émets l'hypothèse que Monsieur M. serait tout à fait capable d'entendre et de comprendre ce genre d'informations. J'imagine qu'il fait preuve de dénégation, occultant consciemment ces faits comme un moyen de défense. Cela pose la question de son cheminement par rapport à la mort. Où en est-il dans la temporalité de sa vie ? S'identifie-t-il comme mourant ? Cela fait-il partie de son identité désormais ? Difficile à dire.

Outre la verbalisation et ses fonctions, la thérapie en psychomotricité est soutenue par son cadre. C'est de la réflexion de ce dispositif que dépend une part de la qualité de l'accompagnement en psychomotricité.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. Le cadre et le dispositif propres à la psychomotricité

La notion de cadre renvoie à un ensemble de codes, de normes et de présupposés dont le respect soutient le bon déroulement d'un accompagnement dans l'instant et sur la durée. Le cadre thérapeutique est d'ordre pratique, spatial, temporel mais inclut aussi des règles qui garantissent la sécurité de chacun et préservent autant le patient que le thérapeute dans leur intégrité corporelle et psychique.

2.1 Un environnement spatio-temporel structurant

Nombreux sont les auteurs qui s'accordent à dire que l'organisation et le maintien du cadre en psychomotricité sont essentiels au déploiement du processus thérapeutique. C. Potel (2015) fait état des conditions nécessaires au cadre en évoquant les notions d'espace et de temps. Elle insiste sur l'importance de la qualité de l'espace qui doit accueillir le patient, lui offrir la surface et le matériel nécessaires à l'exploration, une atmosphère contenante protégée des regards. À propos du temps, celui-ci doit être suffisant en quantité pour permettre un bon investissement de la séance. Son organisation doit être réfléchie, laissant se succéder les différentes étapes qui permettent la mise au travail et l'entrée dans la relation. L'espace et le temps qui définissent le cadre doivent être des paramètres réguliers faisant office de repères. C. Potel (2015) insiste sur l'immuabilité et la stabilité de ce cadre qui permettent son investissement par le patient et le déploiement de la relation, la mise au travail et l'élaboration psychique. Cependant, le cadre doit être adaptable, il ne s'agit pas d'un dispositif rigide.

Dans le cas de Monsieur M., le travail d'ajustement du cadre est permanent. Nous l'avons vu dans la partie clinique de cette rédaction, les paramètres spatio-temporels du dispositif ont évolué au fil de la dégradation de l'état général de Monsieur M. D'abord en chambre, puis en salle de rééducation, puis de retour en chambre, nous pourrions nous questionner sur la stabilité du cadre en terme d'espace et ses potentielles conséquences. C'est un ajustement et une flexibilité qui, d'après moi, ont une fonction thérapeutique importante dans le travail autour de l'image corporelle et de sa revalorisation. Le choix de l'espace qui accueille nos séances est dépendant de l'état corporel dans lequel je retrouve Monsieur M. chaque semaine. L'ajustement de celui-ci fait partie du cadre thérapeutique établi. Nous en discutons au début de chaque séance. C'est une décision que nous prenons ensemble au regard de son ressenti corporel ce qui tend à replacer son corps dans une position plus

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

investie, écoutée et considérée par lui-même et par autrui. Cela soutient son sentiment identitaire dans sa capacité à faire un choix, exprimer une volonté mais aussi corporellement. La salle de rééducation est un environnement qui permet d'extraire Monsieur M. du service et de sa position identitaire de malade, alité dans sa chambre. Assis au fauteuil, la traversée des couloirs expose le corps de Monsieur M. à une posture en relation, à des regards. Je lui propose une couverture pour permettre cette sortie en dépit de sa tenue légère et que cela ne fragilise pas d'autant plus son image corporelle. Ce changement d'environnement propose d'explorer l'extérieur de sa chambre qui, à l'image de son corps, n'est qu'un toit pour le malade. Il établit des limites entre le dedans et le dehors en termes d'espace, ce qui structure aussi les limites corporelles de Monsieur M.

D'autre part, les repères temporels de Monsieur M. semblent flottants. La perception de l'impact du temps sur son corps et de la temporalité de son cancer me questionne. Celle-ci semble vaporeuse dans son discours mais pourrait faire office de défense face à la réalité de l'approche de la mort. Le cadre temporel du dispositif est rapidement rétabli et restera stable au cours de la prise en charge. Il rassure et pose des repères dans l'organisation temporelle du service qu'il ne maitrise pas et qui peine à le mettre en confiance. La séance est un moment qui permet aussi de faire un lien régulier entre le temps qui s'écoule et la transformation de son corps. Par la régularité des séances, l'évolution des propositions, des capacités de Monsieur M. et par la verbalisation de ses ressentis semaine après semaine, un parallèle s'établit. Le corps est mis en relation avec le temps. Ce lien contribue à préserver le sentiment de continuité identitaire.

Ainsi, l'ajustement de l'espace et les repères temporels soutiennent le corps dans son investissement en tant que repère identitaire. Le cadre ne se définit pas seulement par ces notions de temps et d'espace, il est porté par le cadre même de l'institution dans laquelle se déploie ce dispositif et par le thérapeute en lui-même. C'est la relation avec le thérapeute et sa posture qui permettent d'apparenter le cadre à l'environnement précoce. Par son rapport au corps, cet environnement permet l'élaboration du sentiment premier d'être soi.

2.2 Un cadre analogue de l'environnement premier

Le cadre en psychomotricité constitue une enveloppe contenante dont la fonction est semblable à celle du *holding* évoquée précédemment et théorisée par D. W. Winnicott (1953/2006). Le cadre du soin devient l'environnement qui contient et porte psychiquement

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

grâce aux repères qui le définissent et à l'attitude du thérapeute. Celui-ci imite le dispositif archaïque de maternage et incite à la régression par ses qualités de constance et de sécurité. Aussi, la proximité physique et la disponibilité psychique du psychomotricien, comme supports étayants dans une relation thérapeutique, forment une symbiose avec le patient (Bleger cité par Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007). Selon J. Bleger, le cadre est comme « une incarnation des limites du corps » (cité par Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007, p. 91). À la manière des processus qui émergent entre la mère et l'enfant, ce corps commun, donc ce cadre, permet d'organiser progressivement des limites individuelles.

D'autre part, C. Potel complète cette métaphore du cadre jusqu'ici considéré comme une « matrice maternelle » (2015, p. 330). Elle attribue au cadre la représentation de figure paternelle, introduisant les règles et les limites dans la relation, agissant comme un tiers. Le thérapeute est à la fois « un réceptacle et un séparateur » (2015, p. 331). Le cadre tend à former le juste équilibre entre fusion et séparation favorisant le maintien de la stabilité identitaire.

Cette fonction du cadre, dans ce corps à corps entre le soignant et le soigné, est propre à la psychomotricité. Elle est mise en jeu par les ambivalences du travail du toucher, entre fusion maternelle et opposition paternelle, explicitées précédemment dans cette rédaction. C'est sur l'attitude et la disponibilité du psychomotricien dans la relation que s'appuie cette fonction du cadre thérapeutique. Ainsi, c'est cette qualité de présence que j'ai tenté de mettre en œuvre dans l'accompagnement de Monsieur M.

2.3 Le thérapeute comme support

Le psychomotricien adopte une posture aux multiples caractéristiques qui s'adapte au patient dans l'instant, certes, mais qui sait demeurer stable et sécurisante. Cette posture offre un véritable soutien au patient. Sa durabilité et son immuabilité sont comprises dans le cadre de la thérapie. Là où Monsieur M. est instable, dans un sentiment de soi précaire, il peut prendre appui sur le thérapeute qui chaque semaine revient à l'endroit et à l'heure convenus. Ce thérapeute est toujours le même, dans une attitude qu'il essaye de maintenir disponible et à l'écoute. Sa voix, son regard et sa posture au sens d'attitude sont constants d'une séance à l'autre. Bien sûr, sa position dans l'espace, son tonus, ses appuis, ses intonations varient. Cet ajustement est essentiel mais ce qui figure l'identité du thérapeute persiste et sert de repère pour l'étayage du patient (Potel, 2015).

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Ma posture particulière de stagiaire auprès de Monsieur M. permettra de revaloriser son image. Cette posture d'apprentie tend à placer Monsieur M. dans une position de supériorité les premiers instants. Supériorité au sens de savoir, son vécu n'appartient qu'à lui lors de notre rencontre. Je dois apprendre à m'adapter à lui, comme à chaque nouveau patient, avec la difficulté d'être encore en cours d'apprentissage. Avec humour, ma maître de stage lui confie la tâche de prendre soin de moi. Peut-être s'agit-il de le renarcissiser dans ses fonctions d'adulte responsable, qu'il prenne confiance en ses capacités ? En un sens, cette posture d'apprentissage et de tâtonnements pourrait venir contrarier la posture stable et sécurisante que doit incarner le thérapeute et que je viens de présenter. Pourtant ne s'agirait-il pas du propre du psychomotricien dans son quotidien ? Petit à petit, je pense avoir pu constituer un repère stable, laissant à Monsieur M. l'espace nécessaire pour déployer sa personnalité, me faire rencontrer l'homme qu'il est par la rencontre avec son corps. Ma nature de jeune étudiante face à cet homme mature expose à la différence de génération, de genre. La différence est constructrice de l'identité propre.

Dans ce parcours de fin de vie, la question de la représentation du corps et de son acceptation est au cœur de la problématique de Monsieur M. Le psychomotricien prend ce rôle d' « appareil à penser les pensées » selon D. Anzieu (cité par Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007, p. 93) pour palier au défaut d'élaboration psychique chez le patient. Je propose à Monsieur M. des représentations plus élaborées. C'est le transfert du patient sur le thérapeute qui permet à ce dernier de transformer les mots qu'il reçoit. Le thérapeute se doit d'accueillir ce que le patient dépose en séance, les éprouvés, les ressentis, parfois dissociés, divisés ou non habités. Il les transforme et les restitue au patient pour qu'il puisse symboliser à son tour. Lorsque Monsieur M. me dit qu'il « ressemble à un tas », j'accueille cet éprouvé, je reprends d'abord ses mots puis je l'invite à préciser. Je cherche à comprendre ce qui caractérise ce tas. Est-ce sa corpulence, son poids, sa passivité que vient traduire cette image ? Évoque-t-il plutôt son caractère informe, somme des morceaux de son corps ? Monsieur M. évoque finalement la paralysie et son sentiment de dissociation, ses incapacités donc ses pertes qui font de lui à cet instant non pas un tas, non pas un rien mais plutôt un Autre. Monsieur M. ne se reconnait plus.

Le thérapeute devient une épaule pour le patient, outil de transformation à la compréhension. Ce travail rejoint celui de la verbalisation évoqué précédemment.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Aussi, le psychomotricien ne travaille pas seul. Il s'appuie sur l'équipe, tout comme l'équipe s'appuie sur lui, particulièrement dans cette étude de cas où le psychomotricien se place en interprète face à ce patient qui interroge. Le positionnement en tant que professionnel est complexe, tant au sein de l'équipe qu'avec le patient. La partie qui suit s'éloigne quelque peu du cœur de mon sujet mais elle me parait pertinente avec le recul que j'ai désormais sur cette prise en charge.

3. Empathie et positionnement professionnel

Dans ce contexte douloureux qu'est la fin de vie, la position du thérapeute est complexe. Accompagner Monsieur M. dans la douleur, la dépression et la dégradation de son état général m'a beaucoup fait réfléchir sur la distance relationnelle et mon investissement auprès de ce patient. La juste distance du thérapeute évoquée précédemment en rapport avec la question du toucher est un positionnement général que doit adopter le professionnel. De la qualité du positionnement dépend celle de la relation entre le patient et le psychomotricien et donc plus largement celle de la thérapie qui en découle. Ainsi, il m'a paru important de consacrer cette dernière partie de ma rédaction au positionnement professionnel du psychomotricien dont la justesse réside, je crois, en une attitude d'empathie auprès de Monsieur M.

C. Rogers définit l'empathie comme « une perception du cadre de référence interne d'une personne avec précision et dans ses composantes et significations émotionnelles, de façon à les ressentir comme si l'on était cette personne, mais sans jamais oublier le comme si. […] Être presque l'autre, sans être l'autre et sans cesser d'être soi-même » (cité par Charpentier, 2014, p. 61). Il s'agirait donc de la capacité à se décentrer de soi-même pour s'imaginer à la place de l'Autre. Au contraire de la sympathie, l'empathie définit une relation sans débordement émotionnel et affectif. À la différence d'un mouvement fusionnel, le psychomotricien doit veiller à conserver ce qui le différencie de l'Autre et à le faire valoir pour éloigner toute confusion identitaire. Le psychomotricien utilise la connaissance qu'il a acquise de son propre corps, au cours de sa formation et de sa vie professionnelle, pour saisir et comprendre les messages du corps de l'Autre. On peut parler d'*intercorporalité* comme un chevauchement des corps. Elle s'appuie entre autre sur le fonctionnement des neurones miroirs qui permettent le partage des émotions et des sensations éprouvées par l'Autre (Georgieff cité par Gatecel, 2012). C'est cette attitude empathique qui a permis d'interpréter

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

le langage du corps de Monsieur M. D'autre part, cette posture d'empathie permet le travail de verbalisation précédemment développé. Cette écoute corporelle dévoile des indices sur lesquels s'appuie la verbalisation du psychomotricien. Celle-ci complète alors l'ajustement corporel du psychomotricien, son toucher et son portage, par des mots.

Ainsi, nous pouvons aisément constater l'importance de cette posture empathique pour approcher, comprendre et mieux accompagner ce patient. Le travail de lien effectué avec l'équipe tend à la replacer dans de meilleures dispositions pour faire preuve d'empathie malgré le comportement difficile de Monsieur M.

Aussi, ce sont des problématiques mortifères que viennent éveiller le contact avec Monsieur M. et l'image qu'il renvoie au premier abord. Cela implique un travail personnel sur notre propre cheminement à propos de la maladie, de la dépendance ou encore de la mort. Il s'agit d'être au clair avec soi-même, ses limites, pour que rien ne fasse obstacle à la relation avec le patient. Il est alors essentiel de ne plus entendre seulement le soin comme une marche vers la guérison mais plutôt comme un accompagnement. C'est dans ce sens que je pense avoir, dans un premier temps, persévéré dans une mauvaise interprétation des objectifs qui m'ont été présentés pour ce patient. Le SSR, lieu où je rencontre Monsieur M. est par définition un service de réadaptation, de rééducation. Attachée à une volonté de progrès pour Monsieur M., je pense m'être d'abord défendue de cette réflexion sur mon propre rapport à la mort. Finalement, ce travail identitaire n'aura pas seulement touché Monsieur M. mais il aura aussi fait progresser ma réflexion personnelle et façonné ma propre identité, tant professionnelle que personnelle.

Enfin, la place du psychomotricien vient soutenir le travail de l'équipe soignante. Dans le cas de Monsieur M., la prise en charge psychomotrice a contribué à rétablir le lien de confiance et la cohésion autour de ce patient. Aussi, la psychomotricité est une thérapie qui permet de revaloriser la singularité du patient au sein de l'institution. Elle met l'accent sur la prise en compte de la personne qui se cache sous la pathologie qui substitue souvent la personne en elle-même et son identité. « La psychomotricité a un rôle à jouer pour maintenir un point de vue moniste, pour obliger les discours biologisants à tenir compte du sujet qui vit et éprouve les émotions qu'ils réduisent à une mécanique biochimique, et pour obliger les psychiques à ne pas oublier qu'on pense avec un cerveau et un corps » (Ciccone, 2016, p. 131). La psychomotricité tend à rétablir cet équilibre psychocorporel non seulement

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

pour le patient mais aussi dans la considération qu'en a l'équipe soignante et les professionnels qui l'entourent.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

CONCLUSION

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Ma rencontre avec Monsieur M. m'aura permis un travail de remise en question et d'élaboration de mon positionnement et de mon approche. Je me suis questionnée sur ce que la psychomotricité pouvait lui apporter, dans sa spécificité, face à la maladie. S'agirait-il d'une aide pour mobiliser différemment ce corps transformé ? Peut-on contribuer à une meilleure perception de son corps ? À l'élaboration d'une image du corps plus juste, revalorisée ? Peut-on proposer un toucher qui enveloppe et contient ? Une mise en mots qui rassure ? La simplicité d'une présence ? Avec le recul, je pense qu'il s'agit d'un tout. Pour reprendre la citation de M. Brzustowski (cité par Tessier, 2015, p. 226) qui introduit ce mémoire, l'AVC qui s'adjoint au cancer déjà bien installé chez Monsieur M. fait figure de fracture qui le coupe du monde et le place dans cet état de coma. À son arrivée au SSR, le lien au corps se rompt. Vécu comme objet de soin, celui-ci est mis à mal. Les fonctions attribuées au toucher, qui vient dans un premier temps apaiser les douleurs du patient, permettent aussi une revalorisation du corps que nous tentons de replacer comme sien. Le corps se révèle être la base de l'élaboration de la notion d'identité mais aussi une cause majeure de ses remaniements lorsque celui-ci est attaqué.

Bien qu'elle parle de l'adulte accidenté auquel on annonce un handicap, cette citation formule très bien l'objectif au sens large de notre accompagnement avec Monsieur M. Celui-ci tend à soutenir le sentiment d'être, dans une forme de continuité « *entre un avant et un après* ». Il ne s'agit pas de faire illusion d'une identité immuable. Il ne s'agit pas non plus de construire une nouvelle identité de malade. L'identité est approchée dans sa complexité pour en comprendre l'aspect évolutif et son ancrage corporel. Alors, le propre corps du psychomotricien est employé comme outil de perception et de compréhension. Ce travail corporel soutient le sentiment d'unité mais aussi de continuité. Il tend à maintenir Monsieur M. en lien avec la réalité, l'instant présent, à défaut de pouvoir se projeter sans pour autant n'habiter que son passé. Il s'agit de réattribuer au corps son rôle de soutien psychique pour se sentir encore Soi. C'est un travail de modelage identitaire que propose l'approche corporelle propre à la psychomotricité ici pour Monsieur M. Être encore Soi signifie faire valoir l'invariable tout en s'appropriant l'étrange ou encore assimiler les transformations dans un mouvement identitaire de continuité.

Aussi, nous avons approfondi les caractéristiques du dispositif de la thérapie psychomotrice. Le cadre, le thérapeute en relation et sa verbalisation contribuent à repositionner Monsieur M. en tant que sujet, dans sa singularité.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

De plus, l'alliance avec l'équipe aura fait partie intégrante de l'accompagnement de Monsieur M. D'une part, le regard du psychomotricien sur le vécu de Monsieur M. aura permis de mieux appréhender son comportement. Ainsi, la cohérence de l'équipe soignante établie autour de Monsieur M. aura pu renforcer l'enveloppe et la contenance du cadre de soin. D'autre part, le soutien, la cohésion et le partage interdisciplinaire du psychomotricien avec l'équipe soignante me paraissent essentiels dans un tel contexte.

Il me tenait à cœur de replacer le psychomotricien au sein de l'équipe soignante car il ne travaille jamais seul et la richesse du travail interdisciplinaire n'est pas toujours exploitée dans les institutions. Particulièrement dans un contexte de soin palliatif, le médecin, le soignant, le rééducateur, donc plus largement l'équipe, sont confrontés au sentiment d'impuissance, de culpabilité parfois. Leur « fureur thérapeutique » (Prayez cité par Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007, p. 81) se heurte à l'impossibilité de réparer. Dès lors, les professionnels doivent investir autrement cette passion pour le soin, rencontrer leurs limites et questionner leur positionnement. C'est en cela que cet accompagnement, approfondi par la rédaction de ce mémoire, m'aura permis un travail riche de réflexion quant à l'identité de psychomotricienne que je souhaite me construire. Aussi, cette rédaction soulève pour moi de nombreuses questions méritant bien des égards et que l'on rencontre à différentes mesures dans diverses cliniques. Quel positionnement adopter face au refus du patient ? Que faire lorsque le corps est inaccessible ? Sommes-nous tenus d'agir ? A quel point et comment doit-on insister ? Comment composer avec la volonté et le libre choix du patient dont le refus flirte avec les limites de notre bonne conscience professionnelle ? D'ailleurs que définit une bonne conscience professionnelle, ou même un bon psychomotricien ? Nécessairement d'ordre éthique, ces interrogations touchent à la clinique psychomotrice mais peuvent plus largement être pensées en équipe autour du patient, enrichies par le prisme de chacun.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

BIBLIOGRAPHIE

Ajuriaguerra, J. de. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris, France: Masson et cie.

Ancet, P. (2010). *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*. Paris, France: Dunod.

Anzieu, D., & Séchaud, É. (1995). *Le moi-peau*. Paris, France: Dunod.

Charpentier, É. (2014). *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée : soutien à l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée*. Paris, France: De Boeck-Solal.

Ciccone, A. (2016). Apports de la psychomotricité aux autres disciplines et aux autres pratiques. In N. Girardier (Éd.), *La psychomotricité entre psychanalyse et neurosciences: histoire, actualités et perspectives : pour une pensée en mouvement* (p. 121-132). Paris, France: Éditions In press.

Damasio, A. R. (2010). *L'autre moi-même : les nouvelles cartes du cerveau, de la conscience et des émotions* (J.-L. Fidel, Trad.). Paris, France: Odile Jacob.

Damasio, A. R., Larsonneur, C., & Tiercelin, C. (1999/2002). *Le sentiment même de soi : corps, émotions, conscience*. Paris, France: O. Jacob.

Durrell, L. (1991). *Justine*. New York, Etats-Unis d'Amérique: Penguin Books.

Freud, S. (1919/1985). *L'Inquiétante étrangeté et autres essais* (B. Féron, Trad.). Paris, France: Gallimard.

Gatecel, A. (2012). Aspect relationnel et formation en psychomotricité. In *La psychomotricité relationnelle* (p. 25-36). Paris, France: EDK, Editions médicales et scientifiques.

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

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

HAS. (2008). *Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient*. Consulté à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf

Head, H., & Holmes, G. (1912). *Sensory disturbances from cerebral lesions*. London, Royaume-Uni: John Bale, sons & Danielsson.

Korff-Sausse, S. (2010). Le corps vécu et la vie psychique des personnes âgées et des personnes handicapées. In P. Ancet (Éd.), *Le corps vécu : chez la personne âgée et la personne handicapée*. Dunod.

Kübler-Ross, E. (1969/2010). *Les derniers instants de la vie*. Genève, Suisse: Editions Labor et Fides.

Larousse, É. (s. d.). Identité. In *Dictionnaire de français Larousse*. Consulté à l'adresse https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/identit%C3%A9/41420

Le Robert. (2016). Identité. In J. Rey-Debove, A. Rey, & P. Robert (Éd.), *Le Petit Robert : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris, France: Le Robert.

Lesage, B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle: structure, étayage, mouvement et relation*. Toulouse, France: Érès.

Meltzer, D., Williams, M. H., & Houzel, D. (1988/2000). *L'appréhension de la beauté : le rôle du conflit esthétique dans le développement psychique, la violence, l'art* (D. Alcorn, Trad.). Lamor-Plage, France: Ed. du Hublot.

Messy, J. (1994/2002). Le miroir brisé. In *Petite bibliothèque Payot: 180*. *La personne âgée n'existe pas : une approche psychanalytique de la vieillesse* (p. 15-71). Paris, France: Payot & Rivages.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Montagu, A., Leboyer, F., & Erhel, C. (1979). *La peau et le toucher : un premier langage*. Paris, France: Éditions du Seuil.

M'Uzan, M. de. (1977). *De l'art à la mort : itinéraire psychanalytique*. Paris, France: Gallimard.

Potel, C. (2015). *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse, France: Érès.

Prayez, P. (1994). *Le toucher en psychothérapie*. Marseille, France: Hommes et perspectives.

Reich, M. (2009). Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique. *L'information psychiatrique*, *Volume 85*(3), 247-254.

Ricœur, P. (1990). L'identité personnelle et identité narrative. In *Soi-même comme un autre*. Paris, France: Éditions du Seuil.

Schilder, P. (1968). *L'image du corps: étude des forces constructives de la psyché* (F. T. Gantheret, Éd.; P. Truffert, Trad.). Paris, France: Gallimard.

SFETD. (2016). Définition. Consulté 23 avril 2019, à l'adresse Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur website: http://www.sfetd-douleur.org/definition

Tap, P., & Malrieu, P. (1988). *La Société Pygmalion ? Intégration sociale et réalisation de la personne*. Paris, France: Dunod.

Tessier, P. (2015). *Le corps accidenté : bouleversements identitaires et reconstruction de soi*. Paris, France: Puf.

Wallon, H. (1934/1970). *Les origines du caractère chez l'enfant: les préludes du sentiment de personnalité*. Paris, France: Presses universitaires de France.

Winnicott, D. W., Kalmanovitch, J., Michelin, M., Rosaz, L., & Harrus-Révidi, G. (1953/2006). *La mère suffisamment bonne*. Paris, France: Payot.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

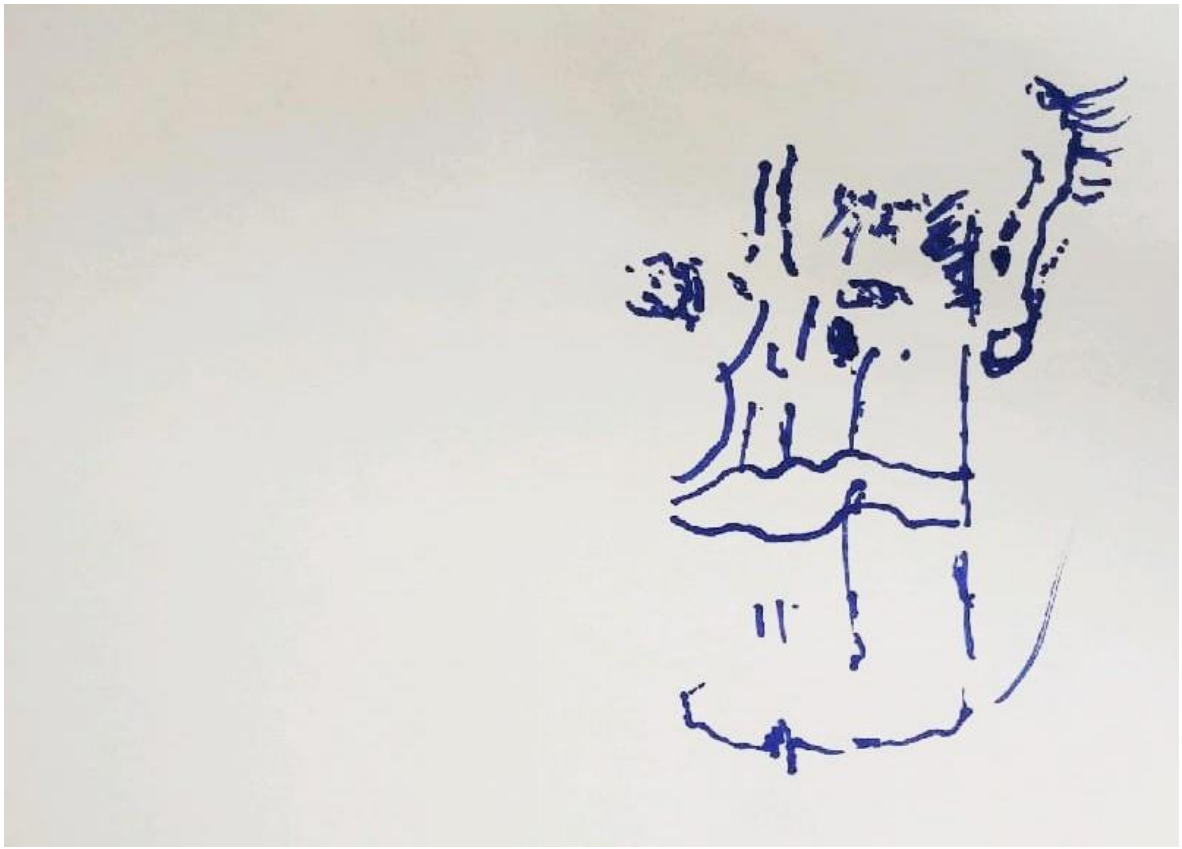
Zielinski, A. (2009). Le libre choix. De l'autonomie rêvée à l'attention aux capacités.

Gerontologie et societe, 32 / n° 131(4), 11-24.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE

Annexe I : Dessin du bonhomme de Monsieur M. (Novembre 2018)



DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Vu par la maître de mémoire,

À Lyon, le 25/04/19

Lucie DURR

Psychomotricienne

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Institut de Formation en Psychomotricité,

ISTR Lyon 1

Promotion 2018 – 2019

Auteur : Justine DECOURTY

Titre : Titre du mémoire :

Être en corps soi : La psychomotricité comme soutien identitaire dans la maladie.

Mots - clés : identité – continuité – conscience de soi – image du corps – schéma corporel – fin de vie – cancer – AVC

Résumé : Entre cancer et AVC, lorsque le corps est attaqué, transformé, comment comprendre le vécu du patient ? Cette rédaction propose une réflexion sur l'approche corporelle au sein d'un SSR. Monsieur M., 62 ans, atteint d'un cancer généralisé, est rencontré dans le cadre de sa convalescence suite à un AVC. Les bouleversements corporels et psychiques induits par la maladie et le contexte d'hospitalisation, de dépendance sont indéniables. Dès lors, quelle lecture peut en proposer la psychomotricité ? Quel éclairage peut-elle apporter sur un comportement qui interroge, sur un corps à l'abandon ? Cette rencontre illustre le cheminement d'un accompagnement établi sur la base d'un contact corporel et relationnel. Quand l'étrangeté dépossède l'homme de son corps, quel impact sur le sentiment d'une continuité identitaire ? Le travail effectué en psychomotricité présenté dans cette rédaction tend à démontrer la pertinence du soutien identitaire par la revalorisation du corps. Aussi, un regard sur le dispositif de la thérapie, le travail d'équipe et le positionnement professionnel sera proposé.

DECOURTY
(CC BY-NC-ND 2.0)