



**HAL**  
open science

# Un lien à l'autre pour des liens à soi : Le soutien identitaire dans le soin psychomoteur auprès d'adultes atteints de cancer

Mickaël de Melo

## ► To cite this version:

Mickaël de Melo. Un lien à l'autre pour des liens à soi : Le soutien identitaire dans le soin psychomoteur auprès d'adultes atteints de cancer. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00865863

**HAL Id: dumas-00865863**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00865863>**

Submitted on 27 Sep 2013

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

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

# Université Bordeaux Segalen

- INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE -

Mémoire en vue de l'obtention  
du Diplôme d'Etat de psychomotricien

## **Un lien à l'autre pour des liens à soi**

*Le soutien identitaire dans le soin psychomoteur auprès d'adultes  
atteints de cancer*

**Mickaël DE MELO**

Né le 13 février 1990 à Cholet (49)

- Juin 2013 -

# REMERCIEMENTS

A tous ceux qui m'ont aidé à faire ce mémoire de part en part...

Pour commencer, merci à toutes les personnes que j'ai rencontrées au cours de mes stages. Chaque rencontre a été unique et chaque histoire a été une source pour ce mémoire.

Un grand merci à Christelle BEAUDET pour m'avoir accompagné tout au long de cette année, tant dans ma pratique que dans ma réflexion. Merci pour tes précieux conseils, ton soutien et la confiance que tu m'as accordée.

Merci également à Isabelle MARCOS, et à Amel BENGRINE-JORET, pour le temps que vous m'avez octroyé, vos relectures florissantes et l'aide qui m'a amené à me questionner.

Merci à mes différents maitres de stage, qui ont contribué à faire de moi le psychomotricien que je m'apprête à être ; et les équipes, par qui j'ai toujours été soutenu.

Merci à Louise, pour tes relectures et aussi pour les grands échanges que l'on avait parfois et qui ont toujours été d'une grande richesse pour moi.

Merci à David pour m'avoir supporté parfois et épaulé le reste du temps...  
...et « aux gars » pour les moments studieux comme pour les « à cotés ».

Merci à mes amis de l'institut de formation pour tous ce qu'on a vécu durant ces trois ans formidables, avec une pensée particulière à mes « camarades » du projet Pérou, une aventure inoubliable. Merci aussi à mes amis de longue date, qui malgré le temps et la distance sont toujours là. Et merci à Justine, pour ton amitié fidèle et ce plaisir des mots que nous partageons.

Enfin, merci à ma famille. Maman, pour ton soutien infailible et tes relectures attentives ; Papa, pour la volonté que tu m'as transmise ; Johnny et Mélanie grâce à qui j'ai tant grandi.

# SOMMAIRE

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>2</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>

## **Partie I : Le cancer à l'épreuve de soi .....**

<b>1. Le cancer, hier et aujourd'hui .....</b>	<b>9</b>
1.1. Définitions et classifications .....	9
1.2. Une histoire ancienne, une affaire actuelle .....	12
1.3. Le cancer dans les pensées collectives .....	15
<b>2. La douleur .....</b>	<b>17</b>
2.1. Bases neurophysiologiques de la douleur .....	17
2.2. La place de la subjectivité et les impacts de la douleur chez un sujet malade .....	20
2.3. Prise en charge de la douleur .....	23
<b>3. Du parcours de soin à l'atteinte de soi .....</b>	<b>25</b>
3.1. Le parcours de soin du diagnostic aux traitements .....	25
3.2. Les soins de support .....	30
3.3. Hypothèses de répercussion identitaire du cancer .....	33

## **Partie II : Une identité à son image.....**

<b>1. Une approche du concept d'identité .....</b>	<b>37</b>
1.1. Introduction au concept d'identité .....	37
1.2. Les fondements de l'identité et l'origine des troubles .....	41
1.3. Une identité psychomotrice .....	49

<b>2. L'image du corps, du concept à la clinique .....</b>	<b>51</b>
2.1. L'image du corps, les fondements de la psychanalyse .....	51
2.2. Clinique psychomotrice de l'image du corps.....	54
2.3. De l'image du corps à l'identité, un lien rompu par le cancer .....	58

**Partie III : Le soutien identitaire dans le soin psychomoteur..... 60**

<b>1. De la dynamique relationnelle au sentiment de soi .....</b>	<b>61</b>
1.1. La psychomotricité en cancérologie : une rencontre .....	61
1.2. La corporéité en expérience : un lien à l'autre, des liens à soi .....	69
1.3. Vers une meilleure fin de vie.....	77

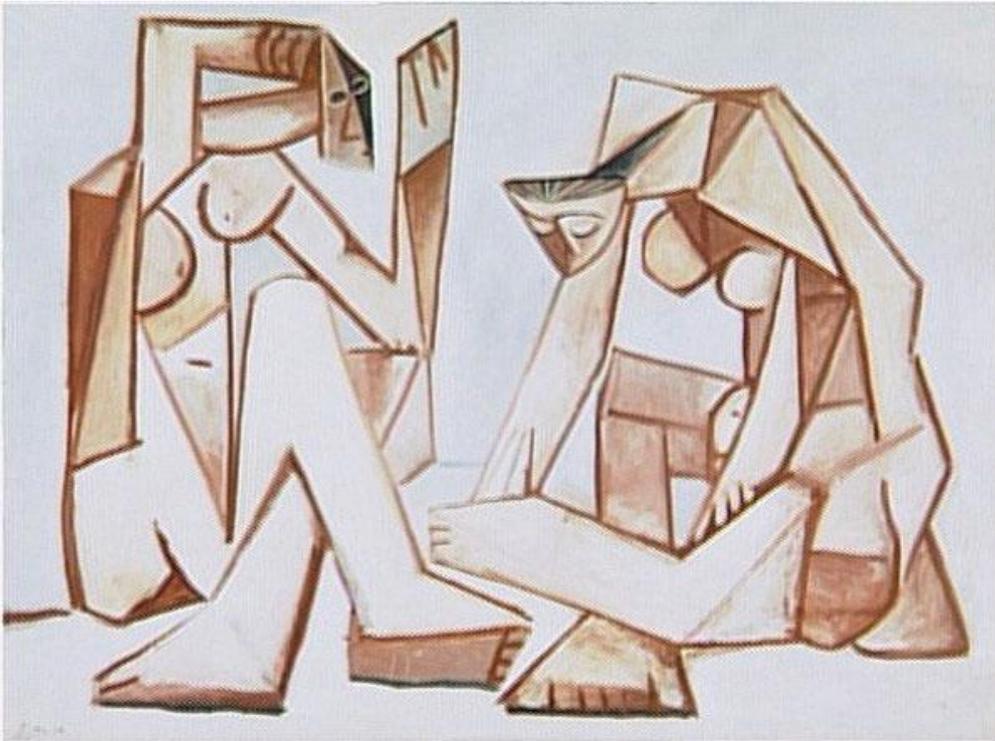
<b>2. Un lien aujourd'hui. Et demain ?.....</b>	<b>81</b>
2.1. La clinique de l'incertitude : une approche spécifique dans le cas d'une tumeur cérébrale.....	81
2.2. Réflexion sur la pertinence du soin court en psychomotricité .....	88

<b>CONCLUSION.....</b>	<b>95</b>
------------------------	-----------

<b>ANNEXES.....</b>	<b>98</b>
---------------------	-----------

<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>100</b>
----------------------------	------------

Figure 1.



**Pablo Picasso, *Deux Femmes sur la plage (Femmes devant la mer)*, 16 juin 1956**

Huile sur toile, 195 x 260 cm

Donation Marie Cuttoli, 1963

© Succession Picasso

Retenons ce tableau de P. PICASSO comme l'illustration d'un vécu corporel.

# INTRODUCTION

Nous y sommes ! Ce mémoire est l'aboutissement d'une réflexion qui clôture trois ans de formation, au cours desquels nous avons appris, plus qu'à « faire », à « être » psychomotricien.

Le cancer n'est jamais un sujet simple à aborder, car il soulève de multiples questions et il est très emprunt dans la société. Cette pathologie constitue aujourd'hui la première cause de mortalité, devant les maladies cardio-vasculaires, en étant responsable d'un décès sur trois pour les hommes et d'un décès sur quatre pour les femmes.<sup>1</sup>

Devant ce fléau, le gouvernement met en place en 2003 le premier Plan Cancer, visant à la fois une amélioration de l'accompagnement des personnes atteintes, et une meilleure organisation de la recherche, afin d'optimiser celle-ci. En 2009 puis 2013 se succèdent le second et le troisième Plan Cancer, qui s'inscrivent dans la lignée du premier. Ceci afin de poursuivre les avancées qui ont été faites depuis plus de dix ans, tant en terme de recherche, que dans l'accompagnement des malades, dans les soins ou encore dans les dépistages. Des progrès qui permettent aujourd'hui, bien que l'incidence<sup>2</sup> augmente, de diminuer le taux de mortalité lié au cancer. En effet, actuellement un cancer sur deux est guéri, l'objectif étant de pouvoir guérir deux personnes sur trois.

C'est dans ce contexte, de progrès et d'espoir mais aussi de désarroi face à la progression irrémédiable de cette maladie, que s'inscrivent les personnes touchées par le cancer et le monde médical. C'est aussi dans ce contexte que des psychomotriciens sont amenés à intervenir auprès de ces patients et qu'une porte s'est ouverte à moi par le biais d'un stage.

Très vite la problématique identitaire des personnes atteintes de cancer m'est apparue essentielle. Comment rester intègre quand la maladie submerge la personne ? Comment conserver une force de vie quand la mort est suspendue telle l'épée de Damoclès au dessus de leur tête ?

---

<sup>1</sup> Source : [www.arc-cancer.net](http://www.arc-cancer.net), site internet de la Fondation Arc pour la Recherche sur le Cancer.

<sup>2</sup> L'incidence est le nombre de nouveaux cas pour une pathologie observée, sur une période donnée et une population ciblée. C'est l'un des critères les plus importants pour évaluer la fréquence et la vitesse d'apparition ou de développement d'une pathologie.

Comment conserver un sens de soi lorsque la maladie donne une image « *qui fout le camp* »<sup>3</sup> et change notre manière d'être et de faire ?

C'est précisément là que se trouve le rôle du psychomotricien, là en tout cas où j'ai pris une place. Alors, pourquoi le soin psychomoteur contribue-t-il au soutien identitaire des personnes atteintes d'un cancer ? C'est la question à laquelle tente de répondre ce mémoire. Il constitue la réflexion d'une approche psychomotrice pour le soutien identitaire de personnes atteintes de cancer, où le psychomotricien se place comme le médiateur pour aller à la rencontre de soi.

Le cancer déstructure, impose la transformation du corps et la recrudescence de ressentis tels que la douleur. Il peut sous-tendre à un éclatement psychique. Qu'est-ce que le cancer ? Nous verrons qu'au-delà de la clinique somatique, qui reste toutefois prépondérante, c'est une maladie de l'homme aussi dans ses composantes psychique, sociale et existentielle. De fait, la question identitaire est alors mise à jour. *Voir Figure 1 p.5*

L'identité est une notion complexe et multiple que nous tenterons d'appréhender par un apport de la psychosociologie. Mais le concept d'image du corps constitue la clé de voûte de cette démarche. En effet, c'est dans ses perspectives cliniques que cette approche psychomotrice s'est étayée pour penser le sujet dans une dynamique psychocorporelle. Ce concept initialement développé par la psychanalyse, puis repris par les neurosciences, se trouve aujourd'hui à la jonction de nombreuses disciplines.

C'est dans ce carrefour que le sujet atteint de cancer et la psychomotricité se rencontre. Une rencontre, qui est au centre des thérapeutiques psychomotrices. Cette approche est corporelle et devient le support de ce lien qui se construit, un lien nécessaire dans l'accompagnement des sujets. Dans l'expérience, le psychomotricien invite la personne à repenser son vécu corporel et fait resurgir les fondements de l'identité.

Un lien à l'autre permettant d'aller à la rencontre de soi.

---

<sup>3</sup> J. MESSY, *Interview de Jack MESSY* par André BRANDILY, *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n° 106, 1996

# Partie I :

## Le cancer à l'épreuve de soi

*« Le courage est le réflexe de défense des êtres normalement équilibrés, un moyen de ne pas souffrir. La révolte rongée, l'acceptation mène tôt ou tard à l'apaisement. »<sup>4</sup>*

Anne BERNARD

---

<sup>4</sup> A. BERNARD, extrait de *Cancer*, éd. Le cercle du livre de France, Montréal, 1967.

# 1. Le cancer, hier et aujourd'hui

## 1.1. Définitions et classifications

La Ligue Nationale Contre le Cancer le définit comme « *une maladie grave qui se traduit par une perturbation de la communication cellulaire, associée à une absence de mort cellulaire, engendrant le développement d'amas de cellules cancéreuses qui échappent aux règles de fonctionnement du corps* ».

L'institut National du Cancer explique que « *sur le plan biologique, le cancer résulte de la survenue d'un dysfonctionnement au niveau de certaines cellules de l'organisme. Celles-ci se mettent à se multiplier de manière anarchique et à proliférer, d'abord localement, puis dans le tissu avoisinant, puis à distance où elles forment des métastases. Sur le plan médical, le mot « cancer » désigne en fait un groupe de maladies très différentes les unes des autres. C'est pourquoi on ne devrait pas parler du cancer, mais des cancers, au pluriel* ».

Un cancer correspond à un phénomène physiologique anormal de **prolifération cellulaire**. Autrement dit, une cellule devient cancéreuse du fait de **mutations** successives, entraînant une **inhibition des mécanismes de réparation et du phénomène d'apoptose**<sup>5</sup> visant la mort physiologique de la cellule. Cette dernière devient immortelle et prolifère, donnant lieu à un amas de cellules cancéreuses : **la tumeur**. Il faut néanmoins différencier les tumeurs malignes des tumeurs bénignes. Les premières sont cancéreuses et suppose une prise en charge thérapeutique, les secondes ne représente pas de danger, se traite plus facilement et ne nécessite pas de thérapeutiques agressives. Le terme tumeur, lorsqu'il sera employé, fera référence à un processus pathologique malin.

Les cellules cancéreuses sont hors des systèmes de régulation classiques. Or pour vivre, cette tumeur a besoin de nutriments et d'oxygène, elle développe alors son propre système vasculaire : c'est **l'angiogenèse**.

La prolifération des cellules cancéreuses se fait dans un organe ou dans un tissu, qu'elles envahissent. Si la tumeur reste localisée dans l'organe ou le tissu d'origine (on parle de tumeur

---

<sup>5</sup> L'apoptose est le processus physiologique de mort cellulaire programmée.

primitive ou initiale) c'est un **cancer in situ**. En revanche, si des cellules cancéreuses se propagent dans les tissus et/ou organes voisins, ou plus éloignés de la tumeur primitive, on parle de **cancer infiltrant**. Cette propagation se fait par les **systèmes circulatoires sanguins et/ou lymphatiques**. Si les cellules ayant migrées entraînent la formation d'autres tumeurs, la pathologie devient alors métastatique, voire multimétastatique. La dissémination demande à identifier la tumeur primitive, car c'est celle-ci qui va orienter les médecins pour choisir les meilleures thérapeutiques.

Les cancers donc, sont regroupés en quatre grandes familles :

- **Carcinomes** : ce sont les plus fréquents. Ils se développent à partir des tissus de revêtements internes ou externes de l'organisme (muqueuses et peau), ou tissus épithéliaux. Ils concernent donc tous les organes internes et la peau.
- **Sarcomes** : ils se développent à partir des tissus de soutien de l'organisme ou tissus conjonctifs et ceux qui en dérivent (os, muscles, cartilages, etc.).
- **Lymphomes** : ils se développent à partir des cellules du système lymphatique, (en particulier les ganglions, mais aussi la moelle osseuse, la rate, le thymus et les vaisseaux lymphatiques), qui assure la défense immunitaire de l'organisme.
- **leucémies** : aussi appelé « cancer du sang » puisqu'ils se développent à partir de la moelle osseuse, qui produit toutes les cellules sanguines.

Plus communément, on parle d'un cancer en fonction de l'organe qu'il atteint. Puis, lors du diagnostic on évalue leur gravité selon quatre stades :

- Stade I : tumeur limitée à l'organe, traitement local
- Stade II : tumeur localement étendue, traitement loco-régional
- Stade III: tumeur avec extension loco-régionale, traitement curatif incertain
- Stade IV : présence de métastases, les protocoles thérapeutiques deviennent plus compliqués et l'évolution reste incertaine. Le pronostic est alors plus sombre.

Il faut toutefois se garder de toute prévision d'évolution, sinon préciser qu'elles sont hypothétiques, car le cancer est une **maladie changeante et imprévisible**, qu'il convient de surveiller au plus près. Ceci, même en cas de rémission<sup>6</sup> car elle ne peut être que temporaire. Les thérapeutiques proposées tendent à soustraire cette imprévisibilité et des classifications permettent aux médecins de mieux présager l'évolution

Les causes quant à l'apparition d'une pathologie cancéreuse sont multiples. Les facteurs environnementaux (le tabac, l'alcool, etc.), l'exposition répétée à une substance cancérigène (amiante, etc.) et, les prédispositions génétiques ou encore immunitaires interviennent dans la survenue de ce type de pathologie. Les causes sont plurifactorielles. Le lieu d'apparition est quant à lui indéterminable d'avance. Toutefois, l'avancée de la médecine et des campagnes de recensement statistique ont permis de mettre en avant des pathologies davantage présentes selon les sexes. C'est le cas par exemple des cancers du sein chez la femme et de la prostate chez l'homme ; viennent ensuite les cancers colorectaux et du poumon. Ainsi, ces progrès permettent de réaliser des campagnes de prévention médicale adaptées et de proposer un suivi régulier pour les personnes dont ce type de pathologie fait partie de l'histoire familiale.

Les cancers sont donc, malgré une prédisposition chez certains individus, des maladies qui peuvent atteindre tout le monde puisque résultant d'un processus physiologique cellulaire. Ils peuvent toucher tous les organes de l'organisme et tous les tissus, leur évolution est variable et difficile à prédire, ce qui peut déjà constituer un facteur déstabilisant pour les patients.

Nous verrons plus tard le parcours de soin et les traitements possibles quelle que soit l'évolution de la maladie. Dans le cadre de ce mémoire, je m'intéresserai à l'impact des maladies cancéreuses sur un versant identitaire, qui sera défini plus loin. Avant cela, il paraît essentiel de faire un point sur l'histoire du cancer et les représentations liées à cette maladie. Nous verrons retentissement de ces dernières sur la capacité des personnes à appréhender l'annonce d'un tel diagnostic et à faire face dans l'engagement thérapeutique associé.

---

<sup>6</sup> La rémission est une « diminution ou une disparition de toute trace du cancer. Au bout d'un délai, la rémission devient guérison ». Source : Ligue Nationale Contre le Cancer et Institut National du Cancer, *Vivre pendant et après un cancer*, guide d'information à l'usage des personnes malades et de leurs proches, 2007.

## 1.2. Une histoire ancienne, une affaire actuelle

Le cancer n'est pas qu'une affaire d'aujourd'hui. Un cancer osseux a par exemple été décelé dans les ossements d'un homme de l'âge de fer, datant d'il y a 12 000 ans environ. Son origine remonterait vraisemblablement à l'origine même de la vie, des traces ayant été retrouvées dans les os d'animaux préhistoriques datant d'un million d'années avant Jésus Christ (J.C.). Même si beaucoup concèdent que cette maladie est ancienne, elle reste dans les pensées collectives une maladie d'aujourd'hui, qui devient **de plus en plus fréquente** et à laquelle nous pouvons être confrontés de près ou de loin.

Le nombre de nouveaux cas ne cessent de croître, il a doublé entre 1970 et 2000. Mais a contrario, **la mortalité** liée aux maladies oncologiques **régresse**. Tandis que les cancers les plus agressifs (ex : cancers ORL) diminuent en nombre, les cancers de meilleur pronostic (ex : cancer du sein pour la femme et cancer de la prostate pour l'homme) augmentent. Ceci s'expliquerait par le **vieillessement de la population** et les **progrès de la médecine**, avec le développement de la prévention et du dépistage, ainsi que l'amélioration des traitements et des techniques chirurgicales. Il semblerait aussi, que l'exacerbation de l'exposition aux facteurs de risques joue un rôle. Tout cela, en fait donc plus que jamais une affaire actuelle...

Pourtant, l'histoire de la description clinique de cette pathologie remonte à la Haute Antiquité...

Les premières traces écrites sont retrouvées dans le papyrus Ebers (1 550 av. J.C.), qui fait lieu d' « *ulcères de la poitrine* » bien que la description qui y est faite corresponde à celle d'un cancer. Plus tard HIPPOCRATE (460 av. J.C. à 370 avant J.C.), considéré comme le père de la médecine, est le premier à parler de « *carcinoma* » et « *carcinosa* » pour désigner les cancers qu'il décrit. On peut traduire ces termes du grec ancien par crabe en référence au crabe qui dévore de l'intérieur et dont la pince ne lâche pas ce qu'elle tient. Après lui c'est A. C. CELSUS (28 avant J.C. à 50 après J.C.), qui introduit dans le langage latin les termes de « *carcinoma* » et de *carcinosa* qu'il traduit par « *cancer* ». Le premier désignant plutôt des lésions pré malignes et malignes superficielles et le deuxième des lésions malignes profondes.

Par la suite, C. GALIEN (130 à 200) réutilise le terme grec « *onco-* » pour faire lieu d'une grosseur ou d'une tumeur responsable du décès d'une personne. Le dogme galénique<sup>7</sup> étant prédominant dans les milieux médicaux durant des siècles, il y aura peu d'évolution pendant longtemps. Il y a eu peu d'autres termes introduit à la suite de ceux-ci. Le mot cancer n'a même aujourd'hui aucune signification dans la terminologie médicale, sinon l'ensemble des maladies dites oncologiques. Chacune d'entre elles ayant une classification particulière.

Néanmoins, à la fin du premier millénaire et au début du deuxième, des médecins arabes se distinguent dans leur lutte contre le cancer. Aussi, AVICENNE (980 à 1037) décrit la progression lente de la maladie et l'envahissement des tissus voisins. Après lui, ALBUCASIS (1013 à 1106) recommande l'excision de la partie atteinte en début d'évolution et la cautérisation des tissus avoisinants. Il recommande également une purge de la bile noire en préopératoire et une saignée en postopératoire.

Au XVIème siècle, même si l'avancée des connaissances fut minime en ce qui concerne les cancers, la pratique des autopsies, en Italie notamment, permet des découvertes majeures sur le plan anatomique. Aussi, G. ASELLI (1581 à 1625) découvre le système lymphatique, qui a un rôle prépondérant dans la propagation des cancers. Son rôle ne sera mis en évidence que bien plus tard, mais le retrait des ganglions locorégionaux constitue encore aujourd'hui une des principales méthodes pour limiter les risques de propagation d'un cancer.

Les XVIIème et XVIIIème siècles se marqueront de certaines avancées dont la principale par H. F. LE DRAN (1685 à 1770), qui est le premier à préconiser l'excision de la tumeur et des ganglions avoisinants. X. BICHAT (1771 à 1802) découvre que les différentes localisations du cancer ne sont qu'une seule maladie touchant le même tissu dans différents organes. Enfin on doit à R.T.H. LAENNEC (1781 à 1826), outre l'invention du stéthoscope, la théorie moderne de l'origine cellulaire du cancer.

---

<sup>7</sup> Le dogme galénique se caractérise par la dominance des pensées de Galien. Ce médecin ayant eu une influence particulièrement importante, ses idées restèrent dominantes pendant plusieurs siècles, véhiculant certaines idées fausses et empêchant la révélation de certaines découvertes.

Au XIX<sup>ème</sup> siècle, les avancées en matière d'hygiène et d'asepsie, les innovations médico-chirurgicales et la découverte des rayons X permettent une évolution considérable dans le traitement des cancers. De même, les découvertes du XX<sup>ème</sup> siècle avec l'imagerie (scanner et IRM) et les traitements (chimiothérapie, hormonothérapie...) ont contribué à une avancée spectaculaire. L'évolution n'a de cesse, particulièrement dans notre ère, signée de progrès majeurs dans l'histoire de l'homme et de la médecine.

Nous l'avons vu, le cancer a toujours existé et sa considération ainsi que sa prise en charge ont évoluées au fil des siècles. A chaque époque ses représentations sur le cancer, influencées à la fois par le modèle médical dominant, mais aussi et surtout par le milieu culturel, ancré de croyances populaires. Qu'en est-il alors aujourd'hui des représentations du cancer dans nos sociétés occidentales ?

### 1.3. Le cancer dans les pensées collectives.

Pour rédiger ce chapitre sur les représentations liées au cancer, j'ai réalisé une enquête, mise en ligne sur internet. C'est une enquête non statistique, effectuée auprès d'un échantillon de cent personnes, population majoritairement jeune (20-50 ans, avec une majorité de 20-25 ans) de divers milieux sociaux. J'ai pu de cette façon, pour ne pas me fier à mes seules représentations, avoir une palette d'idées dont je retranscris ici les principales.

Le formulaire de réponse était anonyme. Il était demandé seulement le sexe, l'âge et le secteur d'activité des personnes y répondant. Ensuite une série de dix questions visait à connaître les idées dominantes sur le cancer dans la population. Certaines questions étaient ouvertes et laissaient l'entière liberté de répondre selon ses propres croyances. D'autres étaient à choix multiples car voulant renseigner sur un point plus précis, sans influencer une réponse.

*Voir Annexe 1 p.98*

De tout temps les animaux ont eu une importance pour les hommes, comme source de nourriture, comme compagnon, ou encore comme symbole. Je me suis alors posé la question : quel animal serait associé au cancer ? Le crabe, reste encore aujourd'hui l'emblème même du cancer, dont il est l'étymologie et sa représentation graphique dans le signe astrologique par exemple. D'autres animaux peuvent être associés au mot cancer, animaux couplés par l'histoire au sombre, au lugubre et même souvent à la mort. Ainsi d'après l'enquête, l'araignée a marqué de sa patte. Animal obscur qui tisse sa toile pour envahir de l'intérieur. On retrouve aussi le rat, emprunt de la peste, véritable fléau autant que le cancer. Le serpent, animal décrit comme surnois car son venin envahit progressivement les tissus pour paralyser sinon pour tuer sa proie. Le corbeau, communément associé à un mauvais présage ; et la chauve-souris, qui aspire le sang, source de vie.

Que cette maladie soit connue ou non, les représentations qui s'y rapportent signent généralement l'idée de mort. Une mort précédé d'un long combat fait de douleurs, de souffrances voire d'agonie, encline à des pertes progressives et immuables : d'autonomie, de possibilités, de sa place au sein de la société et de sa famille, de son sentiment d'intégrité ; en somme une perte du sentiment même d'identité avec une « *destruction de son corps* »<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Citation tirée de l'enquête : Homme, 22 ans, étudiant en aéronautique.

C'est une maladie où l'angoisse, l'inquiétude et l'épuisement deviennent quotidiens, mais qui est connue principalement au travers des traitements (la chimiothérapie en tête de liste), qui font perdre les cheveux et qui « *nécessite beaucoup d'énergie* »<sup>9</sup>. Par ailleurs, dans la terminologie même du mot « tumeur » on retrouve l'idée de mort : « *tu meurs* »...

« *La maladie incurable, en particulier le cancer, a pris les traits hideux et effrayants des anciennes représentations de la mort. Mieux que le squelette ou la momie des macabres du XIV<sup>ème</sup> et XV<sup>ème</sup> siècle, plus que le ladre aux claquettes, le cancer est aujourd'hui la mort* »<sup>10</sup>

Cette citation bien que datant de 1975, révèle l'angoisse de mort qui reste prévalente pour les patients atteints de cancer et leurs proches, ainsi que la perte de l'illusion d'immortalité.

La famille est de nombreuses fois évoquée comme essentielle dans le soutien pour la lutte contre la maladie ; et tout aussi souffrante de vivre, à travers un proche, ce cancer qui « *peut toucher tout le monde* »<sup>11</sup>. En effet, cette idée est récurrente ; le cancer peut toucher tout le monde. Nul n'est protégé. Face à cela, seule la prévention primaire est efficace, c'est-à-dire tout ce qui consiste à diminuer les facteurs de risques. Egalement la prévention secondaire, en favorisant l'accès au dépistage pour augmenter les diagnostics précoces.

Toutefois, des remarques plus positives sont aussi évoquées. Beaucoup de progrès sont notés depuis plusieurs années, de nombreuses recherches en cours donnent l'espoir d'un mieux à venir. Tandis que l'idée de mort reste omniprésente, la possibilité d'une guérison est envisagée parfois, à condition que la maladie soit « *prise à temps* »<sup>12</sup>.

Comme il a été dit précédemment, le cancer est presque toujours lié à l'idée de douleur. La douleur justement, est le premier symptôme exprimé chez les sujets atteints, et l'un des plus fréquents. C'est pour cette raison que sa prise en charge est devenue une priorité de santé publique et l'une des mesures phares du Plan Cancer. Alors, qu'est-ce que la douleur ? Quel est son impact sur l'aspect identitaire d'une personne malade ?

---

<sup>9</sup> Ibid. : Femme, 50 ans, vendeuse en boulangerie.

<sup>10</sup> P. ARIES, Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Age à nos jours, Edition Paris Seuil, 1975. p.186

<sup>11</sup> Citation tirée de l'enquête : Femme, 29 ans, employée commerciale.

<sup>12</sup> Ibid. : Femme, 25 ans, étudiante en pharmacie.

## 2. La douleur

### 2.1. Bases neurophysiologiques de la douleur

La douleur est une composante majeure de la symptomatologie donc de la prise en soin des personnes atteintes de cancer. Ceci explique la priorité faite à son évaluation et à sa prise en charge, aussi bien dans les pathologies cancéreuses que dans d'autres. On note par exemple la création de centres divers pour le traitement des douleurs et de comités de lutte contre celle-ci.

La douleur est définie par l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP) comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage* »<sup>13</sup>.

On peut dès lors noter son **aspect psychocorporel**, qui explique d'une part la difficulté parfois de la traiter, et d'autre part l'utilisation d'autres moyens que médicamenteux pour la soulager. Cette définition se révèle être une porte ouverte à la contribution que peuvent avoir les psychomotriciens.

Tout d'abord quand on parle de douleur, il est important de savoir à quel type l'on est confronté, c'est la question de l'évaluation. La manière la plus simple de les classer se fait selon leur durée dans le temps. Ainsi on distingue :

- **Les douleurs aiguës**, aussi appelées paroxystiques. C'est alors un symptôme.
- **Les douleurs chroniques**, au-delà 3 à 6 mois d'évolution. C'est alors un syndrome, signant une pathologie évolutive ou sans cause apparente.

Néanmoins, pour certaines pathologies les douleurs aiguës perdurent dans le temps, constituant une douleur de fond plus ou moins durable. C'est un cas fréquent pour les maladies cancéreuses.

---

<sup>13</sup> Source : site internet [www.institut-upsa-douleur.org](http://www.institut-upsa-douleur.org) ; et O. GAUCHER-HAMOUDI et M. GUIOSE, *Soins palliatifs et psychomotricité*, édition heure de France, Paris, 2007.

La douleur a un rôle commun à toutes les espèces animales. Elle représente un **signe d'alarme** qui alerte l'individu d'une situation de danger à laquelle il doit remédier pour le bien de son intégrité physique. Nous avons tous en tête l'exemple du jeune enfant, qui s'approchant trop près de la cheminée se retire d'un mouvement réflexe pour éviter la brûlure. Nous pouvons donc imaginer que la douleur du sujet atteint de cancer est le signe d'alerte de la maladie, longtemps silencieuse, pour la révéler enfin.

## **Anatomo-physiologie de la douleur.**

En physiologie, on parle de la douleur en terme de **nociception**. Aucune zone du cerveau n'a été identifiée comme étant le « centre d'intégration de la douleur », mais nous savons que la partie spino-thalamique-latérale donne **l'aspect sensoriel**, alors que le cortex préfrontal et le système limbique donne **l'aspect affectivo-subjectif** de la douleur.

Globalement l'information sensitive se fait par le biais de deux types de fibres nerveuses<sup>14</sup> :

- **Les fibres nerveuses A et C**, très fines, avec ou sans myéline<sup>15</sup>, transmettent électivement l'information nociceptive. Aussi les récepteurs de la douleur sont les **nocicepteurs**, reliés au système nerveux central<sup>16</sup> par deux types de fibres :
  - ➔ **Les fibres A delta**, myélinisées, fines et à conduction rapide (par exemple la sensation d'une piqûre)
  - ➔ **Les fibres C**, non myélinisées et à conduction plus lente. Elles font ressentir des douleurs tardives (par exemple la sensation d'une brûlure)
- **Les fibres somesthésiques**, plus volumineuses et recouvertes de myéline, qui permettent de discriminer les caractéristiques de l'environnement (chaud, froid, pression, texture, etc.). Elles ont un rôle inhibiteur sur les fibres nociceptives et permettent un mécanisme de contrôle de la douleur que nous aborderons plus tard.

Le seuil de détection de la douleur est sensiblement équivalent chez tous les individus. En revanche, la tolérance à un stimulus douloureux dépend de chacun. Elle est fonction des circonstances d'apparition du message nociceptif et de l'histoire du sujet : selon sa culture, son éducation, son vécu personnel quant à la douleur.

---

<sup>14</sup>O. GAUCHER-HAMOUDI et M. GUIOSE, *Soins palliatifs et psychomotricité*, édition heure de France, Paris, 2007.

<sup>15</sup> La myéline est une substance qui recouvre les fibres nerveuses afin de les protéger. Elle a aussi la capacité d'augmenter la vitesse de conduction de l'influx nerveux.

<sup>16</sup> Le système nerveux central se compose du cerveau et de la moelle épinière. Le système nerveux périphérique, lui, se compose des ganglions et de l'ensemble des nerfs parcourant l'organisme.

Par ailleurs, la connaissance de ces fibres nerveuses permet de déterminer la nature de la douleur, alors caractérisée de deux sortes. C'est généralement ce critère qui permet d'ajuster le traitement qui sera accordé :

- **Les douleurs nociceptives** par stimulation des fibres A delta et C. Ce sont les douleurs les plus fréquentes dans les cas de cancer, elles sont irradiantes et lancinantes.
- **Les douleurs neuropathiques** par altération des fibres somesthésiques. Elles sont déclenchées spontanément ou par effleurement de la peau, auquel cas tout soin ou simplement l'effleurement d'un tissu sur la peau est vécu comme un inconfort douloureux majeur. Ces douleurs, dites neurogènes ou par désafférentation, ont la particularité d'être résistantes aux traitements antalgiques classiques et imposent la prescription d'antidépresseurs et d'anticonvulsivants.

La douleur n'est pas simplement un phénomène physiologique du système nerveux. Elle présente une **composante émotionnelle** qui est nécessairement prise en compte. Elle lie donc une sensation à une émotion qui donnent à la douleur sa **subjectivité**. On retrouve cette notion dans la définition donnée par l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP). De fait, la douleur ne se limite pas à la causalité entre une lésion et la sensation nociceptive ressentie ; le système limbique et la rétículo, respectivement responsable de la sphère émotionnelle et de la thymie, sont tout autant impliqués. Autrement dit **une douleur existe dès qu'une personne s'en plaint**, sans qu'il faille vérifier anatomiquement si cette douleur a lieu d'être, ou pas. C'est au rôle des soignants, ensuite, de trouver un lien entre une plainte et sa cause probable, qu'elle soit organique, psychique ou psychosomatique. Ceci afin d'y répondre au mieux.

## 2.2. La place de la subjectivité et les impacts de la douleur chez un sujet malade

Pour revenir au contexte du cancer, une douleur peut se manifester sous différents aspects. Bien-sûr on ne peut nier l'existence de **douleurs** au sens de la nociception, c'est-à-dire **organique**. Du fait des suites d'une opération chirurgicale ou simplement de la tumeur qui détruit un organe ou un tissu (douleurs nociceptives viscérales), ou dues à l'atteinte d'un muscle, d'un os, ou encore causées par l'alitement prolongé (comme les escarres, douleurs nociceptives somatiques). Il peut aussi y avoir des **douleurs psychiques**, comme manifestation d'une dépression réactionnelle par exemple, ou d'un choc psychoaffectif face à la maladie grave. Elles sont alors l'expression **d'une souffrance psychologique**, et deviennent un moyen, parfois le seul, de communiquer ses angoisses. Parmi ce dernier type de douleurs, on retrouve ce qu'on appelle les douleurs-mémoires, expression somatique recrudescence d'une douleur passée face à une situation anxiogène.

Quoiqu'il en soit, les douleurs sont presque toujours, pour ne pas dire toujours dans les cas de maladies graves tel que le cancer, associées à une souffrance. On parle alors de « **total-pain** »<sup>17</sup>. Que l'une soit la cause de l'autre ou qu'elles soient concomitantes, leur prise en charge nécessite l'alliance d'un traitement médicamenteux et d'un accompagnement psychologique et psychomoteur. C'est là toute la subjectivité de la douleur, qui plus qu'une sensation influence le vécu global de la personne.

De même, le **milieu social et culturel influent sur ce qu'est la douleur** et sur ce qu'elle représente. En effet, dès lors qu'il y a une sensation, d'autant plus couplée d'une émotion, chacun s'en fait une représentation en fonction de ce qu'il a reçu dans les interactions avec son environnement durant son enfance. On peut citer certaines cultures, où les tribus réalisent des rites de passage à l'âge adulte par exemple ; rites supposant des actes douloureux (pour la société occidentale) que les initiés vivent pourtant sans aucune manifestation en ce sens. Ou encore les « femmes-girafe », qui allongent leur cou au maximum par des anneaux en métal, véritable torture pour un occidental, pourtant critère de beauté dans la culture locale.

---

<sup>17</sup> Total-pain qui se traduit de l'anglais par douleur totale ou souffrance globale.

On pourrait donc compléter la définition d'après l'IASP, en disant que ***la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage. Elle dépend de ce que les critères socioculturels définissent comme telle ; et elle est relative au vécu de chacun, s'intriquant au carrefour somatopsychique d'un individu.***

Mme B. : « Ces douleurs, t'as l'impression de courir des 100 mètres... C'est épuisant ! »

Les douleurs, comme le précise Mme B, sont épuisantes tant d'un point de vue physique que psychique. Elles se caractérisent par une atteinte globale du sujet et impactent nécessairement le fonctionnement d'un individu dans sa manière d'être et d'agir. La douleur va modifier l'activité tonique de la personne qui peut osciller dans des états de tout ou rien. Ces modifications parfois brutales peuvent être associées au concept de dialogue tonico-émotionnel décrit par J. AJURIAGUERRA chez le petit. Cet auteur parlait d' « ***hypotonie de soulagement*** »<sup>18</sup> et d' « ***hypertonie d'appel*** »<sup>19</sup> pouvant aller jusqu'à une spasticité musculaire globale, et que l'on peut entendre comme un appel à l'aide face à la douleur. Les muscles se raidissent alors, W. REICH parle de « ***cuirasse musculaire*** ». Les mouvements deviennent parfois douloureux et la personne se réfugie dans une position antalgique.

Les repères psychocorporels sont donc perturbés et on assiste à une véritable **désorganisation psychomotrice**. La personne a une impression de clivage, c'est d'ailleurs en ce sens que l'hypertonie vient compenser, pour essayer de maintenir une unité psychocorporelle qui tend à disparaître. Ce sentiment pouvant aller jusqu'à des angoisses corporelles archaïques. Couplées à une anxiété, c'est le début d'un sentiment de perte de soi avec un vécu de dépersonnalisation<sup>20</sup> voire de déshumanisation. On remarque aussi une diminution de la mobilité et une restriction massive du champ d'action voire des tendances clinophiles<sup>21</sup>, quand bien même la personne rejette une partie d'elle, qu'elle désinvestit. Cela se traduit par un réel ralentissement psychomoteur.

---

<sup>18</sup> Coordonné par F. JOLY et G. LABES, *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité : volume 1, corps, tonus et psychomotricité*, édition du Papyrus, Noisiel, 2009.

<sup>19</sup> Ibid.

<sup>20</sup> Cf. Partie II, p.47

<sup>21</sup> La clinophilie est une recherche quasi permanente de la position allongée, d'un alitement prolongé.

A l'inverse, certaines personnes ont besoin d'exprimer et de faire reconnaître leurs souffrances. Elles ont besoin d'une douleur de fond pour se sentir, on pourrait dire se sentir encore vivant, alors même que l'angoisse de mort est prévalente. Si les antalgiques parviennent à supprimer totalement la douleur, elles demandent alors des doses moins fortes afin de garder ce fond douloureux. C'est devenu leur nouvelle manière d'être, de se sentir exister. La douleur s'inscrit alors dans leur identité. Aussi parfois, c'est la seule expression de la maladie. Et comment combattre une maladie qu'on ne voit pas, qu'on ne sent pas ? Ce seuil douloureux devenu supportable, habituel, constitue une nouvelle partie de soi, un nouveau repère psychocorporel s'exprimant par une hypertonie, un moyen pour ne pas s'éclater. En résumé, c'est une façon de se préserver face à une maladie pernicieuse comme le cancer, que l'on pourrait assimiler à un mécanisme de défense.

La douleur est donc un facteur d'ébranlement identitaire. Que ce soit un désinvestissement partiel ou total de soi, un besoin d'être à travers la douleur, elle influence et module l'état du patient chaque jour. Ceci constitue un vacillement identitaire, qui procure une sensation de ne plus être la personne que l'on était. On retrouve en cela l'idée de rupture marquée par l'avant-cancer et l'après-cancer qui sera développée plus tard. De plus, la douleur-souffrance entraîne fréquemment des états dépressifs qui se caractérisent par une perte d'élan vital, un retrait social et un isolement, une perte de désir et de goût. Des états qui font souffrance, et qui obligent les personnes à mobiliser de manière exacerbée leurs mécanismes de défense : désinvestissement, déni, colère... Réciproquement la dépression majeure le vécu douloureux.

Pour toutes ces raisons, l'évaluation et la prise en charge de la douleur sont devenues des priorités de santé publique. Est-il encore acceptable aujourd'hui qu'un sujet se plaigne durant des mois de douleurs qui pourraient pourtant être soulagées, notamment s'il s'agit de douleurs aiguës, devenues chroniques ? Néanmoins, pour les cas des douloureux chroniques, les causes sont souvent moins évidentes, et les traitements moins efficaces. La douleur est donc soulagée mais disparaît rarement.

## 2.3. Prise en charge de la douleur

La prise en charge de la douleur doit se penser de manière plurimodale. D'abord parce que les traitements sont divers (médicamenteux, non-médicamenteux) et que l'un n'est pas toujours suffisant à lui seul.

On distingue deux types de contrôle nerveux :

- **Théorie du « *gate control* »**<sup>22</sup> ou théorie de la porte : il s'agit d'un circuit neuronal afférent<sup>23</sup> qui fait intervenir un interneurone inhibiteur. C'est grâce à cela, par exemple, qu'en frottant une zone douloureuse après s'être cogné la douleur s'estompe, ou que l'eau froide sur une brûlure apaise. Cette théorie explique l'intérêt que peut avoir un massage dans le traitement d'une douleur.
- **Circuit nerveux descendant d'inhibition de la douleur** : il s'agit d'un circuit descendant où il existe de nombreux récepteur opioïdes, qui expliquent l'utilisation de morphiniques dans le soulagement de la douleur

### Traitements médicamenteux

On distingue alors trois paliers d'antalgiques, définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

- Antalgiques non morphiniques, les plus connus étant le paracétamol et l'aspirine.
- Antalgiques morphiniques mineurs, parmi lesquels la codéine.
- Antalgiques morphiniques majeurs, essentiellement la morphine.

---

<sup>22</sup> Théorie décrite par P. WALL et R. MELZACK en 1965. Source : site internet [www.institut-upsa-douleur.org](http://www.institut-upsa-douleur.org) ; et O. GAUCHER-HAMOUDI et M. GUIOSE, *Soins palliatifs et psychomotricité*, édition heure de France, Paris, 2007.

<sup>23</sup> Une afférence est un message nerveux dit ascendant allant de la périphérie (récepteurs cutanés par exemple) vers le centre (système nerveux central). Il s'oppose à un message nerveux descendant dit efférent, allant donc du centre vers la périphérie (comme c'est le cas pour la commande motrice des muscles par exemple).

D'autres traitements médicamenteux sont aussi utilisés dans le traitement de la douleur, ce sont les co-analgésiques. Il s'agit des anti-inflammatoires, des corticoïdes, des antispasmodiques, de certains antidépresseurs et d'anticonvulsivants. Ces divers traitements peuvent avoir des effets secondaires. Il est donc important que chaque patient puisse être tenu informé des bénéfices qu'il pourrait en retirer mais aussi des effets indésirables. Toutefois, ces médicaments sont parfois insuffisants pour soulager entièrement une douleur, à l'image de Mme B. qui me dit :

*« La douleur, tu la camoufles tu ne la guéris pas. »*

C'est pour cela, qu'outre ces dispositifs médicamenteux, il existe aussi des approches non médicamenteuses qui peuvent contribuer au soulagement et à la prévention de la douleur. Là, le psychomotricien trouve sa place, tant pour son évaluation sur un mode non verbal que pour sa contribution à l'analgésie par des méthodes à médiation corporelle comme la relaxation ou l'induction tactile (massage).

### **Traitement non-médicamenteux**

Il s'agit principalement des méthodes par modification des états de conscience, où le psychomotricien devient un acteur privilégié. Riche de ses techniques corporelles, il peut proposer de la relaxation, des inductions tactiles ou massages, ou autres méthodes selon ses compétences propres : balnéothérapie, activités créatrices... Leur efficacité est clairement établie de par l'observation des bénéfices. La distraction de l'attention, la diminution de l'anxiété, le sentiment de maîtrise, la libération de certaines hormones, le « gate control », ou la simple présence humaine expliqueraient les effets observés.

## 3. Du parcours de soin à l'atteinte de soi

### 3.1. Le parcours de soin du diagnostic aux traitements

#### Diagnostic

Les cancers peuvent être longtemps silencieux. Cela signifie qu'il n'y a aucun symptôme durant une période plus ou moins longue. Le diagnostic est parfois le fruit du hasard, mais qu'il soit fortuite ou non l'annonce d'un tel diagnostic constitue un choc pour la personne qui l'apprend. Cette dernière se retrouve alors dans un état de sidération. Quels sont alors les moyens qui permettent de poser un diagnostic relevant de l'oncologie ?

Tout d'abord, lorsqu'il y a suspicion d'une tumeur, un **scanner** permet d'en confirmer ou d'en infirmer la présence. Si une tumeur est présente, va s'en suivre une multitude de démarche visant à identifier si la tumeur est cancéreuse ou non. La personne va alors devoir subir une série d'examen (prélèvements sanguins, Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)...), lesquels vont être suivi le plus souvent d'une chirurgie pour réaliser une biopsie<sup>24</sup> et d'analyses histologiques et anatomo-pathologiques. Ces démarches sont lourdes pour un individu, mais nécessaires, et peuvent déjà constituer un facteur désorganisant.

Après les examens fondamentaux, c'est le temps de **l'annonce au patient**. En ce sens, le plan cancer 2003-2007 en a fait l'une de ses mesures phares : *«Permettre aux patients de bénéficier de meilleures conditions d'annonce du diagnostic de leur maladie »*<sup>25</sup>.

Ce dispositif a donc été pensé en quatre temps :

- Le temps médical avec l'annonce du diagnostic par le médecin et la proposition d'une stratégie thérapeutique individualisée
- Le temps d'accompagnement soignant, avec des entretiens infirmiers notamment qui permettent d'évaluer ce que le patient a compris de sa maladie, comment il la vit, et de réexpliquer si besoin les prochaines étapes de la prise en charge.

---

<sup>24</sup> La biopsie est un micro-prélèvement réalisé à des fins d'analyses histologiques.

<sup>25</sup> D'après la mesure 40 du Plan cancer 2003-2007. Source : <http://www.plan-cancer.gouv.fr>

- Les soins de support qui visent à améliorer la qualité de vie du patient. Ils seront mieux expliqués plus loin.
- La liaison avec le médecin traitant pour impliquer ce dernier dans le projet de soin du patient et ainsi se rapprocher des soins de proximité.

L'annonce du diagnostic se révèle être un choc pour la personne, qui se retrouve alors dans un état de sidération. Ce moment particulier signe la limite entre un « **avant** » et un « **après** » et marque une **rupture** fondamentale. Cette rupture est globale : physique, psychique, mais aussi sociale, existentielle et en rapport direct aux angoisses de mort. Nous y reviendrons dans la prochaine partie.

## Traitements spécifiques

Ils sont toujours difficiles, d'autant plus en raison des risques iatrogènes<sup>26</sup>, qui peuvent être considérables. Globalement, et selon les directives du « Plan cancer », la prise en charge est toujours pluridisciplinaire pour combiner et compléter les différents traitements et leurs effets. Pour ce faire, des Réunions de Conseil Pluridisciplinaire (RCP) réunissent plusieurs professionnels qui décident ensemble de la meilleure voie à suivre.

Il faut également savoir que même si les traitements sont autant que possible curatifs, c'est pourquoi ils sont aussi agressifs. Ils peuvent aussi avoir une visée palliative pour améliorer la qualité de vie du patient. Là, demeure le paradoxe de la cancérologie, à savoir que ces traitements justement, sont les mêmes qui entraînent des effets secondaires importants telles que la fatigue, les nausées, la perte de cheveux, la confusion, etc.

Le rapport entre bénéfices et risques reste néanmoins positif, le cas inverse il s'agirait d'une obstination déraisonnable ou acharnement thérapeutique.

---

<sup>26</sup> Les risques iatrogènes sont les conséquences possibles d'un traitement médical pouvant représenter un danger pour la santé.

## La chirurgie

Elle constitue l'un des seuls traitements curatifs avec la radio et la chimiothérapie. Il ne faut cependant pas oublier qu'une chirurgie n'est jamais banale et que de nombreuses contre-indications existent : l'anesthésie, l'état général de la personne, la topographie tumorale et sa localisation (une tumeur localisée au niveau du tronc cérébral par exemple, n'est pas opérable du fait de l'innervation trop importante de cette région). Il faut savoir que les risques opératoires sont quasiment les mêmes pour une biopsie que pour une exérèse, même totale. Une question éthique se pose alors : doit-on réaliser une exérèse chaque fois que cela est possible, avant même de connaître la nature de la tumeur, et même si celle-ci est asymptomatique ?

## La radiothérapie

Elle est un traitement qui n'est proposé qu'une seule fois à une personne du fait de la toxicité des irradiations. Elle est néanmoins reconnue pour l'amélioration fonctionnelle qu'elle engendre et pour l'augmentation de l'espérance de vie. Elle constitue un complément essentiel à la chirurgie ou le principal traitement en cas de tumeur inopérable.

La toxicité sur les tissus sains est importante et le dosage difficile puisque la marge entre la dose efficace et la dose toxique est fine. Il est donc indispensable de considérer le volume à irradier et l'incidence de l'irradiation<sup>27</sup>. Il est fréquent que l'incidence varie à chaque séance de radiothérapie pour limiter l'impact sur les tissus sains.

## La chimiothérapie

La chimiothérapie peut-être prescrite soit en complémentarité des autres traitements pour améliorer leur efficacité, soit en visée palliative dans un but de confort de vie. En ce qui concerne les modalités, elle peut se délivrer en prise orale ou en intraveineuse (rendant de fait le traitement plus contraignant), en mono- ou poly-chimiothérapie. Il existe aussi des implants locaux qui sont disposés au niveau de la tumeur lors de la chirurgie. Il peut y avoir plusieurs lignes de chimiothérapie, c'est-à-dire plusieurs tentatives, en cas d'échec d'un protocole un autre peut être tenté.

---

<sup>27</sup> C'est-à-dire l'angle sous lequel les rayonnements vont être envoyés

Toutefois, les effets secondaires sont lourds pour la personne et souvent moins bien supportée que la maladie elle-même. Outre la perte possible des cheveux, des cils et des sourcils qui est souvent mentionnée, on note également une fatigue importante, un assèchement des muqueuses, des troubles digestifs et un affaiblissement du système immunitaire.

Il existe d'autres traitements comme les traitements anti-angiogéniques et l'hormonothérapie, que je ne développerai pas ici.

## Traitements symptomatiques

Les traitements symptomatiques sont ceux qui visent à répondre à des symptômes générés directement par les effets du cancer ou découlant des traitements spécifiques. Les premiers concernent le **soulagement de la douleur**.

Il y a d'autres types de traitements symptomatiques, tels que les anti-œdémateux, qui vise une éventuelle décompression de l'organe atteint ; ou les anticoagulants, qui préviennent des risques thromboemboliques postopératoires par exemple. On retrouve aussi des psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques...), des traitements digestifs (laxatifs en particulier, la constipation étant fréquente chez les sujets atteints de cancer et faisant l'objet d'une surveillance quotidienne par les infirmiers et aides-soignants), respiratoires et autres.

Nous voyons bien que les traitements constitue un **élément majeur de la prise en charge**, mais ils peuvent être lourds et conséquents pour la personne tant sur le plan physiologique que psychologique. Pour ces raisons, les soins quotidiens assurés par les infirmiers et aides-soignants sont primordiaux, d'une part parce qu'ils permettent de tisser du lien avec les patients ; et d'autre part pour assurer l'observance des traitements, la surveillance médicale ; donc un meilleur ajustement des thérapeutiques en cours.

## Les soins quotidiens

Les soins quotidiens, c'est-à-dire les soins infirmiers, rythment les journées des personnes hospitalisées. Ils se basent sur les **quatorze besoins fondamentaux** décrits par Virginia HENDERSON. On peut en effet se demander quels sont les besoins fondamentaux nécessaires, premièrement à la survie de l'homme ; et deuxièmement à la vie avec le sentiment de dignité de tout individu. *Voir Annexe 2 p.99*

Rappelons que la Déclaration universelle des droits de l'homme stipule dans son article premier :

**« Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits »**

Ces soins sont importants car avant toute chose, ils permettent d'humaniser le contexte hospitalier et **d'humaniser** les patients. Ils ne sont pas seulement malades, ils sont avant tout des Hommes. Qui plus est, les aides-soignants et les infirmiers sont les plus en contact avec les patients. Ils sont leur **lien** direct avec l'institution qui les accueille et les familles et ils peuvent donc être d'une aide majeure pour les autres soignants de l'équipe (médecin, psychomotricien, kinésithérapeute...) pour comprendre les demandes et les envies de chacun.

Les soins quotidiens, pas toujours bien vécu car parfois invasifs et se heurtant toujours à l'intimité de la personne, sont néanmoins un **repère** essentiel. En effet, alors que les sujets atteints d'un cancer sont dans une **temporalité déstructurée** sinon brisée, qu'ils sont dans un lieu de soin où leur **espace propre est perturbé** ; les soins quotidiens sont aussi une **réassurance**, celle qu'il y ait quelqu'un au cas où... (rôle de la sonnette d'alarme dans les chambres par exemple). Celle aussi qu'il peut y avoir quelqu'un qui fait tiers, car des conflits familiaux pouvant intervenir ou ressurgir. Bien souvent, ils sont révélateurs de souffrances au sein de la famille, qui ne sachant comment la gérer laisse exploser des conflits. Les soins quotidiens offrent l'occasion **d'échanges** qui (ré)-inscrivent le patient dans une dimension sociale, ils offrent une **rythmicité régulière** et possiblement anticipée qui (ré)-inscrit la personne dans une temporalité structurée, pensable. Ils sont donc parfois pesant car imposés, mais nécessaires. Parfois aussi, il peut y avoir des **co-soins**. Ils relèvent alors des **soins de support**, que nous allons aborder maintenant.

Il paraissait nécessaire de retracer ce parcours de soin, depuis le diagnostic jusqu'à la prise en charge, pour illustrer ce qu'est le bouleversement à l'origine d'un vacillement identitaire. Un contexte de rupture dans lequel le psychomotricien est amené à intervenir auprès des patients

## 3.2. Les soins de support

*« Les soins de support désignent l'ensemble des soins et soutiens qui peuvent être proposés à une personne atteinte d'une pathologie cancéreuse, à côté des traitements spécifiques [...]. Ils ont pour objectifs de diminuer les conséquences de la maladie et des traitements. Pour cela, une équipe de professionnels spécialisés dans des domaines très différents mettent leurs compétences à la disposition des malades afin de les aider à supporter cette période difficile. Les soins de support peuvent être proposés pendant et après le traitement de la maladie mais également lorsque les traitements du cancer n'ont plus d'effet. **Ils s'adaptent aux besoins des malades et de leur entourage** »<sup>28</sup>.*

Cette définition montre ce qui est essentiel dans les soins de support. Tout d'abord ils s'inscrivent dans une visée de **soins et de soutiens**. Ils ne guérissent pas mais soignent en permettant un **mieux-être**, en diminuant les effets de la maladie au sens le plus large (de la maladie elle-même, des traitements et des conséquences personnelles, professionnelles et sociales).

Ils sont proposés dès le début de la prise en soin d'une personne atteinte d'une pathologie cancéreuse, et continuent pendant puis après les traitements, surtout lorsque ceux-ci ne font plus effet. Ce point est primordial, car il signe la **continuité des soins** avec un **accompagnement durable et de confiance**, en évitant un sentiment d'abandon qui est parfois ressenti. Enfin, les **soins de support s'adaptent** autant que possible, y compris avec l'entourage, qui peut aussi parfois en avoir besoin (par exemple un soutien psychologique quand il est en souffrance).

Ils concernent des **domaines très divers mais pas moins complémentaires** (psychologue, assistante sociale, kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien, professeur d'activité physique adaptée, socio-esthéticienne, coiffeuse, aumôniers, bénévoles...). C'est également dans ce cadre que s'inscrit le soin psychomoteur en cancérologie.

Quoiqu'il en soit, ces différents acteurs et professionnels participant aux soins de support collaborent et œuvrent en interdisciplinarité. Les échanges et les communications, que ce soit en réunion de transmissions, de synthèse ou lors de temps informels sont plus qu'indispensables, ils assurent une continuité qui est essentielle pour la personne et dans le processus d'acceptation et de « vivre avec ».

---

<sup>28</sup> Ligue nationale contre le cancer, *Les soins de support, pour mieux vivre les effets du cancer*, 2009.

C'est donc dans ce contexte que je suis arrivé en stage. Découvrant par là même un fonctionnement institutionnel organisé d'une part avec le service de soins de suite et de réadaptation (SSR), dont un secteur est consacré à la cancérologie et un autre secteur à la gériatrie. D'autre part avec une unité de soins palliatifs. Enfin, un secteur d'hospitalisation de jour assure la continuité des soins et l'accompagnement individuel et familial lorsqu'un retour à domicile a été possible ; et une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) peut intervenir en cas de besoin.

Cet univers était nouveau pour moi, il a donc fallu prendre mes repères et me faire une place. Dois-je chuchoter quand je suis dans le couloir ? Me demandais-je, par peur de déranger, peut-être, un patient épuisé qui chercherait le sommeil. Comment réagir lorsqu'un patient, en larmes, partage avec vous sa souffrance ? Puis-je vraiment soulager une douleur quand même les médicaments montrent leurs limites ? Que proposer quand à l'arrivée dans la chambre le patient est recroquevillé en position fœtale, parce que le moindre mouvement lui est douloureux ? Beaucoup de questions se posaient à moi à chaque porte que je franchissais...

Tout autant de questions qui s'imposaient par ce que me renvoyais les personnes que je rencontrais, patients ou soignants. Et autant de réponses qui questionnent dès lors sur sa propre personne. Qu'est-ce que moi je leur renvoie ? Et si c'était moi qui étais là, qu'est-ce que je voudrais recevoir ?

C'est ainsi que ma réflexion s'est creusée. Qui sommes-nous ? Qui sont-ils ? Quelqu'un avec une vie, une famille, un travail... et que leur restait-il aujourd'hui ? Des cicatrices, des douleurs, un lit médicalisé pour partager ses nuits, un crâne lisse à cacher, ou pas, d'un foulard ou d'une casquette. Oui, que leur restait-il de leur personne ? Savaient-ils eux-mêmes qui ils étaient encore ?

Et malgré tout... Parfois dans la rencontre, on se surprend à deviner un peu d'eux-mêmes, ce qu'ils veulent bien nous en livrer. On se surprend à oublier la douleur dans un rire partagé, à oublier la maladie en se satisfaisant de la simplicité d'une couleur, d'une odeur, d'un contact, d'un sourire. C'est là que la psychomotricité trouve sa place, dans l'intersubjectivité, là en tout cas que j'ai tenté durant huit mois de trouver la mienne. De par ma formation et mes techniques : j'invite à se (re)découvrir, je propose un massage pour entendre et soulager les maux qui ne peuvent être dits avec les mots, ou encore nous peindrons un souvenir pour s'en faire de nouveaux... A travers cela, c'est une rencontre entre des personnes, le thérapeute que je deviens avec les patients que je soigne. Un lien qui se construit, parfois aux portes de la mort et qui contribue à sa façon au soutien identitaire.

C'est dans ce contexte, de cancer, que je rencontre des personnes, que la maladie a frappé sans prévenir. Femme au foyer, ouvrier du bâtiment, biologiste, agricultrice, cadre territoriale se croisent, sans se connaître, au détour d'un couloir. Pourtant ils ne le savent pas, mais la même maladie les ronge, la même souffrance les habite, celle de la perte. Je me demande alors quelle est cette perte pour chacun ? Ou devrais-je dire ces pertes ? A chaque rencontre je me questionne sur ce que chacun a perdu, sur ce qu'ils gagneraient à trouver, peut-être, sur ce qu'un psychomotricien pourrait leur apporter. C'est pourquoi, pour illustrer mon propos j'ai décidé de formuler quelques hypothèses de répercussions identitaires.

### 3.3. Hypothèses de répercussion identitaire du cancer

Nous proposons donc ici de mener un questionnement sur d'éventuels troubles qui peuvent survenir dans les cas de tel ou tel cancer. Comme nous l'avons déjà vu, tous les organes et tous les tissus de l'organisme peuvent être atteints par des cellules cancéreuses. J'ai choisi de réfléchir aux répercussions identitaires selon la sphère touchée par la maladie.

**Les cancers viscéraux** (foie, pancréas, côlon, rectum, vessie, poumons, etc.) :

Ils atteignent non seulement l'organe, mais aussi une fonction primordiale de l'organisme : respiration, digestion, élimination... On respire, on digère et on élimine sans vraiment y penser tant c'est banal au quotidien. Pourtant quand un cancer vient perturber leur fonctionnement ou qu'il impose l'exérèse de l'organe touché, tout devient plus compliqué. L'image de la maladie prône alors sur l'image de l'individu. D'autant plus quand la médicalisation devient visible de l'extérieur : assistance respiratoire, perfusions, stomies<sup>29</sup>... Ceci modifie considérablement l'image que la personne a d'elle-même et altère son schéma corporel, en lui renvoyant la médicalisation, la dépendance aux soins et à cet « organe artificiel » à l'extérieur d'elle. A travers cela, c'est aussi l'image de la mort qui se présente. On peut donc penser aux conséquences comme la dévalorisation de soi, la déshumanisation, la dépersonnalisation... L'identité de la personne se base désormais sur la pathologie, le sujet et la maladie se confondent, le sujet n'est plus seulement lui parce qu'il est maintenant malade. « *“Ce qu'ils ont, devient ce qu'ils sont”, le conflit interne vient de la peur d'être la maladie et de ne plus être soi* »<sup>30</sup>.

Mme B. : « *Je déteste ma stomie, je déteste mon appartement, avant je les aimais bien, maintenant je les déteste* ». On voit comment Mme B. a adopté sa stomie comme sienne, parce que forcée par son cancer de la vessie, tant qu'elle était hospitalisée.

---

<sup>29</sup> Sorte de poche à urine ou à selles reliée à un conduit naturel de l'organisme lorsque l'élimination de ces substances n'est plus assurée.

<sup>30</sup> O. GAUCHER-HAMOUDI et M. GUIOSE, *Soins palliatifs et psychomotricité*, édition heure de France, Paris, 2007, p.42.

Le service est devenu son nouveau « chez soi » car plus rassurant que son propre appartement de par la présence médicale. L'évocation d'un retour à domicile, met Mme B. en difficulté, parce que comment penser la sortie, le retour chez soi, alors que ce ne sera « pas comme avant » et que la maladie se voit ? D'autant plus lorsque son corps comme réceptacle et contenant de son être est devenu trop précaire et trop insécure. En cause les douleurs, les « trous » des opérations, de la stomie, de la chambre implantable lui donnent peut-être l'impression d'être ouverte, béante. On peut penser que son vécu corporel, dont fait désormais partie la stomie, la renvoi à une angoisse archaïque de morcellement.

## Les cancers neurologiques

Il s'agit des tumeurs cérébrales, elles peuvent entraîner de nombreuses conséquences selon la partie du cortex qui est atteinte. Le cerveau est à l'origine des mouvements du corps, de la pensée et de l'intellect. On retrouve alors un déficit cognitif plus ou moins important, des troubles des fonctions exécutives (mémoire, attention, anticipation, initiative...), des troubles neuro-moteurs, des troubles du comportement et de la personnalité, etc. C'est le fonctionnement même de l'individu qui est donc perturbé, sa manière d'être et d'agir. En clair, la personne elle-même.

Mme R. est admise pour un glioblastome<sup>31</sup> droit, entraînant une hémiparésie gauche, une aphasie<sup>32</sup> et un déficit cognitif. Aussi, à ma rencontre avec Mme Ri., elle donne l'impression d'un vide psychique, l'appareil psychique n'est plus fonctionnel et la pensée paraît difficile voire absente.

Le cancer a donc impacté directement la personne qu'elle était : ses traits de caractère, sa personnalité, sa manière d'être au monde, à soi, à l'autre. Ses aptitudes à agir et interagir sont amoindries. Comment savoir qui elle est, quand on ne la perçoit plus qu'à travers la maladie ?

---

<sup>31</sup> Un glioblastome est une tumeur cérébrale maligne et de mauvais pronostic puisqu'engageant systématiquement un pronostic vital

<sup>32</sup> L'aphasie est un trouble du langage se caractérisant par un déficit d'expression et/ou de compréhension du langage parlé ou écrit ; survenant en dehors de tout déficit sensoriel ou de dysfonctionnement de l'appareil phonatoire.

## Les cancers « sexuels »

Il s'agit des par exemple des cancers gynécologiques (sein, ovaire, utérus...) pour la femme, et de la prostate ou des testicules pour les hommes. C'est alors l'identité sexuée qui s'en trouve mise à mal. Et pour cause... Comment s'assumer en tant que femme ou en tant qu'homme, quand ce sont les attraits mêmes de sa féminité ou de sa masculinité qui vous sont retirés ? La question est compliquée, mais de fait mise en jeu pour ce type de cancer et au cœur des problématiques des sujets atteints. De cela découle évidemment d'autres questions qui concernent la vie sexuelle et affective de l'individu, la relation à soi et aux autres, le deuil d'une possible infertilité... Heureusement, aujourd'hui, beaucoup d'importance a été accordée à ces problématiques en essayant d'y répondre au mieux par : un soutien psychologique, une thérapie conjugale ou sexologique, une orientation vers un CECOS<sup>33</sup>, une reconstruction esthétique chirurgicale (mammoplastie, mise en place d'une prothèse testiculaire...), etc.

On pourrait encore citer de nombreux exemples et émettre de nombreuses hypothèses. Qu'en est-il des cancers de la peau, des cancers ORL ou de la face, qui modifient l'apparence voire défigurent ? Quelle souffrance peut-on imaginer quand l'image que nous renvoie le miroir, celle que nous renvoient les autres, n'est juste pas acceptable par soi-même ?

Cette dichotomie entre l'organe atteint et l'individu est frappante dans les services hospitaliers de médecine, et probablement nécessaire pour une meilleure connaissance des pathologies supposées. Néanmoins, les unités de soins palliatifs s'opposent en cela. En effet, elles ne se centrent pas sur un organe ou une fonction. Elles proposent des soins prenant en compte la personne dans sa globalité et dans son entièreté, une condition nécessaire pour un accompagnement de fin de vie. Quoiqu'il en soit, et nous l'avons déjà vu, les questions identitaires sont au cœur des pathologies cancéreuses, sous divers aspects, mais l'image en est souvent l'essence même. Quelle image ? Comment se fait-elle constitutive de l'identité d'une personne ? Aussi, pourquoi un accompagnement en psychomotricité permet-il de répondre à ces problématiques identitaires dans les cas de cancer ?

---

<sup>33</sup> Les CECOS sont des centres implantés au sein des CHU, qui ont pour mission de permettre la procréation par don à des couples rencontrant des problèmes d'infertilité, et la préservation des gamètes (ovocytes et spermatozoïdes) pour les femmes et les hommes atteints de certaines maladies tel que le cancer.

## Partie II :

# Une identité à son image

*« Il y a des cicatrices qui saignent encore plus que les plaies elles-mêmes »<sup>34</sup>.*

JEAN-MARIE ADIAFFI

« Chaque identité est, à chaque instant, une émergence de sens »<sup>35</sup>

Alex MUCCHIELLI

---

<sup>34</sup> J-M. ADIAFFI, extrait de *La carte d'identité*, éd. Hatier international, collection monde noir, 2002.

<sup>35</sup> A. MUCCHIELLI, *L'identité*, PUF, « Que sais-je », Paris, 2011 - 8<sup>ème</sup> édition, p.34

# 1. Une approche du concept d'identité

Dans cette partie, nous allons d'abord tendre vers une compréhension du concept d'identité, qui se révèle être complexe. Nous verrons entre autre, comment il a été théorisé par la psychosociologie, puis comment se fonde l'identité chez un sujet. Nous aurons ensuite une lecture psychomotrice de cette approche. Enfin, nous aborderons, en lien avec l'identité, le concept d'image du corps, par laquelle s'ouvre une conception clinique accessible aux psychomotriciens. Celle qui m'a permise un éclairage auprès des patients que j'ai rencontrés.

## 1.1. Introduction au concept d'identité

Dès lors qu'on aborde la question de l'identité, il apparaît très vite que la richesse et l'abondance des théories associées témoignent de sa complexité. Les écrits sur le concept d'identité sont multiples et renvoient tant au domaine des sciences sociales qu'aux questions éthiques, psychologiques ou encore philosophiques. En fait, il semblerait qu'il y ait autant de définitions que de théories possibles.

*« Aucune science ne peut définir "l'identité totale" d'un acteur, chaque science en propose une approche, un point de vue qui s'apparente à la perception partielle de la subjectivité humaine. "L'identité totale" reste virtuelle »<sup>36</sup>*

L'approfondissement du terme d'Identité, au sens de MUCCHIELLI à savoir « *l'identité totale* », témoigne du caractère pluriel de sa définition. Il n'y a pas une identité mais **des identités**, « *L'identité est [...] plurielle* »<sup>37</sup>.

Cette caractéristique peut être illustrée à l'image de la boule à facettes qui nous apparaît de loin comme une sphère. Alors que de près, nous pouvons observer qu'elle se décompose en un ensemble de multiples de petites facettes qui constituent un tout. Cette définition apportée par A. MUCCHIELLI peut se rapprocher de la gestalt théorie « le tout est plus fort que la somme des parties constituant ce tout ». Il m'a donc semblé évident qu'il fallait se centrer sur une de ces « facettes ». Mais... Laquelle ? Quelle est cette part de chacun qui est touchée par le cancer, quand il est atteint tout entier dans les fondements qui le constituent en tant que personne.

---

<sup>36</sup> A. MUCCHIELLI, *L'identité*, PUF, « Que sais-je », Paris, 2011 - 8<sup>ème</sup> édition, p.16

<sup>37</sup> Id. p.19

Avant cela, il est essentiel de définir globalement ce qu'est l'identité. Elle prend son premier sens dans la phylogenèse, car nous avons **tous** la similitude d'appartenir à la même espèce : l'homo sapiens sapiens, l'homme qui sait qu'il sait ; seule espèce du genre homo (apparu il y a quelques 3 milliards d'années) à avoir survécu.

Puis, R. DORON et F. PAROT donnent cette définition :

*« L'identité personnelle résulte de l'expérience propre à un sujet de se sentir exister et reconnu par autrui en tant qu'être singulier mais identique, dans sa réalité physique, psychique et sociale. L'identité personnelle est un processus actif, affectif et cognitif de représentation de soi dans son entourage associé à un sentiment subjectif de sa permanence. Ce qui permet de percevoir sa vie comme une expérience qui a une continuité et une unité et d'agir en conséquence. [...] L'identité personnelle prend place dans une lignée. Elle inscrit les legs du passé dans la construction d'un horizon temporel. Lorsque la part originaire de l'identité ne peut être investie, l'équilibre de la personne en est affecté. L'identité personnelle est sexuée [...]. Les actes, les créations, les possessions mais aussi la différenciation, les confrontations et les engagements sont des moyens pour signifier la marque de son identité personnelle. L'articulation de ces multiples facettes dépend de la cohérence et du dynamisme du principe organisateur des adaptations (force du moi) qui régule les interactions entre les changements de la vie et ceux de l'environnement »<sup>38</sup>.*

D'autre part, le « soi désigne de manière très générale ce qui définit la personne dans son individualité »<sup>39</sup>. Le terme « soi » est apparu dans l'idée de le différencier du Moi qui, depuis les théories freudiennes, prend un sens relativement restreint par rapport à celui qui lui est donné dans le langage courant. « Le soi représente la personne en tant que lieu de l'activité psychique dans sa totalité. [...] Le soi est assimilé à l'objet de l'investissement narcissique. On peut dire que la représentation de soi est une construction du Moi »<sup>40</sup>.

Nous voyons donc comme le concept **d'identité révèle plusieurs aspects** qui mettent en exergue plusieurs paradoxes.

---

<sup>38</sup> R. DORON et F. PAROT, *Dictionnaire de la psychologie*, PUF, Paris, 1991.

<sup>39</sup> J. GUILLAUMIN, *Le soi comme fondement de la fonction de synthèse du Moi ?*, Revue française de psychanalyse, 1997/2, n°61.

<sup>40</sup> Ibid.

Tout d'abord l'identité résulte de **l'expérience propre** à chacun, elle est donc unique et se façonne au fil des événements de vie. Le **sujet s'inscrit dans une lignée transgénérationnelle**, où les éléments du passé, constitutif de chaque individu, permettent d'inscrire un horizon temporel. Ainsi le passé donne sens au présent, tout en permettant d'envisager un avenir dans une **continuité**. L'identité permet de **se sentir exister et de se vivre comme unique, mais identique** par l'appartenance à l'espèce, à un groupe social, etc. C'est là le premier paradoxe. Aussi, elle renvoie directement à l'autre puisqu'il est nécessaire d'être reconnu par autrui, et de **se sentir à la fois identique de lui et différent**.

Il s'agit donc d'un **processus dynamique** qui permet la **représentation de soi et le sentiment de sa permanence au monde** ; en quelque sorte le sentiment **d'être le même malgré les changements**. C'est le deuxième paradoxe. Cet ensemble constitue une **continuité et une unité de l'individu**, qui peut alors **être et agir selon ce qu'il est**, dans son environnement et en relation aux autres.

Tout sujet est **sexué**, c'est-à-dire qu'il se sent homme ou femme, à partir des attributs physiques de sa masculinité ou de sa féminité, ceci dans une construction intersubjective précoce avec les parents et en fonction des rôles attribués par l'entourage social selon le sexe.

Chacun a besoin de **signifier la marque de son identité** personnelle pour permettre une construction narcissique. A travers les actes, les créations, les possessions tout comme à travers les échanges, les engagements, les conflits. Par exemple le jeune enfant dans sa période de toute puissance, affirme son identité et son individualité par des « non » répétés.

Toutefois, nous sommes **continuellement en mouvement** et nous nous construisons dans un processus dynamique, marqué par des **changements permanents**, tout au long de la vie. De même, l'environnement change en permanence et nous oblige à nous adapter.

C'est le rôle du Moi<sup>41</sup> de réguler les perturbations externes et internes pour assurer une stabilité et une continuité de soi, sous le risque d'en perdre son unité, dans un monde enclin à une instabilité permanente. Il est donc primordial d'avoir un Moi suffisamment construit et organisé pour assurer cette permanence et cette cohérence de soi.

**Dans le cas inverse, le Moi serait submergé et tout événement serait apparenté à une effraction de soi. Cette modalité peut s'apparenter à la notion de traumatisme.** J.

LAPLANCHE ET J-B. PONTALIS définissent le traumatisme comme « *Un évènement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations.* »<sup>42</sup>

**Ils sous-tendent un éclatement psychique et une déstructuration psychocorporelle.**

---

<sup>41</sup> Le Moi est une instance psychique décrite par Freud. Il réalise un équilibre entre le ça (qui correspond à ce qui est inconscient, réservoir de l'énergie libidinale) et le surmoi (qui a le rôle de censure du ça, par l'intériorisation des interdits parentaux et des valeurs sociales). Le Moi relève à la fois de la sphère consciente et inconsciente et tend à une régulation visant l'équilibre du sujet. Il est donc à l'origine des mécanismes de défense que le sujet met en œuvre et qui surviennent en cas de perturbations, afin de le protéger face à une situation vécue comme angoissante ou dangereuse pour son intégrité.

<sup>42</sup> J. LAPLANCHE ET J-B. PONTALIS, Vocabulaire de la psychanalyse, PUF, Paris, 2007.

## 1.2. Les fondements de l'identité et l'origine des troubles

**L'identité d'un individu** peut être définie selon de nombreux critères qui dépendent du contexte environnemental, social **et** culturel. Elle se précise tout au long de la vie du sujet dans un lien toujours renouvelé à son environnement. Il s'agit donc d'un processus dynamique. Le sujet adapte son discours et son comportement selon le contexte dans lequel il s'inscrit. Les adolescents sont un exemple type de cette adaptation. Leur langage et leurs comportements ne seront pas les mêmes s'ils sont en présence du groupe adolescent, du système familial ou confrontés à leurs professeurs. **Il y a donc autant de façons possibles de définir une même personne que de contextes, ce qui revient à émettre l'hypothèse selon laquelle il y a autant d'identités que de contextes.**

L'identité est à la fois un **ensemble de critères extérieurs et transgénérationnels** permettant la définition d'un sujet mais aussi, un **sentiment interne de soi**. G.H. MEAD précise :

*« Le "Soi" et la conscience de ce "Soi" viennent du fait que l'acteur peut s'éprouver lui-même directement en se plaçant de point de vue des autres membres du groupe social auquel il appartient »<sup>43</sup>*

Le terme acteur définit ici un individu en tant que sujet qui est et agit, en relation à l'autre. Le discours et le comportement d'une personne renseigne sur une part de qui elle est, malgré qu'ils changent et s'adaptent en fonction du contexte. Tout comportement nouveau peut s'approprier et ainsi façonner un aspect de l'identité d'un sujet. Il y a donc une influence réciproque entre le sujet et son milieu.

**Ce sentiment de soi est en fait un ensemble de sentiments vécus dans l'expérience à l'autre par le sujet au cours de sa vie et se rapportant à son identité.** A. MUCCHIELLI explique qu'il s'agit de neuf sentiments intimement liés les uns aux autres. Ces sentiments se structurent et s'organisent tout au long de la vie et trouveraient leurs origines dans la petite enfance. Ils peuvent être néanmoins perturbés à tout âge si survient ce que nous avons nommés précédemment un traumatisme

---

<sup>43</sup> G. H. MEAD dans *L'identité*, de A. MUCCHIELLI, PUF, « Que sais-je » - 8<sup>ème</sup> édition, Paris, 2011, p.21.

Pour illustrer mes propos je vais principalement m'appuyer sur les travaux d'A. MUCCHIELLI, puisqu'il y fait la synthèse de nombreux auteurs s'étant intéressés à l'identité. **Le sentiment d'identité** émerge donc de neuf sentiments étroitement liés qui vont être présentés maintenant.

## **Le sentiment corporel ou sentiment de son être matériel**

C'est la conscience d'un ensemble de sensations corporelles qui prend son origine dans ce que nous appelons le schéma corporel. J. DE AJURIAGUERRA propose la définition suivante *« édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification »*.

Aussi, le schéma corporel est l'ensemble des **sensations et impressions corporelles**<sup>44</sup> permettant tout **acte ou perception, et leur conscience**, de manière orientée dans l'espace et le temps, et **en relation** à soi, à l'autre et à l'environnement, où ils prennent une signification. Ce serait une perception de soi au sens global du terme qui permet la conscience des différentes parties du corps dans leur relation à elles-mêmes ou aux éléments extérieurs. Elle donne donc **un référentiel** mais aussi une représentation de soi. Le schéma corporel est étroitement lié à l'image du corps au sein d'une articulation complexe et indissociable. L'image du corps qui peut se penser comme la synthèse vivante de toutes nos expériences, à la base de notre identité. Nous reviendrons sur ces notions ultérieurement.

## **Le sentiment d'appartenance**

Il se construit dans la relation précoce entre le bébé et son parent et **résulte du processus d'intégration des valeurs sociales**. Il permet l'intégration, l'acquisition des codes culturels et des modes de communications au sein du groupe

---

<sup>44</sup> On définit classiquement trois niveaux de sensibilité corporelle :

- L'extéroception : toucher, vue, ouïe, odorat, goût ;
- La proprioception : sensation des tensions tendino-musculaires, de positionnement des parties du corps et leurs mouvements, les sensations d'équilibre et de déplacement ;
- L'intéroception : sensibilité interne du corps, en rapport avec les organes.

Tel le bébé qui dans la construction de sa vie psychoaffective se confond en quelque sorte avec son parent pour se fonder conjointement, tout individu a le besoin de se sentir comme partie intégrante d'un groupe, au sein duquel il a une place définie. Ainsi, les situations d'exclusions sociales, comme le chômage par exemple (dépendance sociétale, isolement social, sentiment d'inutilité), peuvent engendrer des syndromes dépressifs aboutissant, a fortiori, à une perte du sentiment de soi.

## **Le sentiment d'unité et de cohérence**

Il se construit progressivement dans le psychisme par la **somme des expériences affectives, relationnelles et cognitives**. Il oriente les perceptions et guide les conduites en **assurant une cohérence de l'être**, c'est-à-dire du sujet avec lui-même. **C'est le sentiment de se sentir soi en toute circonstance**, malgré notre façon d'être et nos comportements qui peuvent variés en fonction du contexte. Ou au contraire, le fait de décider de ne plus « jouer un autre » pour être fidèle à soi.

Il s'étaye sur la base du psychisme qui s'élabore par la somme des expériences affectives, relationnelles, sensori-motrices, c'est-à-dire la structure cognitive. Un déficit cognitif majeur, tel qu'on peut le voir dans certains cas de démences par exemple, entraîne inévitablement un défaut d'unité et de cohérence de soi.

## **Le sentiment de continuité temporelle**

C'est le sentiment pour le sujet, **de se percevoir le même dans le temps, malgré les changements et l'évolution de son identité, sans rupture de son existence et dans un continuum des évènements de vie**. Il se base sur la **permanence corporelle** (pas de changements brutaux), sur la **mémoire** et sur la **capacité psychique de synthèse** des expériences vécues. Lorsque les changements sont vécus comme une **rupture**, alors on parle de **crise d'identité**. Il s'agit d'un trouble pathologique plus ou moins durable, qui se manifeste par le sentiment de ne plus se reconnaître soi-même, de ne plus se sentir la personne que l'on était avant. Nous y reviendrons.

## Le sentiment de différence

C'est le fait pour un sujet de se vivre comme différent de l'autre, dans son individualité et **sa singularité**. On ne peut se sentir soi, qu'en se vivant comme différent d'autrui. C'est ce que J. LACAN et F. DOLTO explique à travers le **stade du miroir**. Le bébé en regardant le miroir perçoit d'abord un autre, il n'a pas conscience que cet autre c'est lui et qu'il s'agit d'une image. Petit à petit il s'identifie à ses pairs, J. LACAN parle d' « *identification au semblable* ». Il reconnaît alors la forme humaine et le reflet du miroir devient une image, celle d'un autre. Par là même il constate la globalité de son corps.

Grâce à la présence des parents et à leur confirmation, qui atteste que c'est bien lui qu'il voit dans le miroir, l'enfant va prendre conscience qu'il s'agit de sa propre image. Puis, que cette image n'est pas le réel puisqu'elle est différente, inversée, incomplète car ne reflétant pas les pulsions qui l'animent. F. DOLTO précise alors que l'enfant est aliéné à son image, ce que J. LACAN appelle « image spéculaire ». Il accorde donc plus d'importance au perçu, qu'au vécu.

Les parents ont aussi cette fonction de miroir, à travers leur regard l'enfant se vit d'abord en symbiose avec eux, et progressivement il s'individualise. Le sentiment de différence est donc étroitement lié au sentiment d'existence, puisqu'il se vit soi en se vivant d'abord comme différent de l'autre. Il comprend que l'autre et lui sont deux êtres distincts, mais à la fois identique par leur appartenance à l'espèce. Cette individuation passe par le langage, celui de l'autre, puis le sien. J. LACAN explique que l'enfant est alors aliéné au langage.

Nous voyons comme l'autre tient une place essentielle dans la constitution de son individualité, tant par sa présence, son regard ou toute forme d'interaction, ainsi que son langage.

« **Je est un autre** » J. LACAN

## Le sentiment de valeur

C'est le fait de vouloir se « **faire valoir** » en tant que personne à un autre dont le jugement à une valeur. C'est être quelqu'un pour un autre qui est important à ses yeux. Il correspond à **l'estime de soi** et permet donc d'acquérir une **confiance personnelle**. A. MUCCHIELLI précise :

« *Etre quelqu'un pour quelqu'un d'autre, tel se manifeste en définitive le désir d'identité* ».

Par exemple, un enfant qui fait un dessin, s'il est encouragé et valorisé dans sa réalisation, acquiert une estime et une confiance en soi qui pourront ensuite se développer. A l'inverse, un enfant ne recevant aucune valorisation, aura beaucoup plus de difficulté pour développer cette confiance en lui nécessaire à la vie adulte.

## **Le sentiment d'autonomie**

C'est l'autre versant du sentiment d'appartenance. Tout comme nous avons besoin d'affirmer notre appartenance, nous avons besoin de nous **sentir indépendant et autonome** de celle-ci. C'est la possibilité pour le jeune enfant de se dégager du désir maternel, de faire l'expérience d'une liberté de choix et de la notion d'éventualité. **Cela ouvre la voie « au penser »** et suppose une sécurité intérieure. Il faut donc s'attacher pour se séparer. Il est alors possible pour le sujet de trouver une distance affective et relationnelle qui lui permet d'affirmer son identité en toute circonstance. Cela suppose que l'enfant ait au préalable acquis la permanence de l'objet, c'est-à-dire le processus par lequel il devient capable de mentaliser les objets libinaux extérieurs, notamment les parents. Ainsi, l'objet ne cesse pas d'exister en son absence, il y a une permanence, qui permet donc de s'en détacher pour conquérir une certaine autonomie.

## **Le sentiment (fondamental) de confiance**

Aussi appelé **sentiment de sécurité intérieure**. Il se construit par la somme des expériences relationnelles précoces, en particulier sur la stabilité de la relation affective entre le bébé et ses parents. C'est un sentiment de confiance de base, sur lequel est construite l'identité et qui permet la relation à l'autre et l'estime de soi, puisqu'il permet le fonctionnement des processus cognitifs d'intégrations.

Dans les cas où ce sentiment ne serait pas intériorisé de manière suffisamment stable, « *l'individu [essaye] alors désespérément de refouler projeter, sublimer ou annuler l'angoisse qu'il ressent* »<sup>45</sup> sans parvenir vraiment à la résoudre.

---

<sup>45</sup> A. MUCCHIELLI, *L'identité*, PUF, « Que sais-je » - 8<sup>ème</sup> édition, Paris, 2011, p.76.

## Le sentiment d'existence

Il est nécessaire pour tout individu d'avoir le **projet d'un « à-venir »**, une « *intentionnalité générale qui sous-tend l'être dans ses efforts de vie* » nous dit A. MUCCHIELLI. C'est en quelque sorte la **possibilité pour un sujet de se réaliser en tant que personne, en donnant un sens à sa vie et en anticipant son accomplissement**, donc de pouvoir envisager un devenir.

D. W. WINNICOTT parle du « *sentiment continu d'exister* »<sup>46</sup>. Au début de la vie du bébé, l'environnement doit s'adapter de façon parfaite à ses besoins, c'est la période de « *dépendance absolue* », pour que celui-ci soit soutenu dans son développement et que son sentiment continu d'exister prenne forme.

Pour cela, il décrit trois fonctions :

- « **la présentation de l'objet** », qui donne l'illusion au nourrisson d'une toute puissance, lui permettant de donner une existence réelle à l'objet au moment où il l'attend.
- « **Le holding** », qui est la façon de porter le bébé physiquement mais aussi psychiquement. Le holding repose sur la création d'un environnement sûr et contenant, avec des interactions de qualité avec l'Autre<sup>47</sup>. Il soutient ainsi le développement du Moi de l'enfant pour lui permettre d'établir des repères internes et externes suffisamment stables, sur lesquels il pourra s'appuyer. Cet environnement doit pouvoir, petit à petit, être anticipé par le bébé, c'est ce qui lui permet de trouver ses propres repères et de les intérioriser.
- « **Le handling** », c'est la manipulation du bébé au cours des soins. Ainsi l'enfant s'éprouve corporellement comme vivant, réalisant progressivement une unité corporopsychique.

De la sorte, l'enfant développe conjointement sa vie physique et psychique, à partir de ses capacités innées et en interaction avec l'autre. H. WALLON et J. de AJURIAGUERRA complète d'ailleurs ces théories en ajoutant le concept de « dialogue tonico-émotionnel » entre le jeune enfant et son parent. C'est alors qu'il éprouve un sentiment continu d'exister, attestant l'émergence d'un « **vrai self** » (WINNICOTT), c'est-à-dire un vrai soi.

Nous comprenons donc, qu'une faille de ce sentiment de continuité d'existence aurait des répercussions directes sur l'identité d'un sujet. Mettant à mal sa capacité d'être et d'agir.

---

<sup>46</sup> D.W WINNICOTT, De la pédiatrie à la psychanalyse, éd. Payot, collection sciences humaines, 1969.

<sup>47</sup> L'Autre, avec un « A » est donné par J. LACAN. Il définit tout ce qui est autre, humain ou matériel, sujet ou objet, sur quoi l'enfant va s'appuyer pour son développement.

## Quand l'identité se fragilise

Cet ensemble des neuf sentiments constitue donc le **sentiment d'identité** et présente un intérêt particulier pour la clinique psychomotrice. L'auteur précise par ailleurs que le **sentiment basal d'exister repose sur des informations sensorielles**. Lorsque le sentiment même vient à manquer, du fait d'« *expériences de privations sensorielles* »(Mucchielli), l'identité subit des perturbations.

Le bouleversement d'un de ces sentiments pourrait constituer ce qui pourrait être qualifié de « **vacillement identitaire** ». L'identité n'est pas rompue, mais elle devient fragile. Les fondements même de l'individu sont ébranlés, son équilibre psychocorporel est mis à mal. Le psychomotricien en proposant des expériences sensorielles, **enrichit positivement le vécu de soi et nourrit le sentiment primaire d'identité**, en faisant émerger le souvenir d'expériences antérieures. C'est sur ce principe que se base la **réminiscence**. La réminiscence peut être définie par l'exemple de « *la madeleine de Proust* ». En dégustant une madeleine, le personnage se souvient d'un épisode de son enfance, qui lui fait revivre ce moment en le teignant de la même charge émotionnelle. Cela peut constituer une approche psychomotrice dans les cas de démence par exemple, ou de troubles cognitifs et mnésiques que l'on retrouve dans certaines tumeurs cérébrales.

Les sentiments de valeur (estime de soi), de différence et d'autonomie prennent leur source dans l'environnement social, donc dans les relations engagées dans un contexte définissant des normes sociales. Lorsque celles-ci renvoient au sujet sa propre **rupture** d'avec ce contexte, elles sont confrontées à un vacillement identitaire. C'est ce que l'on retrouve par exemple chez Mme J. qui a partagé :

« *Quand je suis ici ça va, mais quand je suis dehors je me sens malade* »

C'est aussi par des paroles marquantes et chargées d'un sens profond, que la problématique identitaire s'est imposée dans ma réflexion et qu'a émergé l'idée de ce mémoire. Puisque comment être soi et se vivre sereinement, quand la seule image renvoyée, ou du moins la seule perçue, est celle d'être malade ?

## L'éclairage de la psychiatrie

Évidemment, dans un service d'oncologie nous n'établissons pas de diagnostic psychiatrique, car le cancer est au premier plan et les traits d'un quelconque trouble relevant de la psychiatrie n'en sont que la conséquence. Ils résultent même souvent d'un mécanisme de défense. Toutefois, il est vrai que nous sommes parfois amenés à rencontrer des personnes présentant ce type de signes cliniques. Le soutien identitaire apparaît alors comme essentiel. Cependant il ne s'agit pas de briser ces mécanismes de défense, inhérents aux symptômes, mais de les considérer pour adapter la démarche de soins.

Du point de vue de la psychiatrie, il existe plusieurs troubles qui concernent l'identité. Je ne développerai que la **dépersonnalisation**, qui se caractérise d'après le DSM IV « *par un sentiment prolongé ou récurrent de détachement de son propre fonctionnement mental ou de son propre corps, l'appréciation de la réalité demeurant intacte* ». Un épisode de dépersonnalisation est souvent déclenché par un « *stress intense* ». La symptomatologie s'exprime principalement par un **manque de réaction affective**, un **sentiment de perte de contrôle de ses actes**, une **souffrance cliniquement significative**, et une **altération du fonctionnement social, professionnel et personnel**.

Nous allons maintenant appréhender le concept d'identité par un point du vue psychomoteur. Cette vision nous permettra de comprendre pourquoi l'identité intéresse la clinique psychomotrice et ses thérapeutiques.

### 1.3. Une identité psychomotrice

« Chacun a construit au fil de son histoire une identité, une unité psychomotrice qui nous définissent dans nos repères d'être et d'agir »<sup>48</sup>.

En effet, chaque personne se construit tout au long de ses expériences. Lors du développement psychomoteur, cette unité psychomotrice s'élabore d'abord à travers l'autre. **Le bébé naît néoténique**<sup>49</sup>, il se développe donc grâce à la **relation précoce** qui s'installe **entre lui et ses parents**. De nombreux auteurs ont montré l'importance de cette relation dans le développement parmi lesquels H. WALLON, qui soutient l'idée que cette relation s'instaure à travers ce qu'il nomme le « **dialogue tonico-émotionnel** » et J. de AJURIAGUERRA qui parle de « **dialogue tonique** ». Autrement dit, le nourrisson et les parents s'ajustent réciproquement par la voie tonique, elle-même sous-tendue par la sphère affective. Au départ, **le monde du bébé est essentiellement sensoriel**.

« **Le Moi est d'abord corporel** »<sup>50</sup>

Sigmund Freud

C'est sur la base de l'ensemble de ces sensations, vécues dans des **expériences partagées à l'autre**, que pourra se construire un psychisme mature. D.W WINNICOTT nous dit « *un bébé seul n'existe pas* ».

Par l'**intérieurisation mentale** d'un ensemble de **sentiments d'abord vécu corporellement**, notamment ceux constituant le sentiment d'identité, l'enfant pourra progressivement **s'autonomiser**. Ainsi, il accède à une sensori-motricité soutenant son développement et lui permettant d'aller progressivement vers une exploration du monde environnant. Petit à petit, l'enfant construit des **repères d'être et d'agir** et élabore son **unité psychomotrice**, actualisée tout au long de la vie. Au fil de ses expériences (sensorimotrices, sociales, affectives...) il constitue des nouveaux repères et enrichit sa capacité d'être au monde.

---

<sup>48</sup> I. MARCOS dans *Corps vécu / corps réel – Redonner du lien quand le corps emmure*, Thérapie psychomotrices et Recherches, n°129, 2002.

<sup>49</sup> La néoténie est le fait que l'être humain naisse « inachevé », c'est-à-dire qu'il présente des caractères d'immaturation biologique, le soumettant dès lors à la dépendance de ceux qui l'entoure, les parents en premier.

<sup>50</sup> S. FREUD, *Le moi et le ça*, éd. PUF, 1923.

On constate là, la **globalité d'un sujet** en construction, où le **corporel et le psychique sont dépendant l'un de l'autre et en interaction dans leur développement** : sentiment d'identité, élaboration et remaniement du schéma corporel et de l'image du corps, structuration psychique, repères d'agir... D'une certaine façon on naît corps pour devenir corps, pensant et pensé.

Le psychomotricien par ses approches thérapeutiques diverses, peut soutenir ce sentiment d'identité. Pour cela, il tente au travers d'une approche relationnelle singulière, d'éveiller les sentiments de base constitutifs de l'identité. De la même manière que l'enfant avec son parent, il propose des expériences corporelles, au sein d'un cadre contenant et sécurisant, permettant leur intégration. **Ces expériences partagées dans la relation thérapeutique, sont l'ancrage nécessaire d'un éprouvé qui deviendra pensable**, représenté.

Par ailleurs, il me semble que toute la problématique rencontrée en cancérologie concerne, pour une part au moins, l'image du corps. L'expérience du cancer constitue une rupture globale. Face au danger imminent de la mort, aux perturbations imposées par la maladie tant corporelles que psychiques, le Moi de l'individu déclenche des **mécanismes de défense**, de manière parfois exacerbée. La personne est alors nécessairement impactée dans sa manière d'être au monde, ses repères d'être et d'agir sont renversés, son unité psychomotrice se rompt. Tout cela est lié en parti à l'image du corps. Comme Mme J., qui dit se sentir malade quand elle est dehors, chacun des patients rencontrés m'a amené à penser aux troubles de l'image du corps.

Mme Ro. : « *Regardez cette attelle, c'est une véritable torture, ça ne devrait même pas exister pour les animaux* »

Nous voyons ici comme son propre corps est vécu avec une violence intérieure.

Mme D. : « *Vous savez pour ça ? Regardez...* »

Me dit-elle en me désignant sa poitrine qui malgré le tee-shirt laisse deviner une mastectomie des suites d'un cancer du sein. On entend le "dégoût" d'une partie d'elle, une partie réduite au « ça » et dont la problématique n'arrivera que tard dans la conversation.

Dans la partie qui suit, nous allons approcher le concept d'image du corps et son lien avec l'identité. Cela nous permettra de saisir l'apport de cette notion pour un psychomotricien et l'intérêt de prendre en compte cette composante dans son approche thérapeutique, ici avec des patients atteints de cancer.

## 2. L'image du corps, du concept à la clinique

### 2.1. L'image du corps, les fondements de la psychanalyse

P. F. SCHILDER est le premier à introduire une théorisation de l'image du corps, mais ce concept a vraiment pris un tournant avec l'apport de F. DOLTO<sup>51</sup>, qui s'est appuyée autant sur les connaissances psychanalytiques que sur les données neurophysiologiques. C'est donc sur ses théories, et celles des auteurs qui les ont reprises ensuite, que je vais m'appuyer pour clarifier ce qu'est l'image du corps, nécessaire à l'appréhension du concept d'identité.

**L'image du corps est propre à chacun et éminemment liée à son histoire. Elle reste active tout au long de la vie et s'actualise en permanence par les expériences vécues et en relation à l'autre.** L'image du corps est donc :

*« La synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. Elle peut être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant »<sup>52</sup>.*

Elle **s'élabore à partir des sensations du bébé**. Les sensations ne deviennent images que si elles trouvent leurs origines dans le corps du bébé et en présence d'une mère<sup>53</sup> désirée, désirante (par la suite intériorisée) et qu'elles se répètent fréquemment. Ces images sont en fait des émotions générées par le rythme des échanges, entre le bébé et son parent. Lesquels sont à l'origine des sensations. C'est ce rythme présence/absence de la mère désirée et désirante, associé à l'émotion partagée entre les deux, qui constitue l'Image du Corps.

D'après J-D. NASIO, **l'image inconsciente du corps est donc un langage d'émotions**, à partir des sensations intériorisées par le rythme des échanges. Ce lien à l'autre est marqué par l'alternance de sa présence et de son absence. Le bébé oscille alors entre plaisir et déplaisir.

*« On ne ressent aucune émotion vive, agréable ou douloureuse, sans que, simultanément, s'imprime sa représentation psychique »<sup>54</sup>.*

---

<sup>51</sup> F. DOLTO développe sa théorie de l'image du corps dans son ouvrage *L'image inconsciente du corps*.

<sup>52</sup> F. DOLTO dans *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, d'E. W. PIREYRE, éd. Dunod, Paris, 2011, p.41

<sup>53</sup> J'emploie ici le terme « mère » pour rester fidèle aux propos de F. DOLTO et J-D. NASIO, mais il est évident qu'il s'agit avant tout de la figure d'attachement primaire et que le père peut tout aussi bien assurer la fonction de ces échanges précoces.

<sup>54</sup> J-D. NASIO dans *Le corps et ses images*, éd. Payot, Paris, 2008, p.40

F. DOLTO quant à elle, décrit trois modalités de l'image du corps : l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène.

« Lesquelles toutes ensemble constituent et assurent l'image du corps vivant et le narcissisme du sujet à chaque stade de son évolution »<sup>55</sup>.

- **L'image de base**

S'élabore à partir de la sensation d'un corps dense et stable, une sorte de certitude ressentie que son corps vivant est unifié et contenu. On retrouve l'idée de sécurité intérieure exposée précédemment. C'est ce qui procure le sentiment instinctif d'exister, dans une « *mêmeté* » (F. DOLTO) d'être. C'est aussi ce qui permet au sujet le « *narcissisme primordial* »<sup>56</sup>, (F. DOLTO) nécessaire à une « **continuité d'existence** ». (F. DOLTO).

- **L'image fonctionnelle**

Se construit par les sensations d'un corps agité par des tensions organique et vécu comme une masse tonique. C'est ce qui fait du sujet un être désirant, avide de satisfaire ses besoins, en premier lieu celui de communiquer avec un autre. C'est le fondement même de *l'identité*.

- **L'image érogène**

S'élabore à partir des sensations du corps vécu comme source de plaisir. E. W. PIREYRE<sup>57</sup> l'assimile à *l'identité sexuée*

« Ces images, bien que refoulées, demeureront vigoureusement actives tout au long de l'existence et se manifesteront dans toutes les expressions spontanées de notre corps d'adulte »<sup>58</sup>

Nous voyons comme les trois modalités constituant l'image du corps, révèle le **lien intime à l'identité**. On retrouve en effet, les idées de continuité, d'existence, d'estime de soi (à partir du narcissisme), de différence et d'unité ; en lien avec le vécu corporel. **L'image du corps est donc la base de construction de l'identité d'une personne et ce par quoi elle est signifiée à l'autre.**

---

<sup>55</sup> Id. p.39

<sup>56</sup> F. DOLTO entend par « *narcissisme primordial* », « *le narcissisme du sujet en tant que sujet du désir de vivre, préexistant à sa conception. C'est ce qui anime l'appel au vivre dans une éthique qui soutient le sujet à désirer. [...]. Ce narcissisme primordial constitue en quelque sorte une intuition vécue de l'être-au-monde* », dans *L'image inconsciente du corps*, éd. du Seuil, 1984, p.50-51.

<sup>57</sup> Eric W. PIREYRE est psychomotricien

<sup>58</sup> J-D. NASIO dans *Le corps et ses images*, éd. Payot, Paris, 2008, p. 36

« *“Je vous propose donc d’admettre que le moi freudien serait avant tout l’image inconsciente et consciente [...] des ressentis corporels ou, en raccourci, que le moi est l’image du corps”* »<sup>59</sup>

Ces trois images (de base, fonctionnelle et érogène) forment **l’image globale** dite aussi **image dynamique**, inscrite dans la mémoire inconsciente et **aboutissant au sentiment de soi** vers 3 ans. C’est l’aboutissement du stade du miroir. A partir de là, l’image du « *corps-vu* » s’impose à notre conscience au détriment de l’image du « *corps-vécu* ». J-D. NASIO précise tour à tour :

« *Ces composantes sont si indissociables que lorsque l’une d’elle est perturbée, c’est tout l’ensemble qui s’en trouve affecté* »<sup>60</sup>.

« *si nous pensons maintenant à l’image du corps, nous dirons qu’elle est un double qui peut apparaître comme une représentation plastique en deux ou trois dimensions [...] ou encore une représentation mentale “imprimée” sur la surface virtuelle de la conscience ou de l’inconscient [...] ; et enfin, l’image peut se déployer en une action et prendre la forme d’un comportement, d’un geste irréfléchi ou d’une attitude corporelle involontaire* »<sup>61</sup>

Ainsi, l’image du corps est tout autant :

- une projection de soi-même donc la façon dont chacun se voit, c’est ce qu’on appelle **l’image spéculaire** ou « **image visuelle** » ;
- une représentation mentale de soi, c’est-à-dire la façon dont chacun se perçoit et se vit, c’est « **l’image mentale** » ;
- et la façon d’être de chaque personne, donc la manière qu’elle a de s’exprimer, d’entrer en relation, de se mouvoir au travers de sa communication langagière, de ses postures et attitudes et de ses actes, c’est « **l’image-action** ».

Voilà pourquoi l’image du corps est le fondement sur lequel repose l’identité, et la voie par laquelle elle est signifiée au monde.

C’est précisément en cela que l’image du corps intéresse les psychomotriciens, puisque si elle est le lieu et la manifestation de soi, elle est aussi le lieu et l’expression des conflits intrapsychiques qui font souffrances. Elle constitue dès lors une voie royale, bien que complexe, des thérapies psychomotrices. Cela même à l’intersection de ce qui est projeté, représenté, perçu, vécu et agit.

---

<sup>59</sup> J-D. NASIO dans *Clinique de l’image du corps, du vécu au concept*, d’E. W. PIREYRE, éd. Dunod, Paris, 2011, p.17

<sup>60</sup> J-D. NASIO dans *Le corps et ses images*, éd. Payot, Paris, 2008, p.42

<sup>61</sup> Id. p.98

## 2.2. Clinique psychomotrice de l'image du corps

L'apport de la psychanalyse est primordial pour la compréhension du concept d'image du corps et le point de vue de F. DOLTO constitue un point de départ. Bien qu'incomplet il ouvre le champ à une vision plus large, vision qui place également les psychomotriciens au cœur des problématiques qui s'y relatent, puisque directement en lien avec l'articulation psychocorporelle. Cela renvoie à l'identité psychomotrice avec les repères d'être et d'agir.

« *“L'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle : camouflable ou actualisable dans la relation ici et maintenant, par toute expression langagière, dessin, modelage, invention musicale, plastique, comme aussi mimiques et gestes” (Dolto, 1984) »<sup>62</sup>.*

C. BALLOUARD<sup>63</sup> ajoute les **postures** et E.W. PIREYRE les **tensions toniques** car il précise que « *leur inscription dans le corps sont des traces de la conflictualité* » et constituent donc « *une résurgence de l'image du corps* ». Le dialogue tonico-émotionnel est alors un outil privilégié pour le psychomotricien, afin d'établir une communication corporelle avec le patient. Il permet de mettre en évidence ces tensions toniques selon ce que le sujet décide de mettre en jeu durant la séance et selon ce qu'il donne à voir. Ceci de manière inconsciente le plus souvent, le tonus étant avant tout une base neurologique.

Le **dialogue tonico-émotionnel** renvoie l'idée d'un langage infra-verbale, d'une voie de communication archaïque car lié à notre premier médiateur au monde : le corps. Ainsi notre dialogue tonico-émotionnel incarne notre façon d'être au monde. Dans la clinique psychomotrice, son observation est primordiale (posture, attitude de prestance, gestes, mimiques, regard...) car elle nous donne des « clés » pour s'ajuster au mieux à l'autre dans notre posture physique et psychique. Ceci afin que celui-ci puisse déployer l'ensemble de ses possibilités relationnelles, psychoaffectives ou encore motrices. Il n'est pas outil en soi mais le devient à travers l'observation et c'est par cette observation que le psychomotricien vient à trouver ses axes d'intervention.

De même, des **angoisses archaïques** (angoisses à partir d'un éprouvé corporel non mentalisé) peuvent se réactualiser dans le contexte d'un traumatisme ou d'une carence. Elles désorganisent alors le psychisme d'un sujet et renseignent la relation que la personne entretient

---

<sup>62</sup> E. W. PIREYRE, *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, éd. Dunod, Paris, 2011, p. 20

<sup>63</sup> Christian BALLOUARD est psychomotricien et psychologue

avec elle-même, sa relation au corps<sup>64</sup>. On est bien là dans le champ de l'image du corps. Dans le suivi en psychomotricité, les problématiques de l'image du corps sont donc prépondérantes par la survenue d'une émotion, la résurgence d'un souvenir, une façon d'être privilégiée par rapport à une autre, etc.

Bien qu'inconscientes, toutes ces manifestations parlent de la problématique du sujet, de son histoire, de sa relation à lui-même et au monde. Le psychomotricien se doit dès lors de les considérer, les reconnaître et les prendre en compte dans sa démarche thérapeutique. Puis, y apporter une réponse adaptée, en lien avec le reste de l'équipe ; toute approche se devant d'être pluridisciplinaire.

E.W. PIREYRE ajoute que F. DOLTO, tout comme P. F. SCHILDER ou J. LACAN, restreignent l'image du corps<sup>65</sup> et oublient de prendre en compte certaines données. En particulier les enveloppes physiques et psychiques, que D. ANZIEU a conceptualisé avec le « *Moi-peau* » ; le schéma corporel ; les tensions organiques ; les problématiques liées à l'intérieur du corps et aux orifices ; et les angoisses corporelles archaïques. C'est cette approche, qu'il nomme « **image composite du corps** », c'est-à-dire à sous-composantes. Cette vision multidimensionnelle, me paraît être fortuite de considérer en tant que psychomotricien, puisque plus complète et considérant l'image du corps dans toutes ses composantes somatopsychique.

Ainsi, E. W. PIREYRE définit neuf sous-composantes de l'image du corps<sup>66</sup> :

- **La continuité d'existence**
- **L'identité**
- **L'identité sexuée**
- **La peau** (physique et psychique), en référence au **Moi-peau** de D. ANZIEU
- **L'intérieur du corps**
- **Le tonus**, notamment dans sa composante communicationnelle et en lien avec les émotions ; en référence au dialogue tonico-émotionnel décrit par H. WALLON.

---

<sup>64</sup> Par corps j'entends, au-delà de l'être matériel organique, le sujet en tant qu'individu en relation, « habité » de représentations, pensant et pensé.

<sup>65</sup> F. DOLTO se limite à la continuité d'existence (image de base), à l'identité (image fonctionnelle) et à l'identité sexuée (image érogène) ; J. LACAN se limite au stade du miroir ; et P. F. SCHILDER reste dans une vision limitée que les neurosciences ont permis de largement ouvrir aujourd'hui.

<sup>66</sup> E. W. PIREYRE, *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, éd. Dunod, Paris, 2011

- **La sensibilité somato-viscérale** : c'est l'appellation des neurophysiologistes pour parler du schéma corporel, si on le réduit à un équipement neurosensoriel, permettant de le penser dans son lien à l'image du corps.
- **Les compétences communicationnelles du corps** ou communication corporelle
- **Les angoisses corporelles archaïques**<sup>67</sup>

D. ANZIEU a conceptualisé la théorie du **Moi-peau** d'abord dans son article de 1974, puis dans son livre du même nom en 1985.

*« La première différenciation du moi au sein de l'appareil psychique s'étaye sur les sensations de la peau et consiste en une figuration symbolique de celle-ci. C'est ce que je propose d'appeler le Moi-peau »*<sup>68</sup>

*« L'enfant acquiert un Moi-peau qui lui est propre par une double intériorisation, celle de l'interface qui devient une enveloppe psychique contenant des contenus psychiques, et celle de l'entourage maternel qui devient le monde intérieur des pensées, des images, des affects. »*<sup>69</sup>

Le Moi-peau est donc une métaphore du Moi et de la peau, qui se contiennent mutuellement et qui résulte de l'intériorisation de l'expérience de sa propre surface corporelle et du sentiment d'enveloppe procurée par l'entourage. C'est ce que nous nommons un environnement contenant.

D. ANZIEU décrit huit fonctions du Moi-peau par analogie aux fonctions de l'épiderme. La « **maintenance** » qui assure un état d'unité et de solidité. La « **contenance** » par enveloppement de tout l'appareil psychique. La « **constance** » c'est-à-dire la fonction de pare-excitation du Moi propre à l'enfant. « **L'individuation** » de soi par le sentiment éprouvé de chacun d'être unique. « **L'intersensorialité** », ou ce que D. STERN appelle la transmodalité, c'est-à-dire l'idée que chaque sensation trouve une correspondance en un autre sens (une autre modalité sensorielle) par le biais d'une surface psychique et sur le fond originare de l'enveloppe tactile. La « **sexualisation** » par une surface de soutien de l'excitation sexuelle qui permet de localiser les zones érogènes, de reconnaître la différence des sexes et de désirer leur complémentarité. « **L'énergisation** » c'est-à-dire de recharge libidinale. Enfin la « **signifiante** » par l'inscription des traces sensorielles qui renvoient en miroir une image de la réalité.

---

<sup>67</sup> Une angoisse corporelle archaïque est une angoisse en-deçà de toute représentation, c'est-à-dire qu'elle se fonde sur des éprouvés corporels sans que ceux-ci puissent être mentalisés.

<sup>68</sup> D. ANZIEU cité par R. KAËS, « Du moi-peau aux enveloppes psychiques, genèse et développement d'un concept », dans *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites*, de D. Anzieu et al., éd. érès "le carnet psy", 2008, p.76

<sup>69</sup> E. SECHAUD, « Didier Anzieu : penser les pensées », dans *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites*, de D. Anzieu et al., éd. érès "le carnet psy", 2008, p.24.

*« Toute fonction psychique se développe par appui sur une fonction corporelle dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental. »<sup>70</sup>*

De même que le Moi-peau s'appuie sur les fonctions de la peau, l'image du corps se construit à partir des expériences passées dont elle fait la synthèse dynamique, sur les sensations du corps en relation. Nous devrions parler de **perceptions**, la sensation étant de fait mise en jeu dans un **processus cognitivo-affectif**. On peut donc penser que le schéma corporel, ou plutôt que la sensibilité somato-viscérale, n'est nullement une composante conjointe de l'image du corps mais sa partie physique inscrite dans le psychisme. Ces deux concepts ne peuvent être différenciés puisqu'ils se confondent, l'un nourrissant l'autre et inversement. C'est ce qui donne la possibilité à un sujet d'agir selon ses propres compétences, tout en recevant simultanément l'introjection de son action, par un mécanisme de feedback<sup>71</sup>. Cette manière d'agir devient alors une façon d'être, donc une manifestation de l'image du corps, dont la prise de conscience est possible en partie par un travail d'introspection et d'écoute du moi corporel. Néanmoins, l'image que nous nous faisons de notre propre corps est toujours fautive, « *un mirage obligé* » dit J-D. NASIO, parce que « *l'image d'un objet perçu est fautive lorsque j'aime ou je hais cet objet* ».<sup>72</sup>

*« La prise en charge psychomotrice, par le recours au dialogue tonique, aux émotions par nature communicatives, mais aussi par l'utilisation réfléchie et adaptée du langage est une véritable thérapeutique de l'image du corps »<sup>73</sup>.*

Nous ne détaillerons pas chacune des neuf sous-composantes de l'image du corps, mais nous comprenons l'intérêt d'élargir la vision de ce concept en une modélisation composite, puisque ouvrant le champ des possibles et étayant davantage la clinique. L'image du corps au-delà du concept, a une véritable application dans la clinique psychomotrice donc dans ses thérapeutiques.

---

<sup>70</sup> D. ANZIEU, *Le Moi-peau*, éd. Dunod, Paris, 1985.

<sup>71</sup> Le feedback est un mécanisme neurologique automatique de rétroaction, qui permet entre autre l'ajustement du mouvement et sa correction.

<sup>72</sup> J-D. NASIO dans *Le corps et ses images*, éd. Payot, Paris, 2008, p.90.

<sup>73</sup> E. W. PIREYRE, *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, éd. Dunod, Paris, 2011, p.23

### 2.3. De l'image du corps à l'identité, un lien rompu par le cancer

L'annonce d'un cancer constitue toujours un choc pour un individu car elle renvoie aux représentations que nous avons déjà vues. Nous pouvons même parler de traumatisme car la survenue est souvent brutale et le Moi du sujet se retrouve envahi par une situation qu'il ne sait pas gérer. On parle alors de **crise identitaire marqué par la perte de l'illusion d'immortalité**.

Cette crise survient suite à des ruptures. D'abord une **rupture temporelle**, définissant dès lors un avant- et un après-cancer. On devrait plutôt parler d'un avant et d'un après l'annonce du diagnostic, puisque c'est bien ce moment qui constitue un traumatisme. Nous pouvons parler également de **rupture spatiale**, le cancer imposant bien souvent des hospitalisations, des consultations, des opérations chirurgicales... Dans ce contexte, nous constatons une perturbation des repères spatio-temporels, essentiels à l'organisation et au bon fonctionnement d'un individu.

En outre, on remarque une **rupture du vécu corporel**. De sujet sain, la personne passe à sujet malade, et bien qu'au départ la maladie est le plus souvent silencieuse, le vécu subjectif de son propre corps peut déjà se modifier. La personne est confrontée à une modification plus ou moins importante de son image par des cicatrices, des « trous », parfois une perte des cheveux ; et soumise à des perfusions, à répétition ou continues, qui sont autant d'intrusion pour le sujet. Aussi, la douleur, premier symptôme des maladies cancéreuses, entache la personne dans sa manière d'être et d'agir, laquelle vivra désormais son corps comme douloureux et insécure. Donc la perception de son corps est centrée sur la sensation désagréable, la fatigue ou l'asthénie, etc. Elles contraignent la personne à un immobilisme d'abord physique et psychique, réduisant considérablement ses possibilités d'agir, d'être en relation, donc d'être soi.

Pour finir, nous ne pouvons négliger la **rupture sociale**. En premier lieu, le sujet perd sa place au sein du cercle familial. Son rôle est souvent substitué par un proche. Toute l'organisation de la famille est perturbée. Celle-ci doit alors trouver des ajustements et un nouveau rythme de vie. Il n'est pas rare que cela soit cause de souffrance : culpabilité de faire vivre cette épreuve à sa famille, épuisement des proches, etc. Pour cette raison le répit familial est un motif courant d'hospitalisation du patient.

De plus, le sujet perd son statut social par un arrêt de l'activité professionnelle, entre autre, mais aussi de toute autre activité sociale, puisque la symptomatologie et les traitements ne le permettant pas le plus souvent. Evidemment ceci est source de souffrance, de manque, d'inquiétudes parfois plus envers les proches que pour soi-même. Quand sa propre souffrance

devient insupportable, impensable, alors la personne projette ses angoisses sur ses proches. Le sujet ne peut plus s'accomplir en tant qu'individu actif de la société, il perd une part de la personne qu'il était, on assiste à un véritable vacillement identitaire. La personne se vit désormais comme malade, son être est envahi de l'intérieur et sa vie change considérablement en plaçant les soins au cœur de son organisation, puisque vitaux. Le fonctionnement du sujet est bouleversé. M. GUIOSE nous dit dans son ouvrage :

« *“Ce qu'ils ont, devient ce qu'ils sont”, le conflit interne vient de la peur d'être la maladie et de ne plus être soi* »<sup>74</sup>.

Ainsi le sujet est tant agité dans de multiples aspects et par de nombreuses ruptures que l'on peut parler de **rupture d'être**. En effet, le sujet est atteint dans toutes ses dimensions : corporelle, psychologique, socio-familiale, psychique, affective, et existentielle. Le cancer, au-delà de l'aspect physiologique d'envahissement cellulaire, est une **maladie biopsychosociale**. Le sujet perd ses repères internes et externes, son unité corporelle est mise à mal, son psychisme est littéralement envahi et désorganisé. **La personne est touchée dans les fondements mêmes de son identité ; son image du corps prend le caractère dévolu de sa perte**. De plus, les angoisses de mort prégnantes, l'atteinte de sa corporéité et tout ce qui fait rupture sont autant d'éléments faisant ressurgir des angoisses corporelles archaïques. Ces dernières affectent le sentiment de continuité d'existence, entravent le sentiment de son unité et de sa valeur, ainsi que le sentiment de sécurité intérieure, d'autant plus que la menace vient de l'intérieur.

Les concepts d'identité et d'image du corps sont absolument liés l'un à l'autre. **Le psychomotricien par une thérapeutique de l'image du corps soutient l'identité d'un sujet.**

*« Par la prise de conscience du corps, elle [l'intervention du psychomotricien] mobilise le patient aux niveaux sensoriels, affectif et relationnel, conscient et inconscient. Elle facilite l'identification des perceptions, l'émergence d'émotions et de représentations. Elle propose la mise en mots des vécus corporels et peut relier ces vécus à d'autres pans de la vie du patient. Elle accompagne la mise ou remise en route de capacités d'introspection. Elle encourage à la subjectivité »*<sup>75</sup>.

Tout à chacun nous nous construisons sur la base de nos expériences sensori-motrices. Celles-ci, en lien à l'autre, permettent l'émergence d'un Moi ayant conscience du « je », c'est la subjectivité. Le psychomotricien tente lors de ses interventions de restaurer ce recours au Moi pensant mais aussi pensé, par l'invitation à l'expérience de soi en interrelation. Par expérience de soi, il faut entendre de sa corporéité en tant qu'objet investi et en relation.

---

<sup>74</sup> O. GAUCHER-HAMOUDI et M. GUIOSE, *Soins palliatifs et psychomotricité*, éd. heure de France, Paris, 2007, p.42.

<sup>75</sup> E. W. PIREYRE, *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, éd. Dunod, Paris, 2011, p.20

# Partie III :

## Le soutien identitaire dans le soin psychomoteur

« Moi, c'est le siège du plaisir. Le plaisir, c'est moi : chaque fois qu'il y aura du plaisir, il y aura du moi. Pas de plaisir sans moi, pas de moi sans plaisir ! »<sup>76</sup>

Amélie NOTHOMB

*« C'est dans le présent que réside le secret ; si tu fais attention au présent tu peux le rendre meilleur. Et si tu améliores le présent, ce qui viendra ensuite sera également meilleur »<sup>77</sup>.*

Paulo COELHO

---

<sup>76</sup> A. NOTHOMB, Métaphysique des tubes, éd. Albin Michel, Paris, 2000

<sup>77</sup> P. COELHO, extrait de L'alchimiste, éd. J'ai lu, 2007.

# 1. De la dynamique relationnelle au sentiment de soi

*« Si les vécus de la maladie grave, de la douleur, le danger vital fragilisent l'appareil psychique à la fois ils semblent aussi permettre des possibilités « d'agrandissement » des capacités psychiques : plus l'obstacle est difficile pour soi plus on est amené à puiser dans ses potentialités de « faire avec ». Les difficultés peuvent détruire autant qu'elles peuvent révéler quelqu'un à lui-même et à ses proches »<sup>78</sup>*

**Isabelle MARCOS**

Gardons en tête ces quelques notions que nous apporte I. MARCOS, particulièrement que la maladie grave **permet des possibilités d'agrandissement des capacités psychiques** et que la personne est amenée à **rechercher ses potentialités**. Le psychomotricien accompagne donc la personne en ce sens, et peut ainsi lui permettre de **se révéler à elle-même**. Nous allons voir tout au long de cette partie comment s'inscrit le soin psychomoteur au sein d'un service de cancérologie, et donc en quoi il constitue un soutien identitaire. Pour cela, nous allons nous appuyer sur l'étude clinique de trois patientes. Dans un premier temps Mme B., sera au cœur de ce premier chapitre. Puis, Mme R. et Mme D. viendront illustrer le deuxième chapitre. Ceci nous permettra de soulever plusieurs questionnements qui me paraissent essentiels. A savoir le cadre, la relation thérapeutique et l'engagement du psychomotricien, l'adaptabilité et enfin le soin court en psychomotricité.

## 1.1. La psychomotricité en cancérologie : une rencontre

Dans le service de soin de suite et de réadaptation (SSR) dont un secteur est spécialisé en cancérologie, les soins quotidiens et infirmiers priment et toute l'institution est organisée en fonction de ceux-ci. De la même façon, les patients ont régulièrement des consultations oncologiques à l'extérieur, ou des rendez-vous pour leur radio- et chimiothérapie. Il faut alors organiser son temps et les suivis avec les personnes que nous rencontrons en fonction de tous ces éléments. Sans compter l'adaptation aux personnes, qui peuvent être trop fatiguées un jour pour une séance de psychomotricité, ou trop douloureuse un autre jour pour être disponible. Cela demande un ajustement certain et la question du cadre est donc primordiale.

---

<sup>78</sup> I. MARCOS, *Corps vécu / corps réel – Redonner du lien quand le corps emmure*, dans *Thérapie psychomotrices et Recherches*, n°129, 2002

Par ailleurs, nous rencontrons les personnes dans leur chambre et loin de la salle de psychomotricité à laquelle nous sommes habitués, je me suis interrogé sur le cadre thérapeutique. Quel est-t-il ? Les séances se déroulent le plus souvent en chambre, elles n'ont pas toujours lieu le même jour, à la même heure. Comment inscrire une régularité alors qu'elle est si peu présente en apparence ?

*« Le cadre est un "non-processus" en ce sens qu'il est fait de constantes »<sup>79</sup>*

En effet, le **cadre est cet invariant qui donne la possibilité de changement en son sein**. Il est **permanent et constitue une enveloppe virtuelle** à l'organisation du suivi psychomoteur. Une distinction entre un dedans, où peut se jouer les problématiques du patient, et un dehors, représenté par l'institution qui reçoit la personne. Il **assure une contenance et une sécurité** à travers la relation, que l'on peut rapprocher du « holding » de D.W. WINNICOTT. Il est ensuite intériorisé par le sujet, lui donnant alors la **possibilité de s'engager dans un processus** porté par le psychomotricien et des objectifs définis à la suite d'un bilan psychomoteur.

De ce fait, nous pouvons instaurer un cadre thérapeutique qui sera contenant, enveloppant et sécurisant. Ce qui permet au psychomotricien de **mettre en mot**, principalement **le non-verbal**, pour mettre en place des signifiants. Cette élaboration est essentielle à la compréhension des mécanismes qui s'y jouent.

Lors de mon stage, ce cadre se matérialise par une pancarte accrochée à la poignée de porte de la chambre, signifiant « séance de psychomotricité en cours. Merci de patienter ». La présence de cette pancarte est précisée à la personne que nous rencontrons. C'est ce qui permet d'instaurer un cadre spatio-temporel, un espace et un temps qui lui est réservé. Il est primordial, à l'image de Mme D. à qui je n'ai pas signifié la présence du panneau, qui dit à la fin d'une relaxation :

*« Heureusement que personne n'est entré, ça m'aurait dérangé »*

Ce cadre prend les formes infigurables de la relation qui s'installe entre le sujet et le psychomotricien. La séance, qu'elle se passe en chambre ou dans une salle de l'institution, devient le lieu et le moment où l'attitude bienveillante et le sentiment contenant **laissent libre d'accueillir tout ce qu'il advient**, sans en attendre quoique ce soit. C'est en cela que peuvent se jouer les problématiques et trouver une réponse, ou non, dans le processus engagé par le psychomotricien.

---

<sup>79</sup> C. BALLOUARD, *L'aide-mémoire de psychomotricité*, éd. Dunod, Paris, 2011, p.186

La relation justement, elle se construit avant tout à travers la rencontre des deux sujets. Cette dernière est donc capitale. En psychomotricité, nous avons la possibilité d'être dans une démarche singulière, c'est l'une de nos spécificités. Lorsque nous allons à la rencontre d'un patient, nous allons avant tout à la rencontre d'une personne, qui décidera ou non de nous livrer d'elle-même. Nous prenons donc le temps de nous installer à hauteur de la personne pour l'écouter. Cette simple attitude surprend parfois, lorsque l'individu en question s'est habitué déjà depuis quelques jours à ne voir intervenir que des professionnels pour lui prodiguer des soins. Elle signe une posture d'accueil signifiant à la personne que nous sommes prêts à entendre ce qu'elle a à dire. Entendre en écoutant bien-sûr, mais aussi dans le sens d'un langage infra-verbal, c'est-à-dire corporel. Notre **savoir-faire** là ne suffit pas, ces rencontres supposent aussi un **savoir-être** car quand les mots deviennent insignifiants, la communication passe par notre seule corporéité. C'est ce qui permet de rentrer en relation au-delà des mots, des maux et demande un **engagement corporel du psychomotricien**. Notre corps comme médiateur devient un **médium-malléable** (au sens de R. ROUSSILLON)

Mme B. : « *les bonjours ne sont pas toujours les plus simples [...] Quand t'es malade tu ne sors pas les mêmes choses, tu les sors que quand t'as besoin, quand il y a un trop plein* »

Lors de cette première rencontre, nous allons aussi réaliser une **évaluation psychomotrice**. Si je ne mentionne pas le terme de bilan ici, c'est parce qu'il ne serait pas le plus approprié. En effet, s'il arrive bien-sûr que nous proposons une épreuve de bilan psychomoteur, l'adaptabilité à la personne ne permet pas de réaliser un bilan entier. L'évaluation demande alors une **observation clinique fine** pour rendre compte à l'équipe d'un éclairage que l'on pourrait leur apporter et ainsi ajuster au mieux le projet individualisé de la personne. Egalement pour définir des objectifs de prise en soin en psychomotricité.

Là réside une autre spécificité de l'exercice en cancérologie. Nous ne savons pas combien de temps la personne va rester dans le service. Certains suivis s'engagent sur quelques jours seulement. Nous y reviendrons par la suite.

## Mme B. : Journal d' « un champ de bataille » – 1<sup>ère</sup> partie

Mme B. est une femme de 65 ans. Elle affirme très vite une personnalité singulière au caractère certain. Elle est menue pour ne pas dire maigre par rapport à sa taille. Le jour où je la rencontre, elle m'accueille souriante, un sourire contrebalançant ses cheveux coupés en un carré grisonnant et un visage déjà marqué. Je me demande alors par quoi : sa vie, sa maladie ? Elle a les yeux clairs et fuyants. Elle ne regarde jamais dans les yeux, même lorsqu'elle parle son regard semble se perdre dans le vide et se fixe d'un côté ou l'autre de moi.

Mme B. est admise au sein du SSR le 6 septembre 2012 pour un **cancer infiltrant de la vessie**, diagnostiqué fin juin 2012. Ce diagnostic fait suite au décès de sa mère, survenu plus tôt en juin, d'un cancer du côlon. Dès lors, j'imagine toute la symbolique accompagnant ces deux événements, particulièrement la chute de l'illusion d'immortalité. Tout ceci faisant un contexte émotionnel fort, emprunt de pertes et de deuils. Mme B. a un frère et une sœur, peu présents, mais elle reste très entourée par des amis proches, dont la plupart sont médecins. En effet, Mme B. est retraitée d'une brillante carrière de biologiste. C'est une personne très instruite et cultivée, qui n'aura de cesse de nourrir le suivi qui a été entrepris en psychomotricité.

Le cancer de Mme B. impose une cystectomie totale avec dérivation de type Bricker<sup>80</sup>. Cette opération chirurgicale est pratiquée par laparotomie<sup>81</sup> le 20 août 2012. Le projet thérapeutique à son arrivée le 6 septembre, est une convalescence associée à une surveillance médicale et aux soins du Bricker. Egalement une éducation thérapeutique pour lui apprendre à changer sa stomie, dans le but d'un retour à domicile. A son arrivée elle dit de sa maladie que « *c'est douloureux* ». Elle reste néanmoins autonome pour les actes de la vie quotidienne.

La psychomotricienne rencontre Mme B. pour la première fois le 10 septembre avec comme indications :

- Evaluation psychomotrice globale
- Trouble tonico-émotionnelle et anxiété
- Trouble du Schéma Corporel et de l'Image du corps
- Inconforts

---

<sup>80</sup> Une cystectomie est une exérèse de la vessie. Celle-ci suppose une dérivation pour l'évacuation des urines vers une poche extérieure, appelée néphrostomie. Autrement dit, les conduits naturels de l'organisme sont reliés à des conduits artificiels, traversant l'abdomen et débouchant vers la poche extérieure (stomie).

<sup>81</sup> La laparotomie est un acte chirurgicale consistant en l'ouverture de l'abdomen du haut du pubis jusqu'à la base du sternum. Elle permet une exploration et un éventuel acte sur tous les organes abdomino-pelviens.

L'évaluation fait état d'une **anxiété majeure** se manifestant par des logorrhées, une **hypertonicité globale** et des tremblements, un **discours très décousu** reflétant, ce jour là, un comportement légèrement maniaque. L'objectif est alors d'amener Mme B. vers une **conscience de son nouveau vécu corporel**, dans ce qu'il peut avoir d'existant et de plaisant, afin de la soutenir dans l'acceptation du « faire avec » et de l'accompagner vers une **régulation tonico-émotionnelle**, qui permettra de réguler ses angoisses.

Peu après la première rencontre, la psychomotricienne lui demande de faire un dessin d'elle. Elle exprime clairement que le dessin ce « *n'est pas [son] truc* » et s'implique peu dans sa réalisation. Néanmoins elle commente beaucoup. D'abord, elle dit de manière très détachée « *allez, je dessine un sourire* », comme s'il le fallait pour faire bonne figure mais que finalement c'était épuisant. Elle exprime par ailleurs qu'elle est fatiguée de dire à ses amis comment elle va. Nonobstant **ce lien social est primordial** pour elle, il est son contact avec l'extérieur, avec le réel.

Elle pointe sa poitrine en disant « *les petits titis* » mais ne dessine rien. **La marque de sa féminité est absente** de son dessin. Ceci et l'expression enfantine souligne la question du sentiment de féminité, qu'elle aborde beaucoup avec la psychologue, ainsi que les questions de sa sexualité. Elle commente ses bras et ses mollets « *tous fins* » du fait de la perte de poids et de l'amyotrophie : « *je serais à 48 [kg], j'aimerais voir j'ai du mal à y croire* ». Cela suppose un besoin de rationaliser, qui peut s'entendre puisque Mme B. est une femme de science, mais révèle surtout la difficulté pour certains patients, ici pour Mme B., de croire en quelque sorte en la maladie qu'ils ne voient pas et qu'ils ne sentent pas. Pour finir elle dessine le Bricker au niveau de son abdomen et sa stomie en disant « *ah oui, la stomie, ma pipelette, comme un chien qui me suit* ».

En effet, à la rencontre avec Mme B., il est frappant qu'elle présente un **trouble de l'image du corps et du schéma corporel**, du fait d'un corps amaigri et marqué par les cicatrices, « troué » par le Bricker et relié à la stomie comme un chien qui la suit. D'autre part, son dessin très décousu également, laisse apparaître un énorme tronc ouvert et envahi, des parties qui ne sont pas reliées entre elles, tout y est **clivé et désarticulé**. De plus, l'élément le plus visible, à côté des traits fins et légers, est le « trou » du Bricker. On peut donc penser que la souffrance et les modifications corporelles, notamment la perforation de l'enveloppe qu'est la peau, ont comme brisées l'enveloppe psychique. Ceci expliquerait alors le discours décousu ; elle se décrit elle-même comme épuisée et euphorique à la fois. La psychologue allant jusqu'à évoquer un état limite sur personnalité hystérique.

Le 19 septembre, une chambre implantable percutanée (CIP) est posée à Mme B. sous la clavicule. Celle-ci évite les perfusions répétées que nécessite la chimiothérapie, qui débute le 25 septembre. Un retour à domicile, initialement prévu début octobre, est finalement annulé pour cause d'infection.

Le **suivi en psychomotricité débute** alors, à raison d'une à deux séances par semaine, avec une **visée d'anxiolyse** par de la relaxation. Mais Mme B. répond peu à l'induction verbale imagée et aux massages relaxants car lui rappelant sa mère, ce qui entraîne des pleurs importants. Il apparaît très vite qu'elle est dans un besoin de maîtrise, supposant des séances où elle pourra être active. Il est important de respecter cette nécessité, parce qu'il peut s'agir en premier lieu d'un **mécanisme de défense** visant à rendre supportable ce qui ne l'est pas, dans un contexte où elle ne maîtrise plus grand-chose, ni son corps, ni ses journées. D'autre part, ce sentiment de peut avoir un réel impact sur l'état de la personne, en diminuant par exemple les sensations douloureuses.

M. GUIOSE dit que de « *pouvoir contrôler la douleur ressentie la rend plus supportable* »<sup>82</sup>.

Le suivi continue donc par des **relaxations** basées sur la **méthode Jacobson**<sup>83</sup>. Mme B. semble ne pas vraiment comprendre le déroulement de la relaxation, mais elle la reçoit volontiers et accueille ces moments. Une réelle **relation thérapeutique de confiance** s'installe alors. Mme B. paraît réceptive à cette approche sensible de la psychomotricité, car il est possible ici de décider de recevoir ou non un soin, ou de dire simplement que le soin proposé ne convient pas en cet instant. Les indications verbales ne sont qu'un support dont Mme B. se saisit peu, mais **étayée par une communication non verbale** adaptée et contenante, dans ce contexte d'angoisses prépondérantes, elles sont nécessaires pour permettre à Mme B. de retrouver un sentiment de sécurité intérieure. Ce sentiment incarné en sa mère, maintenant décédée. C'est un prétexte pour accueillir la psychomotricité, qui la replace comme actrice de la relation, une occasion nécessaire **guidée par le mouvement**. En quelque sorte, elle appelle à rester en vie.

« *L'essentiel de la vie tient dans le mouvement qui la transmet* »<sup>84</sup>

**Henry BERGSON**

---

<sup>82</sup> O. GAUCHER-HAMOUDI et M. GUIOSE, *Soins palliatifs et psychomotricité*, édition heure de France, Paris, 2007.

<sup>83</sup> La relaxation développée par JACOBSON se base sur le principe de l'alternance contraction/relâchement pour une meilleure détente.

<sup>84</sup> H. BERGSON, *L'Evolution créatrice*, PUF, Paris, 1907

Par ailleurs, elle évoque une difficulté d'endormissement en lien avec une posture difficile à trouver. L'accompagnement s'accroît alors vers **l'affinement de la conscience corporelle** autour des appuis, qui **aiderait Mme B. à trouver d'elle-même des positions de confort**. De plus, elle manifeste une image du corps particulièrement perturbée voire une dysmorphophobie. Cela est notable lorsque la psychomotricienne évoque mon arrivée dans le service et la possibilité que je participe à ce suivi. Mme B. accepte mais dit :

*« Il faut préserver le stagiaire de ce qu'il verra ».*

Il est propice de penser là l'interrelation entre psyché et soma, un épisode fébrile peut réactualiser un sentiment de mal être dans son corps, donc une image péjorative.

Je rencontre Mme B. pour la première fois le 12 octobre, c'est-à-dire un peu plus d'un mois après son arrivée. Elle m'accueille souriante. A notre arrivée dans la chambre, elle est alitée, comme souvent. Son état général s'étant aggravé du fait d'une infection, elle est très anxieuse et exprime une baisse de moral. Lors des échanges, elle regarde ailleurs ou ferme les yeux sans pour autant rompre le lien, en gardant la tête orientée dans notre direction. J'émet l'hypothèse que la maladie faisant encore une fois effraction d'elle, fermer les yeux est un moyen pour se protéger contrôler ce qui peut encore l'être : la relation.

*« Le regard est un choix. Celui qui regarde décide de se fixer sur telle chose et donc forcément d'exclure de son attention le reste de son champ de vision. C'est en quoi le regard, qui est l'essence de la vie, est d'abord un refus. »<sup>85</sup>*

**Amélie NOTHOMB**

*« Ce n'est pas parce qu'on ferme les yeux que le monde cesse d'exister »<sup>86</sup>*

Ceci pose la **problématique des limites psychocorporelles et des enveloppes**. En effet, Mme B. fait l'expérience répétée d'un corps enclin aux pertes et aux intrusions. Il devient chair perforée et perd cette valeur de contenant-contenu, le double feuillet d'une limite entre moi et non-moi, entre un dedans et un dehors.

*« Par Moi-peau, je désigne une figuration [...] pour se représenter comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps ».<sup>87</sup>*

---

<sup>85</sup> A. NOTHOMB, Métaphysique des tubes, 2d. Albin Michel, Paris, 2000.

<sup>86</sup> Réplique extraite du film *Memento*, de Christopher Nolan, 2000.

<sup>87</sup> D. ANZIEU, *Le Moi-peau*, édition Dunod, Paris, 1985.

En reprenant les théories de **D. ANZIEU sur le Moi-peau**, on peut penser que l'enveloppe cutanée de Mme B. étant perforée et son appareil psychique fragilisé ; **les trois fonctions (de contenance et d'unité, de protection, et de filtration) sont perturbées**. Je mets cela en lien avec un éprouvé d'éclatement, un sentiment d'être clivée. On assiste comme à une résurgence d'une angoisse archaïque de morcellement. En outre, Mme B. s'entoure énormément de tout ce qu'elle peut, ainsi sa chambre devient une collecte de divers objets. Procurant, me semble-t-il, une sorte **d'enveloppe visuelle**, palliant à l'enveloppe corporelle alors défaillante.

De la même façon, une radio reste allumée presque continuellement, pouvant donner ce sentiment **d'enveloppe sonore**, comme D. ANZIEU le précise :

*« L'enveloppe cutanée qui fonde le moi-peau est structurellement la plus importante, mais elle n'exclut pas d'autres type d'enveloppes s'étayant sur d'autres modalités sensorielles (enveloppe sonore, visuelle, olfactive)».*<sup>88</sup>

Je propose alors une relaxation à induction tactile, par pression et lissage, pour tenter de restaurer un sentiment de contenance et de sécurité intérieure. Après quoi Mme B. verbalise se sentir moins anxieuse.

*« On comprend que le soulagement physiologique apporté par le training<sup>89</sup> représente non pas l'occasion d'un investissement accentué de ce corps, mais celle d'une réconciliation avec lui »*<sup>90</sup>

Bien sûr nous imaginons bien que Mme B. n'a par la suite pas su gérer ses angoisses pour autant. Il s'agit simplement d'un apaisement relatif, à un moment où elle était particulièrement anxieuse du fait de son infection. Laquelle demandera d'ailleurs une hospitalisation de Mme B. dans son centre d'oncologie de référence le 15 octobre. Cette problématique des enveloppes psychocorporelles est éminemment liée à la question de l'image du corps. Ses angoisses sont si profondément ancrées dans son psychisme, car s'étayant sur les éprouvés corporels de son intrusion de manière répétée, qu'elles contraignent Mme B. à certaines attitudes et comportements. Lesquels nous laissent entendre, en tant que psychomotricien, que notre action devra s'attacher à procurer à Mme B. un sentiment suffisamment contenant pour **lui donner la possibilité de ses potentialités** : être, agir, se mouvoir, s'exprimer, partager.

---

<sup>88</sup> Id.

<sup>89</sup> Le training est une méthode de relaxation développée par J.H. SCHULTZ

<sup>90</sup> J. de AJURIAGUERRA et M. CAHEN, "Tonus corporel et relation avec autrui : l'expérience tonique au cours de la relaxation", dans *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité : volume 1, corps, tonus et psychomotricité*, coordonné par F. JOLY et G. LABES, édition du Papyrus, Noisiel, 2009, p.137.

## 1.2. La corporéité en expérience : un lien à l'autre, des liens à soi

« *La psychomotricité est une thérapie de la présence* »<sup>91</sup> Fabien JOLY

La psychomotricité, si on ne peut la cantonner à cela, est bien pour une part prépondérante une **thérapie de la relation**. Le psychomotricien se positionne comme **Autre**<sup>92</sup>, comme **le premier médiateur dont le support est sa corporéité**. C'est cet engagement, fondateur d'un lien relationnel privilégié, sur la base de son implication corporelle propre qui permet d'établir ce lien. On évoque souvent la nécessité de « faire du lien », mais de quoi s'agit-il réellement ?

C'est en pensant la relation et ce qui s'y joue que l'on appréhende les dessous de la problématique du patient. En d'autres termes, la constitution d'un lien privilégié à l'autre, ici le psychomotricien, sur la base commune de **deux corporéités qui se jouent l'une de l'autre, permet de soutenir ou de restaurer des liens à soi**. Ces liens sont somato-psychiques. C'est eux qui permettent de réactualiser en permanence nos expériences avec le milieu, qu'elles soient relationnelles, corporelles, émotionnelles, etc., pour en faire la synthèse vivante au sein de notre psychisme et constituer de la sorte **sa propre unité psychocorporelle**. D. ANZIEU dirait que c'est le « *trait d'union entre le Moi et la peau* », celui qui assure l'unité, la cohérence et la continuité de chaque individu.

Le psychomotricien va donc à la rencontre d'une personne **comme elle est, là où elle en est**. Cela suppose qu'il s'implique dans son langage corporel, afin d'établir avec le patient ce lien essentiel, puisqu'il s'agit avant tout d'une relation de confiance, au sein d'un cadre thérapeutique. Il donne la possibilité de mettre à jour la réelle problématique du sujet, qui sera projetée, mise en jeu, puis renvoyée « **détoxiquée** » par le psychomotricien, pour être introjecté par le sujet. Une **intersubjectivité** qui demande à réactualiser les notions de **plaisir/déplaisir**.

« *Le plaisir est une merveille qui m'apprend que je suis moi.* »

A. NOTHOMB

---

<sup>91</sup> F. JOLY d'après un cours en 3<sup>ème</sup> année au sein de l'Institut de Formation en Psychomotricité de A-M. LATOUR, psychomotricienne.

<sup>92</sup> L'Autre, avec un « A » est donné par J. LACAN. Il définit tout ce qui est autre, humain ou matériel, sujet ou objet, sur quoi l'enfant va s'appuyer pour son développement.

## Mme B. : Journal d' « un champ de bataille » – 2<sup>ème</sup> partie

Mme B. est de nouveau admise dans le service le 13 novembre. Quelques jours plus tard, une rétention urinaire génère une formation liquidienne au niveau pelvien, qui majore l'anxiété de Mme B. et déclenche des troubles du comportement. Fin novembre, une sonde urinaire est mise en place, éveillant des propos crus et péjoratifs de Mme B. Le 5 décembre, un scanner abdomino-pelvien révèle l'existence d'une lymphocèle<sup>93</sup> pelvienne à l'origine de la rétention urinaire. Elle est donc ré-hospitalisée en chirurgie le 9 décembre pour la pose d'un nouveau drain évacuateur.

Le suivi en psychomotricité reprend alors et une réelle **relation triangulaire** s'installe entre Mme B., la psychomotricienne et moi-même. Il me semble que c'est une façon pour elle, de projeter plus aisément vers l'autre, offrant de fait une **relation plus facile où les mots (les maux) de la maladie émergent**. Par ailleurs, elle parle souvent d'elle en employant le « tu », particulièrement quand elle aborde la maladie et ses symptômes, il s'agirait d'une mise à distance de ce qui fait souffrance et on retrouve en cela des traits de dépersonnalisation. Mais on peut penser que cette difficulté est avant tout un mécanisme défensif de projection.

Les séances proposent toujours un environnement contenant permettant à Mme B. de retrouver un sentiment primaire de sécurité. Ce sentiment lui rend possible de mettre à jour ses difficultés, et nous de les identifier pour affiner nos objectifs, nos actions et nos verbalisations.

Certaines séances se basent sur le toucher, procurant un mieux-être et restaurant sa fonction de peau-enveloppe. C'est en lien avec le « **holding** », qui est recouvert et dont l'intériorisation permet le rassemblement et le sentiment de contenance. Nonobstant, ce sentiment reste très fragile et éclate à chaque nouvelle perturbation. Ceci se retrouve dans le comportement de Mme B.

Par exemple, alors qu'elle m'explique qu'avant elle était assez pudique, elle présente désormais des tendances exhibitionnistes. Je pense que c'est pour elle une manière de montrer son corps meurtri, par un besoin de se confronter au regard de l'autre et voir ce que cela suscite.

---

<sup>93</sup> Une lymphocèle est l'accumulation de lymphes dans une cavité formée suite à une intervention chirurgicale. Les interventions fréquemment compliquées de lymphocèles sont les curages ganglionnaires pelviens réalisés lors du traitement des cancers de la prostate ou de la vessie. Source : [www.urofrance.org](http://www.urofrance.org)

Elle ne peut plus penser ses souffrances mais elle a un œil aguerrri pour voir ce que l'autre dégage. Elle détourne par l'autre, ce qui n'est pas supportable pour elle. Cela renvoie à la **fonction miroir**. Je suppose **qu'elle cherche dans le regard de l'autre, l'image unifiée d'elle-même** qu'elle n'arrive plus à se représenter, puisque devenue étrangère et insignifiante. A travers cela, on remarque une grande détresse psychologique face à laquelle elle n'est pas protégée, expérimentant les limites de ce qu'elle peut supporter.

Cette maladie pernicieuse et sournoise, qu'on ne voit pas, l'a envahie. Puis, à être "trop" examinée, elle finit par montrer son corps, une manière de rechercher le moindre signe, le moindre symptôme de la maladie. Le comportement exhibitionniste ne serait donc qu'une réaction à son anxiété majeure. Puisque désormais ce corps n'a que l'histoire de la maladie, il n'y a en quelque sorte plus rien à cacher. Un lien est rompu. La continuité de son sentiment d'identité est perturbée, quelque part elle ne se reconnaît plus maintenant en la personne qu'elle était « avant ».

La position adoptée est alors de préserver l'intimité, dans un souci de **rappeler le sentiment de dignité**, tout en accueillant les manifestations de souffrance. Toutefois, on observe qu'elle investit peu à peu sa stomie en l'intégrant à son schéma corporel, par l'acquisition de certains réflexes lors des déplacements par exemple.

Elle exprime lors d'une séance son inquiétude face à la rétention urinaire et à la néoformation liquidienne. Elle verbalise alors ses difficultés en pleurant, mais garde **les yeux fermés, sans pour autant briser le lien relationnel**. Ce lien est devenu suffisant pour qu'elle puisse s'autoriser à exprimer ce qui fait souffrance.

A travers cela, on voit l'importance d'établir une **confiance** nécessaire, une alliance thérapeutique, entre un thérapeute et un patient, car c'est par elle qu'il est possible de faire émerger les dessous d'une problématique qui n'était pas pensable jusque là. Mme B. était biologiste, elle connaît le corps humain et son fonctionnement et devine probablement, sans pouvoir le dire, ce qu'implique peut-être la rétention urinaire ; une éventuelle aggravation du cancer.

Ses inquiétudes se portent sur le symptôme (comme partie émergée de l'iceberg qu'est le cancer). Face aux problématiques déjà connues de Mme B. de mon point de vue, cette possible propagation à l'intérieur d'elle pourrait lui renvoyer encore une image éclatée. Je lui propose un massage relaxant global. Cela lui permet **d'accueillir un retour positif** et bienveillant, par ma position de soignant, des souffrances qu'elle a pu exprimer. C'est la **fonction alpha de W. BION**.

Un soin psychomoteur, par lequel elle peut au travers du contact tactile se rassembler en retrouvant un sentiment d'enveloppe. Alors qu'elle était restée allongée jusque là, incapable de se lever disait-elle, cette enveloppe lui redonne quelque part une consistance lui offrant la possibilité de retrouver une station assise, d'autant plus importante puisque c'est l'heure du repas. **A. BULLINGER** parle de « **prothèse de rassemblement** » palliant aux fissures de ses enveloppes.

*« Ces prothèses de rassemblement ont deux effets principaux. Un effet sur le versant émotionnel ou la stabilisation des représentations améliore l'équilibre sensori-tonique, et un effet sur le plan instrumental, la consolidation des points d'appui permettant d'esquisser des actions finalisées vers le milieu »<sup>94</sup>.*

W. BION développe la théorie que le jeune enfant par l'identification projective, extériorise des « *éléments bêta* » à l'attention de son environnement, en rapport avec ses préoccupations, aussi inconscientes soient-elles. C'est donc au rôle de l'environnement, où les parents occupent la première place, de renvoyer à l'enfant des éléments « *détoxiqués* ». Ce sont les « *éléments alpha* ». Par la répétition de ce mécanisme interrelationnel, les éléments alpha sont intériorisés et constituent peu à peu un sentiment d'enveloppe. C'est ce qu'il appelle la « **fonction alpha** ».

*« Le thérapeute apporte d'abord au malade le soutien d'un moi auxiliaire »<sup>95</sup>*

Un Moi qui sera réapproprié par le sujet. Analogiquement, le bébé emprunte l'appareil psychique de son parent pour élaborer son propre appareil psychique. W. BION parle d' « **appareil à penser les pensées** ».

*« Penser ! C'est sentir les souffles de la vie nous pénétrer, les horizons se colorer, l'espace nous appartenir, les mondes se grouper autour de nous, les éléments invisibles nous envelopper. »<sup>96</sup>*

---

<sup>94</sup> A. BULLINGER, *Les prothèses de rassemblement*, dans Psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2001, n°49.

<sup>95</sup> J. de AJURIAGUERRA et M. CAHEN, "Tonus corporel et relation avec autrui : l'expérience tonique au cours de la relaxation", dans *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité : volume 1, corps, tonus et psychomotricité*, coordonné par F. JOLY et G. LABES, édition du Papyrus, Noisiel, 2009, p.154.

<sup>96</sup> A. BARRATIN, *Chemin faisant*, éd. A. Lemerre, Paris, 1894.

Début décembre, période où le lymphocèle pelvien est révélé, Mme B. développe de plus en plus des tendances clinophiles. La proposition d'une séance hors chambre est faite afin de la **soutenir dans ses possibilités d'agir et de déplacements**, qui paraissent essentielles car ayant un rôle structurant et d'ouverture vers l'extérieur. Dans ce contexte, je lui propose de nouveau un massage global, assis cette fois. Cela lui permet une **détente musculaire réelle** tout en restant présente par quelques verbalisations. Elle s'est réellement saisie de ce temps et paraît plus sereine en fin de séance, avec un visage déplié, apaisé. De retour en chambre, une proposition un peu plus dynamique, type réveil corporel, est réalisée pour ne pas tendre vers un alitement à l'heure du repas. Elle exprime après un bâillement :

*« Vous êtes souvent salués par des bâillements ».*

J'entends cela comme le mieux-être qu'elle ressent alors et qu'elle ne peut exprimer. Nous ne forçons donc pas la parole, car il est essentiel de respecter ce qui ne peut pas être dit, puisque bien souvent c'est un moyen pour le patient de se préserver.

A la suite de cela, Mme B. est donc hospitalisée pour la pose d'un drain évacuateur. Elle est de retour dans le service le 12 décembre 2012. Son état se stabilise pendant quelques semaines, durant lesquelles elle connaîtra toutefois quelques épisodes douloureux et nauséux.

Nous la revoyons le 14 décembre (de retour de son hospitalisation pour la pose du drain), après que l'équipe nous ait transmis la volonté de Mme B. de faire une séance de psychomotricité. Cela est important, car révèle que **Mme B. s'inscrit réellement dans cet accompagnement**. A notre arrivée elle est assise au bord du lit en train de s'occuper, elle nous accueille ouverte et souriante avec un visage détendu. Néanmoins elle se réinstalle immédiatement dans son lit, peut-être pour garder son statut de malade, mais nous annonçons fière d'elle qu'elle s'est déplacée un peu aujourd'hui.

Face à l'amélioration récente de Mme B. un retour à domicile est envisagé par l'équipe. Elle en parle beaucoup et verbalise :

*« Je déteste ma stomie, je déteste mon appartement, avant je les aimais bien, maintenant je les déteste ».*

On voit là une manifestation de son **image du corps**. Sa stomie, qu'elle avait finalement mieux acceptée, devient le signe apparent de la maladie. Comment se projeter sereinement chez elle alors qu'elle porte le signe de la maladie encore sur elle ? Cela lui renvoie la rupture d'avec un avant, qui désormais n'est plus. En quelque sorte, son domicile avait été épargné jusque là par l'intrusion de la maladie et finalement, j'ai l'impression qu'**après l'avoir envahit elle, la maladie envahit bientôt son chez elle**. Cet espace de l'intime qu'elle aimait lorsqu'elle était en bonne santé, n'est plus protégé. L'image d'un avant et celle d'un maintenant engendrent un conflit interne. Celui-ci une fois détecté, oriente le suivi.

Nous lui laissons donc choisir le lieu de la séance, elle opte pour le « nouveau salon », ouvert sur l'extérieur et lumineux. Cette séance s'articule autour de **mobilisations douces actives et d'enroulement/étirements**. Cette proposition vient étayer son possible retour à domicile et réconcilier deux images qui s'opposent. L'éventuelle sortie est source d'angoisse et Mme B. est alors en recherche de meilleures postures. **Une prise de conscience de sa colonne vertébrale** devrait lui permettre, petit à petit, **d'ajuster ses positions**. L'idée étant de l'amener à une **plus grande écoute de sa tonicité pour pouvoir mieux la réguler et rassembler les parties d'elle**, qui reste pour le moment très dissociées.

*« L'expérience clinique révèle le pouvoir intégrateur possible de l'image de soi "se faisant autre" et de la projection de cette image de soi meilleure dans sa forme même »<sup>97</sup>*

Elle peut passer Noël en famille et une radiothérapie est programmée le 14 janvier. Plusieurs épisodes répétés de douleurs abdominales irradiantes dans les flancs et le bassin fin décembre et début janvier 2013, ainsi qu'une symptomatologie digestive perdurant, conduisent à réaliser un scanner qui révèle une dilatation de l'uretère et du rein gauche. Elle est alors hospitalisée en urologie le 7 janvier pour la pose d'une nouvelle néphrostomie. Quelques jours après, une carcinose péritonéale est diagnostiquée, c'est-à-dire un envahissement tumoral du péritoine, ainsi que la présence de gros nodules ; alors même que Mme B. est à ce moment en cure de chimiothérapie. Le pronostic est alors sombre.

---

<sup>97</sup> J. de AJURIAGUERRA et M. CAHEN, "Tonus corporel et relation avec autrui : l'expérience tonique au cours de la relaxation", dans *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité : volume 1, corps, tonus et psychomotricité*, coordonné par F. JOLY et G. LABES, édition du Papyrus, Noisiel, 2009, p.152.

Elle revient dans le service le 14 janvier 2013. La radiothérapie est annulée, mais une nouvelle ligne de chimiothérapie, dite palliative, est débutée. Toutefois, la propagation tumorale continue et en quelques jours seulement des nodules sont perceptibles en sous-cutané, puis visibles sur les flancs et l'abdomen. L'ajustement des traitements permet néanmoins de stabiliser l'état de Mme B. durant quelques semaines. Elle tient alors des propos morbide en déclarant au médecin :

*« Je me concentre sur le jour même, je ne veux pas regarder derrière, je ne veux pas regarder devant, pour moi l'avenir c'est la mort. Avez-vous un moyen pour accepter de mourir ? »*

En psychomotricité, Mme B. nous demande de l'aider à **réguler sa respiration**, afin de mieux gérer ses angoisses, notamment le soir. Nous proposons lors de plusieurs séances, des approches diverses centrées sur la respiration, par le biais d'un médiateur. Ces temps, où on ne se centre pas sur la maladie, sont importants et appréciés par Mme B., ils la surprennent... Comme si elle se rendait compte que, malgré l'omnipotence de la mort, elle avait encore des choses à vivre. Ce sont aussi des moments de partage, où Mme B. **nous livre un peu à chaque fois la personne qu'elle est**, et pas seulement « la malade » qu'elle est devenue. C'est par ce biais que la continuité de son existence se restaure, ou au moins par lequel elle est soutenue.

Ainsi, une séance se fera avec une plume (jaune), qu'elle a pu choisir parmi plusieurs. C'est important **de laisser l'opportunité du choix**, même pour des choses aussi simples, car au milieu de cet univers médical il n'y a pas toujours la **possibilité au désir**. Diverses propositions ont été apportées par le biais de cette plume sur laquelle il fallait souffler, tantôt pour la faire vibrer seulement, tantôt pour « la faire voyager » sur une carte de l'Europe. Mme B. a pu ensuite la garder, dans l'idée qu'elle **s'en ressaisisse** à un autre moment, au moins par la pensée. C'est-à-dire qu'elle convoque l'image, le souvenir de ce moment partagé, telle une réminiscence, pour ressentir de nouveau le sentiment éprouvé.

Je pense que c'est aussi ce qui fait écho chez les personnes que nous rencontrons, une **sorte de parenthèse** où elles peuvent être soignées, car soigner c'est prendre soin, sans être l'objet des soins. Elles sont actrices et le soin se construit de ce qu'elles donnent en relation.

*« Nous utilisons le corps en même temps comme objet de relation et comme élément unificateur du moi. Par la détente nous essayons de diminuer le rôle des afférences et des agressions, par la maîtrise du corps nous organisons certains modes de défense »<sup>98</sup>.*

Quelques jours plus tard, une autre séance a été menée sur le thème de la peinture, d'abord en imaginant qu'elle soufflait de la peinture sur une toile. Puis accompagnée, Mme B. a pu peindre une vraie toile, un moment riche et propice à l'échange, où elle a partagé une de ses lectures.

*« Je comprends le plaisir que certains ont à peindre »*

Fière de son tableau, elle l'a laissé en évidence dans sa chambre, l'exposant à qui voudrait bien le voir. On peut alors penser qu'au travers de cette toile, elle voulait **signifier la marque de son identité, la même malgré la maladie** ; la trace de son acte qui la présentifie à la vie.

*« Tout mouvement de quelque nature qu'il soit est créateur. »*

**Edgar Allan POE**

*Voir Figure 2 p.97*

---

<sup>98</sup> Id. p.159-160

### 1.3. Vers une meilleure fin de vie

L'une des **spécificités du psychomotricien** au sein d'un service de **cancérologie**, est que son approche s'enracine clairement dans une **démarche palliative**. Ce terme est souvent connoté mortifère à tort. En effet, un engagement par le malade dans une démarche palliative se définit, selon les objectifs de soins, en trois phases :

**La phase palliative curative** : les traitements visent une guérison ou une rémission. C'était le cas de Mme B. à son arrivée dans le service.

**La phase palliative spécifique** : les traitements spécifiques visent une stabilisation de la maladie et une amélioration de la qualité de vie. Mme B. y est entrée à partir de l'administration de la chimiothérapie palliative en janvier.

**La phase palliative terminale** : le décès est inévitable et proche, les soins visent une amélioration de la qualité de vie, ils sont dit de confort. C'est maintenant cette phase que nous allons aborder avec Mme B.

#### **Mme B. : Journal d' « un champ de bataille » – 3<sup>ème</sup> partie**

Le 18 janvier, l'**Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP)** fait une visite à Mme B., laquelle explique s'intéresser beaucoup à la deuxième Guerre Mondiale depuis sa maladie et parle alors de son corps comme d' « un champ de bataille ». Ce sont des **propos relativement violents, mais qui parlent de son vécu corporel** : un envahissement incessant de l'intérieur. Les EMSP, sont justement des équipes formées à intervenir lorsque certaines situations se compliquent et deviennent dès lors plus difficile à gérer pour le service. La dégradation de l'état de Mme B., en proie à des **angoisses de mort dominantes**, a nécessité ce recours.

Mi-février, Mme B. devient plus asthénique et manifeste un réel ralentissement psychomoteur. Elle est de plus en plus somnolente. Elle **se ferme alors dans un repli** important et communique de moins en moins. Elle affirme toutefois sa position sur un éventuel transfert en unité de soins palliatifs qu'elle refuse, comme si elle gardait son énergie pour ce qui avait vraiment de l'importance, pour ses derniers souffles de vie.

« Chaque souffle de vie nous prépare à mieux savourer notre propre fin. »<sup>99</sup>

**Paul AUSTER**

---

<sup>99</sup> P. AUSTER, Moon Palace, éd. Actes sud, 1990.

En psychomotricité, les séances visent avant tout une **amélioration du confort et un mieux-être** par des **touchers contenant et un ajustement des postures, dans une continuité de ce qui a été entrepris tout au long du suivi**. L'accompagnement qui a été engagé durant plusieurs mois, nous permet lors de ces séances de proposer des éléments que Mme B. apprécie, comme la diffusion d'une huile essentielle (d'orange ou d'eucalyptus) pour créer une **enveloppe olfactive**, ou la mise en place d'un coussin à billes pour la soutenir dans une position de trois quarts. Tout en lui signifiant nos difficultés à savoir parfois ce dont elle a vraiment besoin. Toutefois, elle ne refuse jamais notre visite, et **accueille aussi bien l'intention et l'attention** que nous lui portons. Les éléments la caractérisant en tant que personne, ses goûts, ses traits de personnalités, ont alimenté le suivi durant ces quelques mois. En ces instants de fin de vie, nous nous sommes ressaisi de ce qu'elle nous avait communiqué, par le langage ou par son corps, pour lui apporter à notre mesure ce qui lui ferait écho.

Début mars, nous proposons diverses sensations tactiles (effleurage par la plume utilisée précédemment et toujours sur le chevet de Mme B., massage par ballon, toucher peau à peau) et elle ouvrira trois ou quatre fois les yeux, sans dire quelque mot. Il me paraît possible que ce mutisme soit pour manifester un « refus de lâcher prise », en quelque sorte un refus de s'abandonner ; prise par une ultime « **faim de vivre** ». Le 8 mars, nous réalisons des mobilisations douces passives, en s'accordant à la musique de « Radio classique », présente presque à chaque fois que nous arrivions dans sa chambre depuis le début de l'accompagnement. Mobilisations que Mme B. accepte sereinement, sans manifestation d'inconfort. Cette séance a été la dernière, Mme B. est décédée le 12 mars entourée de ses proches.

*« Quelle est la différence entre les yeux qui ont un regard et les yeux qui n'en ont pas ? Cette différence a un nom : c'est la vie. »<sup>100</sup>*

**Amélie NOTHOMB**

---

<sup>100</sup> A. NOTHOMB, Métaphysique des tubes, éd. Albin Michel, Paris, 2000.

## Conclusion

Mme B. s'est révélée être une personne marquante, dans le même temps attachante mais qui pouvait aussi parfois mettre l'équipe soignante à mal, par un caractère affirmé et des **angoisses prégnantes**, dont les manifestations exigeaient une présence soutenue et des soins multiples. C'était une femme dynamique, qui l'est restée d'une certaine façon pendant son hospitalisation, par sa manière de parler et de s'affirmer. L'accompagnement a débuté par une mise en mouvement, car c'est là qu'elle appelait à aller, sa façon sans doute de désirer la vie malgré la maladie. Puis, une relation thérapeutique de confiance s'est réellement installée, permettant à Mme B. d'envisager plus sereinement une autre approche, au départ impossible, **en acceptant d'être actrice, donc d'être elle, à la foi autrement tout en s'y retrouvant.**

*« Tandis que le moi est sollicité dans une entreprise à sa mesure, la satisfaction des aspirations profondes du sujet [...], apporte au moi du malade ainsi rassuré un renforcement »<sup>101</sup>.*

Lorsqu'elle s'est repliée sur elle-même, on peut penser qu'à ce moment elle s'est enfin protégée. C'était sûrement sa manière, finalement, de se **rassembler psychiquement mais aussi corporellement**. Ce suivi que Mme B. sollicitait **a fait écho en elle**, sans doute parce **qu'elle s'y retrouvait** en tant que personne, en tant que femme et un peu moins en tant que malade. L'accompagnement en psychomotricité a pris fin comme il avait débuté, c'est-à-dire en mouvement (par des mobilisations), à l'image de Mme B.

On voit comme Mme B. a fait durant ces quelques mois l'expérience d'une corporéité agressée, meurtrie, perforée à plusieurs reprises. Dès lors, deux questionnements me paraissaient essentiels en tant que psychomotricien : le premier concernant **l'image du corps**, le deuxième concernant **les enveloppes psychiques et corporelles**, l'un et l'autre étant éminemment liés. Ces réflexions théoriques ont permis de penser une clinique adaptée, dans laquelle Mme B. s'est inscrite. Qu'y trouvait-elle vraiment ? Des réponses ont été apportées au fil de cet écrit, mais restent pour certaines à l'état d'hypothèses.

---

<sup>101</sup> J. de AJURIAGUERRA et M. CAHEN, "Tonus corporel et relation avec autrui : l'expérience tonique au cours de la relaxation", dans *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité : volume 1, corps, tonus et psychomotricité*, coordonné par F. JOLY et G. LABES, édition du Papyrus, Noisiel, 2009, p.153.

A travers ce suivi au sein d'un service de soins de suite en cancérologie, nous avons vu l'importance de s'adapter chaque jour. Le cancer est une maladie changeante et imprévisible, qui impose une souplesse et un ajustement quotidien de la prise en charge. Le rôle du psychomotricien est de **s'adapter tout en assurant une continuité** dans la prise en soin, aussi de prendre le temps quand l'institution impose parfois d'aller vite, laisser la liberté de choisir ou juste de refuser un soin. A travers ces outils tels que la relaxation, le toucher, la stimulation sensorielle, etc., j'ai tenté de prendre une place pour répondre aux attentes et aux besoins de la patiente dans un espace temps d'ici et de maintenant.

Dans quelle mesure le psychomotricien peut-il s'engager dans cette relation qui s'aménage ? Jusqu'où peut aller son implication ?

Nous l'avons vu le **psychomotricien** s'engage corporellement dans la relation, de fait il s'implique alors émotionnellement. Il est donc de **sa responsabilité de jauger son implication et d'instaurer un cadre**. Il garantit par ce biais une sécurité extérieure, pour qu'une sécurité intérieure soit plus présente au patient et qu'il puisse donc s'engager dans le processus thérapeutique. Ceci obligeant le psychomotricien à se préserver également.

*« L'investissement du corps est induit par la technique même »<sup>102</sup>*

L'engagement du psychomotricien, s'il est induit par l'outil de sa pratique, **le médiateur**, ce dernier **est la limite de son implication, tout autant que le cadre**. Au sein duquel, il manifeste une **attitude bienveillante, empathique**. En revanche il ne doit **en aucun cas manifester de la compassion**, qui supposerait une distance relationnelle inadéquate avec un projet thérapeutique.

**C'est donc au travers de la dynamique relationnelle dans laquelle se jouent les processus thérapeutiques de soutien et de restauration d'éprouvés archaïques, lesquels s'enracinent fondamentalement dans le vécu corporel ; que le soin psychomoteur se révèle soutenant du sentiment d'identité.**

---

<sup>102</sup> Id. p.135

## 2. Un lien aujourd'hui. Et demain ?

### 2.1. La clinique de l'incertitude : une approche spécifique dans le cas d'une tumeur cérébrale

Mme R. est née le 4 novembre 1928, elle a donc 85 ans lorsque je la rencontre. Elle est veuve et vit seule. Elle a une fille présente et une nièce dont elle est proche. Enfin elle est retraitée d'une carrière d'agricultrice dans le milieu viticole. Voilà ce que je connais de Mme R. Alors pourquoi retranscrire son histoire dans ce mémoire ? Précisément parce que je n'en connais que cela. Qui est-elle ? Qui est cette femme dont je perçois si peu de choses ? Voici le récit de ma rencontre avec Mme R.

Le 9 octobre, elle est admise dans un hôpital pour des troubles confusionnels débutés en septembre. Là, est découverte une volumineuse lésion frontale droite du cortex cérébrale et une petite lésion frontale gauche. Le diagnostic est donné, c'est un **glioblastome**<sup>103</sup>. Une intervention chirurgicale est donc pratiquée pour réaliser l'exérèse totale de cette tumeur. A la suite de cette opération, Mme R. présente un œdème post-opératoire important, majorant les troubles décrits à son arrivée. La famille refuse un traitement complémentaire par chimiothérapie.

Elle est hospitalisée au sein du service de SSR de cancérologie le 3 janvier 2013. On constate alors une asthénie, une **anxiété** et des tremblements, des **troubles cognitifs** et mnésiques **majeurs** parmi lesquels une importante désorientation spatio-temporelle, un déficit moteur gauche régressif et une aphasie régressive pouvant potentiellement s'expliquer par la diminution de l'œdème post-opératoire. Le projet qui a été décidé par l'équipe soignante, en accord avec sa fille, est un retour dans l'appartement en face de celui de sa fille.

Une indication en psychomotricité est posée dès son arrivée. L'évaluation qui sera faite le 14 janvier, confirme une aphasie d'expression, les troubles cognitifs et mnésiques, la désorientation spatio-temporelle. Mme R. manifeste un **ralentissement psychomoteur**, une agitation douce avec des persévérations motrices, caractéristique d'un syndrome frontal. Elle occupe alors ses mains en touchant ses vêtements de façon répétée et machinale.

---

<sup>103</sup> Un glioblastome correspond au grade IV des gliomes, tumeurs infiltrantes du système nerveux. C'est une tumeur parmi les plus agressives des cancers. Le pronostic vital est dramatique, avec une médiane de survie inférieure à 1 an et 2 % de survie à 5 ans.

La stimulation psychomotrice globale en l'accompagnant à mobiliser ses membres ne présente que peu d'intérêt pour Mme R., elle est peu sensible à cette approche. En revanche, elle répond positivement à une mobilisation douce avec massage global et voix chantée. Ses persévérations motrices cessent, les tremblements diminuent ; malgré que son hypertonie demeure par d'importantes raideurs, du fait de sa lésion cérébrale. Les objectifs de cette prise en soin sont alors une stimulation douce, on pourrait dire une sollicitation sensorimotrice, pour soutenir les fonctions supérieures de Mme R. et **conserver au maximum ses capacités**, sur le plan notamment de la communication. Egalement, une diminution de l'anxiété par une régulation tonico-émotionnelle. Tout ceci, **en étant une dynamique relationnelle**. Dans cette optique, un bain thérapeutique lui est proposé.

Je rencontre Mme R. quelques jours plus tard, d'abord en chambre puis dans le cadre du bain thérapeutique. Elle adresse une certaine attitude d'accueil et sourit de manière presque figée. Elle se préoccupe de la température de l'eau qu'elle souhaite tiède.

Durant ce bain, elle conserve une hypertonicité de fond, due à la tumeur cérébrale, qui se manifeste par des raideurs musculaires et une résistance au mouvement lors de mobilisations. De plus, elle poursuit ses persévérations motrices, de type essorage de linge avec un tissu. On suppose une anxiété sous-jacente qui pourrait majorer l'hypertonie. Ce qui pourrait expliquer qu'elle puisse se relâcher par courts instants en fermant les yeux, cessant ponctuellement ses persévérations et diminuant ses raideurs musculaires et la résistance aux mouvements. Bien que la symptomatologie soit vraisemblablement d'origine neurocognitive ; avec un tableau clinique rappelant à la fois un syndrome frontal et un syndrome confusionnel, qui la protège psychiquement d'une part ; elle n'exclue pas une anxiété dont on observe une diminution transitoire par l'arrêt de ses stéréotypies, d'autre part. Ainsi peut-on penser qu'elle trouve un rassemblement interne temporaire, sous-tendant une sécurité interne même mineure. C'est l'occasion d'un ressenti différent, où elle peut se sentir et vivre autrement que dans l'hypertonicité.

Néanmoins, la symptomatologie lourde et sidérante pour la patiente, puisque aboutissant à un vide psychique, nous sidère nous aussi quelque part. Elle me confronte en tout cas, en tant que soignant, à mes propres difficultés dans la prise en soin.

Toutefois Mme R. s'étaie nettement dans la relation par des échanges verbaux, qui se doivent d'être courts et signifiants, et des postures d'accueil. Cela lui permet alors de raconter quelques épisodes de vie. La mobilisation des membres inférieurs lui évoque par exemple des moments où elle roulait en bicyclette. Elle n'aborde pas la maladie ou l'hospitalisation, mais évoque toutefois des douleurs, principalement au niveau des reins (douleurs positionnelles) et de ses opérations (pose de prothèses de hanches et genou). Mme R., de par ses troubles neurocognitifs, est dans l'immédiateté. La **réactualisation de mouvements, de sensations** ou la vision des cicatrices, lui **permettent de recruter des souvenirs**. Ils sont importants parce qu'ils confèrent un lien entre l'avant et le maintenant, **un lien de sa propre histoire nécessaire à soutenir son sentiment d'identité**. Elle exprime d'ailleurs « des jambes qui ont trop marché », sans élaborer davantage son propos. Nous pouvons alors émettre des hypothèses quant à la signification de cette phrase : un corps trop abîmé ? Une vie parvenant à sa fin ?

Le retour en chambre est éprouvant pour Mme R., car nécessite un certain effort pour l'habillage et l'installation. On peut alors se poser la question du bénéfice de celui-ci et de ses effets. Ce bain thérapeutique n'en semble pas moins bénéfique parce qu'il permet à Mme R. un accompagnement relationnel, constituant un réel appui, particulièrement dans ce contexte où elle retrouve des sensations connues. Il nous apparaît donc adapté de renouveler l'expérience. Il n'y a jamais de réelle validation verbale, les capacités cognitives étant fortement bouleversées. Nous orientons le suivi en tâtonnant et **en cherchant des pistes thérapeutiques**, tout en restant très attentifs à ses retours comportementaux nous permettant d'évaluer si l'on poursuit ou non.

Par cette rencontre, plusieurs points m'interpellent. Premièrement, comme disait W. REICH, les événements survenant dans la vie du sujet s'inscrivent corporellement. Chaque tension est inscrite dans le corps et constituent ce qu'il appelle la « **cuirasse musculaire** ». On voit avec Mme R. comme cette idée prend un sens particulier. En effet, la maladie ayant eu des effets dévastateurs sur cette femme, tant corporels que cognitifs, les tensions engendrées s'enracinent dans cette corporéité, désormais hypertonique. L'hypertonicité est neurologique et réactionnelle, le moyen pour se sentir encore comme sujet contenant des contenus psychiques. En quelque sorte, un **corps figé, avec une pensée figée, laissant peu de place à l'affect**.

*« Sans émotions, il est impossible de transformer les ténèbres en lumière et l'apathie en mouvement. »<sup>104</sup>*

**Carl Gustav Jung**

---

<sup>104</sup> Cette citation montre bien que l'accompagnement ne vise pas à rétablir des capacités comme avant la maladie, mais qu'il a pour intention, de petite touche en petite touche, d'inviter à un mieux-être.

Je revois Mme R. fin janvier, depuis quelques jours elle est plus somnolente, son traitement est alors de nouveau ajusté. Malgré une légère amélioration de la motricité de l'hémicorps gauche, explicable par une résorption de l'œdème post-opératoire, le niveau d'autonomie rend compte de son incapacité à retourner au domicile. La fille prend aussi conscience de ces difficultés et s'accorde avec l'équipe soignante pour faire une demande en EHPAD<sup>105</sup>. Le soutien du corps médical et de l'assistante sociale est primordial en cet instant, notamment pour la fille, qui doit gérer seule cette situation et prendre des décisions.

A notre arrivée, qui fait suite au repas, elle est installée dans un fauteuil-coque. Mme R. a son chemisier tâché, le visage « barbouillé » et ses lunettes sont très sales. Nous l'aidons alors à faire une toilette et à changer de vêtement, dans un souci de préserver un sentiment de dignité.

Nous allons ensuite à « l'espace corporel »<sup>106</sup> pour une évaluation d'une part, et la **mise en jeu de la motricité** d'autre part. Je constate que la possibilité de mouvements des membres inférieurs est limitée, par une faiblesse et une raideur des muscles. Toutefois le tronc reste mobilisable et les membres supérieurs conservent une bonne amplitude de mouvements, offrant un champ d'action correct et des possibilités d'agir.

Nous continuons par un échange de balles à deux puis à trois. Cela lui est difficile au début, mais elle arrive à lancer et rattraper de mieux en mieux au fur et à mesure que le rythme des échanges s'accélère et par répétitions. En effet, je constate que Mme R. est très **perméable aux stimuli sensoriels** (visuels et auditif notamment), et parasitée par le milieu environnant. Lors de l'échange de balle plus rapide, son attention, sélective, est alors focalisée presque même happée par le ballon. Ces observations confirment la pertinence d'un bain thérapeutique (un bain de sens) et laisse supposer que le toucher pourrait lui permettre de se centrer sur elle.

C'est pour ces raisons, que lors du retour en chambre je propose un massage par pressions. D'abord les persévérations motrices de Mme R. continuent, je propose alors de disposer un oreiller derrière sa tête et l'invite à déposer sa tête dedans et à fermer les yeux, afin qu'elle soit moins parasitée. Cela illustre bien l'ajustement permanent dont nous devons faire preuve et qui suppose une écoute et une attention à l'autre. Progressivement, Mme R. semble se recentrer et cesse ses stéréotypies. A ce moment, le fauteuil-coque, l'oreiller et mon toucher lui

---

<sup>105</sup> Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

<sup>106</sup> C'est le nom qui a été donné à une salle de l'institution où j'étais en stage. Cette salle est consacrée au pôle réadaptation de l'établissement et offre une diversité de matériel pour les différents professionnels (psychomotricien, kinésithérapeute, Professeur d'éducation physique adaptée)

procure probablement suffisamment de contenance et de sécurité pour ne pas être envahie. Ce sentiment lui permet de garder les yeux fermés tout le temps du massage, son visage se détend alors, les tremblements stoppent. Je peux de ce fait mobiliser ses jambes sans sentir de résistance tonique, ce qui n'avait pas été le cas lors du bain de la dernière séance. On peut donc déduire là que les tremblements et l'hypertonie ne sont pas que neurologiques.

C'est en ce sens que je parle de tâtonnements, puisque le tableau clinique n'offre que peu de certitudes, il nous faut chercher à l'aide de nos différents outils pour arriver, d'hypothèses en hypothèses, à des déductions. Des hypothèses pouvant être très vite réfutées.

Par ailleurs, je me suis étonné lors de cette séance de ne pas avoir été aussi marqué, lors de ma première rencontre avec Mme R., de l'importance de son déficit cognitif. Je perçois maintenant un **appauvrissement psychique réel**. Elle manifeste une difficulté à répondre verbalement, une perte majeure des repères spatio-temporels et elle est même souvent **absente dans la relation**, ne répondant plus parfois à son propre nom. Peut-être aurions-nous dû essayer de l'appeler par son prénom, celui qu'elle est depuis le jour de sa naissance, contrairement à son nom d'épouse. Son regard est vide et semble parler de son vide intérieur. Elle est parasitée par la moindre perturbation.

Je me retrouve alors parfois **en difficultés**, à rechercher son attention, ou à formuler des phrases courtes et simples, ainsi que des questions fermées auxquelles elle pourra répondre. Quand bien même le « oui » et le « non » perdent aussi parfois leur sens. Je tente donc de ne pas faire transparaître ma déroute, je prends consciences malgré moi de mes propres réactions de prestance, pendant que dans le même temps je recherche presque vainement, dans son vide qui m'empare soudain, la solution. Y en a-t-il une au moins ? Peut-être "laisser mon corps parler pour moi" et raccrocher cette relation en pointillés par un sourire, qu'elle fait en réponse au mien, ou un contact tactile. Je le sais, le toucher a cette valeur de communication, lorsque je touche je suis aussi touché. Quand je pose ma main dans la sienne, celle-ci se referme sur moi. Bien qu'il s'agisse probablement d'une réaction automatique, un « grasping réflex », courant dans les syndromes frontaux, il n'en reste pas moins un lien à valeur de communication entre elle et moi. Là, son regard se plonge dans le mien, sans que rien d'autre n'y paraisse.

La **communication non verbale devient un canal non seulement privilégié, mais nécessaire**. Être attentif au moindre signe venant de l'autre, c'est être attentif à ce qui se joue de lui dans la relation, de sa souffrance, à tout ce qui se dit toujours mais qui ne trouvent mots. Les

observer est déjà leur donner le caractère du vivant. C'est également leur attribuer une signifiante, puisque quand tout devient signifiant, plus rien n'est insignifiant. On voit par exemple par son sourire en réponse au mien, qu'elle est là Mme R., malgré tout. Sourit-elle volontairement ou est-elle simplement dans l'imitation ? Le tout est de savoir que par l'un ou l'autre la relation s'entretient.

Je revois Mme R. pour un bain thérapeutique. Elle présente en ce jour un certain dynamisme. Elle participe activement et de bon gré à « sa toilette » en frottant son ventre et ses cuisses. Peut-être ainsi retrouve-t-elle un sentiment de soi, par son propre toucher et la limite entre elle et elle ; par l'acte lui-même, si familier, inscrit en elle pendant des décennies et qui se perd aujourd'hui lorsque les aides soignantes font sa toilette, parce que Mme R. se retrouve à ne plus savoir quoi faire. **Je soutiens ce dynamisme en proposant aussi de la mobilisation co-participative, « comme si on dansait ».**

C'est alors que Mme R. évoque les bals où elle allait. Un souvenir, qui fait écho à qui elle est :

- Ah ! Vous aimiez danser alors ?
- Quand même oui !

C'est soudain une évidence, elle aimait danser. **Chaque écho ravive la synthèse des expériences passées, réactualise dans ce moment, dans cette mise en jeu de la corporéité, les fondements de son identité et de son histoire, là est son « je ».** *Voir Figure 2 p.97*

**L'expérience sensori-tonique** est donc une approche thérapeutique à privilégier. L'expérience nous transforme et face à cette femme qui laisse parfois apparaître un vide déconcertant, je repense au concept développé par F. VARELA :

*« Le schéma corporel, non séparé de l'image du corps, est l'expression de l'expérience en devenir. Ainsi la conscience corporelle toujours réassociée ne cesse de nous recréer »<sup>107</sup>.*

C'est ce qu'il nomme « **l'autopoïèse** », que l'on pourrait traduire étymologiquement par « **produire du soi** ».

Mme R. part en EHPAD le 12 mars 2013.

---

<sup>107</sup> F. VARELA, d'après le cours de G. PONTON, psychomotricienne, durant la 3<sup>ème</sup> année au sein de l'Institut de Formation.

Les patients atteints de tumeurs cérébrales, selon la localisation dans le cortex, présentent d'importants troubles sur tous les aspects d'un individu. Qu'ils soient moteurs, psychiques, cognitifs, psychoaffectifs, parfois psychiatriques ; la prise en soin est dès lors plus compliquée et demande des ajustements permanents donc une surveillance rapprochée. C'est ce qui a motivé la création, au sein du SSR, d'un secteur de cancérologie dont une partie est spécialisée dans les tumeurs cérébrales.

Nous avons vu avec Mme R. que nous sommes amenés à rencontrer des personnes souffrant d'un déficit cognitif majeur, et un appauvrissement psychique important avec des absences plus ou moins prolongées. La personnalité et l'identité de cette personne s'en trouvent nécessairement affectées. **L'accompagnement en psychomotricité demande donc une adaptation certaine** et pas toujours évidente, à laquelle nous avons répondu par une diversité des approches proposées. Il s'agit d'essayer de saisir ce qui fait écho en la personne, à ce moment là, pour tenter de l'étayer et donner des clés possibles à l'équipe soignante et à l'entourage. Une approche pouvant se révéler bénéfique une semaine et inadaptée la semaine suivante.

Nous composons, nous créons en même temps que l'on invite la personne à se (re)créer elle-même, dans l'optique de maintenir les capacités et l'autonomie du patient. Alors qui était-elle ? Puis-je le savoir seulement ? Elle est une femme profondément attachée à sa fille et sa nièce. Ancienne agricultrice, elle apprécie le bon vin, elle aime les balades à bicyclette et appréciait aller danser aux bals. Enfin, elle faisait son marché tous les samedis matin. Ces quelques pièces de puzzle permettant d'entretenir un sentiment d'être, même partiel.

C'est également entretenir la **dynamique relationnelle si essentielle à l'homme**. Cette idée fonde le concept d'image du corps selon F. DOLTO. J-D. NASIO précise :

*« Un être humain est celui qui a la volonté irréductible, le besoin impérieux de communiquer avec un autre humain »<sup>108</sup>*

LACAN, lui, dit « le désir de l'homme, c'est le désir de l'Autre »<sup>109</sup>. C'est ce qui permet de **donner forme à ce présent qui se joue ici, de lui donner sens**. C'est par ce biais que l'on pourra **permettre à un sujet de se réinscrire dans sa propre histoire**, son histoire de vie bien-sûr, mais aussi son histoire corporo-psychique (on parle d'image du corps), où le **passé et le présent s'entremêlent dans une continuité, pouvant autoriser aussi à penser des « à-venirs »**.

---

<sup>108</sup> J-D. NASIO dans *Le corps et ses images*, édition Payot, Paris, 2008, p.28

<sup>109</sup> Ibid.

## 2.2. Réflexion sur la pertinence du soin court en psychomotricité

Etre psychomotricien en cancérologie impose nécessairement de **repenser la démarche de soin, car elle s'inscrit dans une temporalité incertaine**. Le soin court est de mise. Il faut alors penser chaque séance individuellement, et inscrire malgré tout une continuité et une permanence.

Lorsque l'on rencontre un patient, nous ne savons pas toujours sur quelle durée va se faire le suivi, tout comme lui. De fait il faut alors **envisager des objectifs à court, moyen et long terme**. C'est ce qui constitue l'une des principales difficultés, mais également une richesse, puisque le questionnement est toujours réactualisé et les modalités du suivi peuvent être modifiées. Le cadre spatio-temporel n'est plus la première préalable, **la rencontre est alors d'autant plus essentielle**.

Je vais maintenant m'appuyer sur une vignette clinique de ma rencontre avec Mme D., pour argumenter la pertinence d'un **soin court en psychomotricité**.

C'est une aide soignante qui transmet une indication en psychomotricité pour cette patiente. Lors des soins quotidiens, elle verbalise des propos péjoratifs et se dévalorise, notamment face au miroir.

Depuis trois ans, Mme D. a **subi des expériences de pertes répétées**. Premièrement, son époux décède. Puis, elle perd partiellement son ouïe. Il y a quelques mois, on lui diagnostique un cancer du sein, ce qui requiert une mastectomie. Ce cancer est par ailleurs toujours en cours de traitement. Une "énième" perte, pour cause de coxarthrose nécessitant la pose d'une prothèse de hanche, l'amène à être hospitalisée au sein du SSR.

C'est une petite femme vigoureuse dans sa façon de s'exprimer, mais à la fois fatiguée. Soulignons qu'elle a 86 ans. Elle est élégante et soignée dans son apparence. Se pose d'entrée un paradoxe, l'image qu'elle soigne si bien est précisément celle qui lui fait souffrance. Très vite Mme D. parle beaucoup, une tendance logorrhéique qui m'oblige à recentrer régulièrement sur la raison de ma venue. Elle m'exprime d'abord dormir très mal, malgré l'anxiolytique qu'elle reconnaît toutefois comme important pour elle.

Elle parle de son corps comme d'une chose qui tend inéluctablement à sa détérioration : « *Vous savez pour ça* », en me parlant de sa poitrine ; « *et puis maintenant c'est ça* », en me montrant sa hanche ; et un nerf qui est douloureux dans sa cuisse. Le sentiment d'un tout qui se perd, par petits bouts, une image d'elle « *qui fout le camp* »<sup>110</sup>.

J. MESSY, en référence aux théories de J. LACAN sur le « *stade du miroir* », décrit ce qu'il appelle « **le temps du miroir brisé** »<sup>111</sup>. Tout comme l'enfant qui anticipe l'image d'un soi unifié, une unité motrice, J. MESSY explique que la personne âgée (et l'on pourrait extrapoler à la personne malade, particulièrement dans les cas de maladies cancéreuses), anticipe « *l'image d'un corps morcelé [...]. C'est aussi peut-être l'image de la mort* »<sup>112</sup>.

Il apparaît que c'est précisément ce dont il s'agit pour Mme D. : chaque perte devient le signe apparent de son altération, un pas de plus vers la mort. Elle semble néanmoins trouver des ressources pour faire face à tout cela, notamment en sa famille. Elle évoque à de multiples reprises ses enfants, bien-sûr, mais surtout ses petits et arrière-petits-enfants.

Ce qui importe Mme D. est de retrouver son autonomie le plus rapidement possible pour rentrer chez elle. Ici elle s'ennuie, me dit-elle, alors que d'habitude elle est très entourée, mais c'est à la fois rassurant. Mme D. a fait un petit malaise plus tôt dans la journée et l'équipe soignante lui assure un sentiment de sécurité. Ceci souligne une **ambivalence entre son désir d'autonomie et sa dépendance au besoin de réassurance**. La marche étant de nouveau opérante, son retour est programmé à la semaine suivante. Le but de mon intervention se précise progressivement au fil de cette rencontre.

Dans le dialogue, je valorise son apparence élégante, ainsi que ses aptitudes. Malgré sa surdité, qui n'est toutefois pas prégnante, puisqu'elle arrive à m'entendre alors que je parle à peine plus fort. On peut penser que la diminution de son ouïe est subjectivement ressentie majorée, du fait des pertes successives. L'anxiété de fond, est minorée en termes de tonicité, par des épaules légèrement hauss es et des mains crispées par moments, mais se révèle surtout par une logorrhée. Cela, et sa difficulté à dormir malgré la fatigue, m'orientent à lui proposer en fin de séance une relaxation, pour lui donner des « outils » dont elle pourrait se ressaisir.

---

<sup>110</sup> J. MESSY, *Interview de Jack MESSY* par André BRANDILY, *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n  106, 1996

<sup>111</sup> Ibid.

<sup>112</sup> Ibid.

Je mets de la musique, diffuse une huile essentielle et commence une relaxation de type Jacobson<sup>113</sup>. Ce dispositif s'explique par la volonté de créer une atmosphère sensorielle enveloppante, comme nous l'avons déjà vu précédemment. Je choisis de proposer cette relaxation active, pour appuyer sa volonté d'autonomie qui est importante à ses yeux, en vu du retour à domicile. Néanmoins, je remarque aussitôt qu'elle n'est pas appropriée pour Mme D. En effet, la contraction doit être segmentaire, c'est-à-dire localisée à un membre ou une partie de ce membre, ce qui l'amène à verbaliser ses pertes les unes après les autres. De plus Mme D. se contracte toute entière sans pouvoir ensuite se relâcher vraiment.

Je poursuis donc par un abord de la respiration et de la conscience de celle-ci. Mme D. presque « trop bonne élève » se met alors à respirer machinalement et de manière quasi exagérée. Elle verbalise que cela lui fait du bien, même si je n'observe aucun relâchement corporel.

Je décide donc de terminer avec un toucher par pressions, qui se veut enveloppant, et un lissage global. Ceci sans accompagner par la voix qui, me semble-t-il, l'oblige à beaucoup d'attention du fait de sa surdité. Je vois là Mme D. se relâcher enfin !

Nous voyons comme là encore, le toucher a permis un apaisement, relatif mais visible. Ce corps « qui fout le camp » est soudain rassemblé. Nous l'avons vu avec le Moi-peau, l'épiderme est l'organe qui permet d'instaurer un sentiment primaire d'unité et de sécurité. Ce processus, de même qu'il s'installe chez le bébé par le « holding » et le « handling », est à l'œuvre chez Mme D. De la même façon que le toucher permet de se construire en tant qu'individu unique et unifié, il restaure le sentiment fondamental de son unité et de sa cohérence à tous les âges de la vie.

*« Les processus originaires, primaires et secondaires du fonctionnement psychique vont œuvrer conjointement tout au long de la vie du sujet avec leurs effets respectifs de mise en forme, de mise en scène et de mise en sens »<sup>114</sup>*

Mme D. revient à la relation avec un visage détendu et un grand sourire. Elle ne cesse de remercier pour « *la respiration* » qui lui a fait beaucoup de bien et « *le massage* » qui l'a relaxé. Je conclus finalement que ce qui lui fait du bien est peut-être de le croire, **l'illusion intime de son mieux-être.**

---

<sup>113</sup> La relaxation développée par JACOBSON se base sur le principe de l'alternance contraction/relâchement pour une meilleure détente.

<sup>114</sup> B. GOLSE, *Les signifiants formels comme un lointain écho du bébé que nous avons été*, in *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites*, de D. ANZIEU et al., éd. Erès « Le carnet psy », Paris, 2008, p.107

Cela renvoie à ce que D.W. WINNICOTT décrit dans son ouvrage *Jeu et réalité* de 1975 comme les « **phénomènes transitionnels** ». Ceux-ci définissent un espace intermédiaire, une « **aire transitionnelle** » où le sujet confronte la réalité extérieure avec sa réalité intérieure, faite de fantasmes. C'est une aire d'illusion au croisement de l'objectif et du subjectif, où le sujet peut créer, imaginer un « bon objet » et instaurer une relation avec lui. Il s'agit d'un mécanisme défensif normal visant la régulation d'un heurt et sa résolution au plan psychique. Ce mécanisme est à l'œuvre très tôt chez l'enfant avec « *l'objet transitionnel* ».

Ce moment a aussi permis à Mme D. de faire le lien avec son propre entourage, sa petite-fille travaillant dans une boutique qui vend des huiles essentielles. Dans l'idée de soutenir ce lien intergénérationnel, constitutif de l'identité comme nous l'avons vu, je l'encourage à en demander à sa petite-fille. Cette idée la ravie, elle me précise alors qu'elle est très attachée à cette dernière. Pour répondre à sa résignation « *mais vous savez quand on vieillit c'est comme ça* », je soutiens l'idée que malgré les pertes qu'elle a subi il est toujours possible de trouver des moments où l'on se sent bien, comme lors de la relaxation. C'est-à-dire des temps propices afin de tendre vers une harmonie psychocorporelle. C'est un ressenti purement subjectif et quand bien même il ne serait réel qu'en partie, il n'en demeure pas moins qu'elle parle de son vécu et de son désir. La plainte laisse le champ libre au sujet d'être désirant. Mme D. a fait ici l'expérience corporelle d'un apaisement porté par un autre.

**Cette double expérience, corporelle et relationnelle**, a permis de constituer des signifiants formels sur les ressentis du corps, une « *reconstruction après-coup d'un registre de l'originnaire* »<sup>115</sup>. B. GOLSE explique que les signifiants ont « *valeur de contenants primordiaux et de protoreprésentations de liens* »<sup>116</sup>, contenants qui ici, par leur subjectivation, ont permis à Mme D. d'éprouver l'apaisement de son unité.

Je revoie Mme D. deux jours plus tard, pour la deuxième et dernière séance, puisque le jour de sa sortie a été confirmé par le médecin. A mon arrivée, sortant de la salle de bain, elle se précipite pour s'allonger sur son lit et recommence à respirer de façon mécanique. Je l'invite donc à se redresser pour converser. Ce comportement montre néanmoins qu'elle m'identifie à un soin particulier, mais pour ne pas s'enfermer dans la dépendance du soin et l'alitement je devrais donc y répondre tout en le décalant.

---

<sup>115</sup> Id. p109

<sup>116</sup> Id. p.105

Elle m'explique qu'elle a vu sa petite-fille à qui elle a demandé des huiles essentielles. Elle lui en rapportera la semaine suivante. Elle me dit aussi que « *la respiration* » l'a aidé à mieux dormir depuis l'autre jour : « *je me suis réveillée à 5h, bon c'est tôt mais ça faisait longtemps que ça ne m'étais pas arrivé* ». Comme si elle était parvenue à faire un compromis avec elle-même, lui offrant la possibilité de ne pas être seulement dans la plainte. Bien que l'horizon ne soit pas tout rose, il n'est plus seulement noir. Une **sorte de rééquilibrage** entre ce qui est possible ou non, une harmonisation de son vécu corporel et de son image.

*« Les pensées sont constituées de représentations que se fait l'appareil psychique à partir des états et des mouvements du corps. Elles sont des figurations de l'expérience de satisfaction quand celle-ci vient à manquer. Cette expérience de satisfaction est à la fois sensorielle et motrice. Elle est un vécu corporel »<sup>117</sup>.*

Je prends qu'il suffit de choses toutes simples pour se sentir bien et que ces choses elle les possède déjà en elle. Je valorise encore une fois son élégance et elle m'explique alors qu'elle travaillait dans un grand magasin pour une marque de cosmétique de luxe. On comprend dès lors l'importance de l'image ; et pourquoi celle-ci continue de fonder son identité, sans qu'elle puisse discerner comment "habiter" sa corporéité, la sentir, la vivre, la penser. **Les propositions que j'ai faites à Mme D. ont pour but d'étayer sa capacité de représentation, lui donner un support de pensée, un contenant, pour mieux s'habiter.**

Cela lui permet aussi d'exprimer qu'elle a toujours été entourée, y compris dans son milieu professionnel et qu'elle est heureuse de retrouver son domicile dans quelques jours. Elle se projette alors chez elle, reprenant ses habitudes et entourée de ses proches.

Je lui propose aujourd'hui encore, après avoir installé le même dispositif (musique et huile essentielle) un massage relaxant. J'opte pour un lissage global et des vibrations inspirées de la relaxation coréenne, et je termine par de la mobilisation douce dans l'idée de rester dynamique. Je vois Mme D. progressivement faire corps avec le matelas. Nous finissons par un temps de verbalisation sur ses ressentis :

*« Je me suis revue avec ma grand-mère, après le déjeuner elle disait avant de se reposer "je me perds cinq minutes"... ». Et d'ajouter en riant « le temps de le dire ! ».*

---

<sup>117</sup> E. SECHAUD, « Didier Anzieu : penser les pensées », dans *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites*, de D. Anzieu et al., éd. érès "le carnet psy", 2008, p.14

*« La métaphore [...] est transfert d'un lieu à un autre, intrapsychique et intersubjectif. [...] La métaphore est porteuse d'une dynamique, dans un mouvement d'émergence et elle relance effectivement la pensée. Elle sollicite la participation active, elle entraîne l'autre dans son transport, dans l'illusion créatrice d'une expérience commune et partagée. »<sup>118</sup>*

Mme D. ne voulait pas dire par là qu'elle s'était réellement perdue pendant l'expérience proposée, mais qu'elle l'avait assimilée, grâce au souvenir de sa grand-mère, à l'illusion d'une souplesse d'elle-même entre le contrôle et le « lâcher prise ». En quelque sorte elle valide que l'expérience n'est pas menaçante donc qu'elle peut s'y engager. Tout en gardant à l'œuvre ses mécanismes de défense car elle est dans la découverte, la verbalisation de l'expérience lui autoriser à croire au bénéfice de celle-ci. Donc de pouvoir la vivre comme expérience satisfaction, puis de se reposer par exemple de façon appropriée ou simplement de s'en convaincre.

Je quitte Mme D. après l'avoir encouragée à faire comme sa grand-mère et se perdre cinq minutes quand elle en a besoin.

L'image perçue reflète le présent qui s'enracine dans le passé de Mme D. Ce que je lui ai proposé a pris un sens pour elle et loin de toute technique de respiration ou de relâchement musculaire, **elle s'est réapproprié son vécu corporel en lien avec sa propre histoire**. Ce présent, cet ici et maintenant, permet de redire son passé après-coup tout en lui permettant le mirage de son devenir, donc de sa continuité.

*« Chaque série historique [...] conserve finalement les réalités émotionnelles d'une époque donnée et sert en partie de contenant au travail d'élaboration ultérieur »<sup>119</sup>.*

Dans les cas de maladies cancéreuses où le devenir se teinte d'une angoisse de mort, cette lecture triptyque de passé, du présent et de l'avenir, qui s'unifie normalement à travers l'image du corps, se trouve perturbée. **Le double ancrage corporel et relationnel** que propose le psychomotricien, lorsqu'il est vécu comme satisfaisant, offre la possibilité à la personne de se le représenter, de le penser, en lien avec sa propre histoire. Ce qui l'amène alors parfois, à projeter un devenir.

---

<sup>118</sup> Id., p.23.

<sup>119</sup> B. GOLSE, *Se souvenir dans la tête, se souvenir dans le corps*, in *Réminiscences*, de J. AIN, Erès « Hors collection », Paris, 2010, p.41

GOLSE précise que C. BOLLAS définit une série historique comme « un espace contenant au sein de la mémoire qui conserve le sentiment qu'un enfant a d'être lui-même à un moment donné dans son monde ».

Par cet exemple clinique, nous saurions traduire l'action du psychomotricien par le fait de **tenter d'aider le sujet à se réinscrire dans son histoire personnelle, à penser un à-venir, par l'expérience satisfaisante du corps en relation qui étaye les sentiments d'unité, de cohérence et de sa permanence. Sentiments à la base même de l'identité.** *Voir Figure 2 p.97*

**« L'ancrage de l'histoire n'est pas le passé, mais l'espoir »**

Georg Wilhelm Friedrich HEGEL

Les observations de l'équipe soignante ont permis d'identifier un besoin et de poser une indication en psychomotricité. Ces observations ont permis à juste titre de soulever la problématique de Mme D. pour qui son image devenait insaisissable. D'où la convenance de la **pluridisciplinarité**. Nous l'avons donc rencontré en essayant de relancer une dynamique intérieure de surface. En effet il faut veiller à ne pas mettre en danger la personne, c'est-à-dire **respecter ses moyens de défense**, particulièrement dans le soin court. Cela questionne aussi la mission de l'établissement, en lien avec le projet individualisé, à savoir ici un retour à domicile. Le soin court a donc sa place, y compris en psychomotricité, mais doit nécessairement se penser institutionnellement.

Par ma rencontre et le lien, bien qu'éphémère, avec cette patiente, nous avons pu nous diriger ensemble, non sans difficulté, vers un soin adapté. Ce soin, qui a justement trouvé résonance en Mme D. de par sa propre histoire, lui a permis **d'envisager plus sereinement son retour** à domicile. L'intervention psychomotrice n'avait en définitive pas autre prétention. Ma proposition lui a permis de faire l'expérience satisfaisante d'elle-même, celle encore possible d'un corps en relation, sujet ouvert à l'intersubjectivité. Ceci, soutenu par l'équipe soignante et les différents professionnels.

Si son retour demandait une **autonomie physique**, il me paraissait primordial de rechercher aussi une **autonomie psychique**. Par ces soins psychomoteurs, nous lui avons permis un autre regard d'elle, décalé, et de retrouver une plus grande liberté en recouvrant une vision qui était jusqu'à lors noircie et dépréciée.

Elle sait désormais qu'elle peut recruter cette vision d'elle-même et se donner les moyens de mobiliser le nécessaire à une expérience de satisfaction. On pourrait dire d'être active, par la réactivation d'une autonomie de pensée.

# CONCLUSION

Ce mémoire a émergé d'un questionnement à partir de la rencontre avec des personnes atteintes de cancer. Il m'est apparu très vite que la question identitaire se trouvait au cœur de leur problématique. Comment d'ailleurs garder un équilibre psychocorporel quand la menace vient de l'intérieur ?

Souvent, la maladie teinte l'avenir d'angoisses de mort, les projets s'effondrent et l'annonce d'un tel diagnostic fait tomber le sentiment de son illusion d'immortalité. De plus, le corps est profondément marqué par ses transformations et l'apparition de ressentis qui perdurent, ceux de la douleur, de l'inconfort et de l'insécurité. Les personnes sont donc perturbées dans leurs sphères corporel, psychique, social et existentiel. Ils sont alors prédisposés à une menace d'éclatement psychique et à une perte de leur sentiment d'identité. Face aux multiples impacts de la maladie on parle aujourd'hui de prise en soin et moins de prise en charge. Elle doit être pluridisciplinaire pour à la fois soigner la personne autant que possible et lui proposer un accompagnement.

Le psychomotricien a une place privilégiée au sein d'un projet de soin en cancérologie, de par sa spécificité. En effet, la clinique psychomotrice s'étaye sur le concept d'image du corps, socle de l'identité. Le psychomotricien accompagne ainsi les personnes malades à porter un autre regard sur elles-mêmes. Il suggère des expériences corporelles internes positivées pour que ces individus tentent de se réapproprier des vécus corporels qui leur font défaut. Ceci dans l'optique qu'ils puissent se vivre pleinement tels qu'ils sont et s'accomplissent avec leurs possibilités de « faire avec ».

Au moyen de médiations corporelles, le psychomotricien invite à l'expérience satisfaisante de soi et partagée avec un autre. Par des actions agissant aussi sur l'antalgie et l'anxiolyse, il leur permet d'être plus disponibles à une écoute de leur corps, possiblement source de plaisir. C'est un éprouvé essentiel à tout être humain. Il propose une parenthèse singulière, un double ancrage corporel et relationnel dans l'ici et maintenant.

**Cette approche vise à aider les personnes à se réinscrire dans une dynamique psychocorporelle, où émergent leurs potentialités d'être et d'agir. Là se trouve leur sentiment fondamental d'identité.**

C'est donc dans l'expérience de satisfaction d'un soi-autre par le biais d'un lien relationnel, faisant ressurgir les sentiments fondamentaux à la base du soi, que le psychomotricien participe au soutien identitaire des personnes atteintes de cancer.

On pourrait également questionner la dimension du temps. En effet, la personne souffrant d'une maladie cancéreuse est en proie à une perte de ses repères spatio-temporels et son vécu subjectif du temps est bouleversé. Or nous l'avons vu, la personne malade d'un cancer peut être en prise à un ralentissement psychomoteur, voire un immobilisme psychocorporel ; ou au contraire à une dynamisation importante du psychisme par la mise en route de mécanismes défensifs.

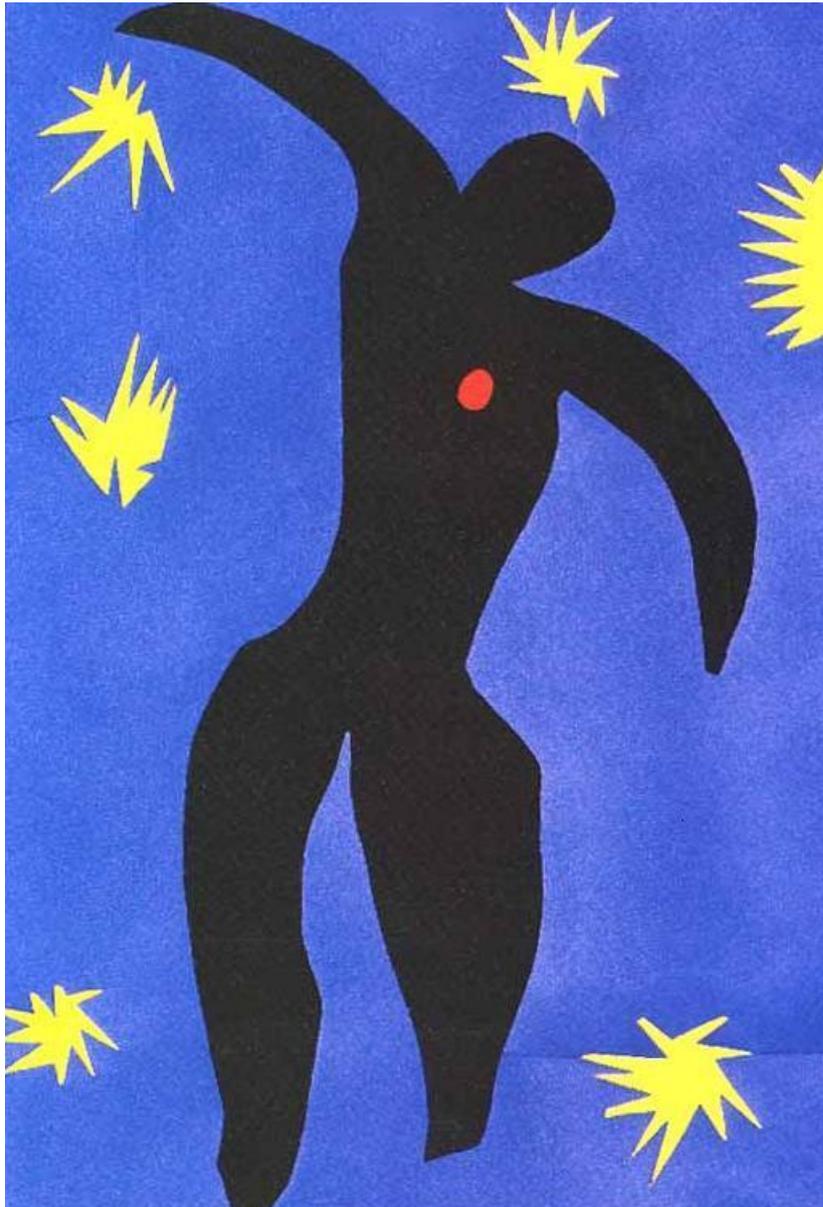
*« Le temps est une invention du mouvement. Celui qui ne bouge pas ne voit pas le temps passer. »<sup>120</sup>*

Le temps est abstrait et subjectif. Alors comment les personnes atteintes d'une pathologie oncologique le perçoivent-elles ? Comment vivent-elles le rythme des soins auquel elles sont soumises, cette attente trop longue pour la visite trop courte d'un proche, ou simplement ce temps avec un demain incertain ? N'y a-t-il pas là aussi un rôle du psychomotricien pour les accompagner à apprivoiser ce temps et apprendre à vivre le moment présent, le maintenant ?

---

<sup>120</sup>A. NOTHOMB, Métaphysique des tubes, éd. Albin Michel, Paris, 2000.

Figure 2.



Henri Matisse, planche VIII de l'album *Jazz*, édition Tériade, 1947

Par des petites touches de lumière la personne peut retrouver un sentiment de globalité, un mouvement d'être.

*H. MATISSE, malade, ne pouvait plus peindre comme il l'avait si bien fait jusque lors. Impensable toutefois de renoncer à son art, il fit en ce premier album « Jazz » un nouveau genre. Il peignait des supports unis, puis découpait des formes pour les coller les unes aux autres. Il s'est réapproprié son art.*

# ANNEXE 1

## ENQUETE : « LE CANCER »

« Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je réalise une enquête pour savoir ce que représente le cancer dans la population générale. Ce questionnaire est anonyme. Merci de répondre avec sérieux et franchise ».

**Sexe** : masculin / féminin

**Age** : .....

**Que faites-vous dans la vie ?** .....

**Pour vous le cancer est une maladie** : récente / qui a toujours existé / ancienne

**Donnez trois mots que vous associez au mot « cancer »** : .....

**A quel animal associeriez-vous le cancer ?** .....

**Selon vous, quel(s) cancer(s) est /sont le(s) plus répandu(s) ?** .....

**Pour vous, un cancer est-il curable ?**

- Oui toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Non jamais

**Pour vous, un cancer est-il nécessairement mortel ?**

- Oui toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Non jamais

**De manière générale, que représente pour vous le cancer ?** .....

**Selon vous, quel(s) cancer(s) sont les plus graves ?** .....

**Savez-vous ce qu'est une métastase ? Précisez.** .....

**Quelles particularités attribueriez-vous aux tumeurs cérébrales ?** .....

# ANNEXE 2

## QUATORZE BESOINS FONDAMENTAUX SELON VIRGINIA HENDERSON

1. **Respirer.**
2. **Boire et manger.**
3. **Éliminer** : Capacité à éliminer selles et urine et d'assurer son hygiène intime.
4. **Se mouvoir, maintenir une bonne posture et maintenir une circulation sanguine adéquate** : se déplacer seule ou avec des moyens mécaniques. Également de connaître les limites de son corps.
5. **Dormir, se reposer** : dormir et se sentir reposée. Également de gérer sa fatigue et son potentiel d'énergie.
6. **Se vêtir et se dévêtir** : Également de construire son identité physique et mentale.
7. **Maintenir sa température corporelle dans la limite de la normale (37,2 °C).**
8. **Être propre, soigné et protéger ses téguments** : Capacité à maintenir son niveau d'hygiène, à prendre soin d'elle, à ressentir un bien-être. Également à se percevoir au travers du regard d'autrui.
9. **Éviter les dangers** : maintenir et promouvoir son intégrité physique et mentale.
10. **Communiquer avec ses semblables** : Capacité à être compris et à comprendre grâce à l'attitude, la parole, ou un code. Également à s'insérer dans un groupe social, à vivre pleinement ses relations affectives et sa sexualité.
11. **Pratiquer sa religion ou agir selon ses croyances** : Capacité d'une personne à connaître et promouvoir ses propres principes, croyances et valeurs.
12. **S'occuper en vue de se réaliser** : Capacité d'une personne à avoir des activités, à les impliquer dans son autoréalisation et conserver son estime de soi. Également de tenir un rôle dans une organisation sociale.
13. **Se divertir, se récréer** : se détendre et se cultiver. Également s'investir dans une activité qui ne se centre pas sur une problématique personnelle.
14. **Apprendre** : Capacité d'une personne à apprendre d'autrui ou d'un événement et d'être en mesure d'évoluer. Également à s'adapter à un changement, à entrer en résilience et à pouvoir transmettre un savoir.

# BIBLIOGRAPHIE

**BALLOUARD C.**, *L'aide-mémoire de psychomotricité*, éd. Dunod, Paris, 2011.

**BULLINGER A.**, *Les prothèses de rassemblement*, dans *Psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2001, n°49.

**DOLTO F.**, *L'image inconsciente du corps*, éd. du Seuil, 1984, chapitre 1 : « Schéma corporel et image du corps », p. 7 à 62.

**FLEURIE A.**, *Douleur, cancer et psychomotricité : spécificité de l'approche psychomotrice dans la prise en charge de la douleur du sujet atteint de cancer*, mémoire de psychomotricité, 2012.

**Fondation ARC pour la Recherche sur le Cancer** (site internet), [www.arc-cancer.net](http://www.arc-cancer.net).

**GOLSE B.**, *Les signifiants formels comme un lointain écho du bébé que nous avons été*, in *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites*, de D. ANZIEU et al., éd. Erès « Le carnet psy », Paris, 2008.

**GOLSE B.**, « *Se souvenir dans la tête, se souvenir dans le corps* », dans *Réminiscences*, de J. AIN, Erès « Hors collection », Paris, 2010.

**GUILLAUMIN J.**, *Le soi comme fondement de la fonction de synthèse du Moi ?*, *Revue française de psychanalyse*, 1997/2, n°61.

**GUIOSE M. et GAUCHER-HAMOUDI O.**, *Soins palliatifs et psychomotricité*, édition heure de France, Paris, 2007.

**Institut UPSA douleur** (site internet), [www.institut-upsa-douleur.org](http://www.institut-upsa-douleur.org).

**JOLY F. et LABES G.** (coordonné par), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité : volume 1, corps, tonus et psychomotricité*, édition du Papyrus, Noisiel, 2009.

**KAËS R.**, « Du moi-peau aux enveloppes psychiques, genèse et développement d'un concept », dans *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites*, de D. Anzieu et al., éd. érès "le carnet psy", 2008.

**LACAN J.**, *Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je*, communication faite au XVI congrès international de psychanalyse, Zurich, 1949.

**Ligue nationale contre le cancer**, *Les soins de support, pour mieux vivre les effets du cancer*, 2009.

**Ligue Nationale Contre le Cancer et Institut National du Cancer**, *Vivre pendant et après un cancer*, guide d'information à l'usage des personnes malades et de leurs proches, 2007.

**MARCOS I.**, *Corps vécu / corps réel – Redonner du lien quand le corps emmure*, Thérapie psychomotrices et Recherches, n°129, 2002.

**MESSY J.**, *Interview de Jack MESSY* par André BRANDILY, Thérapie psychomotrice et Recherches, n°106, 1996.

**MUCCHIELLI A.**, *L'identité*, PUF, « Que sais-je », Paris, 2011 - 8<sup>ème</sup> édition.

**NASIO J-D.**, *Le corps et ses images*, éd. Payot, Paris, 2008.

**NOTHOMB A.**, *Métaphysique des tubes*, éd. Albin Michel, Paris, 2000.

**Plan cancer** (site internet du gouvernement), [www.plan-cancer.gouv.fr](http://www.plan-cancer.gouv.fr).

**PIREYRE E. W.**, *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, , éd. Dunod, Paris, 2011.

**ROUSSILLON R.**, « le Moi-peau et la réflexivité », dans *Didier Anzieu et al., Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites*, éd. érès "le carnet psy", 2008.

**SECHAUD E.**, « Didier Anzieu : penser les pensées », dans *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites*, de D. Anzieu et al., éd. érès "le carnet psy", 2008.