



HAL
open science

Une approche psychomotrice en service d'oncologie : expérience de la relaxation auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein

Sarah Coly-Layani

► To cite this version:

Sarah Coly-Layani. Une approche psychomotrice en service d'oncologie : expérience de la relaxation auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01017546

HAL Id: dumas-01017546

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01017546>

Submitted on 2 Oct 2014

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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention
du diplôme d'État de Psychomotricien

Une approche psychomotrice en service d'oncologie

Expérience de la relaxation auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein

COLY Sarah

Née le 7 décembre 1991 à Paris

Juin 2014

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention
du diplôme d'État de Psychomotricien

Une approche psychomotrice en service d'oncologie

Expérience de la relaxation auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein

COLY Sarah

Née le 7 décembre 1991 à Paris

Juin 2014

REMERCIEMENTS

Ce mémoire reflète un projet, fruit d'une longue réflexion qui a pu voir le jour grâce aux conseils de Cécile, de Laure et à la confiance accordée par l'équipe soignante et trois patientes du service d'oncologie médicale.

M. Mairey, vous avez toujours su répondre à mes questionnements, votre écoute et votre gentillesse m'ont aiguillée avec sérénité tout au long de cette année universitaire.

Alix, je suis heureuse que nous ayons partagé tant d'expériences depuis le début de notre formation et je n'oublierai jamais nos longues discussions ni ton soutien inconditionnel.

Yoan, depuis quatre ans tu es devenu mon meilleur allié. Ta présence, ton réconfort me rassurent et m'ont permis de tenir dans les moments difficiles et d'avancer.

Papa, Maman, vous m'avez toujours soutenue dans la réalisation de mes projets et sans vous, rien de cela n'aurait été possible.

Lola, tu es là depuis le début, indispensable à mon cheminement. Par tes relectures attentives et rigoureuses tu as partagé une nouvelle fois, une étape de ma vie.

Je vous adresse avec sincérité, toute ma gratitude- merci à tous.

AVANT-PROPOS

Depuis trois ans, la formation en psychomotricité que j'ai entreprise m'a engagée dans un cheminement tant personnel que relationnel, grâce aux nombreuses rencontres qui ont enrichi mes savoirs et ma pratique, notamment sur les terrains de stage.

Pour cette troisième et dernière année, j'ai souhaité m'intéresser, en tant que future psychomotricienne, à un domaine qui me paraît sensible ; la maladie somatique, en lien avec le vécu de la douleur et de la souffrance, au regard de la place du vécu corporel du patient et des modifications de l' image du corps.

Je me suis alors orientée vers un service de cancérologie, dans lequel j'ai rencontré des personnes confrontées à la perspective de la mort et souvent amenées à se questionner sur le sens de leur vie. Face à cette vulnérabilité, bénéficier de prises en soin adaptées et d'un accompagnement empathique semble nécessaire et indispensable.

À mon arrivée dans le service, et après m'en avoir présenté le fonctionnement, l'infirmière cadre de santé évoque le cas d'une patiente, Mme M.: « *En ce moment nous accueillons des patients âgés de 38 à 90 ans. La patiente de 38 ans souffre d'un cancer du sein, qui a été diagnostiqué à la naissance de sa fille, il y a quelques mois* ». Plus tard dans la matinée, alors que j'accompagne l'infirmière, nous entrons finalement dans la chambre de Mme M. Je découvre une personne pâle, amaigrie et souffrant d'alopécie, alors que, sans en avoir conscience, je m'en étais déjà fait *a priori* une représentation précise. Pas une seule seconde au cours de cette première matinée de stage, lorsque le cas de Mme M. était abordé, je ne l'avais imaginée ainsi, malgré les connaissances que j'ai sur le cancer et ses conséquences physiques.

Cette rencontre fut une première confrontation à la réalité. Constaté le décalage entre l'apparence physique réelle de Mme M. et l'idée que je m'étais faite de la plus jeune patiente du service marque le commencement, à cet instant, d'un travail personnel de réflexion sur le cancer, pathologie qui jusqu'à présent me semblait lointaine. J'ai donc décidé d'axer mes recherches sur le cancer du sein, me questionnant sur les diverses problématiques rencontrées dans cette maladie et sur l'accompagnement qu'un psychomotricien pourrait offrir.

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS ----- 1

INTRODUCTION ----- 5

Chapitre 1 : La maladie cancéreuse et ses conséquences pluridimensionnelles

I - LE CANCER DANS L'HISTOIRE ----- 8

A - Définitions ----- 8

B - Le cancer d'hier à aujourd'hui ----- 9

C - Les données actuelles sur le cancer ----- 12

D - Les plans cancer ----- 13

II - LA PRISE EN CHARGE DU SUJET MALADE ----- 15

A - Les traitements médicaux ----- 16

B - Les traitements complémentaires ----- 17

C - Le traitement de la douleur ----- 18

III - LE CANCER DU SEIN ----- 20

A - Rôle et anatomie du sein ----- 21

B - Le sein : un symbole ----- 22

C - Les cancers du sein ----- 23

D - Se reconstruire après une chirurgie ----- 24

Chapitre 2 : Les bouleversements liés à l'atteinte corporelle

I – IMPACTS PSYCHIQUES ET CORPORELS DU VECU DE LA MALADIE ET DES TRAITEMENTS	26
A - La temporalité	26
B - Le tonus	28
• Les fonctions du tonus	30
• La place du tonus dans le développement de la motricité	30
• Le fonctionnement physiologique	31
 II – LES REPRESENTATIONS D'UN CORPS TRANSFORME	32
A – Le schéma corporel	33
B – L'image du corps	35
C – L'organisation du Moi et le soutien au narcissisme	37
 III – MECANISMES DE DEFENSE ET COPING	38

Chapitre 3 : Une approche psychomotrice en milieu hospitalier : la relaxation

I – LA MISE EN PLACE DU CADRE	44
A – Présentation à l'équipe	45
B – Présentation aux patientes	45
C – L'organisation du cadre des séances	46
 II – UNE APPROCHE PSYCHOMOTRICE : LA RELAXATION	46
A – Définitions	46
B – La relaxation psychomotrice	48
• Les origines	48
• Les fonctions impliquées	49

Chapitre 4 : Pratique de la relaxation auprès des patientes

I – PRATIQUE DE LA RELAXATION EN MILIEU HOSPITALIER -----	54
II – LE CAS DE MME C. -----	55
A – Présentation de Mme C. et histoire de sa maladie -----	55
B – Le suivi en psychomotricité -----	57
• Observations cliniques -----	57
• Objectifs du suivi -----	58
• Déroulement des séances -----	59
III – LE CAS DE MME B. -----	62
A – Présentation de Mme B. et histoire de sa maladie -----	62
B – Le suivi en psychomotricité -----	63
• Observations cliniques -----	63
• Objectifs du suivi -----	64
• Déroulement des séances -----	64
CONCLUSION -----	67
BIBLIOGRAPHIE -----	69
ANNEXE -----	72

INTRODUCTION

Depuis une dizaine d'années, le cancer est devenu la première cause de mortalité en France, devant les maladies cardio-vasculaires. Sa fréquence en fait un problème majeur de santé publique. Source de douleurs, cette maladie est également à l'origine de changements corporels qui fragilisent la personne dans sa globalité ; les sphères physique et psychique sont affectées.

Ainsi, le cancer est une pathologie lourde de représentations, c'est une maladie qui fait peur. Elle induit des modifications de l'image du corps et inflige à l'individu une véritable blessure physique et narcissique qui se manifeste à son apogée dans le cas d'un cancer du sein. L'avenir devient incertain et l'identité est bouleversée. Cette maladie confronte le sujet à de nombreuses problématiques parmi lesquelles le traumatisme ou encore le deuil.

Le lieu de mon stage, pôle d'oncologie médicale, bénéficie des compétences de nombreux médecins, infirmiers et aides-soignants ainsi que de la présence ponctuelle d'une assistante sociale, de deux psychologues et de plusieurs kinésithérapeutes. Le service travaille en collaboration avec une équipe mobile de soins palliatifs. Les approches physiques et psychologiques sont intriquées et les traitements médicamenteux sont habituellement associés à des méthodes physiques et si besoin à un soutien psychologique.

Il n'y a pas de psychomotricien au sein de cette structure. Le caractère « *expérimental* » de ce stage m'oblige à m'interroger sur une pratique de soins dans laquelle je dois trouver une place. Je souhaite réfléchir à la question de l'inconfort face à la maladie, tout en gardant une approche globale de la personne malade. Son attitude empathique, son écoute bienveillante et les soins psycho-corporels qu'il propose font du psychomotricien un acteur important à ce moment si particulier de la vie des patients.

Le cancer du sein et ses thérapeutiques induisent, à des degrés variables, une modification de l'image de soi et de l'identité féminine dont le traumatisme et le vécu douloureux peuvent mener à des perturbations psychomotrices.

La prise en charge des troubles physiques reste une priorité pour l'équipe soignante en matière de qualité de vie et de satisfaction des soins pour les patients. Mais ces derniers subissent également une atteinte psychique qui interrompt le présent, porteur d'espoir de vivre.

En service d'oncologie médicale, la prise en compte du vécu corporel des patientes atteintes d'un cancer du sein peut-elle se penser dans une perspective de travail en psychomotricité ? En particulier, la pratique régulière de la relaxation peut-elle contribuer à un meilleur investissement affectif du corps et s'articuler avec les soins somatiques dans le contexte hospitalier ?

Il est indispensable de se questionner sur la représentation du corps chez les malades, les troubles qui peuvent survenir dans le cas du cancer du sein et sur l'accompagnement en psychomotricité qui doit s'adapter aux préoccupations des patientes afin d'optimiser le retour vers un lien entre le psychisme et le corps.

Pour répondre à ces interrogations, il est nécessaire de s'appuyer sur la notion de cancer, plus particulièrement celle de cancer du sein pour comprendre les conséquences de la maladie lorsqu'elle touche l'individu dans sa globalité. Ainsi, les divers troubles influencent le vécu corporel et affectif des patientes.

Dans mon approche – qui s'attache à mettre en évidence cet aspect pluridimensionnel – je développerai les notions de temporalité, de tonus, de schéma corporel et d'image du corps, mises à mal par le cancer du sein en précisant les moyens auxquels les malades ont recours pour se défendre psychologiquement, afin de souligner l'intérêt d'associer le soin psychomoteur à la prise en charge pluridisciplinaire en milieu hospitalier, en me basant notamment sur les données théoriques concernant la relaxation.

La dernière partie de ce mémoire sera consacrée à la pratique psychomotrice et sous la forme d'études de cas, je témoignerai des effets cliniques constatés chez deux patientes suivies pendant une quinzaine de semaines.

Chapitre 1

La maladie cancéreuse et ses conséquences pluridimensionnelles

En dépit des avancées thérapeutiques, le cancer reste une maladie grave et lourde de sens qui continue à faire des ravages. Objet de nombreuses interprétations, elle est empreinte de représentations archaïques individuelles et collectives toujours tenaces malgré l'évolution de la pensée scientifique.

Il convient alors de définir ce qu'est le cancer et de s'intéresser à l'avancement des recherches en la matière, ce qui lui a permis d'acquérir progressivement un statut scientifique. Cette pathologie ne saurait pour autant se résumer à son impact au niveau somatique. Aborder la notion de cancer et ses thérapeutiques permettra d'en comprendre les retentissements. Dans le cas du cancer du sein, les blessures de la maladie ne sont-elles pas majorées, rendant plus difficile encore de s'assumer en tant qu'individu ? Et la femme en particulier souffre-t-elle dans sa féminité ?

I - LE CANCER DANS L'HISTOIRE

Les progrès en matière de recherche montrent que le mot « *cancer* » s'applique à un grand nombre de maladies différentes qui peuvent survenir n'importe où dans l'organisme. Il présente une étiologie et des manifestations variées, impliquant des soins et des traitements divers. On parle de tumeur maligne.

A - Définitions

Le cancer est une maladie somatique « *caractérisée par la prolifération incontrôlée de cellules, liée à un échappement aux mécanismes de régulation qui assure le développement harmonieux de notre organisme. En se multipliant de façon anarchique, les cellules cancéreuses donnent naissance à des tumeurs de plus en plus grosses qui se développent en envahissant puis détruisant les zones qui les entourent* »¹

Lorsque les tumeurs se détachent et s'implantent dans d'autres parties du corps, elles constituent des métastases provoquant le mauvais fonctionnement de l'organe atteint. Les cancers métastatiques représentent la principale cause de décès par cancer.

1 Définition de la Ligue Nationale Contre le Cancer., source: http://www.ligue-cancer.net/article/278_qu-est-ce-que-le-cancer-#.UvFe6vTuKQA .

Cette maladie génétique est provoquée par de nombreuses anomalies somatiques dues à des mutations alléliques. Les allèles correspondent aux différentes versions d'un même gène. Lorsqu'ils mutent, ils peuvent soit favoriser l'expression des oncogènes – qui sont responsables de la prolifération cellulaire et donc de la survenue des tumeurs – soit empêcher l'expression des anti-oncogènes – qui bloquent la prolifération cellulaire. L'accumulation de ces anomalies serait à l'origine du développement tumoral.

Il existe plus de deux cents types de cancers différents, répartis en quatre grandes catégories :

- Les carcinomes représentent quatre-vingt cinq pour cent des tumeurs et atteignent les cellules épithéliales des organes. Ce sont des tumeurs malignes capables de former des métastases à distance, à un moment quelconque de leur évolution.
- Les sarcomes se forment aux dépens des cellules du tissu conjonctif. Ce sont généralement des tumeurs de grande malignité qui représentent un dixième des cas de cancer.
- Les cancers hématopoïétiques touchent les organes participant à la formation des globules sanguins.
- Les cancers neuroectodermiques se développent quant à eux à partir des cellules nerveuses.

B - Le cancer d'hier à aujourd'hui²

Bien que peu connu dans la préhistoire, on sait désormais grâce à la recherche que le cancer existait déjà. Plusieurs squelettes préhistoriques ont été retrouvés portant les stigmates d'un méningiome, dont celui d'un enfant de neuf ans datant de l'époque pré-néandertalienne. Les premières traces de connaissance clinique du cancer proviennent de papyrus écrits trois mille cinq cents ans av. J.-C. Ils décrivent des tumeurs du sein traitées par cautérisation.

Les tentatives pour expliquer l'apparition de la maladie cancéreuse sont fondées sur des approches diverses dont plusieurs modèles se sont succédés dans l'histoire. Jusqu'au Moyen-âge, les explications de la maladie sont liées à la fatalité, à la punition divine pour évoluer au siècle des Lumières, avec l'apparition des connaissances scientifiques. Cette justification de maladie est encore prégnante de nos jours avec l'idée de contagion qui n'est pas toujours fondée sur des éléments objectifs scientifiques mais le plus souvent sur des croyances erronées.

2 Sources : <http://www.societederecherchesurlecancer.ca/>

Le combat contre l'Hydre de Lerne

L'Hydre est probablement une des créatures les plus intéressantes de la mythologie grecque. La légende raconte qu'elle fût tuée par Héraclès durant l'accomplissement de ses douze travaux.

Le monstre est décrit de façon différente selon les contes et la mythologie. Plus récemment, il a été décrit comme ayant un corps de dragons et sept têtes. La tête centrale était la «tête intelligente» qui dirigeait le corps et qui était immortelle. Chaque fois qu'un vaillant chevalier la coupait, deux nouvelles têtes poussaient. Dans la mythologie de la Grèce antique, cette redoutable créature habitait les royaumes aquatiques et les marais [...].

L'Hydre apparut accompagnée d'un crabe (ou écrevisse géante) envoyé par Héra dans le but de distraire Héraclès lors du combat. Agacé par les pincements du crabe, Héraclès l'écrasa du talon. Héra en fera une constellation : celle du Cancer à côté de celle du Lion.

Débordé par les multiples régénérations céphaliques, Héraclès appela Iolaos, son neveu et fidèle compagnon, à la rescousse. Sur l'ordre de son oncle, il enflamma quelques arbres et utilisa des brandons afin de cautériser les moignons de cou. Quant à la tête immortelle, elle fut tranchée et enterrée encore sifflante, sous un rocher.³

Cette image de l'animal attaquant Héraclès évoque le cancer, entité à peine visible mais destructrice et le mot « *cancer* » trouve son origine dans le terme « *Karkinos* » qui renvoie par analogie aux termes de crabe ou chancre, mais aussi de compas ou pinces.

Ces notions sont reprises par Hippocrate de Cos au IV^{ème} siècle av. J.-C, lorsqu'il décrit une tumeur maligne du sein. Cette maladie « *apparaît à la surface du corps et se colore progressivement comme un crabe émergeant du sable ; en un second temps, les vaisseaux sanguins dilatés, les lymphatiques engorgés et irradiant de la masse simulent les pattes et surtout les pinces auxquelles la douleur fait également référence* ». Cette métaphore d'Hippocrate reflète la ténacité des tumeurs, leur progression inexorable et leur caractère destructeur. Les traitements thérapeutiques proposés aux patients sont alors l'opium et la belladone.

³ Source : <http://www.infosoir.com/imp.php?id=162281>

Hippocrate souhaite faire de la médecine une discipline à part entière en la séparant de la religion. Sa volonté est de théoriser la santé par l'interaction entre quatre fluides : le sang, la lymphe, la bile jaune et la bile noire. Il émet l'hypothèse que c'est un déséquilibre entre ces fluides qui entraîne l'apparition de la maladie. Mais l'origine des cancers reste floue et il reconnaît qu'il ne peut expliquer la perte d'équilibre des différentes forces externes et internes à l'individu.

Un siècle av. J-C., en s'inspirant des médecines grecque et égyptienne, le philosophe Celsus reprend la terminologie employée par Hippocrate et distingue différents stades d'avancée de la maladie : il parle de « *cacoethes* », traitables par excision, et de carcinomes. Pour lui le « *carcinus* », traduit du latin « *cancer* » (« *crabe* », « *écrevisse* »), concerne les ulcérations malignes avec pénétration profonde. Le « *carcinoma* », néologisme grec, est une lésion pré-maligne ou maligne superficielle, difficile à distinguer du « *cacoethes* » mot grec signifiant « *mauvais* », « *sale* ». Les *cacoethes* sont le seul type de tumeur traitable.

Au II^{ème} siècle Galien poursuit les travaux d'Hippocrate ; il élabore la doctrine médicale de la théorie des humeurs et l'applique au cancer. Il s'agirait d'un excès d'humeurs entraînant la solidification de la bile noire dans certaines parties du corps. L'administration de purges pour dissoudre cette bile noire est alors préconisée, en premier recours et avant toute excision.

Aux XI^{ème} et XII^{ème} siècles, le médecin arabe Avicenne décrit la prolifération lente du cancer et l'envahissement puis la destruction des tissus adjacents causant la perte des sensations dans ces parties du corps.

De son côté, le chirurgien Abu Al-Qasim recommande, tout comme Celsus et Galien, plusieurs siècles auparavant, l'excision en début d'évolution, la cautérisation des tissus avoisinants, la purge de la bile noire et enfin la saignée.

À partir du XVI^{ème} siècle de nouvelles données sont découvertes et doivent être prises en compte. L'invention du microscope permet de décrire la maladie au niveau cellulaire, et la fin des interdits religieux de disséquer les cadavres permet la découverte du système lymphatique. Grâce à ces avancées, Descartes met en évidence que c'est la lymphe, en se coagulant, qui est responsable de la formation des tumeurs, et non pas la bile noire comme l'exposait Galien au II^{ème} siècle.

Le chirurgien britannique John Hunter établit au XVIII^{ème} siècle que la lymphe est active et non coagulée, « *suant* » hors des vaisseaux. Il est aussi le premier à parler de prédispositions au cancer telles que l'âge ou l'hérédité.

En 1896, la découverte par le professeur allemand Roentgen de Wilhelm des rayons X et de leurs propriétés thérapeutiques permet une avancée majeure dans le traitement du cancer. La prise en charge s'inscrit peu à peu dans une pluridisciplinarité, associant chirurgie, radiothérapie puis chimiothérapie et hormonothérapie.

Ainsi, le cancer a toujours existé et ses différentes représentations ont évolué au fil des siècles, s'adaptant aux découvertes scientifiques et médicales. Le développement de la recherche a permis de mettre en place de nouveaux traitements qui s'améliorent encore de jour en jour.

C - Les données actuelles sur le cancer

Des découvertes plus récentes, datant du XX^{ème} siècle, mettent en évidence l'existence de facteurs de risque impliqués dans la survenue de certains cancer, avec des répercussions non négligeables sur l'incidence de la maladie. Ainsi, la cancérogenèse⁴ est un processus multifactoriel dont les caractéristiques sont liées :

- À l'individu, notamment de par son âge, son sexe ou ses caractéristiques héréditaires. Les cas de cancer sont rares avant trente cinq ans et le vieillissement joue un rôle majeur dans l'apparition de cette pathologie. Le déclenchement de la maladie est alors certainement dû à l'usure des organes associée à la perte d'efficacité des mécanismes de réparation.
- Aux comportements individuels tels que la consommation de tabac, d'alcool, l'alimentation et l'activité physique. Le tabagisme est la première cause de cancer évitable en France, il est à l'origine d'un tiers des cancers et responsable d'un quart des décès par cancer. La consommation régulière d'alcool augmente également le risque de certains cancers. L'hygiène de vie et les habitudes alimentaires ont un rôle reconnu. À ce titre, la consommation de fruits et légumes, associée à la pratique d'une activité physique régulière, permet de diminuer les risques de maladie cardio-vasculaire et de cancer.

⁴ La cancérogenèse est l'ensemble des phénomènes ou d'événements qui conduisent à la transformation d'un tissu physiologique (normal) en tissu cancéreux. Source : <http://www.vulgaris-medical.com>

- À l'environnement, principalement à l'exposition aux rayons ultraviolets qui constitue le premier facteur de risque des cancers de la peau.

On sait aujourd'hui que ces caractéristiques sont responsables de trente pour cent des décès par cancer. En outre, les comportements qui ne tiennent pas compte de ces améliorations possibles sont des comportements à risque.

Les facteurs génétiques et héréditaires seraient eux, responsables d'environ un cancer sur dix ; dans certaines situations bien particulières, des anomalies génétiques peuvent être transmises de génération en génération.

Enfin, dans les pays en voie de développement, les infections chroniques liées aux virus de l'hépatite B, de l'hépatite C et de certains types de papillomavirus humains sont responsables de vingt pour cent des décès par cancer.

La découverte de tels facteurs de risque impliqués dans la survenue des cancers permet de développer la prévention en France à partir des années 1970, au moyen d'une politique de santé adaptée mettant à la disposition des chercheurs de nombreux moyens. Pour la première fois, l'accent est mis sur la prévention et non plus sur le traitement en lui-même.

D - Les plans cancer

Jacques Chirac lance en 2003 le premier Plan Cancer. Les objectifs principaux sont de développer la prévention et le dépistage, de réduire les inégalités de santé et de favoriser la recherche.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), « *la notion de prévention décrit l'ensemble des actions, des attitudes et comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé* ».

La prévention des cancers vise alors à réduire l'apparition des tumeurs malignes ou le développement d'une tumeur localisée et constitue, avec le dépistage, l'un des cinq axes du Plan Cancer 2003-2007. Le deuxième Plan Cancer 2009-2013 s'inscrit dans la même dynamique et s'axe également sur la qualité de vie des patients, la communication et la personnalisation des soins.

« Il est possible d'agir pour diminuer l'incidence de certains cancers, par la réduction ou l'élimination des expositions aux facteurs de risque de cancers. Il est aussi possible d'en diminuer la gravité, de faire baisser la mortalité et d'améliorer la qualité ou la durée de survie par le repérage de facteurs de susceptibilité, le dépistage ou le diagnostic précoce.

La loi « Hôpital, patients santé, territoires » renforce la prévention des principaux facteurs de risque du cancer. Plusieurs mesures prioritaires ont été prises en faveur de la protection de la santé environnementale, des femmes et de certaines populations vulnérables »⁵.

On distingue trois types de prévention :

1- La prévention primaire : elle vise la disparition des causes de cancer en supprimant les facteurs de risque et dans ce cadre la législation évolue et les avertissements sanitaires se multiplient. L'ensemble des plans de santé publique vont dans le sens d'une prévention nutritionnelle des cancers, de campagnes d'informations des principaux facteurs de risques qui vont à l'encontre de certaines habitudes ou encore de vaccination contre les maladies virales.

2- La prévention secondaire : l'enjeu est le dépistage et le traitement des états pré-cancéreux via d'une part, un dépistage spontané individuel ou un dépistage de masse organisé dans le cadre d'une démarche de santé publique et d'autre part, le diagnostic.

Le but du dépistage est de détecter le cancer dans la population générale malgré l'absence de symptôme. Il se définit par *« l'utilisation systématique d'un test dans une population asymptomatique. [...] Les programmes de dépistage sont particulièrement efficaces pour les cancers fréquents, pour lesquels on dispose d'un test économique, d'un coût abordable, acceptable et accessible pour la majorité de la population exposée »*⁶

Si l'apparition de symptômes ou de lésions cancéreuses à un stade localisé laisse supposer l'existence d'un cancer, on parle de diagnostic.

3- La prévention tertiaire : elle permet d'éviter la survenue de complications et les rechutes du cancer.

5 Source : <http://www.plan-cancer.gouv.fr/le-plan-cancer/5-axes-30-mesures/axe-prevention-depistage/presentation.html>

6 Source : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/>

Le 4 février dernier, à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le cancer, le président F. Hollande a présenté plusieurs grandes priorités du nouveau plan national 2014-2019. Le diagnostic et la qualité de vie des patients restent au premier plan pour aspirer à la guérison d'un plus grand nombre de malades. Dans cette optique, les prises en charge se veulent globales et personnalisées et visent à réduire les risques d'un second cancer et les séquelles de la maladie qui déterminent fortement la qualité de vie pendant et après les traitements.

Des efforts de recherches sont déployés, notamment dans le but de mettre au point de nouvelles thérapeutiques, moins toxiques, mais aussi pour développer des approches préventives plus adaptées. Afin de mener à bien cette politique, l'implication des patients et des usagers du système de santé est présentée comme essentielle à la lutte contre le cancer.

Depuis plusieurs décennies, la prévention et le diagnostic sont ainsi devenus les mots d'ordre. Les sept mesures de l' « *Axe Soins* » du Plan Cancer 2009-2013 mettent néanmoins l'accent sur un autre point que sont les traitements. Elles ont pour enjeux commun de proposer un parcours de soin « *personnalisé et efficace* ».

II - LA PRISE EN CHARGE DU SUJET MALADE

L'état du sujet pour lequel le diagnostic du cancer est posé peut nécessiter un traitement médical associé à d'autres soins spécialisés. Par la mise en place des plans cancer successifs et par l'évolution des connaissances scientifiques, depuis plusieurs années de nombreuses mesures sont prises pour que les médecins proposent un traitement multimodal. En cancérologie, les traitements sont très nombreux mais ne garantissent pas la guérison et certains sont particulièrement difficiles à supporter. La recherche tente de limiter les effets secondaires pour favoriser l'atténuation des symptômes, ralentir l'évolution de la maladie et ainsi offrir au patient la meilleure qualité de vie possible.

Les propositions de traitements sont établies dans le cadre d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (R.C.P.), par des médecins d'au moins trois spécialités différentes. Après l'accord du patient, les modalités de traitement sont décrites dans un Programme Personnalisé de Soins (P.P.S.).

Le médecin traitant joue également un rôle majeur dans la surveillance régulière du malade au cours du traitement.

A - Les traitements médicaux

Il existe cinq types de traitements médico-chirurgicaux, proposés seuls ou associés selon le type de cancer et son stade d'avancement :

- La chirurgie : il s'agit de l'ablation chirurgicale de la tumeur et éventuellement de ses extensions dans le but de retirer les cellules cancéreuses mais aussi d'éviter qu'elles ne se propagent. La chirurgie est le principal traitement utilisé de nos jours, fréquemment associé à d'autres techniques.
- La radiothérapie : elle est historiquement le deuxième traitement curatif du cancer. Depuis la découverte des rayons X au début du XIX^{ème} siècle, elle consiste en l'utilisation de rayonnements pour détruire les cellules cancéreuses par irradiation, tout en préservant les tissus sains et les organes avoisinants.

On distingue principalement la radiothérapie externe et la curiethérapie, pour laquelle les sources radioactives sont implantées directement à l'intérieur du corps. Une troisième modalité, la radiothérapie métabolique, consiste en l'administration d'une substance radioactive par voie orale ou intraveineuse.

Ces deux premières techniques sont des traitements locaux et loco-régionaux du cancer. La chimiothérapie, l'hormonothérapie et les traitements ciblés s'attaquent aux cellules disséminées dans l'organisme et permettent de réduire les risques de rechute.

- La chimiothérapie consiste en l'administration de médicaments qui détruisent les cellules cancéreuses et permettent de stopper leur reproduction. L'enjeu est d'atteindre des dosages justes, de sorte qu'ils soient efficaces tout en limitant les nombreux effets secondaires⁷
- L' hormonothérapie concerne les cancers hormono-dépendants tels que le cancer du sein ou le cancer de la prostate. C'est un traitement médicamenteux qui empêche les hormones d'agir sur la prolifération des cellules cancéreuses.

⁷ Ces effets incluent notamment les nausées et les vomissements, la chute des cheveux, la baisse des globules rouges, blancs et celle des plaquettes, l'arrêt ou l'irrégularité des règles chez les femmes non ménopausées, l'inflammation et brûlure de la bouche et de la gorge, les modifications de la peau, la sensation de sécheresse et parfois de démangeaison, les modifications des ongles qui deviennent cassants striés ou foncés et la diarrhée ou la constipation.

- Les traitements ciblés ont pour objectif de perturber le métabolisme des cellules tumorales en inhibant la vascularisation de la tumeur (traitement anti-angiogénique) ou encore en agissant sur leurs récepteurs (traitement du récepteur HER2).

Ces traitements peuvent être associés car leurs effets bénéfiques sont cumulables ; ils diminuent le risque de récurrence et augmentent les chances de guérison. La prise en charge du cancer ne comprend cependant pas que ces soins spécifiques et s'inscrit dans le cadre d'un suivi pluridisciplinaire s'efforçant d'adopter une vision globale puisqu'il est actuellement établi que la communication et le travail d'équipe sont essentiels à la rééducation du patient.

Les avancées scientifiques ont permis de prolonger l'espérance de vie après le diagnostic d'un cancer ; c'est une maladie qui devient souvent chronique et qui a des retentissements au niveau de l'autonomie et de la cognition du sujet. Désormais, les effets à long terme de la maladie et des traitements et leurs conséquences sur les sphères psychique, individuelle, sociale, professionnelle et familiale sont également considérées.

B – Les traitements complémentaires

La mesure 42 du Plan Cancer 2003-2007 prévoit le développement des « *soins de support* » et insiste notamment sur la prise en charge de la douleur et de la psycho-oncologie. Il s'agit de « *l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements oncologiques ou hématologiques spécifiques, lorsqu'il y en a* ».

Les soins de support sont mis en place avant tout pour contrôler les symptômes liés à la maladie ou à ses traitements et ont pour but d'en diminuer les conséquences. Les principaux troubles rencontrés concernent généralement la douleur, la fatigue, la nutrition et la motricité. Les soins de support prennent en compte les dimensions physiques, psychiques, fonctionnelles, sociales et familiales. Ils viennent donc compléter les traitements médicamenteux et sont déterminants en termes de qualité de vie pour le patient.

Les soins de support sont élaborés par la coordination des compétences, au service du patient et de ses proches, qui s'inscrit au sein d'une pluridisciplinarité. Une évaluation des besoins du patient est effectuée dès le diagnostic, en particulier lors du dispositif d'annonce et avec des outils de repérage et d'évaluation appropriés.

Le médecin traitant oriente le patient et garantit la continuité des soins qui peuvent être délivrés sur les lieux de soin du patient, en libéral ou au sein de structures dédiées. Les autres professionnels concernés par les soins de support peuvent faire partie des équipes mobiles ou des unités de soins palliatifs. Les professions paramédicales sont également impliquées, ainsi que tout professionnel formé à l'accompagnement psychologique, social, ou esthétique du patient. Afin de proposer une prise en charge envisagée de manière holistique, une équipe pluridisciplinaire se compose généralement de médecins, d'infirmiers, de psychologues, d'assistantes sociale, de kinésithérapeutes et d'ergothérapeutes. Rares sont les psychomotriciens qui travaillent au sein de ces équipes, mais ne pourraient-ils pourtant pas répondre à une demande, dans cette considération globale du patient ?

Au vu de ces éléments, le cancer implique donc de multiples soins qui s'inscrivent dans une prise en charge globale pluridisciplinaire, considérant les retentissements de la maladie aux niveaux physique, social, familial ou professionnel, et qui s'accompagnent généralement d'un traitement de la douleur cancéreuse ainsi que des douleurs iatrogènes⁸.

C - Le traitement de la douleur

La douleur peut avoir des conséquences sur le moral, la qualité de vie et les relations aux autres, en sollicitant le corps entier, ainsi que sur les affects avec deux composantes que sont la douleur physique et la souffrance morale. Depuis le 4 mars 2002, le soulagement de la douleur est reconnu comme un droit fondamental par une loi inscrite dans le code de santé publique qui précise que « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée* ». ⁹

Il existe deux types de douleurs physiques :

1- les douleurs nociceptives qui désignent les douleurs dont le message est transmis par les nerfs depuis la périphérie vers le système nerveux central. Ce type de douleurs a pour fonction de prévenir des stimulations susceptibles de menacer l'intégrité de l'organisme.

⁸ Les douleurs iatrogènes sont des douleurs provoquées par un traitement médical ou un médicament. Elles sont induites par les nécessaires examens complémentaires à visée diagnostic ou par les thérapeutiques proposées.

⁹ Article L1110-5 du code de santé publique

2- les douleurs neuropathiques qui ont pour origine une lésion située dans le système nerveux. Celles-ci provoquent généralement de vifs élancements et s'accompagnent de troubles de la sensibilité de la zone douloureuse.

L'organisme a la capacité de contrôler la douleur à plusieurs niveaux et jusqu'à un certain point :

Les nocicepteurs sont des récepteurs à la douleur situés à la surface de la peau, au niveau des viscères, des muscles ou des tendons. Dans la moelle épinière, il existe un filtre capable soit d'activer, soit d'inhiber le message douloureux.

Dans le cas d'une stimulation douloureuse, l'information véhiculée peut emprunter deux types de fibres plus ou moins myélinisées et donc plus ou moins rapides. En fonction du type et de la quantité d'informations, il est possible de diminuer la douleur en stimulant le système à fibres rapides. C'est la théorie du «*gate control* », exposée par Patrick Wall et Ronald Melzack.

Au niveau céphalique, de nombreuses structures participent au décodage de la douleur et mettent en jeu des circuits descendant d'inhibition de la douleur, modulés par des substances morphiniques.

L'Association Internationale pour l'Étude de la Douleur (International Association for the Study of Pain Study of Pain (I.A.S.P)) distingue un autre type de douleur : les douleurs idiopathiques ou psychogènes qui représentent un état pathologique dont la cause est inconnue, sans lésion apparente.

Selon l'IASP, la douleur se définit comme une « *expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire actuelle ou potentielle, ou décrite dans les termes d'une telle lésion* ». Malgré des mécanismes physiologiques communs à tous, cette définition montre le lien entre corps et psyché, rendant subjectif le déclenchement de la douleur. Il y a donc un aspect psychologique dans le phénomène douloureux et les effets psychologiques des douleurs provoquées par le cancer. L'anxiété, la peur, la confusion ou la dépression peuvent être dévastateurs.

Ainsi, la douleur physique est indissociable de la souffrance morale, entraînant un vécu subjectif qui est sous-tendu et déterminé par des facteurs physiques, psychologiques et environnementaux. Il est nécessaire de proposer au patient douloureux un traitement qui soit adapté à l'intensité et à la nature de sa douleur.

L'Organisation Mondiale de la Santé distingue trois paliers dans le traitement de la douleur et recommande l'utilisation d'antalgiques périphériques pour le premier palier et d'opioïdes pour les deux autres. Le passage d'un palier à l'autre se fait progressivement, lorsque le précédent s'est avéré inefficace, et dans ce cas, d'autres traitements, des adjuvants, peuvent être utilisés. À titre d'exemple, nous pouvons citer les antidépresseurs.

Les effets secondaires des médicaments antalgiques sont fréquents, c'est pourquoi les approches non médicamenteuses ont toute leur importance dans le soulagement de la douleur.

La prise en charge de la douleur nécessite de considérer à la fois la cause organique et les conséquences physiques et morales qui en découlent.

Le psychomotricien, par des méthodes de médiations corporelles (relaxation, enveloppements tactiles, massages...) est à même de proposer un accompagnement spécifique, une prévention et un traitement de la douleur. Il s'inscrit ainsi de manière cohérente dans la prise en soin et répond à la demande de soulagement de la douleur exposée dans la loi du 4 mars 2002.

III - LE CANCER DU SEIN

En France, le cancer du sein est le plus fréquent des cancers féminins et constitue la première cause de mortalité chez les femmes âgées de trente-cinq à soixante-cinq ans. En 2012, on estime à quarante-huit milles le nombre de nouveaux cas, soit plus d'un tiers de l'ensemble des nouveaux cas de cancers féminins. Ce type de cancer touche principalement les femmes ménopausées mais aussi et de plus en plus fréquemment, les femmes plus jeunes. Dans de très rares cas, il peut aussi apparaître chez les hommes. Depuis 2000, le nombre de nouveau cas ainsi que la mortalité liée au cancer du sein diminuent, notamment grâce à l'amélioration des traitements et au dépistage précoce. Les taux de survie à trois et à cinq ans sont en moyenne respectivement de quatre-vingt dix et quatre-vingt cinq pour cent.

Il existe une corrélation entre certains mécanismes biologiques et la survenue du cancer du sein, plusieurs facteurs de risque sont identifiés : principalement l'âge, devant les antécédents familiaux et les facteurs hormonaux, la maladie étant rare chez les femmes de moins de trente ans. Il existe également des facteurs liés aux habitudes de vie et à la nutrition. Ces observations suggèrent que le cancer du sein apparaît comme une maladie multifactorielle.

La localisation de la tumeur a une importance capitale, par rapport à d'autres types de cancer, notamment dans l'appréhension de la maladie car le sein est porteur de nombreuses symboliques ; il est un attribut de la féminité, un organe relationnel, objet de désir.

A - Rôle et anatomie du sein

Le sein est un organe glandulaire responsable de la sécrétion lactée, situé dans la région supérieure, antérieure et latérale du thorax. Il est constitué de la peau, sur laquelle fait saillie le mamelon et son aréole, par du tissu adipeux sous-cutané et par la glande mammaire proprement dite. Le volume et la forme du sein sont très variables en fonction de l'âge, du sexe, de l'ethnie et des différentes périodes de la vie génitale.

La glande mammaire est une glande holocrine – dont les cellules sécrétrices se désintègrent et font partie de la sécrétion – constituée de nombreux acini qui forment des lobules. Ils se réunissent en une dizaine de lobes d'où partent les canaux galactophores, qui s'ouvrent au niveau du mamelon¹⁰.

La vascularisation lymphatique est importante à prendre en compte car elle conditionne les modalités thérapeutiques des cancers du sein. Le drainage lymphatique de la glande mammaire et du sein est calqué sur la vascularisation artérielle. À partir des réseaux superficiel cutané et profonds glandulaires, les collecteurs lymphatiques se drainent latéralement dans le lymphocentre axillaire et médialement, de la chaîne thoracique interne vers les nœuds sus-claviculaires.

Ainsi, les premiers symptômes de la maladie se manifestent généralement par l'apparition d'une masse au niveau du sein ou du creux axillaire. Elle peut être sensible mais rarement douloureuse. D'autres signes précoces peuvent alerter, comme le changement de taille ou de forme du sein ou du mamelon. Pour cette raison, les moyens d'exploration de la glande mammaire sont tout d'abord cliniques, avec l'inspection et la palpation recherchant une masse à l'intérieur de la glande et des signes d'adhérence au plan cutané ou au plan profond. Ces modifications justifient que le dépistage du cancer du sein repose sur des examens paracliniques : échographie et mammographie.

L'exploration chirurgicale avec biopsie-exérèse et l'examen extemporané des lésions mammaires permettent un diagnostic histologique précis. Ces examens complémentaires réalisés par imagerie ou chirurgie permettent de préciser la nature de l'anomalie décelée (cancéreuse ou non). La cytoponction¹¹ et la la micro- ou la macrobiopsie¹² sont les éléments de base du diagnostic.

10 Schéma en annexe 1

11 La cytoponction est une technique consistant à prélever, à l'aide d'une fine aiguille, des cellules d'une lésion située en profondeur en vue d'un diagnostic cytologique, examiné au microscope.

12 La biopsie est un prélèvement sur le corps vivant d'un fragment de tissu ou d'organe en vue d'un examen microscopique ou d'une analyse biochimique. Le principe de la macro-biopsie consiste à prélever un morceau de tissu

Un bilan d'extension est finalement réalisé sur l'autre sein et dans le reste de l'organisme pour rechercher d'éventuelles métastases.

B - Le sein : un symbole

Attribut et symbole profond de l'identité féminine, le sein met en jeu l'image de soi, car il est très investi socialement.

Dans toute culture, il est associé à la maternité puisque dès la grossesse les seins subissent des modifications physiologiques leur permettant de remplir leur rôle nourricier.

« Le sein est surtout symbole de maternité, de douceur, de sécurité, de ressource. Lié à la fécondité du lait, qui est la première nourriture, il est associé aux images d'intimité, d'offrande, de don et de refuge ¹³ ».

Le sein est ainsi lié à l'idée de la vie, de la pureté, au delà de la simple fonction alimentaire du nourrisson.

Il fait partie intégrante de l'entité corporelle féminine et il n'en demeure pas moins une zone fortement érogène et attractive. Qu'une pathologie telle que le cancer touche ce lieu tant investi du corps féminin rend l'épreuve encore plus pénible. Une des plus nombreuses réactions observée après une mastectomie est un rejet du corps tout entier mais il est également possible de noter une ambivalence des sentiments ; dans certains cas, l'opération est « *souhaitée* » par les patientes car elle est synonyme de la fin du cancer. Elles offrent leur sein en échange de la guérison.

En fonction du degré de réalisation et d'épanouissement sexuel et maternel, et de l'investissement de la féminité, le cancer pourra être d'autant plus mal vécu par la femme, la mère, ou l'épouse. La mastectomie aura alors un sens totalement différent pour les patientes.

Cette appréhension psychologique risque de se répercuter au niveau du corps lorsque la crainte de voir apparaître des douleurs se combine aux effets secondaires du traitement. L'évolution de la maladie provoque une déchéance physique, source de souffrances psychologiques pouvant entretenir une anxiété déstabilisante et un désinvestissement corporel, un sentiment d'identité altéré. L'image du corps est alors déformée. L'atteinte de l'image de soi par certains traitements est d'autant plus sévère que l'altération de l'organe cause son dysfonctionnement.

(« carotte »), mais comme son nom l'indique les prélèvements sont plus gros qu'en micro-biopsie.

13 CHEVALIER J et GHEERBRANT A. Dictionnaire des symboles. Paris, Robert Laffont/Jupiter, 1982.

C - Les cancers du sein

La forme de cancer la plus répandue est l'adénocarcinome. Les cancers du sein peuvent se développer à partir des canaux ou des lobules de la glande mammaire; on parle alors respectivement de cancer canalaire et de cancer lobulaire. Les carcinomes sont qualifiés de « *in situ* » s'ils touchent les canaux et les lobules sans atteinte des tissus environnants. Dans le cas contraire, le cancer est dit « *infiltrant* ». Les cellules malignes sont alors susceptibles de s'étendre aux ganglions axillaires situés sous le bras et à tout l'organisme. Des cellules cancéreuses peuvent se détacher de la tumeur primitive et migrer par les vaisseaux lymphatiques et les vaisseaux sanguins. Elles forment alors d'autres tumeurs et le cancer du sein est qualifié de « *métastatique* ».

Généralement, la chirurgie est le premier traitement proposé dans les cas de cancer du sein. Grâce au dépistage organisé et à l'évolution des techniques vers une chirurgie moins mutilante et de plus en plus conservatrice et réparatrice, de nombreuses patientes bénéficient d'une tumorectomie, opération préservant le sein et le mamelon. Les conséquences physiques et psychologiques d'une telle opération sont moins importantes que chez les femmes qui ont subi une mastectomie. La chirurgie du cancer du sein s'étend parfois à l'ablation du ganglion sentinelle⁹ voire au curage axillaire complet (ablation de tous les ganglions lymphatiques de l'aisselle). L'une des principales conséquences du curage est l'apparition d'un lymphœdème¹⁰ provoquant une difficulté à la mobilisation du bras.

Malgré les avancées thérapeutiques, la mastectomie reste indiquée dans un tiers des cas. Il s'agit de l'ablation chirurgicale de la glande mammaire, laissant une cicatrice oblique qui traverse la poitrine. Ce geste reste une mutilation très douloureuse sur le plan physique mais aussi sur le plan moral, difficile à accepter car comme nous l'avons évoqué, le sein représente bien davantage qu'un simple élément de l'anatomie féminine. Il possède une place particulière chez la femme pour laquelle il joue un rôle nourricier, esthétique et sexuel. Caractère sexuel secondaire, il est l'organe de la féminité tout autant que de la séduction et joue un rôle essentiel dans la sexualité des femmes comme dans celle des hommes.

9 On appelle exérèse du ganglion sentinelle l'intervention qui consiste à enlever le ou les premiers ganglion(s) lymphatique(s) de l'aisselle le(s) plus proche(s) de la tumeur.

10 Le lymphœdème est l'accumulation anormale de lymphe dans les tissus, provoquant le gonflement d'un membre.

Dans les cas de cancer du sein, la protéine Her2 située à la surface membranaire des cellules a tendance à s'exprimer excessivement. La tumeur est sensible à des traitements, dont le plus connu est un anticorps monoclonal HERCEPTINE®. Il est capable de bloquer la fonction de la protéine Her2 et de diminuer considérablement les risques de rechute d'un cancer du sein. C'est un traitement adjuvant, fréquemment administré après une chirurgie de première intention.

Finalement, les traitements, et en particulier la chirurgie qui est fréquemment pratiquée, obligent parfois à des mutilations, occasionnant des déformations musculosquelettiques, des retards de croissance, une stérilité ou une ménopause précoce ainsi que des dysfonctionnements sexuels.

D - Se reconstruire après une chirurgie

La reconstruction mammaire fait partie de la prise en charge du cancer du sein, elle est remboursée à cent pour cent par la sécurité sociale dans le cadre de cette Affection Longue Durée (A.L.D). C'est un acte auquel ont souvent recourt les patientes dans le but de mieux vivre après une chirurgie non conservatrice. Elle implique toutefois une série d'interventions, d'actes chirurgicaux et anesthésiques s'étalant sur plusieurs mois et générant de nouvelles douleurs.

La reconstruction peut être réalisée en même temps que l'ablation de la tumeur - dans ce cas on parle de reconstruction immédiate - mais le plus souvent elle est réalisée après la fin des traitements ; il s'agit d'une reconstruction différée, ou reconstruction secondaire.

Les méthodes de reconstruction les plus fréquemment employées sont la mise en place d'une prothèse interne, ou implant mammaire, et la reconstruction par lambeau. Pour cette dernière, il s'agit de l'utilisation de tissus (peau, muscle ou graisse) provenant d'autres parties du corps de la patiente. Ces deux méthodes de reconstruction sont parfois associées mais quelle que soit la méthode retenue, il s'agit d'une étape nécessitant deux à trois interventions, avec un intervalle de plusieurs mois entre chacune d'entre elles.

En France, moins de la moitié des femmes ont recourt à la reconstruction mammaire après l'ablation d'un sein. Il est possible de recréer la forme naturelle du sein en portant une prothèse mammaire externe à l'intérieur du soutien-gorge ; c'est une sorte de coussinet pouvant être utilisé dès la cicatrisation de la plaie, quelques semaines après l'opération. On distingue les prothèses temporaires, partielles et permanentes, conçues pour avoir les mêmes caractéristiques (poids et apparence) que le sein normal.

Chapitre 2

Les bouleversements liés à l'atteinte corporelle

I – IMPACTS PSYCHIQUES ET CORPORELS DU VECU DE LA MALADIE ET DES TRAITEMENTS

« Souffre, meurs ou guéris mais surtout vis jusqu'à ta dernière heure ¹⁶ ».

En service d'oncologie, l'attention est en premier lieu portée sur le corps et l'intervention vise le traitement du cancer et des douleurs consécutives. Dans les soins, la priorité est donnée au suivi de l'évolution de la maladie. Elle implique cependant de nombreuses autres conséquences, au delà d'un simple impact au niveau somatique.

Dans le cas du cancer du sein, la chirurgie s'associe fréquemment aux traitements déjà mutilants et altère davantage le corps. Au regards des nombreux bouleversements physiques observés au cours de mon stage, je suis amenée à me questionner sur d'éventuels troubles qui peuvent survenir et l'intensité de leur retentissement. La maladie implique toutes les composantes de la personnalité et doit alors se concevoir dans une globalité, particulièrement intéressante du point de vue psychomoteur.

A - La temporalité

Le cancer est une maladie chronique qui implique une surveillance régulière, pendant de nombreux mois voire plusieurs années. Désormais, le temps est scindé en de nombreuses étapes au service de la maladie, des interventions et des traitements.

Dans la maladie le vécu du temps peut être confus et l'appréciation par le patient du temps écoulé fluctue, oscillant entre une durée objective liée aux temps d'hospitalisation et une durée subjective liée à l'incidence des multiples soins. À l'hôpital, la proximité physique des autres malades, peut renvoyer le patient à ses propres angoisses.

L'annonce du diagnostic constitue une première étape dans le bouleversement de la temporalité. Elle s'accompagne généralement de réactions anxieuses qui ont pour fonction d'anticiper le traumatisme qui guette le patient. Le terme de traumatisme vient du grec ancien « *trauma* » « *τραυμα* » qui signifie « *blessure* » et évoque les troubles généraux qui résultent des lésions du trauma, blessure infligée à l'organisme. En psychologie, le traumatisme est défini comme un choc provoquant une atteinte psychique, un « *événement ou une expérience de grand impact affectif vécu par un sujet et produisant différents troubles psychopathologiques* »¹⁷.

16 ROUSSEAU J-J, extrait de *Émile ou de l'éducation*, Dalibon, 1824 , p 120

17 Définition issue du Dictionnaire médical. Sous la coordination de QUEVAUVILLIERS, J. Paris : Éditions Masson.

S. Ferenczi, psychanalyste hongrois, définit le traumatisme comme un « *choc inattendu, non préparé et écrasant, [qui] agit pour ainsi dire comme un anesthésique* ». Le traumatisme a alors un effet destructeur et mène le psychisme à adopter des stratégies de survie telles que la sidération de la pensée ou encore la fragmentation d'une partie du Moi.¹⁸

Le traumatisme psychique se produirait chez une personne menacée dans son élan vital ou dans son intégrité. L'annonce de la maladie peut donc être vécue comme un traumatisme et participer à l'apparition de certains désordres psychomoteurs. « *De nombreux sujets décrivent une sensation d'accélération du processus de vieillissement. Ce sentiment s'associe aux perceptions du corps malade, que ce soit la fatigue, la perte des cheveux, les modifications pondérales, les difficultés motrices* »¹⁹.

Mme A. âgée de 61 ans est suivie depuis un an à l'hôpital de jour pour le traitement par chimiothérapie d'un cancer du sein. Je la rencontre dans le couloir du service alors qu'elle attend ses traitements. Elle est seule, son regard est orienté vers le sol ; elle semble ainsi s'isoler. Serait-ce un moyen pour elle de se décentrer de la maladie et de ses traitements pendant cette attente prolongée ?

En évoquant son histoire personnelle, Mme A. n'associe aucun des événements de sa vie à une date précise. Elle a oublié certaines dates, ou même l'âge qu'elle avait à des moments marquants pour la plupart des gens comme lorsqu'elle est devenue mère, lorsqu'elle a divorcé, lorsqu'elle a emménagé dans la région.

En revanche elle est capable de donner une chronologie et date précisément des étapes qui ont rythmé sa vie depuis le diagnostic de son cancer (annonce de la maladie, chirurgie, arrêt de travail).

Nous pouvons penser que pour Mme A., l'annonce de la maladie a été vécue comme un phénomène de rupture très marqué, scindant la temporalité en un « avant » et un « après » l'annonce de la maladie.

18 Le Moi est une instance de la personnalité définie par Freud comme étant celle du raisonnement, en contact avec la réalité concrète. Il est à la fois le lieu de l'identité personnelle, du contrôle du comportement, du rapport aux autres. C'est également là que se confrontent réalité extérieure, normes morales et sociales et désirs inconscients.

19 GAUCHER-HAMOUDI O. et GUIOSE M. Extrait issu de *Soins Palliatifs et Psychomotricité*, Éditions Heures de France, 2007 p.42

La prise en charge médicale contribue à modifier le vécu de la temporalité dans le sens d'une fragmentation. La vie du patient atteint d'un cancer est organisée autour de multiples interventions, souvent contraignantes. Certains traitements par radiothérapie l'obligent à être présent à l'hôpital quotidiennement durant plusieurs semaines. D'autres, par chimiothérapie sont fréquemment répartis en cures hebdomadaires de plusieurs heures. La psychomotricité ne pourrait-elle pas trouver ici sa place et permettre aux patientes de se réinscrire dans une temporalité investie plus positivement via la rythmicité des séances ?

Ainsi, à l'annonce de la maladie, la temporalité est bouleversée et tend vers une finalité dorénavant tangible. L'anxiété peut alors se manifester et laisser apparaître des réactions physiques, telles que des tensions musculaires ou une hypervigilance. Dans ce contexte, les séances de psychomotricité constitueraient une nouvelle forme de soin permettant aux patientes d'investir différemment leur corps. Elles pourraient alors devenir actrices de la prise en charge et exprimer leurs demandes ne se contentant plus de se soumettre aux multiples interventions sur leur corps.

B - Le tonus

Le tonus est l'activité d'un muscle sans mouvement et les organes effecteurs du tonus sont les muscles. Légère tension à laquelle se trouve normalement soumis tout muscle squelettique à l'état de repos et qui disparaît après section du nerf moteur, le tonus est donc déclenché, géré et régulé par le système nerveux central. Il est à la base du mouvement et du maintien de la posture et assure la préparation et l'harmonie d'un mouvement, et l'expression corporelle de la vie émotionnelle.

En altérant la prise de poids, augmentant le pourcentage de tissu graisseux, et en causant une perte de masse musculaire, la chimiothérapie peut induire des modifications du tonus musculaire. En psychomotricité, les connaissances théoriques sur les fonctions du tonus sont primordiales dans la vision globale et optimale du patient, y compris dans les cas de cancer.

Le tonus est une dimension fondamentale chez l'être humain, il est un des fondements de la psychomotricité, à l'articulation de la physiologie et de l'affectivité. Il est mis au premier plan par Dupré, en 1911 lorsqu'il isole et décrit une entité clinique qu'il nomme « *débilité motrice* » comprenant les paratonies, les syncinésies et l'exagération des réflexes tendineux.

Au XX^{ème} siècle, Wilhelm Reich et Henri Wallon introduisent la psychologie dans la compréhension du tonus. Psychiatre contemporain de Freud, Reich s'intéresse à la constitution caractérielle du patient, support et base des résistances, puis à sa traduction au niveau corporel. Pour lui, le sujet se construit dans ses échanges avec l'environnement. Ils sont une série de traumatismes produisant à la fois un mode d'expression et un mécanisme de défense. Le sujet se construit selon deux versants qui sont étroitement liés, le versant caractériel et le versant musculaire. Cette succession d'événements dote le sujet d'une cuirasse caractérielle et musculaire pour se protéger des agressions extérieures. Pour Reich, les rigidités physiques et les tensions musculaires sont l'essentiel du système de défense. Il constate que la dissolution d'une rigidité non seulement libère l'énergie mais ramène aussi à la mémoire la situation infantile à l'origine de cette tension. Les thérapies à médiation corporelle mettent en pratique ces connaissances sur tonus.

À l'examen du tonus, il apparaît que Mme A. sollicite essentiellement son tonus d'action et ne parvient pas à revenir à un état d'adaptation tonique. Malgré plusieurs tentatives, un freinage et un blocage complets des bras sont observables aux épreuves du ballant et de la chute. En supposant que cet état tensionnel reflète une certaine anxiété, la relaxation, par l'approche progressiste d' E. Jacobson²⁰ semble indiquée dans le cas de Mme A. L'hypothèse de cette méthode est qu'en réduisant les tensions physiques, en lien avec l'affectivité, il est possible de réduire l'anxiété. Il s'agirait d'apporter à Mme A. un instant de détente dans son quotidien, une pause et éventuellement un moment de plaisir.

Nous mettons en pratique cette méthode dès les premières semaines et Mme A. semble tout à fait s'en saisir ; à la fin d'une séance, elle m'explique reproduire fréquemment chez elle les mouvements proposés lors de nos rencontres.

Pour H.Wallon, le tonus a un rôle fondamental dans le développement psychomoteur. L'enfant naît inachevé, sa survie dépend de son recours à autrui et le rôle de la mère est essentiel ; il engage avec elle une communication vitale dont le support est le tonus, à la base du mouvement, de l'émotion, du geste et de l'intelligence. Cette communication structure sa personnalité. Wallon souligne le lien entre le tonus et l'émotion et parle de relation « *tonico-affective* ».

20 La méthode de relaxation progressiste de Jacobson sera exposée plus en détail dans le Chapitre 3. Elle vise à ressentir des états de contraction et à les éliminer, successivement dans un muscle puis un groupe de muscle et enfin dans tout le corps.

En 1960, Julian de Ajuriaguerra reprend la démonstration de Wallon et parle de « *dialogue tonique* » entre l'enfant, qui « *dès sa naissance, s'exprime par le cri, par les réactions toniques axiales, par des grimaces ou gesticulations où parle tout le corps* » et sa mère. Le nourrisson « *réagit aux stimulations ou interventions extérieures par l'hypertonie, ou se laisse aller à une paisible relaxation. Mais c'est par rapport à autrui que ces modifications toniques prennent leur sens, et ce sont ces réactions expressives que la mère interprète et comprend* ». Ajuriaguerra montre que l'enfant utilise son état tonique pour exprimer ses ressentis internes. La mère y donne du sens et y attribue une réponse.

- **Les fonctions du tonus**

Le tonus remplit trois fonctions, dont une première antigravitaire ou d'équilibration qui se met en œuvre plus ou moins rapidement au moment du levé et permet d'organiser le travail de la musculature afin de lutter contre la pesanteur. Cette fonction mise en œuvre par le système musculaire est régulée par l'oreille interne, le repérage visuel et les surfaces d'appui.

La deuxième fonction, directionnelle, est une réaction du corps entier à un stimulus environnemental. C'est donc la capacité d'organisation motrice de l'homme face au milieu qui l'entoure. Elle prend toujours appui sur le positionnement antigravitaire. Cette accommodation posturale, préparatoire à l'action, anticipant soit un déplacement, soit une manipulation.

Pour Wallon, le tonus est le seul canal de communication présent à la naissance et constitue la troisième fonction. Le tonus est l'indicateur de la vie végétative, de la vie du bébé qui adopte des états toniques pour s'exprimer. L'adulte qui accède au langage continue d'utiliser le tonus comme un mode de communication, qui vient compléter la parole de manière concordante.

- **La place du tonus dans le développement de la motricité**

À la naissance le bébé présente une hypertonie distale et une hypotonie axiale ; les segments sont repliés sur eux-mêmes et l'axe n'est pas tenu. L'enfant bénéficie d'une matrice neurologique, archaïque, posturale et réflexe qui détermine les conduites motrices volontaires ultérieures. Ce sont des réactions qui se produisent sur un mode massif, diffus et indifférencié.

Entre deux et six mois, le tonus axial augmente tandis que celui des membres diminue, offrant une disponibilité des bras. L'enfant ne tourne plus la tête de manière réflexe mais celle-ci s'oriente vers un visage qui se penche sur lui. Les réflexes disparaissent pour permettre le début de l'organisation de l'équilibration. Les réactions sont de plus en plus différenciées et de moins en moins massives.

Entre six mois et un an, l'hypertonie des segments disparaît et l'activité tonique axiale est suffisamment développée pour que l'enfant se tienne debout. L'activité manuelle permet l'exploration de l'environnement et des objets qui pourra se faire grâce à une motricité soit à quatre pattes soit par la marche.

Le tonus est la toile de fond du fonctionnement musculaire tant dans la motricité que dans le maintien de la posture et dans l'expression somatique de la vie émotionnelle et affective d'un sujet.

- **Le fonctionnement physiologique**

Les fibres musculaires sont des cellules spécialisées. Elles sont disposées en série dans le muscle et ont la capacité de se raccourcir ou de s'étendre. Il en existe différents types regroupées en trois groupes. Le premier, de type classique comprend les fibres musculaires impliquées dans la contraction phasique, contraction puissante et de courte durée. Les fibres du deuxième groupe sont impliquées dans la contraction tonique, moins puissante mais de longue durée et le troisième groupe comprend les fuseaux neuromusculaires qui sont des fibres mixtes avec aux extrémités, des parties contractiles, et au milieu, une partie sensible qui émet un signal lorsque la fibre est étirée ou contractée.

Les moto-neurones sont des neurones moteurs dont l'origine se situe dans la moelle épinière et les terminaisons de l'axone, sur la fibre musculaire. Il y a différents types de moto-neurones classés en fonction de la vitesse avec laquelle ils conduisent le potentiel d'action de la moelle épinière aux muscles, dont les moto-neurones alpha phasiques, les plus rapides, les alpha toniques et les moto-neurones gamma. Ces différents types de moto-neurones sont connectés aux fibres musculaires qui forment des unités motrices spécialisées impliquées dans le réglage du tonus et du schéma corporel.

Le tonus est avant tout un phénomène neurophysiologique qui se manifeste au niveau musculaire. Il est contrôlé par le système nerveux central, aux niveaux spinal, sous-cortical et cortical.

Au niveau spinal, l'étirement passif d'un muscle provoque une résistance active alors que son raccourcissement, par contraction, ramène le muscle à sa longueur initiale ; c'est le réflexe myotatique. Les informations concernant le muscle sont pondérées par un autre système qui est la boucle gamma, atténuant les effets de l'étirement ou du relâchement passif du muscle.

Au niveau sous-cortical se trouve la zone réticulaire qui assure la régulation du niveau global de l'organisme en exerçant une action générale sur la posture et le tonus. Elle a un effet inhibiteur sur le tonus. La formation réticulée est un véritable carrefour, où convergent les afférences sensitives et sensorielles de l'organisme et d'où partent les systèmes effecteurs facilitateurs et inhibiteurs.

Au niveau cortical, les facteurs psycho-émotionnels et les processus d'effort induisent des stimuli dans le cortex cérébral qui se propagent au niveau sous-cortical.

En influant sur le tonus il devient possible d'abaisser les tensions psychiques du sujet : la relaxation, par des exercices de respiration, des mouvements de contraction et de décontraction, et l'effet suggestif des consignes a une action sur ces instances anatomo-physiologiques qui contrôlent le tonus.

Mme A. s'installe généralement de manière singulière ; elle s'assoie sur le fauteuil, qu'elle ne souhaite pas incliner, et garde les genoux pliés. Ses mains sont comme cramponnées aux accoudoirs.

Au bout de plusieurs semaines son état de tension est toujours palpable mais elle investit plus l'espace et semble mieux identifier la position qui lui est confortable ; elle le montre notamment en utilisant le repose-pieds pour étendre ses jambes et s'allonger davantage.

La maladie grave bouleverse l'individu dans sa globalité, s'inscrit dans le corps au niveau du tonus et modifie le vécu de la temporalité, en lien avec l'image du corps et l'estime de soi. Selon F. Dolto, l'image du corps « *scelle notre lien avec le temps, qui est liée au sujet et à son histoire et qui est le support du narcissisme* ». L'image du corps est donc une notion à prendre en compte pour comprendre les perturbations psychiques des patientes.

II – LES REPRESENTATIONS D'UN CORPS TRANSFORME

Les conditions de vie des patientes atteintes de cancer du sein soumettent le corps à de nombreux changements et nous pouvons nous demander si les altérations évoquées ne perturbent pas l'image du corps, créant chez les patientes le sentiment de perdre leur identité et leur féminité.

Pour tenter de comprendre la manière dont les malades se représentent leur corps, l'analyse de plusieurs concepts semble nécessaire. Avant d'aborder la notion d'image du corps, en lien avec le narcissisme, il convient d'évoquer le schéma corporel, largement étudié depuis plusieurs décennies.

A - Le schéma corporel

Le médecin français E. Bonnier introduit la notion de « *schéma du corps* » en 1893 avec l'idée d'une « *représentation permanente* », représentation topographique du corps. C'est en examinant des cas pathologiques qu'il montre que l'origine du schéma corporel vient de la notion neurologique de représentation du corps propre. C'est un modèle perceptif dont la figuration topographique permet d'adapter le corps dans l'espace. Cette notion est reprise dans de nombreux travaux. Louis Picq la nomme « *image spatiale du corps* » en 1908, et reprend l'idée de Bonnier en considérant que les sensations cutanées et visuelles s'associent pour permettre cette connaissance topographique du corps. Il établit ainsi une relation entre les sensations perçues dans le corps et les représentations de celui-ci. À cette notion spatiale, le neurologue anglais H. Head, ajoute en 1911 une notion temporelle et parle de « *schéma postural du corps* », en perpétuelle transformation. Il en fait une réalité essentiellement plastique, sans cesse confrontée aux afférences sensorielles. En d'autres termes pour ces auteurs, « *la connaissance qui permet à chacun de nous de disposer quotidiennement de son corps dans les activités les plus banales, dépend de l'association de schémas indéfiniment modifiables, donc essentiellement plastiques mais néanmoins de nature purement physiologique puisque fondés sur des processus corticaux* ²¹».

P. Schilder parle d' « *image du corps* », manière dont « *notre corps nous apparaît à nous-même* ²²», et terme qu'il dit ne pas distinguer du schéma corporel, « *image tridimensionnelle que chacun a de soi-même* ²³ ». Bien qu'il modère son propos au fil de son ouvrage, cette confusion entre image du corps et schéma corporel remet en cause leur spécificité puisque même s'ils sont liés, nous le verrons, ils sont également très différents.

Le schéma corporel se construit à travers les expériences motrices pour aboutir à une somatognosie complète. Connaissance universelle relative à l'espèce humaine, c'est une notion qui appartient au registre conscient et qui est commune à chacun d'entre nous accompagnant la capacité de figuration du corps humain. Elle renvoie à l'adaptation posturale et spatiale du sujet dans son environnement, à la fois de manière statique et dynamique.

21 BERNARD M. Extrait de *Le corps*, Seuil, 1995, p 26

22 SCHILDER P. Extrait de *L'image du corps*, Gallimard, 1968, p 35

23 Ibid

Julian de Ajuriaguerra propose en 1970 la définition suivante du schéma corporel : « *Édifié sur la base des 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* ».

Dans le cas du cancer du sein, les trois patientes rencontrées conservent une connaissance topologique de leur corps, de leur schéma corporel, mais l'investissement affectif et émotionnel de ce dernier semble bouleversé.

Suite au diagnostic du cancer, Mme A. a subi une chirurgie conservatrice du sein. Son corps est désormais marqué d'une cicatrice qu'elle camoufle en permanence derrière des pulls cols roulés, peu importe les températures. Lorsque nous évoquons pour la première fois la possibilité d'une prise en charge en relaxation elle manifeste un mouvement de recul, imaginant devoir afficher sa cicatrice à la vue d'autres patients.

Schilder écrit que « *l'image posturale du corps, bien qu'elle soit avant tout une expérience sensorielle provoque des attitudes de type émotionnel qui sont inséparables de l'expérience sensorielle. C'est à ces deux sources que se forme le jugement que chacun porte sur son corps*²⁴». Bien que la connaissance du schéma corporel soit intacte, les patientes victimes du cancer sont susceptibles de vivre différemment leur corps, dans un lien affectif troublé par l'image qu'il leur renvoie.

Ainsi, il existe une perception du corps qui dérive de l'intégration des expériences sensorielles et qui élabore progressivement, au cours du développement du système nerveux central et périphérique, un schéma corporel préconscient voire conscient. Il y a donc un intérêt à prendre en compte le schéma corporel dans la prise en soin psychomotrice des patientes atteintes de cancer du sein, notamment en nommant explicitement les parties du corps au cours des séances à médiation corporelle.

24 SCHILDER P. Opus cite, p 242

En pratiquant la relaxation Jacobson, je me suis rendue compte que les patients n'étaient pas toujours familiarisés avec les soins centrés sur leur corps. La compréhension des consignes n'a parfois pas été claire pour Mme A., rendant pour elle plus difficile l'accession à un état de détente. Il m'a alors été nécessaire de fournir des efforts de reformulation qui ont permis de pallier à certains malaises. Jusqu'alors inconnue de Mme A, la médiation corporelle est une approche centrée sur le corps et qui contraste avec les soins et les habitudes qu'elle a connus tout au long de sa vie. Il est donc primordial de respecter cet aspect de sa personnalité et de faire preuve d'une attitude empathique.

Le psychomotricien tente de relancer une dynamique propre au patient et de lui fournir des outils utiles à l'investissement de son corps en relation. Dans le cas de Mme A., c'est en rendant le corps actif par une médiation corporelle adaptée que nous avons pu travailler autour de la notion de schéma corporel. Et c'est en prenant en compte le schéma corporel que le corps peut progressivement être réinvesti au fil des séances. Conjugué à l'instauration progressive d'une relation de confiance, il a ensuite été possible de poursuivre la prise en charge autour de la notion d'image du corps. Selon F. Dolto, « C'est lui, ce schéma corporel, qui sera l'interprète actif ou passif de l'image du corps ²⁵ ».

B - L'image du corps

L'évolution de l'image du corps est étroitement influencée par l'individualisation, le développement de la personnalité, les relations interpersonnelles et par la culture. La perte d'une des parties ou d'une des d'une fonctions du corps de la femme est une mutilation susceptibles de causer des changements dans les perceptions et s'ajoute aux perturbations de la satisfaction corporelle de l'image du corps et de l'image de soi. P. Schilder écrit dans son ouvrage L'image du corps que « *la maladie organique pose un problème du point de vue de son rapport avec le modèle postural du corps. Elle provoque des sensations anormales. Elle modifie de façon immédiate l'image du corps, en partie les représentations que celle-ci contient, en partie son investissement libidinal*²⁶ ».

Il convient alors de s'intéresser aux travaux relatifs à ce concept d'image du corps développé par le courant psychanalytique.

25 DOLTO F. Extrait de *L'image inconsciente du corps*, Seuil, 1984

26 SCHILDER P. Opus cite, p 198

Nous l'avons évoqué, c'est Schilder qui, pour la première fois en 1935, introduit la notion d'image du corps. Il s'appuyait alors sur les approches neurologiques du schéma corporel auxquelles il a intégré le rôle du psychisme pour envisager l'image du corps selon trois versants ; physiologique, libidinal et sociologique.

D'après lui, la seule perception n'est pas suffisante à élaborer l'image du corps qui possède aussi une structure libidinale et se constitue dans la relation à l'autre²⁷ : « *Il ne peut y avoir de libido [...] qui ne se rapporte à un objet [...]. La libido narcissique a pour objet l'image du corps* ». Il ajoute que « *nous élaborons notre image du corps à partir des expériences que nous apportent les actes et les attitudes des autres* ». En s'inspirant des travaux psychanalytiques de Freud, il établit ainsi que la libido, considérée comme une énergie liée au corps propre, permettrait au sujet d'investir successivement différentes zones de son corps, passant du narcissisme primaire au stade auto-érotique et que par les orifices du corps, le sujet entre en contact avec le monde extérieur. Ce rapport entre les individus pousse Schilder à étudier l'image du corps d'un point de vue sociologique, puisque selon lui, la libido est toujours dirigée vers l'image du corps de l'autre et « *s'élabore et se structure par un contact perpétuellement renouvelé avec le monde extérieur* ».

En 1984, F. Dolto aborde la notion « *d'image inconsciente du corps* », synthèse de trois éléments reliés par « *l'image dynamique* » qui correspond aux pulsions de vie. L'image de base est la plus fragile et garantit au sujet le sentiment d'exister en lui permettant de ressentir une « *mêmeté d'être* ». Cette notion constitue une cohésion narcissique menant au sentiment d'existence et pousse le sujet à s'incarner dans un corps alors attaché au narcissisme primordial. Les modifications de l'image de base permettent aux images fonctionnelles et érogènes d'évoluer. L'image fonctionnelle est une caractéristique énergétique dynamique qui a pour objet l'accomplissement du désir et établit des relations avec l'environnement de manière active. L'image érogène est le lieu d'expression de la tension pulsionnelle, dans lequel se concentrent le plaisir et le déplaisir éprouvés dans la relation à l'autre.

L'image du corps, tout comme le narcissisme, est alors constituée de ces trois modalités et permet d'exprimer de manière symbolique et fantasmatique, les pulsions provenant du corps, du schéma corporel : « *Elle peut être considérée [l'image du corps] comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant*²⁸ ».

C'est ainsi que l'image du corps s'élabore dans une dimension inconsciente, relative à l'histoire du sujet.

27 SCHILDER P. Opus cite, p 142 à 191

28 DOLTO F., opus cite, p 22

Mme A. raconte l'époque qui a suivi la chirurgie conservatrice qu'elle a subi avec une distance émotionnelle certaine. Plusieurs jours après l'opération, elle n'a « *pas pu* » se regarder dans le miroir, refusant le reflet d'une poitrine désormais marquée d'une cicatrice imposante.

Instance physique chargée d'affectivité, le corps est le lieu de nombreuses perceptions et représentations mentales, regroupées sous le terme d'image du corps. En lien avec la symbolisation et l'imaginaire, l'image du corps est une représentation inconsciente de soi, étroitement liée aux relations avec autrui. Cette notion, reprise en psychomotricité, illustre les relations qui existent entre le psychisme et le corps.

C - L'organisation du Moi et le soutien au narcissisme

Certaines fonctions de la peau peuvent métaphoriquement rendre compte du fonctionnement psychique. L'image du corps, en lien avec la constitution du narcissisme, se structure en regard du développement psychique de l'enfant et notamment de la succession des stades libidinaux. Contrairement aux zones anale et buccale investies par intermittence au cours de cette période, la peau est dès l'origine en contact avec la mère et l'entourage maternant. Elle constitue un premier contenant, délimitant un « *dedans* » et un « *dehors* ».

En 1974, le psychanalyste D. Anzieu propose la notion de « *Moi-peau* » comme la « *figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps*²⁹ ». La qualité du porter et le bain de paroles étayent la relation privilégiée entre l'adulte et le jeune enfant et le Moi psychique se développe au regard de l'expérience corporelle tactile, dans le cadre d'une relation sécurisante d'attachement avec la mère. Le « *Moi-peau* » constitue une barrière psychique qui défend des agressions extérieures. Par intériorisation du « *holding* » et du « *handling* » de Winnicott, il apporte notamment une certaine forme de contenance et de maintenance du psychisme, indispensables à la constitution du narcissisme qui assure la cohésion de l'individu. Anzieu écrit que « *l'instauration du Moi-peau répond au besoin d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la*

29 ANZIEU D. Extrait de *Le Moi-peau*, Dunod, 1995, p 61

constance d'un bien-être de base³⁰ ».

Je remarque que Mme A., contrairement à d'autres patientes, est habillée de nombreuses couches de vêtements. Elle porte souvent un pull-over auquel elle ajoute parfois une veste et un foulard alors qu'elle se plaint de la température trop élevée dans le service. Ce paradoxe laisse supposer que dans un contexte où elle vit de nombreuses intrusions, causées par les piqûres de traitement et les opérations qu'elle a subi. Mme A. a besoin de se sentir contenue. Les vêtements semblent alors remplir la fonction de contenance de la peau qui lui fait défaut, et symboliquement la protéger des agressions.

L'enchevêtrement des expériences sensorielles, associées à une relation d'attachement positif, au maternage et à la communication, constitue le Moi psychique. Les traitements du cancer, et notamment la chirurgie, en tant qu'atteinte de la peau, représentent une effraction du « *Moi-peau* », d'où l'importance pour le psychomotricien de guider les patientes dans un travail de renarcissisation. La médiation corporelle, qui met en jeu l'enveloppe tactile et reste tout au long de la vie un moyen de communication privilégié, propose un retour à des sensations archaïques. Elle a pour but de restructurer le « *Moi-peau* » autorisant l'accès au Moi pensant.

L'approche psychomotrice peut être considérée comme une sorte de « *holding* », de moment privilégié, nécessaire à la structuration d'un espace de continuité. Le thérapeute remplit alors une fonction maternante.

La psychomotricité cherche à souligner le lien qui existe entre le corps et l'esprit, unité indispensable à la différenciation du Moi psychique et du Moi corporel. Cette démarche de synthèse et de réunification vise à la reconstruction du narcissisme et à la constitution d'une identité et d'une individualité.

III – MECANISMES DE DEFENSE ET COPING

La personne victime d'un cancer se confronte au passage du monde des biens portants à celui des malades ; elle entre dans un état de dépendance nouveau, parfois difficile à accepter. Être malade du cancer, c'est commencer une autre vie. Le sujet peut faire face à une réminiscence

30 Ibid

d'angoisses archaïques. Le cancer implique une rupture de l'équilibre physique, psychologique et social, nécessitant, pour s'y ajuster, le recours à des moyens plus ou moins adaptatifs pour pallier l'angoisse : les mécanismes de défense.

A. Freud définit ces mécanismes comme représentant « *la défense du Moi contre les pulsions instinctuelles et les affects liés à ces pulsions* ». Parce qu'ils visent la réduction de la tension pulsionnelle et des angoisses qui en résultent, ils sont à l'origine des « *traits de caractère* » et facilitent l'adaptation au monde extérieur par la cohésion de l'appareil psychique.

Selon les auteurs Laplanche et Pontalis, les mécanismes de défense constituent « *l'ensemble des opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu bio-psychologique* ».

Les mécanismes de défense sont utilisés de manière inconsciente et involontaire par le Moi.

Le cancer constitue un traumatisme qui peut conduire le patient à s'éloigner de son vécu corporel douloureux et à réagir par des mécanismes de défense. En prise directe avec l'angoisse de mort, la reprise de contact avec la réalité est difficile. S. Freud, dans son ouvrage Inhibition, symptôme et angoisse écrit que « *le processus de défense est analogue à la fuite par laquelle le moi se soustrait à un danger qui le menace de l'extérieur ; il représente précisément une tentative de fuite devant un danger pulsionnel* ». Mais il explique par la suite qu'il existe des processus de défense par lesquels le « Moi se met de façon bien plus active en position de défense et entreprend des ripostes énergétiques ». L'expression des mécanismes de défense rend donc compte de la tentative de réorganisation du Moi.

Dans le cas de Mme A, les premiers symptômes de la maladie sont apparus il y a trois ans, lorsqu'elle s'occupait de son mari, lui même atteint d'un cancer et maintenant décédé. Pourtant ce n'est que deux ans après la mort de son époux que le diagnostic du cancer du sein est établi pour Mme A.

Elle semble refuser de l'accepter, ce qui pourrait s'apparenter à du déni. Elle me dira plusieurs fois « *je ne suis pas malade et je ne comprends pas vraiment l'intérêt de poursuivre le traitement à l'hôpital de jour* ».

Selon A. Freud, ce mécanisme est mis en place pour se protéger face à une réalité qui lui est insupportable, ne pouvant l'assimiler sur un plan cognitif.

Nous pouvons supposer que ce sont ces mêmes mécanismes qui ont mené Mme A. à repousser la prise en soin, en dépit des symptômes et des douleurs qu'elle ressentait depuis de nombreux mois. Elle n'a par ailleurs jamais évoqué le fait que sa maladie était métastasée aux os ; il semblerait qu'ainsi, en en minimisant la gravité, elle la rende plus tolérable.

Il pourrait également s'agir d'un refoulement, rejet dans l'inconscient des représentations désagréables ou douloureuses. Cette patiente dit que « *tout va bien* » mais il est clair qu'elle ressent certains symptômes comme des angoisses ou des tensions.

Mme. A vit de nombreuses frustrations et tente de trouver des substituts à ses pertes et à ses limites réelles ou imaginaires. C'est ainsi qu'elle réagit parfois en mangeant de manière compulsive. Elle me dit regretter d'avoir consommé, en quelques jours seulement, toutes les confiseries reçus en cadeau aux périodes des fêtes.

Certains jours, Mme A. est triste et semble manquer d'énergie. Elle donne l'impression de se renfermer, prenant une distance protectrice via une diminution des relations sociales et des activités extérieures. Elle me raconte que certaines semaine, elle fait la sieste tous les jours et ne continue pas ses activités habituelles. Elle annule notamment les balades qu'elle apprécie pourtant beaucoup avant tout pour être au contact du voisinage. Il lui arrive de décommander nos rendez-vous, les jours où elle ne se sent « *pas capable de se rendre à l'hôpital* ».

Mme A. a deux fils et se réjouit de la présence de l'un d'eux, qui depuis plusieurs mois et pour des raisons professionnelles est revenu vivre avec elle. Elle me parle peu de lui au cours de nos rencontres mais exprime à chaque fois le fort lien d'attachement qu'elle éprouve, redoutant le moment de son départ. J'en déduis qu'elle s'était parfaitement accommodé du départ de ses enfants et que cette proximité s'est mise en place secondairement, depuis le retour de son fils.

Le cas de Mme A. met possiblement en lumière une forme d'affiliation, dans laquelle l'individu qui vit une situation anxiogène cherche l'aide et le soutien d'autrui.

Les soins contribuent à l'éloignement du patient de son vécu corporel et lors du face à face avec soi-même il est nécessaire que les mécanismes de défense tiennent bon. Le patient a du mal à accepter son corps, à la fois étranger et porteur de son identité, et ces mécanismes sont conçus comme une réponse adaptative. Ils peuvent revêtir des fonctions aussi bien positives que négatives dans la régulation de l'équilibre psychique.

L'approche psychanalytique des mécanismes de défense rejoint aujourd'hui un autre courant de recherche issu de la psychologie cognitive, et qui traite des stratégies visant à faire face à une situation de stress.

Les chercheurs américains Lazarus et Folkman ont développé le modèle transactionnel du stress en faisant l'hypothèse que ce qu'ils appellent « *l'ajustement face à l'adversité* » se met en place en plusieurs étapes, précédant la phase d'ajustement. Ils définissent la mise en place de ces stratégies de coping comme le processus psychologique à travers lequel les individus interagissent avec les sources du stress en cherchant à restaurer un mode de fonctionnement acceptable. L'étude de ces stratégies permet d'estimer les efforts fournis par le sujet pour faire diminuer son niveau d'inconfort. La notion de coping prend en compte l'interaction des événements stressants avec l'état psychologique de l'individu.

En oncologie, comprendre ces stratégies permet d'appréhender celles qui sont favorables au patient afin d'en faire bénéficier l'alliance thérapeutique. Contrairement aux mécanismes de défense, les stratégies de coping sont conscientes, flexibles et différenciées. Les chercheurs en distinguent deux types généraux :

- Le coping centré sur le problème, qui désigne les comportements visant à résoudre le problème.
- Le coping centré sur l'émotion, qui concerne les formes d'ajustement visant à réduire l'impact émotionnel négatif provoqué par un événement. Il comprend la minimisation de la menace, la réévaluation positive, l'auto-accusation, l'évitement, la fuite et la recherche de soutien émotionnel.

Ces notions sont très importantes car les malades présentant un esprit combatif développent une adaptation positive au cancer, adoptant des stratégies dites actives. En revanche, les personnes ayant un esprit marqué par l'impuissance, le désespoir ou la tristesse ont tendance à développer une adaptation négative au cancer dont ils minimisent la gravité ou en rejettent le diagnostic. Ainsi, un coping centré sur l'émotion - également appelé coping évitant - s'accompagne le plus souvent d'un comportement à risque.

Contrairement à ce qui a pu être supposé initialement, l'impact du cancer du sein sur le vécu de la féminité semble difficile à appréhender dans le contexte de l'hospitalisation de jour. Comme tout cancer, il constitue un réel traumatisme corporel et, légitimement, les préoccupations actuelles des patientes rencontrées sont toutes autres ; le cancer confronte le malade à la perspective de la mort et le fantasme de toute puissance relayé depuis la petite enfance est alors mis à mal.

Les patientes atteintes d'un cancer du sein vivent avant tout un combat éprouvant, contre la maladie, la fatigue, la douleur. C'est un combat pour survivre qui les pousse à se protéger en ayant recours à des mécanismes de défenses et des stratégies de coping. Le corps n'est pas seulement le lieu où s'affichent les symptômes du cancer, il exprime ce que vit le malade, soumis à de multiples ruptures et pertes (perte de l'état de bonne santé, rupture de l'intégrité corporelle, perte du rôle social, familial). Il est agressé dans sa dimension physique mais aussi psychique ; le schéma corporel est atteint par les modifications physiques survenant brutalement et par l'affaiblissement qui persiste souvent. Ces sensations nouvelles se répercutent sur les représentations individuelles, l'estime de soi et le narcissisme. L'image du corps est attaquée, les enveloppes psychiques déstructurées et le « *Moi-peau* » ne remplit plus ses fonctions ; le malade subit un bouleversement identitaire.

Ces vécus mettent à rude épreuve les capacités d'adaptation des patientes et la manière dont elles pourront affronter la maladie. Elles peuvent être amenées à s'éloigner de leurs ressentis, au détriment de leur vécu corporel. Nous pouvons alors concevoir toute l'importance d'un travail en psychomotricité, replaçant le corps au centre du soin.

Ainsi, dans le cadre du stage effectué en service d'oncologie, l'action mise en place en psychomotricité s'est rapidement attachée à soutenir ces capacités d'adaptation. Par une approche corporelle, via la relaxation mais aussi par la relation qui s'est peu à peu créée, les patientes prises en charge ont pu laisser émerger de nombreux questionnements et préciser leurs demandes au fil des semaines.

Chapitre 3

Une approche psychomotrice en milieu hospitalier : la relaxation

Réaliser un stage en cancérologie m'a engagé dans une longue réflexion concernant les formes que peut prendre une intervention psychomotrice dans la prise en charge des victimes du cancer du sein. Celui-ci bouleverse la vie des patientes et modifie leur rapport au corps. La psychomotricité considère cette atteinte et ses répercussions sur le psychisme ainsi que les conséquences sur le vécu de la maladie.

Les premières semaines de stage en milieu hospitalier ont été l'occasion de me positionner en tant qu'observatrice dans le but de découvrir le fonctionnement du service et des équipes soignantes. Le projet – évoqué avec les infirmiers de l'hôpital de jour, qui m'ont conseillé et m'ont permis de réfléchir à une approche possible auprès des patientes – s'est progressivement intégré à celui de l'équipe pluridisciplinaire. Des indications ont peu à peu été posées, et suite à ces discussions, les infirmiers m'ont adressé plusieurs patientes que je suis allée rencontrer pour leur présenter la psychomotricité et les soins envisageables. Certaines ont été intéressées, d'autres avaient des préoccupations plus importantes à ce moment là. À l'issue de ces entretiens préliminaires, le choix s'est orienté, pour trois d'entre elles, vers un soin de confort : la relaxation.

Après validation médicale du projet de travail en psychomotricité, nous avons programmé des séances individuelles de relaxation, chaque semaine de janvier à juin 2014, soit une vingtaine de rencontres.

Le suivi en psychomotricité s'intègre alors à la prise en charge pluridisciplinaire, et la relaxation a pour objectif spécifique d'offrir aux patientes un moment de détente, différent des soins qu'elles reçoivent habituellement à l'hôpital.

I – LA MISE EN PLACE DU CADRE

La définition d'un cadre évoque l'idée d'un tableau, de bordures, délimitant la séparation entre un intérieur et un extérieur et renvoie aux notions de temps et d'espace. Le psychiatre X. Pommereau définit le cadre comme « *le support, le châssis, ce qui constitue la structure de l'espace de soin* »³¹. Il y est question de contenance et de souplesse car la cohérence du cadre est l'élément indispensable à la bonne évolution du patient ; il y trouve la permanence et la sécurité dont il a besoin pour cheminer dans un sens positif. Les qualités de respect, d'écoute de soi et de l'autre et d'empathie psychique et tonique sont nécessaires pour que ce cadre soit thérapeutique.

31 POMMEREAU X. dans l'article intitulé « *Adolescents difficiles : entre autorités et soins* », source : http://psyfontevraud.free.fr/pedopsychiatrie/13decembre/Pommereau.htm#_ftn1

La psychomotricité est une discipline presque inconnue dans ce service de cancérologie et afin de mettre en place des conditions de travail optimales, il a semblé essentiel de présenter la profession aux soignants et aux patientes.

A - Présentation à l'équipe

L'infirmière cadre de santé manifeste un intérêt certain pour la psychomotricité et m'invite à rencontrer les soignants. La majorité d'entre eux est attentive au projet qui peut être mené dans le service et aux quatre indications principales que sont les soins de confort, les troubles du comportement, la communication et les troubles du schéma corporel et de l'image du corps. Ils comprennent que mon intervention auprès des patients vise un meilleur investissement affectif du corps.

Une des difficultés rencontrées est d'avoir fréquemment eu à ré-expliquer et à justifier ma présence dans le service, en raison du grand nombre d'intervenants : kinésithérapeutes, assistantes-sociales, psychologues ou encore agents de services hospitaliers.

Malgré tout, cette prise de contact avec l'équipe soignante permet aux infirmiers de l'hôpital de jour de m'orienter vers des patients qui selon eux répondent à une indication en psychomotricité.

B - Présentation aux patientes

Un entretien individuel est proposé à huit patientes traitées pour un cancer du sein. La discussion est engagée dans le but de faire connaissance et d'exposer les fondements de la pratique psychomotrice qui place le corps au centre du soin et pourrait compléter, si elles le désirent, leur prise en charge médicale.

Elles parlent longuement, pour la majorité, de leur parcours de vie et de l'évolution de la maladie. Pour six d'entre elles, la relaxation semble indiquée. Dans les différentes approches qui leur sont présentées, le temps de la prise en charge est défini comme un temps qui leur appartient et pendant lequel il est possible, en étant à l'écoute de leurs préoccupations, de réfléchir ensemble à la meilleure des approches envisageables. Parfois davantage préoccupées par leur état de santé actuel, certaines ne peuvent s'intéresser à d'autres soins que ceux destinés exclusivement à traiter leur cancer au niveau somatique. Au terme de cet entretien, trois des femmes qui répondent à l'indication souhaitent s'engager dans un projet thérapeutique.

C - L'organisation du cadre des séances

Contrairement aux patients hospitalisés en secteur (court et moyen séjour) pour lesquels la prise en charge est assurée au sein même de leur chambre, les patients qui fréquentent l'hôpital de jour ne disposent pas d'un espace privatif ; aucun lieu spécifique ne permet, a priori, de proposer des séances individuelles en psychomotricité. Chaque pièce du service ayant déjà une fonction et les prises en soin envisagées se déroulant en matinée, il m'est suggéré d'occuper la salle de repos, dans laquelle les patients et leur famille déjeunent habituellement à la mi-journée. Je dispose donc d'un espace libre, dans lequel se trouvent des fauteuils inclinables, adaptés à la relaxation.

Le cadre semble être posé : les séances, d'une durée de quarante-cinq minutes, auront lieu tous les vendredis dans la salle de repos et aux horaires convenus avec chacune des patientes. Afin de garantir la souplesse du cadre, les soins psychomoteurs sont présentés comme non obligatoires et respectent le rythme de chacune. Au travers de la relaxation, il leur est donné l'occasion d'exprimer leur ressenti et de vivre différemment leur corps.

II – UNE APPROCHE PSYCHOMOTRICE : LA RELAXATION

La relaxation fait partie des champs de compétence du psychomotricien. C'est une technique de médiation corporelle qui engage la présence concrète du corps au monde et conduit le sujet vers un rapport serein à son corps et à l'autre. La relaxation s'intéresse à la globalité du sujet. L'utilisation de la suggestion, l'apprentissage et la mise en jeu du corps sont au centre de cette médiation qui peut également s'appuyer sur la relation et vise le relâchement du tonus musculaire.

A - Définitions

Plusieurs définitions permettent de comprendre ce qu'est la relaxation. Il s'agit de la « *détente physique et mentale résultant d'une diminution du tonus musculaire et de la tension nerveuse*³² » mais également de la « *méthode visant à obtenir cette détente par le contrôle conscient du tonus physique et mental afin d'apaiser les tensions internes et de consolider l'équilibre mental du sujet* ». ³³ Pour Durand de Bousingen, « *les méthodes de relaxation sont des conduites thérapeutiques, ré-éducatives ou éducatives, utilisant des techniques élaborées et codifiées, s'exerçant spécifiquement sur le secteur tensionnel et tonique de la personnalité. La décontraction neuromusculaire aboutit à un tonus de repos, base d'une détente physique et psychique* ».

32 Définition issue du site internet www.larousse.fr

33 Définition issue du site internet www.larousse.fr

Cette définition propose d'associer « *tonus* » et « *personnalité* » en touchant à l'armature tonique d'une personnalité avec tous les échos affectifs que l'on peut mettre en résonance. Il s'agit bien d'une technique psycho-corporelle qui touche directement le fonctionnement psychique du sujet à travers le tonus.

Physiologiquement, la relaxation influence la détente musculaire et l'état de vigilance. Elle apporte un bien-être physique et psychologique par la mise en jeu de plusieurs structures et systèmes de l'organisme, extrêmement liés et qui interagissent entre eux :

- Le tonus musculaire : il est l'état de légère tension à laquelle se trouve normalement soumis tout muscle squelettique au repos. Il est lié au système réticulaire qui connecte toutes les aires cérébrales, de façon à gérer l'état de veille et de sommeil. La détente musculaire a pour effet de réduire les besoins de l'organisme en oxygène, et facilite ainsi la régulation de la respiration.
- La respiration : elle peut être régulée, et peut également modifier toute la physiologie de l'organisme. Elle a une action sur différentes fonctions organiques, sur les niveaux de conscience ou sur l'état d'éveil, de repos et de sommeil. Elle est spontanée et automatique, mais les muscles de la respiration appartiennent au système volontaire. Il est donc possible d'agir volontairement sur la respiration. Un rythme respiratoire lent et régulier a pour effet de mettre au repos l'ensemble du système neurovégétatif, y compris le rythme cardiaque qui peut alors ralentir.
- Les hémisphères cérébraux : le cerveau gauche, rationnel et scientifique est le lieu de la fonction intellectuelle. Il comporte la zone de la parole alors que le cerveau droit fonctionne par images et symboles ; il est le siège de la créativité et de l'émotion. Les temps de relaxation permettent d'activer le cerveau droit et d'établir des liens entre les deux hémisphères par effort de mise en mots des images ou des sensations vécues.
- L'encéphale : Le système nerveux autonome contrôle les fonctions neurovégétatives telles que la respiration, le rythme cardiaque ou encore la tension artérielle. Ce système nerveux fonctionne en utilisant soit le système sympathique quand il faut accélérer les fonctions vitales, soit le système parasympathique quand il faut les ralentir. Ces deux fonctions ne peuvent pas fonctionner ensemble. Les effets physiologiques de la relaxation s'établissent notamment en rétablissant l'équilibre par la mise au repos du système sympathique au profit du système parasympathique.

Il existe différentes ondes cérébrales, et dans l'état de relaxation, le rythme alpha des ondes cérébrales favorise la décontraction musculaire et l'élaboration d'images mentales. L'état d'onde alpha est à la fois un état de présence et d'endormissement, pour lequel la barrière de l'inconscient cède et la censure se relâche.

Par l'utilisation d'un ensemble de techniques qui permettent un relâchement des tensions musculaires et de l'activité cérébrale la stimulation du système parasympathique permet de rétablir l'équilibre, d'apporter une sensation de bien-être et de faciliter la récupération.

B - La relaxation psychomotrice

- Les origines

La relaxation psychomotrice naît de deux courants que sont la neurophysiologie et la psychanalyse.

Pour le premier, la relaxation ne concerne que le niveau corporel, en se basant sur l'idée qu'il existe une liaison entre le tonus musculaire et le tonus psychique.

Edmund Jacobson, professeur de psycho-physiologie à l'université de Chicago, s'intéresse dans les années 1920 au concept d'émotion, très novateur à cette époque, selon lui en lien avec les réactions neuromusculaires.

Il est à l'origine de la relaxation progressiste et il considère que les idées, les images et les sentiments ne sont pas à prendre en compte, contrairement aux contractions musculaires qui les accompagnent. Il démontre le lien qui existe entre les affects et les tensions et considère que pour réduire l'angoisse et retrouver l'équilibre, il est nécessaire de supprimer ces tensions.

La psychanalyse intègre à la relaxation un travail psychothérapeutique. Le médecin allemand Johannes Heinrich Schultz, décrit le Training Autogène en 1932. C'est une méthode de référence qui utilise l'auto-concentration et l'auto-hypnose. L'auteur préconise de s'abandonner passivement à la détente et de se laisser aller à vivre des sensations (en induisant le calme, le repos, la lourdeur, la chaleur).

Ces méthodes ont en commun de rechercher un relâchement des tensions musculaires qui favorise le relâchement psychique ou mental. Les sources de la relaxation psychomotrice font appel à la globalité de l'être humain pour permettre au patient de découvrir son corps autrement.

Le corps en situation de relaxation est éprouvé comme gratifiant grâce aux vécus qui peuvent être verbalisés. Elle favorise la prise de conscience des sensations cénesthésiques, proprioceptives et sensorielles, et tend à modifier la fonction tonique, à réduire les attitudes de fond qui entravent les réalisations praxiques. Dès lors, la relaxation est une médiation qui appartient aux techniques psycho-corporelles capables de toucher à l'organisation tonique d'un sujet, influant sur la baisse du niveau de vigilance et entraînant la modification de l'état de conscience.

- Les fonctions impliquées

La maladie rend la mise en mots de la souffrance et la verbalisation sur le corps très difficiles. Le psychomotricien est formé à diverses techniques de relaxation qui s'adressent aux fonctions psychomotrices du sujet et permettent de l'inviter à entrer en relation, grâce à un dialogue tonique.

La relaxation est une technique qui place le corps en avant des préoccupations, tout autant comme un moyen d'ouvrir la voie à une analyse de contenu, que comme une intervention sur le contenant. En ouvrant des espaces de transfert, la relaxation permet la mise en place de vécus corporels divers. Par son regard, sa voix, sa parole, son toucher, le thérapeute est porteur d'un instinct maternant. Il met en jeu une fonction calmante qui apporte au patient un vécu corporel régressif et auto-calmé lors des séances de relaxation. Le cadre favorise une régression chez le patient, au sens d'un retour à des étapes dépassées du développement. Cet état régressif serait lié au désir de protection, pour un temps, des contraintes extérieures et de tensions extérieures traumatiques. Le psychomotricien peut donc proposer au patient un holding au sens de Winnicott afin de le soutenir physiquement et psychiquement. La régression vécue lors des moments de détente permet au patient de vivre un enveloppement et une unité corporelle.

Le Moi se construit à partir des sens et la recherche de sensations est un moyen d'assurer une meilleure maturation du Moi. À la naissance, la dyade mère-enfant est prise globalement dans un bain interactif sonore, tactile, visuel, olfactif et gustatif, qui s'associe au dialogue kinesthésique avec des échanges de mouvements et de postures permettant la relation à l'autre. Les sensations de pesanteur et de chaleur que le relaxateur induit sont les premières sensations unificatrices du corps que le bébé connaît et qui naissent à partir du holding et du handling de la mère.

Pendant la relaxation, les nombreuses images induites lient le corps et la psyché et enrichissent le Moi psychique. Le vécu du corps symbolique est favorisé car la relaxation facilite la production de rêves, de fantasmes. Ceci constitue la base de l'apparition de la créativité et du processus d'élaboration psychique.

Il y a pendant ce temps une modification du Moi du sujet qui s'en remet au thérapeute mais aussi une projection de l'idéal du Moi du patient sur le thérapeute pour retrouver la paix pulsionnelle. Par leur recherche du plaisir corporel et par la découverte de nouvelles sensations, les mots, la voix et le regard sont à l'origine d'une concentration sur les états du corps propre restaurant la fonction narcissique. Grâce aux notions de plaisir et de narcissisme, la notion d'estime de soi est implicitement introduite. Le narcissisme assure le début de la formation du miroir interne et celle du partage du regard, car le relaxateur regarde le corps du patient en même temps que le patient se regarde et regarde lui-même le relaxateur : il se produit un retour à un narcissisme primaire pendant le temps de la séance. Pour J. Laplanche et J-B. Pontalis, le narcissisme désigne, « *en référence à Narcisse, l'amour porté à l'image de soi-même* ». Ils le considèrent comme étant en interaction avec le Moi et le schéma corporel et ainsi « *on peut concevoir la constitution du Moi comme unité psychique corrélativement à la constitution du schéma corporel. On peut aussi penser qu'une telle unité est précipitée par une certaine image que le sujet acquiert de lui-même sur le modèle d'autrui, et qui est le Moi. Le narcissisme serait la captation amoureuse du sujet par cette image* ».

La mise en place d'un espace transitionnel de relaxation offre au patient un lieu dans lequel il peut intégrer ses propres expériences, l'amenant à se centrer sur ses ressentis et à étayer son schéma corporel par la reconnaissance des parties de son corps. Il se produit une valorisation de l'estime de soi et une restructuration de l'image du corps, source de plaisir et de narcissisation.

La médiation est utilisée principalement pour son intérêt d'intermédiaire :

À la naissance, le nourrisson vit l'environnement comme un prolongement de lui-même et plus particulièrement, il ne considère pas sa mère comme un individu distinct de lui. Une mère « *suffisamment bonne* », donne des réponses équilibrées aux besoins de l'enfant en lui présentant l'objet au moment même où il le crée sur le mode hallucinatoire. Il se constitue alors une zone d'illusion dans laquelle les réalités interne et externe ne sont pas encore clairement distinctes. Cette zone, que Winnicott nomme « *espace potentiel* », autorise les expériences « *intermédiaires* », en particulier celle de posséder un objet transitionnel qui n'est ni la mère réelle, ni sa représentation interne. L'objet transitionnel est la première possession « *non-moi* » du bébé et lui permet d'accepter les absences de la mère. En instaurant un espace transitionnel, l'enfant peut établir une relation avec le monde. C'est un lieu psychique où il vit sa créativité, affirme son autonomie et son existence.

Cet espace joue un rôle essentiel dans les processus de symbolisation et de représentation et les « *objets transitionnels* » permettent un passage entre la relation à la mère et la constitution d'objets dans le monde extérieur, ils « *sont là, à la place du sein* ». Les objets et phénomènes transitionnels constituent « *l'aire intermédiaire d'expérience* » qui permet de soulager les tensions liées à l'intégration de la réalité du dedans et de la réalité du dehors.

« De tout individu ayant atteint le stade où il constitue une unité, avec une membrane délimitant un dehors et un dedans, on peut dire qu'il y a une réalité intérieure, un monde intérieur, riche ou pauvre, où règne la paix ou la guerre.[...]

Si cette double définition [...] est nécessaire, il me paraît indispensable d'y ajouter un troisième élément : dans la vie de tout être humain, il existe une troisième partie que nous ne pouvons ignorer, c'est l'aire intermédiaire d'expérience à laquelle contribuent simultanément la réalité intérieure et la vie extérieure. »³⁴

Ainsi, l'espace potentiel est le lieu dans lequel les phénomènes transitionnels peuvent advenir en toute sécurité ; en outre, dans la relation thérapeutique il est nécessaire d'établir un sentiment de confiance entre le patient et le professionnel pour mettre en place cet espace intermédiaire.

L'état tonique du patient est à prendre en considération dans l'échange tonico-musculaire avec le thérapeute. Le tonus en relaxation est très important car il intervient également dans la construction du schéma corporel. Il est lié à l'histoire affective du sujet et permet de mobiliser la fonction contenante décrite par Bion³⁵. La relaxation, au moment du vécu corporel tonique doit viser l'intégration tonico-émotionnelle. Le relaxateur se doit d'être attentif à l'état tonique du patient, reflet de l'organisation de sa vie émotionnelle.

La relaxation remplit plusieurs fonctions ; elle permet de retrouver une unité et une organisation corporelle en favorisant l'élaboration du schéma corporel et de l'image du corps, en inscrivant le corps dans un espace-temps, par la respiration et le mouvement. Elle remplit aussi une fonction tonique par la recherche de détente, intéressante en cela que les affects, les émotions, l'histoire de la personne y font trace. C'est en lien avec le « *dialogue tonico-émotionnel* » dont parle

34 WINNICOT D.W, *Jeu et réalité ; L'espace potentiel* ; Gallimard, Paris 1975, p. 29

35 W. BION distingue la barrière d'éléments Bêta de l'écran d'éléments Alpha et parle de « capacité de rêverie de la mère ». Il explique que le bébé a des angoisses (éléments bêta) que la mère absorbe et transforme puis les renvoie à l'enfant sous forme détoxiquée pour les rendre plus supportables (élément alpha).

Wallon, plaçant le corps dans une relation avec soi, les autres et le monde. Pour ces raisons, la relaxation est un médiateur susceptible d'amener le patient à verbaliser ses ressentis corporels. Le patient s'autorise à se soucier de son corps et apprend à l'écouter. Cette verbalisation spécifique du corps a une valeur thérapeutique, lui permettant de livrer ses angoisses de manière authentique, sans qu'elles soient amplifiées par le facteur émotionnel. Le lien entre la psyché et le soma est ainsi renforcé.

La relaxation psychomotrice exige un cadre capable d'accueillir le patient. Un espace, une durée et un rythme sont posés avant la mise en place du travail thérapeutique et jouent un rôle contenant.

Chapitre 4

Pratique de la relaxation auprès des patientes

I – PRATIQUE DE LA RELAXATION EN MILIEU HOSPITALIER

Les séances de psychomotricité ont été l'occasion de créer une relation singulière avec les patientes, en instaurant un climat de confiance. Le psychomotricien remplit une fonction maternante qui lui permet de recevoir les éprouvés du patient. L'empathie, la bienveillance et l'authenticité constituent la sensibilité du professionnel, compétence transversale qui m'est apparue comme indispensable à l'élaboration d'une alliance thérapeutique. Cet engagement mutuel est « *un élément du cadre dans la mesure où elle [l'alliance thérapeutique] constitue un point d'ancrage à partir duquel celui-ci va pouvoir se construire*³⁶ ». Essentiel à la thérapie ; il favorise le suivi et permet au patient de cheminer vers une possible autonomie. La pratique psychomotrice régulière a mis en évidence que le praticien se doit d'être attentif à ses sensations, sans interférer avec les vécus du patient afin de favoriser sa libre expression, en absence de tout jugement.

Les séances de relaxation se déroulent généralement en trois étapes. Le temps d'accueil invite les patientes à évoquer la semaine écoulée et à décrire leur état du moment. Il est suivi de l'installation au fauteuil et de la relaxation en elle-même, puis d'un temps de verbalisation, essentiel pour mettre en avant leurs ressentis et tenter d'y donner du sens. Les patientes ont à leur disposition une couverture et un repose-pieds. Une ambiance sonore est systématiquement proposée dans le but de favoriser l'état de détente. Les thèmes abordés en relaxation sont divers ; ils peuvent concerner notamment l'axe corporel, la respiration, ou l'enveloppe corporelle. Afin de favoriser la prise de conscience corporelle, les différentes parties du corps sont mentionnées au cours des inductions verbales.

Malgré la mise en place du cadre, établi avec l'équipe soignante, quelques membres du personnel sont surpris que la salle de repos soit occupée : des intrusions ont parfois lieu au cours des entretiens, certainement le temps pour eux de s'habituer à cette nouvelle présence. Pour éviter ces irruptions, une note sur la porte d'entrée avertit : « *Entretien en cours, merci de ne pas déranger* ». De plus, des conversations, qui parfois semblent inadaptées au service, sont largement audibles et perturbent le calme souhaité dans l'espace de relaxation. Rectifier le message en le remplaçant par la phrase « *Ne pas déranger s'il vous plaît, séance de relaxation en cours* » s'avère malheureusement peu efficace. Ces exemples illustrent des situations qui m'ont permis de concevoir concrètement le travail du psychomotricien en milieu hospitalier. Il s'engage dans un fonctionnement institutionnel, une pluridisciplinarité, au sein d'une équipe. Face à l'activité du service, il est parfois difficile de maintenir le calme et la contenance du cadre nécessaires au travail en psychomotricité.

36 MARTY F. *Les grandes problématiques de la psychologie clinique*, Dunod, 2009, p 231, citation de D. HOUZEL

II – LE CAS DE MME C.

Je rencontre Mme C. le 2 janvier 2014 dans le cadre du stage expérimental en service d'oncologie médicale. Elle m'est adressée par les infirmières de l'hôpital de jour où elle suivie pour un traitement de maintenance d'un carcinome mammaire gauche. Au premier abord, elle semble timide, attendant patiemment de recevoir des soins. Elle est de taille moyenne, relativement corpulente. Cette impression est majorée par sa manière de se vêtir : malgré la chaleur du service, elle garde manteau et écharpe.

A - Présentation de Mme C. et histoire de sa maladie

Mme C. est née le 14 janvier 1941, au Pays basque. Sa famille s'installe à Pau ; elle y passe toute son enfance jusqu'à son mariage, à vingt-deux ans. Elle divorce quatre ans plus tard et reprend ses études pour exercer le métier d'huissier de justice. Le cancer est une maladie lourde de sens pour Mme C. : son compagnon est décédé il y a six ans d'un cancer pulmonaire. Elle vit désormais seule mais sa fille et ses amies sont très présentes.

Les antécédents familiaux de Mme C. représentent un facteur de risque du cancer ; lorsqu'elle est âgée de 45 ans, son père décède d'une tumeur cérébrale puis quelques mois plus tard, sa mère, d'un cancer des poumons. Son frère a développé un cancer de la prostate et ses deux oncles des cancers de la sphère ORL. Mme C. qualifie ces cancers comme la cause d'une « *déchéance physique insoutenable* » me laissant déjà entrevoir son rapport à la maladie.

Lorsque je me présente, elle accepte volontiers de discuter et me raconte l'histoire de sa maladie. Les résultats d'une mammographie de dépistage réalisée en décembre 2012 mettent en évidence la présence d'un foyer de microcalcifications étendues justifiant une biopsie. Ces examens permettent de poser le diagnostic d'un carcinome canalaire microinfiltrant de grade II. Ce type de cancer apparaît lorsque les cellules tumorales envahissent les tissus environnants et ne restent pas localisées à un type de tissu (cancer « in situ »).

En janvier 2013, Mme C. subit une opération dont les résultats justifient une réunion de concertation pluridisciplinaire en vue de lui proposer une mastectomie ; elle est ré-opérée le 20 mars 2013. Elle exprime un sentiment de fatalité face l'annonce du cancer et à cet événement en particulier. Elle ne souhaite pas recourir à une reconstruction mammaire et semble sous-entendre qu'à son âge, l'aspect esthétique de sa poitrine n'a plus d'importance. Selon Mme C., les traces de

cette ablation du sein reste cachée et l'absence peut être palliée par des subterfuges.

Il lui est ensuite proposé une chimiothérapie à raison d'une cure toutes les trois semaines. Elle est opérée de nouveau pour la pose d'une chambre implantable. La chimiothérapie débute à l'hôpital de jour en mai 2013 : elle est la cause de la chute de ses cheveux et de ses ongles ainsi que d'une asthénie persistante. Là encore, elle semble accepter la situation, elle enlève sa perruque pour montrer la repousse de ses cheveux. Elle semble confortée par l'idée que cette étape n'est que transitoire : la repousse de ses cheveux apparaît comme un soulagement qui accompagne le sentiment de guérison ou de rémission.

En septembre 2013, un traitement complémentaire par hormonothérapie ainsi que des séances quotidiennes de radiothérapie ont été entamés.

Depuis le mois d'octobre, elle présente un lymphœdème du bras gauche, obstruction des vaisseaux lymphatiques, ayant pour conséquences le gonflement du bras et une paresthésie (sensation de fourmillement), permanente dans le cas de Mme C. Cet engourdissement lui est « *insupportable* », elle souhaiterait bénéficier d'une rééducation pour retrouver l'usage normal de son bras. Elle affiche un très bon état général et la paresthésie est le seul trouble révélateur de son cancer perturbant l'intégrité de son corps, d'avantage que la mastectomie.

Au niveau relationnel, elle semble maintenir une grande proximité affective avec sa fille qui la conduisait à chaque séance de chimiothérapie et qui lui consacre encore aujourd'hui beaucoup de temps en dehors de l'hôpital. Mme C. côtoie essentiellement des personnes plus jeunes qu'elle, considérant les amis de sa fille comme les siens. Elle ajoute accepter la proposition de prise en charge avant tout pour m'aider dans mon projet car je lui rappelle les nombreux stagiaires qu'elle a formé tout au long de sa carrière. Ses fréquentations lui permettent de se sentir jeune mentalement et physiquement ; elle paraît être âgée d'une soixantaine d'années alors qu'elle a soixante-treize ans. Mme C. exerçait encore son métier l'année dernière mais elle s'est arrêtée après le diagnostic de son cancer. Lorsqu'elle travaillait, elle effectuait de nombreux déplacements en voiture. Les exigences de son métier d'huissier qu'elle qualifie « *de conflit mais de contact* », la poussaient à rester active et dynamique. Elle prenait très peu de vacances, afin d'entretenir sa clientèle ; en outre, elle avait pour projet de retourner vivre au Pays basque mais aujourd'hui elle se sent contrainte de rester près de sa fille.

Le plus dur pour elle dans la maladie a été de cesser son activité professionnelle. Elle insiste sur le fait qu'elle n'est qu'en arrêt maladie et non pas à la retraite, bien qu'elle ne se sente plus apte à travailler. Il lui est cependant primordial de rester active ; elle continue de recevoir régulièrement

des appels professionnels, ce qui lui permet d'être encore présente au sein de son entreprise. Elle consacre également du temps à entretenir sa maison et à remettre en ordre ses affaires, se promène quotidiennement pour maintenir une activité physique et lit beaucoup. Elle voudrait s'inscrire à des cours de gym mais ne supporte pas l'idée de rester « *avec tous ces vieux* », en référence aux personnes de son âge. Elle ne semble pas s'identifier à cette population, qu'elle stigmatise. Par identification, la vision des personnes âgées pourrait renvoyer Mme C. à son propre état, à la dégradation de son corps et la peur de perdre ses capacités. Cette relation au corps est davantage affectée dans le cas du cancer pour le patient lui même et pour son entourage qui voient et investissent différemment le corps.

Son discours est paradoxal et montre qu'elle s'inquiète de l'aggravation possible de sa maladie. Elle répète vouloir « *ne pas y penser* » tout en me questionnant sur l'état de santé des patients hospitalisés, et redoute l'apparition de métastases lorsqu'elle tousse.

Dans un contexte où le cancer engendre parfois une réminiscence d'angoisses archaïques, Mme C. pourrait avoir adopté des stratégies d'évitement qui consistent, pour la psychanalyse, en un détournement actif des objets ou situations qui sont chargés en conflit. Son caractère très actif et entreprenant pourrait également constituer une défense, qui rend compte, face à l'angoisse de mort et la prise de contact avec la réalité, de la tentative de réorganisation du Moi. Elle est utilisée de manière défensive, pour ne pas penser, pour éviter la confrontation avec l'angoisse et la dépression. Ainsi l'annonce de la maladie découverte suite à un dépistage anodin a pu être vécue comme un phénomène de rupture très marqué, bouleversant Mme C. à bien des égards.

B – Le suivi en psychomotricité

- Observations cliniques

Je rencontre Mme C. une deuxième fois pour établir un bilan complémentaire, basé sur des observations générales et un examen du tonus.

Lors de l'épreuve du ballant, je note un léger freinage au niveau des bras, sans différence significative entre les deux. Elle oppose un blocage complet à la chute et ne parvient pas à se détendre suffisamment pour reposer ses bras dans mes mains. Je note finalement le relâchement de ses membres supérieurs en flexion, de l'avant bras sur le bras. J'en conclus que Mme C. sollicite essentiellement son tonus d'action au détriment de son tonus de fond. Maintenir ainsi cette tension

pourrait être une forme de défense contre l'environnement qui permettrait à Mme C. de ne pas se sentir décontenancée, lui donnant l'impression de garder une certaine forme de contrôle.

Pour terminer notre rencontre, je lui demande, en m'inspirant du dessin du bonhomme, de se représenter telle qu'elle se sent³⁷. Elle délimite d'abord les contours et s'y reprend à deux fois, utilisant la gomme du crayon. Le dessin est simple et enfantin : elle colorie le visage en rouge, ajoute un sourire, et deux traits pour symboliser les yeux. Ce sont les seuls éléments du visage. Elle représente un personnage androgyne et verbalise l'absence de cheveux. Il se tient debout, les bras pliés et les jambes écartées, sans pied ni main. L'ensemble donne une impression de mouvement.

En l'espace de quelques mois, le corps de Mme C. a été agressé dans sa dimension physique mais aussi psychique ; le schéma corporel est atteint par les modifications physiques survenant brutalement et par la fatigue persistante. Ces sensations nouvelles se répercutent dans sa représentation d'elle-même et son estime de soi, son narcissisme, à travers la préoccupation de l'image et du regard porté sur elle, mettant en questionnement l'image corporelle. Les difficultés fonctionnelles rencontrées lors de l'usage de son bras semblent être vécues comme le seul témoin révélateur de la vulnérabilité de Mme C. vis-à-vis de son entourage. Je peux supposer qu'elle refuse d'affronter ce regard qui lui renverrait l'image de son corps malade. Elle semble se protéger de ces nombreux bouleversements par des mécanismes de défenses et tenter de rester active malgré les douleurs et l'asthénie.

Au vu de nos premières rencontres et des conclusions du bilan, une indication en psychomotricité me semble justifiée, indication validée par le médecin du service. Je propose à Mme C. un suivi hebdomadaire jusqu'au mois de juin pour des séances individuelles de relaxation de 45 minutes tous les vendredis matins.

- Objectifs du suivi

En mettant le corps en jeu, la relaxation permettrait à Mme C. de favoriser l'élaboration du schéma corporel et de l'image du corps. La recherche de détente permettrait à Mme C. de revenir à ses ressentis corporels, en replaçant le corps en relation avec elle-même, les autres et le monde. Ce serait un moyen de canaliser son angoisse et d'aborder ses craintes. Cette médiation autoriserait alors la rencontre et l'échange afin de nourrir les représentations du corps grâce aux mots posés sur et pour le corps. Mme C. semble ne pas prendre le temps et ne pas s'écouter pour adapter son mode de vie à ses difficultés actuelles et la relaxation la pousserait à être au plus juste avec elle-même.

37 Cf annexe 2

Les objectifs de cette prise en charge sont donc d'accompagner Mme C. dans l'acceptation de son corps et de la modification de son image corporelle. Le but est de lui redonner confiance en elle pour qu'elle puisse accepter le regard de l'autre.

- Déroulement des séances

La première demande de Mme C. est de pouvoir rester active ; nous débutons alors la prise en charge par la méthode de relaxation Jacobson qui s'appuie sur une approche scientifique des rapports entre émotions et tonus musculaire. Je l'invite à s'installer sur le fauteuil inclinable, avec le repose-pieds pour étendre ses jambes mais elle préfère les garder au sol. Elle ferme les yeux spontanément et je constate une légère ouverture axiale. Les muscles de la face sont détendus mais la respiration est irrégulière, saccadée. Elle reste concentrée tout au long de l'exercice et applique les consignes que j'induis.

Mme C. a trouvé la séance agréable et courte. Elle avoue avoir été gênée par sa respiration. Elle se contente de donner ces quelques explications et semble peu à l'écoute de ses éprouvés corporels et émotionnels. Pour se défendre des épreuves traumatiques et douloureuses qu'elle a vécu, je peux supposer qu'il est plus facile pour Mme C. de s'éloigner de son vécu corporel et de ses ressentis.

Les séances suivantes, Mme C. a annulé sa venue à plusieurs reprises, me prévenant la veille ou le jour même de notre rencontre, ce qui me questionne sur son adhésion au projet thérapeutique d'autant plus qu'elle justifiait initialement sa participation par le fait de vouloir m'aider.

Ce début de soin montre que Mme C. adhère progressivement au projet, maintenant une certaine distance, mais au fil de nos rencontres, elle fait évoluer sa demande et s'approprie peu à peu l'espace de soin.

À partir du mois de février, elle se dévoile et se confie davantage, abordant plus facilement ses difficultés et les problèmes qu'elle rencontre. C'est ainsi qu'elle m'explique qu'elle s'essouffle facilement, qu'elle est extrêmement fatiguée par les traitements et qu'elle ne respire plus aisément. Elle émet pour la première fois une demande ; que nous travaillions sur sa respiration, ce qui pourrait être bénéfique pour retrouver confiance en elle et favoriser son estime de soi. Les semaines qui suivent, elle se présente toujours essoufflée en salle de relaxation, engageant la conversation sur le bilan de sa semaine passée, toujours très fatigante. Ses explications contrastent avec son comportement qui lui donne l'air d'une femme pressée et « *sur le qui-vive* » : bien qu'elle soit implicitement invitée à un moment d'accueil, Mme C. s'installe systématiquement au fauteuil en me

laissant à peine le temps de fermer la porte et de l'aborder. Elle est toujours très rapide pour s'installer ou pour quitter l'état de relaxation. En revanche, au cours des séances, sa respiration se fait plus régulière et lente. Elle me révèle également qu'elle n'est pas habituée à pratiquer la relaxation, « *c'est pas mon truc* » ajoute-t-elle, et pourtant « *ça ne peut pas faire de mal* ».

Malgré ses réserves, Mme C semble adhérer un peu plus chaque semaine au projet thérapeutique et accepte toutes les consignes que je lui propose. Nous orientons la relaxation vers des techniques d'induction verbale, plus passives que la méthode Jacobson. Dès le début de cette nouvelle période, Mme C. constate une différence entre les deux méthodes mais s'en dit satisfaite et souhaite poursuivre ainsi. Elle est très appliquée et je remarque qu'elle ralentit spontanément sa respiration, dans un rythme régulier. Elle semble s'être appropriée les exercices réalisés au cours des semaines précédentes et devenir autonome. Je note toutefois qu'elle reste en mouvement durant ces séances, elle manifeste ses difficultés à rester immobile notamment en se grattant régulièrement le visage.

Au cours de nos rencontres en salle de relaxation, Mme C. évoque à plusieurs reprises un sujet qui lui est sensible : alors qu'elle déjeunait dans cette même pièce (qui est aussi la salle de restauration) , une de ses voisines de table, une autre patiente de l'hôpital de jour, fût prise d'un violent malaise. Mme C. s'inquiète maintenant de ne plus rencontrer cette dame qu'elle ne connaissait pas personnellement et se questionne sur ce qui lui est arrivé. Depuis cet événement, Mme C. ne déjeune plus à l'hôpital car, selon elle, un d'un membre du personnel n'aurait pas fait preuve d'un comportement adapté vis-à-vis de cette patiente. Comme un rituel, Mme C. me parle de cet événement à la fin de presque chaque séance. Nous pouvons supposer qu'il s'agit là d'un mécanisme de défense, le déplacement : face à son propre état de malade et à la dégradation possible de son état de santé, Mme C. associerait son angoisse à une représentation plus acceptable – cette autre patiente. Il semble donc nécessaire de poursuivre le travail de relaxation afin de diminuer ses angoisses et ses tensions corporelles.

Les différents éléments de son histoire, son discours et ces illustrations me laissent penser que dans un contexte où elle ne maîtrise plus grand-chose de son corps ni de son temps, rythmé par les soins qu'elle reçoit, Mme C. a un besoin de contrôle, d'autant plus depuis le début de sa maladie, marqué par de multiples interventions sur son corps,. Il m'a semblé alors important de respecter sa personnalité et ses défenses en instaurant des séances au cours desquelles elle puisse rester active et la technique de relaxation inspirée de Jacobson a semblé tout à fait adaptée dans un premier temps.

Lors des premières rencontres, une relation de confiance s'est établie. Il est intéressant d'observer que Mme C. s'est ensuite progressivement autorisée à verbaliser ses ressentis et ses difficultés, nous permettant de débiter un travail vers une demande spécifique. à savoir la respiration.

Pour l'évolution de la prise en soin elle est libre de choisir parmi mes différentes propositions et reste ouverte aux nouvelles expériences proposées, notamment les inductions verbales qui ont pour objectif de lui faire accepter l'immobilité et l'inaction.

III – LE CAS DE MME B.

Mme B. a 59 ans, elle est suivie à l'hôpital de jour depuis 2013 pour la seconde récurrence d'un cancer du sein. Les cheveux courts, elle est blonde et porte des lunettes, ce qui lui donne un air stricte au premier abord, contrastant avec son caractère très avenant.

A - Présentation de Mme B. et histoire de sa maladie

Mme B. est née le 30 décembre 1955 d'une mère célibataire et n'a jamais connu son père biologique. Elle est élevée par ses grands parents jusqu'à l'âge de onze ans. Elle entre alors au collège et revient vivre avec sa mère, lorsque celle-ci se marie. Sa mère a un deuxième enfant, la famille est alors unie et heureuse. Son adolescence est tout de même marquée par d'importants problèmes de dos, la conduisant à consulter une psychologue avec qui elle aborde pour la première fois le cas de son père, alors que ce sujet est tabou dans la famille. Elle se marie à l'âge de dix-huit ans, « *trop jeune* » selon elle, et vit une première grossesse non désirée. Elle donnera naissance à deux autres enfants à l'âge de vingt-trois et trente-cinq ans.

Un cancer du sein lui est diagnostiqué en 1996, traité par radiothérapie et chimiothérapie. Elle déclare avoir « *foncé* » pour ces traitements et être restée très optimiste. Elle se qualifie elle-même comme étant « *tenace et courageuse* ».

Alors que son frère décède dans un accident de moto, puis que sa mère, quelques mois plus tard succombe à un cancer de l'ovaire à l'âge de soixante-sept ans, dans les années 2000, les relations familiales se détériorent. Elle est rejetée par son « *père* » (son beau père) avec qui elle conserve tout de même des liens, avant tout pour ses enfants dit-elle, « *pour qu'ils aient un grand-père* ». Très émue, elle me parle longuement de leurs relations conflictuelles qui constituent une blessure immense, à l'origine, selon elle, de sa première récurrence, considérant qu'il y a « *toujours une part d'affectif dans la survenue d'un cancer*³⁸ ».

En 2008, les douleurs qu'elle ressent dans le bras poussent Mme B. à passer une mammographie qui témoigne d'une récurrence de son cancer du sein. Elle subit une mastectomie et un nouveau traitement par chimiothérapie, ce qui ne l'empêche pas de rester active et elle continue d'exercer comme secrétaire, par peur que son unique collègue « *prenne tout en charge* ».

38 Pendant longtemps, des facteurs psychologiques tels que le stress, le deuil, la dépression, ont été présentés comme agissant sur la survenue du cancer. Désormais il est établi qu'ils ont davantage un lien indirect en minimisant les symptômes ou en contribuant à une insuffisance de la prise des thérapeutiques par exemple.

Depuis la disparition de sa mère, elle consacre du temps à retracer sa généalogie. Elle cesse de travailler en 2011 et multiplie les activités avec son mari. Ensemble, ils marchent et cuisinent beaucoup. Elle qualifie leur relation de « *fusionnelle* ».

Une seconde récurrence, d'origine hormonale, survient en 2013. C'est une crise plus difficile que les précédentes pour Mme B. Elle semble réaliser l'ampleur de sa maladie ; « *c'est lui [le cancer] qui grignote à l'intérieur, c'est quand même une mutilation* ». Cette description faite par Mme B., d'un mal presque personnifié qui se développe à son insu, témoigne d'une influence d'images ambiguës et constitue une représentation archaïque de la maladie. Cependant, elle considère que le cancer du sein étant « *extérieur* », il est « *moins grave qu'un cancer des poumons ou des intestins par exemple* ». Elle s'estime chanceuse de ne pas ressentir de douleur particulière, ce qui lui permet de rester positive.

Elle m'explique qu'au sein de sa famille, ses enfants sont distants car ils sont inquiets et que son mari, « *trop dur* », ne la comprend pas et ne lui accorde pas suffisamment d'attention au regard de la gravité sa maladie. Elle ajoute, à ce sujet : « *J'ai l'impression qu'il est dans le déni, alors que j'aurais besoin d'un entourage plus cocon par rapport à quelqu'un de non malade. Il a peur de me toucher, de me faire mal mais je ne veux pas que les gens aient peur. Pour moi, ça freine la guérison* ».

Je comprends à ce moment là que la prise en charge proposée à cette patiente répond au besoin du soutien qu'elle attend mais ne perçoit pas de la part de sa famille, justifiant une demande certaine.

B - Le suivi en psychomotricité

- Les observations cliniques

Dès notre deuxième rencontre, Mme B. se dit « *soulagée* » de pouvoir bénéficier d'un suivi en psychomotricité alors que de son entretien préliminaire, il ressortait notamment son inquiétude qu'une autre patiente puisse en avoir « *plus besoin* » qu'elle.

Elle ne semble pas surprise lorsque je lui demande de se dessiner telle qu'elle se représente. Très naturellement, elle esquisse un paysage rural coloré³⁹ qu'elle accompagne d'un long commentaire :

39 Cf annexe 3

« C'est très limpide pour moi. Depuis que je suis chez mes grands parents, j'ai toujours fait ce dessin. Le soleil, la fumée, c'est la joie de vivre. Moi je suis ça, j'ai l'impression de représenter la nature. J'ai toujours aimé la campagne, la sécurité.

Il fait bon dans la maison et quand j'étais petite, je dessinais des volets, je mettais des rideaux. Il n'y avait pas de personnage par contre ».

À l'examen, je constate que le tonus de fond de Mme B. est bas. Elle est clairement détendue, ce qu'elle justifie par son esprit « *relax* », qui se ressent au niveau du corps. Elle déclare se sentir bien et calme malgré quelques petites tensions sans lesquelles « *tout serait parfait* ».

Depuis plusieurs années, le cancer et les traitements ont infligé à Mme B. de nombreuses blessures tant au niveau de son corps que psychiquement, modifiant ses relations familiales. Le schéma corporel a été atteint par les altérations physiques survenues après la mastectomie. Mme B. manifeste son désir de véhiculer une image toujours positive et optimiste d'elle même mais semble, à cette étape de la maladie, nécessiter davantage de soutien, sans pour autant parvenir à l'exprimer à son entourage.

Une indication en psychomotricité me semble justifiée, validée par le médecin du service. Je propose à Mme B. un suivi hebdomadaire jusqu'au mois de juin, pour des séances individuelles de relaxation, d'une durée de 45 minutes, tous les vendredis matins.

- Les objectifs du suivi

La relaxation pourrait permettre à Mme B. de revenir à ses ressentis corporels, d'aborder ses craintes et ses difficultés dans un cadre contenant. Et au delà des actions menées sur le corps, il s'agit aussi de mettre en place un lieu de parole et d'échange.

L'objectif est donc d'accompagner Mme B. dans une prise de conscience de ses ressentis. Le but est de lui offrir un moment à elle, dans un espace-temps qui lui est dédié, où elle pourra se reposer et être attentive à ses propres états.

- Déroulement des séances

Nous débutons la prise en charge en employant des méthodes de relaxation à induction verbale. Dès le début des séances, Mme B. est dans un investissement des sensations agréables du corps dans sa globalité par un apaisement et une détente psychique. Elle ferme les yeux

spontanément et s'apaise. La détente se lit sur son visage mais aussi sur son corps ; elle présente systématiquement une ouverture axiale. Sa respiration est lente et profonde. Généralement, les premiers mots qu'elle prononce à l'issue de la séance sont très positifs ; « *c'est un bon petit voyage* », « *ça fait beaucoup de bien* ».

Les inductions verbales de la relaxation permettent à Mme B. de partir de son vécu corporel et de ses ressentis pour verbaliser et se confier. Elle me parle ainsi de ses projets et de ses envies de voyager.

Au fil des séances, Mme B. fait évoluer sa demande et s'approprie l'espace de soin. Elle se dévoile et se confie de plus en plus, abordant ses difficultés et les problèmes qu'elle rencontre. Elle m'avoue ne pas entendre correctement et qu'après avoir fait vérifier son ouïe plusieurs fois, il lui a été préconisé d'être appareillée, ce qu'elle refuse pour le moment ; « *dans ma tête ça fait de suite beaucoup plus vieux et pour l'instant j'ai d'autres choses à régler* ». Le message est clair et elle me prie d'ajuster ma voix et d'augmenter le volume de la musique. Il semblerait que la représentation que Mme B. a de cette surdité partielle déforme son image corporelle et altère l'estime qu'elle a d'elle-même. Dans le contexte de la maladie grave, l'appareillage constituerait une blessure narcissique supplémentaire. Mme B. envisagerait peut-être comme préférable de la relayer au second plan afin de ne pas se confronter à cette nouvelle atteinte du corps.

Dans un premier temps relativement dépendante de mes propositions et invitations, Mme B. parvient à cibler au fil des semaines ce qui pourrait lui être bénéfique et à en faire une demande adaptée : elle exprime notamment l'envie d'un massage « *qui lui ferait du bien au cou* ». Elle est très investie dans ses séances de psychomotricité et se permet de formuler d'autres requêtes, par exemple le besoin d'utiliser la couverture (pourtant à sa disposition depuis le début) comme un coussin, évoquant des douleurs dorsales et articulaires liées à de l'arthrose.

Les séances de relaxation se clôturent désormais par un massage du dos et des épaules. Rester en soutien-gorge devant moi ne semble pas lui poser problème. La mastectomie remonte à plusieurs années et Mme B. semble désormais avoir accepté son image. Elle se dit pleinement satisfaite des enveloppements tactiles, ce qui participe à renforcer son adhésion au projet thérapeutique. Cette nouvelle étape semble l'avoir poussée à s'engager dans une autre démarche de soin puisque, depuis qu'elle a formulé sa demande, Mme B. a également consulté un ostéopathe à deux reprises afin de traiter ses douleurs dorsales. Je constate ainsi qu'elle gagne progressivement en autonomie.

Elle me confie que pour pallier à d'autres douleurs, au niveau des pieds, elle exerce des auto-massages, à l'aide d'une balle de golf. Afin de poursuivre dans cette dynamique d'autonomisation, je l'encourage et lui présente d'autres outils pouvant lui apporter une expérience tactile plus agréable, et dont elle fera déjà l'acquisition quelques jours plus tard.

L'évolution de Mme B. vis-vis des soins est tangible : elle prend désormais un temps pour s'installer à son arrivée en salle de relaxation. Elle se sert presque systématiquement un verre d'eau tout en me racontant en détail la semaine passée. Ses douleurs sont de plus en plus présentes dans son discours.

En restant toujours très positive sur ses ressentis, elle fait preuve d'un esprit plus critique qu'auparavant et reconnaît, contrairement à ce qu'elle exprimait dans les premiers temps, l'existence de bruits extérieurs pouvant troubler son état de détente pendant la séance. Elle retranscrit ce qui lui a fait du bien mais aussi ce qui lui permettrait de mieux profiter de ces instants.

Les comportements relatés par Mme B. laissent entendre qu'elle privilégie parfois les intérêts de son entourage au détriment des siens et justifie ainsi ses actes : au décès de sa mère lorsqu'elle se met en quête de son père biologique, selon elle « *pour ses enfants* » ; à l'annonce de son cancer, quand elle décide de ne pas cesser son activité professionnelle, « *pour sa collègue* » ou encore lors de notre première rencontre, puisqu'elle accepte la prise en charge après s'être assurée qu'aucune autre patiente n'en a davantage besoin.

Malgré tout, elle a su se saisir du temps qui lui était réservé pour vivre la relaxation de façon optimale. Elle a pleinement pris part à la relation thérapeutique et mis des mots sur ses ressentis corporels. Dans nos échanges, une confiance réciproque est née et des demandes spécifiques ont pu être formulées. Les soins semblent l'avoir amenée à se questionner sur la manière de privilégier son corps.

CONCLUSION

À partir d'observations cliniques et de données théoriques recueillies sur le cancer du sein, j'ai tenté de réfléchir tout au long de ce mémoire à l'approche psychomotrice des patientes atteintes de cette maladie, en mettant en avant la problématique psychocorporelle.

Toute la symbolique portée par le sein m'a conduite à supposer que parmi toutes les autres formes de maladies cancéreuses, c'est probablement celle-ci qui bouleverse le plus la féminité, et cette hypothèse m'a poussée à rencontrer exclusivement des patientes atteintes de cette pathologie.

J'ai souhaité m'intéresser aux difficultés que ces femmes rencontrent suite aux modifications corporelles induites par les traitements, en supposant que de nombreux troubles psychomoteurs pouvaient être observés, s'ajoutant à une quasi-certaine atteinte de la féminité.

En définitive, il s'est rapidement avéré que les trois patientes suivies tout au long de l'année présentaient des troubles – atteinte du schéma corporel, de l'image du corps, de la temporalité ou encore du tonus – mais que ceux-ci n'étaient pas spécifiques au cancer du sein.

Une question centrale s'est alors posée: en service d'oncologie médicale, la prise en compte du vécu corporel de ces patientes atteintes d'un cancer du sein pouvait-elle se penser dans une perspective de travail en psychomotricité ?

Les malades ont subi un traumatisme qui se répercute dans toutes les composantes de leur personnalité et qui les pousse à se protéger psychologiquement. Une de ces conséquences peut être l'éloignement de leur vécu corporel. Par une fonction maternante et via la médiation corporelle, j'ai voulu aider les patientes à mettre du sens sur leurs éprouvés corporels. Les qualités d'empathie et de bienveillance ont eu toute leur importance. L'exemple clinique de Mme C. illustre qu'il est nécessaire d'instaurer une relation de confiance avec la patiente afin qu'elle puisse dévoiler ses difficultés en toute quiétude permettant au psychomotricien de s'y adapter et d'orienter ainsi le travail thérapeutique.

Ce mémoire a été l'occasion de retranscrire mes questionnements quant à l'approche spécifique que je pouvais mettre en place à travers une pratique psychomotrice adaptée. C'est ainsi que la relaxation m'a paru être une médiation corporelle intéressante à inscrire en complément des thérapeutiques déjà en place. L'objectif était de favoriser un meilleur investissement affectif du corps, en proposant une prise de conscience corporelle dans un contexte singulier et propre à chaque patiente.

Pendant plusieurs mois, j'ai expérimenté cette technique de soin et d'un point de vue théorique, la preuve de son intérêt dans la lutte contre les conséquences du cancer et les effets secondaires des traitements n'est plus à faire. De plus cette méthode n'est pas utilisée dans le seul but de parvenir à un état de détente ; elle intègre également les différents troubles, en adoptant une vision globale de la personne. Je me suis intéressée au vécu des patientes et à leur histoire, dans ce qu'elles ont bien voulu en partager et j'ai tenté de les accompagner en soutenant leurs capacités d'adaptation.

Au regard de ces différentes rencontres, je pense pouvoir affirmer que les séances mises en place cette année ont permis à ces femmes de vivre de nouvelles situations qui ont enrichi leurs perceptions corporelles. Cette intervention a notamment permis à Mme B. de trouver des repères sur lesquels s'appuyer pour mobiliser ses propres ressources.

Le travail en psychomotricité entrepris mérite de se poursuivre afin de laisser à ces femmes le temps de préciser davantage leurs demandes et leurs difficultés. La relaxation a été une proposition parmi d'autres et ne constitue pas l'unique ressource du psychomotricien dans le soin des malades du cancer. Le praticien dispose d'une multitude de médiateurs qu'il emploie selon sa propre sensibilité, en fonction des attentes du patient. La relation thérapeutique s'établit alors dans une confiance et une communication réciproques et participe à l'investissement corporel du psychomotricien.

«Le but n'est pas de les aider à redevenir comme avant, mais de les aider à devenir comme après» -

Guy Ausloos.

BIBLIOGRAPHIE

- ANZIEU, Didier. *Le Moi-peau*. Paris : Éditions Dunod, 1995
- BACQUE, Marie-Frédérique et BAILLET François. *La force du lien face au cancer*. Paris : Éditions Odile Jacob, 2009
- BERNARD, Michel. *Le corps*. Éditions du Seuil, 1976
- BEN SOUSSAN, Patrick et DUDOIT, Éric. *Les souffrances psychologiques des malades du cancer : Comment les reconnaître ? Comment les traiter?* Paris : Éditions Springer-Verlag, 2009
- BOBE, Céline. *Approche psychomotrice du patient brûlé : schéma corporel et image du corps face au traumatisme*, mémoire de psychomotricité, 2006
- BOURGEOIS, Marc-L. *Le deuil : clinique et pathologie*. Paris : Éditions Presses Universitaires de France, 1996
- CELESTIN-LHOPITEAU, Isabelle. *À l'origine des méthodes de relaxation*, Santé Mentale, n°129, juin 2008
- DAHAN, Jacob. *Entre corps et langage : la relaxation psychomotrice*, Thérapie psychomotrice et recherches n°111, 1997
- DECHAUD-FERBUS, Monique. « *Je ne sens rien...* », Santé Mentale, n°129, juin 2008
- DEFOSSEZ, Sylvie. *Mise en place d'un projet thérapeutique en relaxation psychomotrice*, Thérapie psychomotrice et recherches n°111, 1997
- DOLTO Françoise. *L'image inconsciente du corps*. Paris : Éditions du Seuil, 1984
- EIGUER, Alberto. *L'éveil de la conscience féminine*. Paris : Éditions Bayard, 2002
- ESCHAPASSE, Annick. *Du réel au symbolique de la Peau*, Thérapie psychomotrice et recherches n°83, 1989
- FERENCZI, Sandor. *Le traumatisme*. Paris : Éditions Payot & Rivages, 2006
- FISCHER, Gustave-Nicolas. *Psychologie du cancer : un autre regard sur la maladie et la guérison*. Paris : Éditions Odile Jacob, 2013
- FLEURIE, Alice. *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
- FREUD, Anna. *Le moi et les mécanismes de défense*. Paris : Éditions Presses Universitaires de France, 2001
- FREUD, Sigmund. *Pour introduire le narcissisme*. Éditions Payot, 2012

- GAUCHER-HAMOUDI, Odile et GUIOSE, Marc. *Soins palliatifs et psychomotricité* : Éditions Heures de France, 2007
- GROS, Dominique. *Cancer du sein, entre raison et sentiments*. Paris : Éditions Springer-Verlag France, 2009
- GUIOSE, Marc. *Les méthodes de relaxations thérapeutiques*, Santé Mentale, n°129, juin 2008
- LABALETTE, Dominique. *Enveloppe corporelle et thérapie psychomotrice*, Thérapie psychomotrice et recherches n°83, 1989
- LARRIEU COUBES, Caroline. *Esprit en corps ? Communiquer avec les personnes en fin de vie au travers de la pratique psychomotrice*, mémoire de psychomotricité, mémoire de psychomotricité, 2011
- LAURISTON, Sylvia, PILLOT Danièle et MATTA, Badri. *La souffrance dans la douleur chronique*, Thérapie psychomotrice et recherches n°142, 2005
- LAURISTON, Sylvia, PILLOT Danièle et MATTA, Badri. *Douleur chronique et psychomotricité*, Thérapie psychomotrice et recherches n°142, 2005
- LAVIELLE, Jean-Guillaume. *Vivre en corps et encore : approche psychomotrice de la représentation du corps chez la personne gravement malade*, mémoire de psychomotricité, 2009
- NASIO J.D. *Mon Corps et ses Images : Le corps est la voie royale qui mène à l'inconscient !* Paris : Éditions Payot & Rivages, 2013
- PARISIS, Kévin. *Une démarche psychomotrice de soin auprès de patients dépressifs : Dynamique d'un sujet en relation à travers la relaxation*, mémoire de psychomotricité, 2013
- PETER, Jean-Pierre, *La douleur dans l'histoire de la médecine : le physique et le mental*, Santé Mentale, n°99, juin 2005
- PIREYRE, Éric. *Clinique de l'image du corps, Du vécu au concept*. Paris. Dunod, 2011
- Publication du Centre International de Recherche sur le Cancer : <http://www.iarc.fr/fr/publications/pdfs-online/wcr/2003/wcrf-6.pdf>
- POTEL, Catherine. *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse : Éditions Érès, 2012
- RAISIN, Marie. *Du côté du narcissisme*, Thérapie psychomotrice et recherches n°83, 1989
- RANTY, Yves. *À la recherche des sensations perdues*, Santé Mentale, n°129, juin 2008
- SCHILDER, Paul. *L'image du corps*. Éditions Gallimard, 1968
- Site internet de l'Association Internationale pour l'Étude de la Douleur : www.institut-upsa-douleur.org

Site internet de la Fondation ARC pour la Recherche sur le Cancer : www.arc-cancer.net

Site internet du Groupe UNICANCER : <http://www.unicancer.fr>

Site internet de l'Institut national du cancer : www.e-cancer.fr

Site internet de la Ligue nationale contre le cancer : www.ligue-cancer.net

Site internet du Ministère des affaires sociales et de la santé : www.plan-cancer.gouv.fr

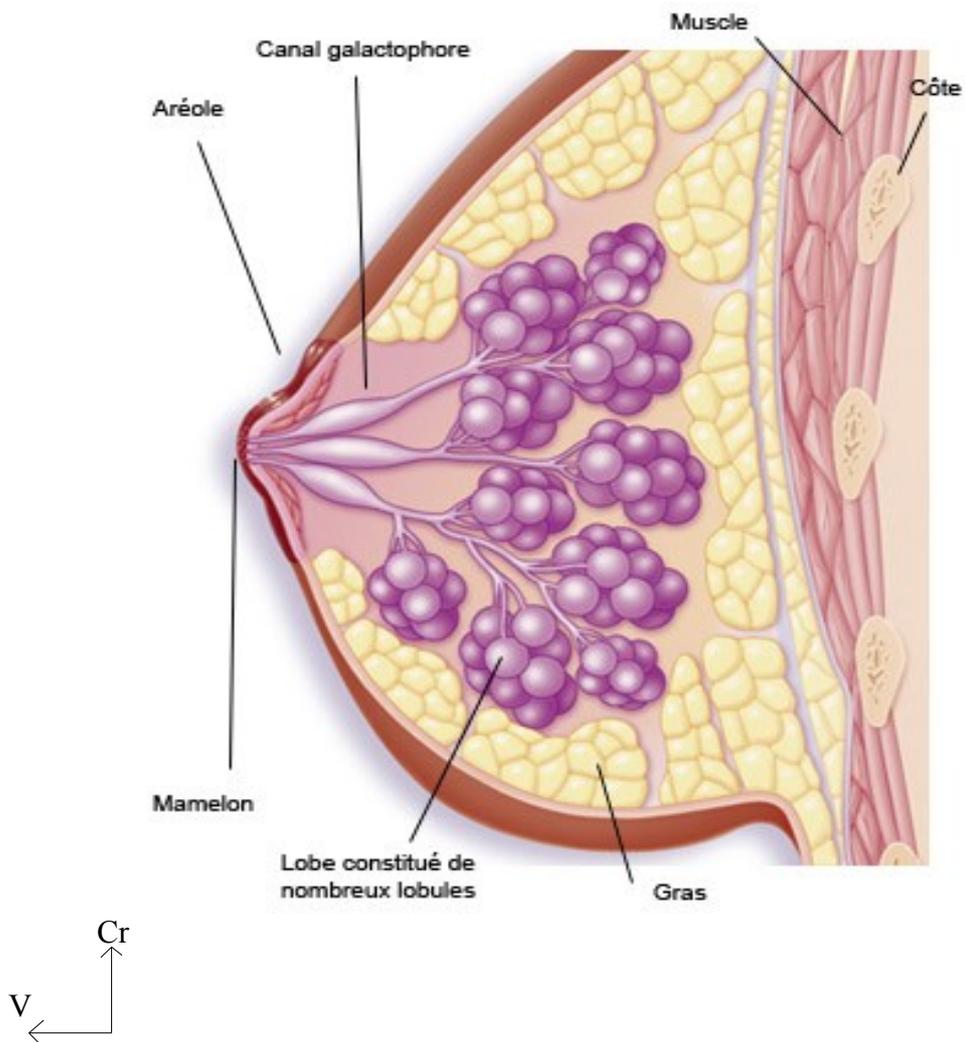
Site internet des Revues de sciences humaines et sociales : <http://www.cairn.info/>

SOULIGNAC-MORENO Héléna. *L'approche de l'autre*, Thérapie psychomotrice et recherches n°111, 1997

THIVEAUD, Mado. *Relaxation psychomotrice*, Thérapie psychomotrice et recherches n°111, 1997

WINNICOTT D.W. *Jeu et réalité*, Paris : Éditions Gallimard, 1975

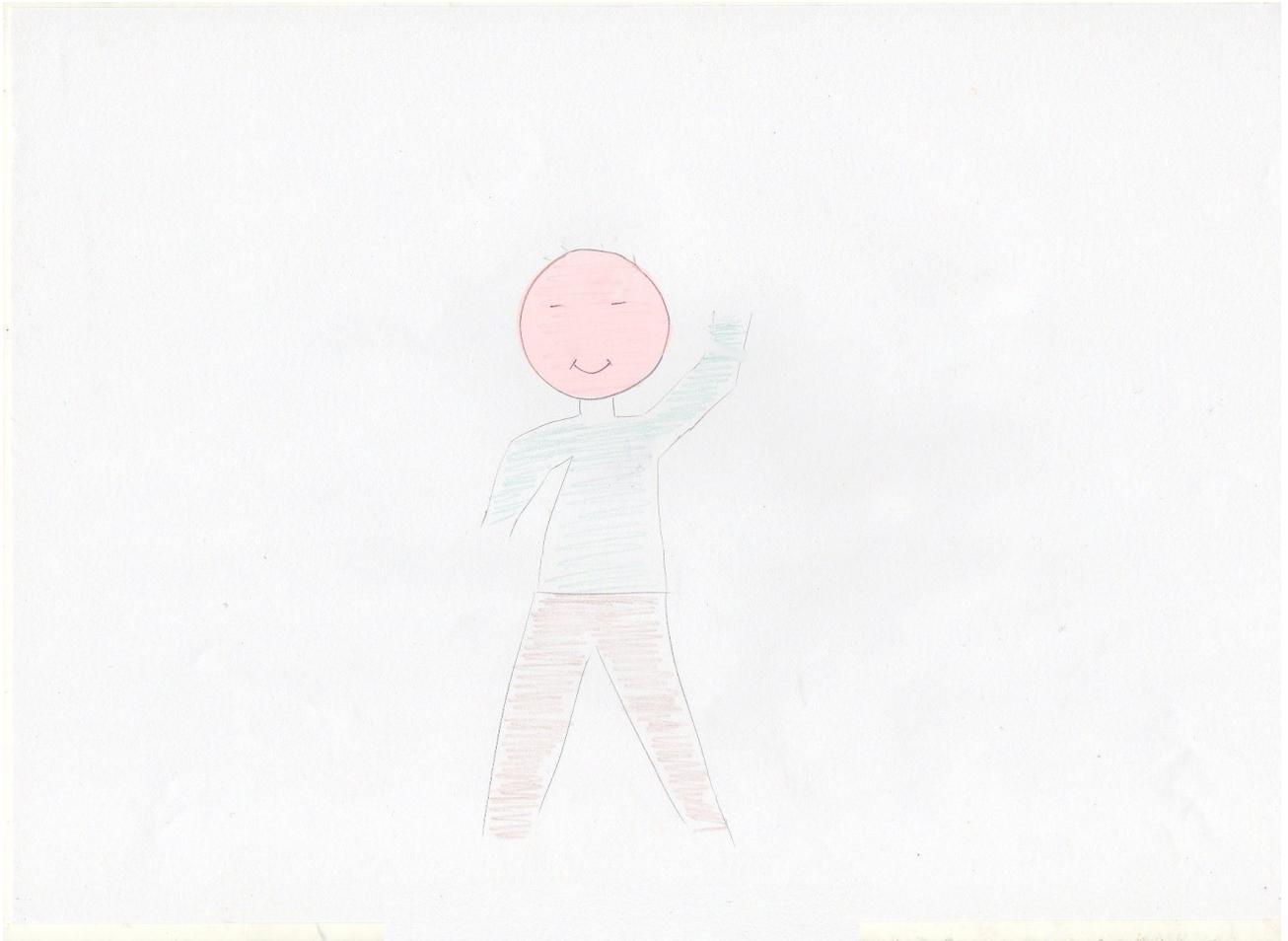
ANNEXE 1



Description anatomique du sein : coupe sagittale de la glande mammaire

Source : www.e-sante.fr/sein/guide/616

ANNEXE 2



Dessin de Mme C.

ANNEXE 3



Dessin de Mme B.