HAL
open science

Guérir de sa guérison : approche psychomotrice auprès d'adolescents et jeunes adultes atteints de cancer et en rémission

Sacha Lutard

To cite this version:

Sacha Lutard. Guérir de sa guérison : approche psychomotrice auprès d'adolescents et jeunes adultes atteints de cancer et en rémission. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01196183

HAL Id: dumas-01196183

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01196183

Submitted on 9 Sep 2015

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

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

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention
Du Diplôme d'État de Psychomotricien

GUÉRIR DE SA GUÉRISON

Approche psychomotrice auprès d'adolescents et jeunes adultes atteints de cancer et en rémission

LUTARD Sacha

Née le 19 juin 1991 à L'Isle d'Espagnac

Juin 2015

Directeur de mémoire : Mme Céline Robert

Remerciements

Je tiens tous d'abord à remercier Céline Robert, ma directrice de mémoire et superviseure de stage, pour son soutien, son investissement et sa joie de vivre sans faille tout au long de ce projet.

Merci à ma maître de stage Sophie Naud, de m'avoir accompagnée au fil de mes réflexions et questionnements et pour la richesse de ses enseignements.

Je souhaiterais adresser un immense merci à toute l'équipe de « la maison » pour son accueil, sa sympathie et son dynamisme extraordinaire. Un merci tout particulier à Emmanuelle Bouvard, ma référente sur la structure, pour la place qu'elle a su donner à mes interventions et à nos échanges. Merci aux adolescents que j'ai pu rencontrer tout au long de l'année et qui ont nourri mes réflexions.

Enfin merci à ma famille et mes amis pour leur soutien indéfectible.

Sommaire

Introduction 1

Chapitre 1 L'adolescence : une période de remaniement 3

I. L'adolescence, un corps qui change : une quête identitaire vers un sentiment de soi et d'unité corporelle 5

A. Puberté et croissance physique 5

B. Schéma corporel 6

C. Image du corps, image de soi 7

D. Identité 8

II. Du développement psychosexuel à la socialisation 11

A. Développement psycho sexuel 11

B. Le rôle fondamental des parents 15

C. Socialisation 16

Chapitre 2 Adolescence et cancer : un double bouleversement 18

I. Les spécificités médicales du cancer chez l'adolescent et le jeune adulte 19

A. Épidémiologie 19

B. Étiologies et facteurs de risques 19

C. Répartition des cancers 20

D. Diagnostic 20

E. Traitements et effets secondaires 21

II. Les répercussions de la maladie chez l'adolescent et le jeune adulte 22

A. Les étapes de la maladie 22

B. Du ressenti à la perception : un remaniement de l'être et de sa capacité d'interagir et d'être au monde 25

Chapitre 3 Quelle prise en soin pour ces AJA ? 32

I. La maison de ressource pour AJA 33

A. Le projet 33

B. L'équipe, à la rencontre de l'AJA 34

C. Prise en soin 35

D. La spécificité du mercredi après midi 36

E. Activités et rencontres 36

F. Un lieu de transition qui fait soin 37

Chapitre 4 Intervention psychomotrice 38
I. L'intérêt d'une prise en soin à médiation corporelle auprès des AJA en traitement ou rémission 39
A. Définition générale de la psychomotricité 39
B. Psychomotricité et AJA 40
II. Quand le psychomotricien stagiaire rencontre l'AJA 41
A. Posture et adaptation 41
B. Un ajustement réciproque 42
C. L'apport de la créativité 43
III. Particularités psychomotrices 45
A. Les spécificités des jeunes touchés par le cancer 45
B. Sémiologie psychomotrice 46
IV. L'indication et le bilan 49
A. L'indication 49
B. Le cadre 49
C. Mise en place d'un bilan spécifique et adaptable 50
V. Définition des axes et objectifs de prise en soin 58
A. S'occuper du corps : apprendre à découvrir, à habiter, à s'approprier son propre corps 58
B. Apprendre à être ensemble : 58
VI. Prise en soin et médiateurs 59
A. Les médiations 59
B. Prise en soin individuelle 61
C. Prise en soin groupale 65
Etude de cas 68
Conclusion 84
Bibliographie 85
Annexe 87

Introduction

« Les homards, quand ils changent de carapace, perdent d'abord l'ancienne et restent sans défense, le temps d'en fabriquer une nouvelle. Pendant ce temps – là, ils sont très en danger. Pour les adolescents, c'est un peu la même chose. Et fabriquer une nouvelle carapace coûte tant de larmes et de sueurs que c'est un peu comme si on la « suintait ». »[1]

Dans cette citation, F. et C. Dolto et C. Percheminier mettent en lumière la difficulté que peuvent éprouver les jeunes sur le chemin périlleux de l'adolescence, période transitoire et de métamorphose, entre l'enfance et l'âge adulte. Pour elles, il n'y a pas d'adolescence sans souffrance mais aussi et surtout sans joie : *« l'adolescence, c'est aussi un mouvement plein de force, de promesses et de vie, un jaillissement. Cette force […] est l'énergie même de cette transformation. »*[2]. Amitiés, premières amours, premières sorties, tout en s'extirpant du cocon familial qui devient trop étroit et ne correspond plus à nos idéaux, pour s'en constituer un nouveau avec ses propres codes et repères.

Que faire quand ce changement devient double et quand la maladie vient chambouler, selon C. Potel ce *« corps qui démange, qui change, qui se transforme »*[3], ce corps qui est déjà l'objet de toutes les préoccupations ?

Selon Oppenheim en 1996, le cancer d'un adolescent est un évènement bien singulier : *« une épreuve qui bouleverse tous ses repères : le rapport à son corps, à sa famille, à la société et à la place qu'il y occupe, le sentiment de son identité, de sa valeur, ainsi que la confiance en lui-même. »*[4]. Ainsi, la maladie touche à toutes les dimensions de la vie du jeune, qui tente au milieu de tout ce remaniement à la fois, d'accepter et de voir grandir ce nouveau corps, mais aussi d'acquérir le sens de son identité personnelle, d'imposer aux autres sa propre originalité et de s'intégrer au sein de son environnement.

---

[1] **Dolto, Françoise, Dolto, Catherine et Percheminier, Colette.** *Paroles pour adolescents.* s.l. : Gallimard Jeunesse, 1989 - réédition 2007, p15.
[2] Ibid, p16.
[3] **Potel, Catherine.** *Corps brûlant, corps adolescent - des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents.* s.l. : ERES, 2006, p52.
[4] **Oppenheim, Daniel.** *Grandir avec un cancer: L'expérience vécue par l'enfant et l'adolescent.* s.l. : De Boeck, 2009, p9.

En France, ces patients sont pris en charge et traités selon la nature de leur pathologie, comme *« lost in transition »*[5], dispersés entre l'oncologie pédiatrique s'ils sont atteints d'un cancer enfant (5% d'entre eux) et l'oncologie adulte pour un cancer adulte (90%), l'existence de structures spécifiques à cette classe d'âge étant quasi absente. Or ces services ne peuvent que trop peu prendre en compte les caractéristiques des adolescents et jeunes adultes (AJA). De ce fait, le milieu médical et scientifique s'est tourné depuis quelques années vers la prise en soin de ces adolescents et jeunes adultes atteints de cancers, qui ont jusque dans les années 2000 peu bénéficié des progrès de la cancérologie et des études épidémiologiques. Les études[6] montrent que le taux de guérison de certaines pathologies cancéreuses est passé de 5 ou 30% à 95% grâce à l'évolution des techniques chirurgicales, radiothérapiques et chimiothérapiques mais aussi, et c'est la nouveauté, grâce à l'accompagnement de la prise en charge de la douleur, des souffrances psychologiques et de l'environnement thérapeutique.

Ainsi, depuis plusieurs années, les services tendent à développer les soins de soutien (loisirs, activités sportives et artistiques, réinsertion scolaire) afin de développer la spécificité de la prise en soin des AJA et ainsi d'augmenter les possibilités de guérison mais aussi de mieux être physique et psychique pendant et après la maladie. Oppenheim confirme cette vision. Selon lui, le devenir du jeune, tant sur plan curatif que dans toutes les dimensions de sa vie future, est dépendant de la manière dont il a traversé son expérience et son adolescence. C'est dans ce contexte, qu'en France, des unités spécialisées pour la prise en charge des AJA ont été créées. La place du psychomotricien y est encore très, voire trop timide, et c'est pourquoi j'ai décidé de faire un stage expérimental dans une de ces structures.

Nous allons donc voir dans un premier temps les modifications vécues pendant l'adolescence ainsi que les intégrations psychiques qui en découlent. Ensuite nous verrons les spécificités que sont le double bouleversement du processus d'adolescence confronté au processus de maladie avec ses traitements et répercussions. Enfin nous décrirons, par le biais d'études cliniques, la prise en charge psychomotrice proposée à ces jeunes adolescents dans ces structures dédiées.

---

[5] **Corradini, N. et all.** *Adolescents et cancer: une prise en charge spécifique pour ne pas être lost in transition.* 2011. Springer- Verlag.

[6] **Dauchy, Sarah et Razavi, Darius.** *L'adolescent atteint de cancer et les siens. Quelle détresse, quelles difficultés, quels souhaits d'aide?* s.l. : Springer- Verlag, 2010, p13.

CHAPITRE 1

L'ADOLESCENCE : UNE PÉRIODE DE REMANIEMENT

L'adolescence provient du latin *adolescere* qui signifie étymologiquement « celui qui est en train de grandir ». Cette définition exprime bien le mouvement, l'évolution, la mutation en jeu dans cette transition où l'enfant devient adulte. Selon Marcelli et Braconnier(Coslin, 2010), c'est au milieu de tout ce remaniement que l'adolescent devra à la fois acquérir le sens de son identité personnelle, imposer aux autres sa propre originalité et s'intégrer au sein de son environnement. Ce processus s'accompagne d'une évolution des relations de l'adolescent avec ses parents, de nouvelles rencontres et identifications, d'une appropriation de la sexualité et de l'élaboration de projets d'avenir scolaires et professionnels.

L'OMS définit l'adolescence comme une période allant de 10 à 19 ans. Considérant la pré-adolescence entre 10 et 14 ans, l'adolescence vraie entre 15 et 19 ans et la post adolescence entre 20 et 25 ans. De manière générale, l'adolescence commence avec la puberté, elle est marquée par des transformations somatiques, psychiques et intellectuelles spécifiques pour le garçon et la fille.

I. L'adolescence, un corps qui change : une quête identitaire vers un sentiment de soi et d'unité corporelle

A. Puberté et croissance physique

La puberté marque la fin de la période de latence par la reprise de la maturation sexuelle et la réanimation pulsionnelle. Elle se déclenche aux alentours de 11 ans chez les filles et de 13 ans chez les garçons. La précocité et la durée du développement pubertaire est différente selon les sexes. Rodriguez-Tomé (Coslin, 2010) le décrit comme :

- une **poussée staturale**
- le **développement des organes génitaux** externes (testicule et verge)
- l'apparition des **caractères sexuels secondaires** : pilosité pubienne et axillaire, acné, mue vocale (plus importante chez les garçons), développement des seins et accroissement du bassin chez les filles
- ainsi que l'apparition des **premières règles** chez la fille et des **premières éjaculations** chez le garçon traduisant la maturité de l'appareil reproducteur.

Devant ces modifications corporelles, le jeune peut prendre plaisir et investir certaines parties de son corps comme les cheveux ou son visage en le parant, le coiffant ou le maquillant, contrôlant ainsi l'esthétique d'une partie de son image. Parallèlement, le corps peut être vécu comme étrange, mettant en scène le tableau paradoxal d'un corps qui gène et le souci d'en prendre soin et de l'apprêter, soucieux de l'image que l'adolescent a de lui-même et du regard de l'autre à qui il souhaiterait plaire.

La puberté influe donc, d'un côté sur l'aspect physique et physiologique du corps, mais entraine aussi un remaniement psychique *« qui bouleverse(nt) l'équilibre interne du sujet, [et] qui appell(ent) [à] une restructuration du moi et engendre(nt) de nouveaux modes d'être au monde »*[7]. Par conséquent, la puberté se manifeste au travers du schéma corporel, de l'image du corps et ce jusqu'à l'identité même de l'être et de sa rencontre avec ses pairs.

[7] **Coslin, Pierre G.** *Psychologie de l'adolescent.* s.l. : Armand Colin, 2010.

B. Schéma corporel

Pour Moyano, le schéma corporel est : *« de substrat neurophysiologique, tendineux, articulaire, postural ».*[8] De son côté, Schilder le définit comme : *« l'image tridimensionnelle que chacun a de soi même »*[9], c'est-à-dire, la conscience que chacun a de soi en tant qu'être corporel. De ce fait, le schéma corporel est le même pour tous mais son intégration est singulière à chacun. De façon plus au moins consciente, le schéma corporel est l'instance à partir de laquelle vont se faire les mouvements et s'établir la relation au monde et à autrui. Il est dynamique, changeant, en perpétuel mouvement et remaniement et se structure par les expériences et les apprentissages. Ce « *modèle postural* » selon Head, est en continuelle élaboration à partir des changements de positions du corps dans l'espace et des autres perceptions et expériences. Il évolue tout au long de la vie et se doit de s'adapter aux modifications corporelles et sensorielles. L'éducation du schéma corporel se joue dans la prise de conscience de ces mouvements et des nouvelles limites. L'apparition des caractères sexuels secondaires et la poussée de croissance modifient le corps de l'adolescent. Le schéma corporel du jeune, doit, devant cette métamorphose se modifier et s'adapter.

Cependant comme le rappel Schilder, le corps n'est pas qu'une mécanique sensorielle désaffectée : *« le corps en action est toujours le corps d'une personne et la personnalité a des émotions, des sentiments des tendances, des mobiles et des pensées »*[10]. C'est dans cette dimension, que Damasio rajoute que « *ce modèle postural dépend de la rémanence du tonus »*[11]*.* Les premières interactions, les vécus, les adaptations et modifications toniques, vont aussi influer sur le schéma corporel. De plus, le tonus permet l'émergence du sentiment d'enveloppe. Ainsi, en maintenant la cohésion des différentes parties du corps entre elles, le tonus de fond soutient le sentiment d'unité corporelle, base du schéma corporel comme « *sentiment de soi* »[12]. Concernant cette perception du corps dans sa globalité et son unité, Ajuriaguerra parle de sentiment de présence du corps. Le concept et l'intégration du schéma corporel et de ses instances sont étroitement liés et indissociables de l'image du corps et de la perception plus ou moins consciente que l'individu s'en fait.

---

[8] **Boutinaud, Jérôme, et al.** *Où en est la psychomotricité? Etat des lieux et perspectives. Pour une approche psychodynamique.* s.l. : In Press, 2014, p323

[9] **Pireyre, Eric w.** *Clinique de l'image de corps - Du vécu au concept.* s.l. : DUNOD, 2011.

[10] **Ibid**, p34.

[11] **Ibid,** p34.

[12] **Damasio, Antionio R.** *Sentiment même de soi (Le): Corps, émotions, conscience.* s.l. : ODILE JACOB, 1999, p28.

C. Image du corps, image de soi

L'image du corps « *tire sa source dans l'inconscient du sujet et, surtout, dans la façon dont, au cours de son histoire, ce dernier aura investi son schéma corporel* ».[13]

Selon F. Dolto « *le ciment qui lie le schéma corporel à l'image du corps est le narcissisme* ». C'est sur le moi corporel, sur le sentiment d'enveloppe et d'indifférenciation de soi jusqu'à l'unité que va se construire le moi du sujet. On peut donc considérer le corps comme l'étayage identitaire de l'individu. Ainsi, Gutton explique que le lien entre le « je » et le corps est mis en doute à l'adolescence et que l'image du corps s'en trouve bouleversée. La représentation que l'enfant avait de son corps est alors complètement transformée. L'adolescent est ainsi confronté à l'incertitude de la fragilité de ses limites corporelles et est exposé à de nouvelles sensations, de nouveaux éprouvés liés aux différentes transformations.

Pour P. Coslin, « *l'image de soi est une image du corps chargée d'affects »*[14]. Cette image va être en lien avec la façon dont l'individu va se percevoir, être élaborée à travers son vécu et va en conséquence influencer l'estime qu'il se porte. Ainsi, à l'adolescence, le jeune va devoir s'identifier, s'approprier son corps et l'image qu'il renvoie. De plus, la manière dont l'individu va se considérer et s'apprécier va aussi dépendre de l'image et du regard que l'autre lui renvoie. Au travers de cette image que l'adolescent véhicule à l'autre, se manifeste la recherche de sa propre identité dans la question : qui suis-je ? L'autre étant à la fois un moyen de perception et de construction de soi et un but en soit par la rencontre et les liens associés. Pour F. Dolto : « *c'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui.* »[15].

[13] **Boutinaud, Jérôme, et al.** *Où en est la psychomotricité? Etat des lieux et perspectives. Pour une approche psychodynamique.* s.l. : In Press, 2014, p323.
[14] **Coslin, Pierre G.** *Psychologie de l'adolescent.* s.l. : Armand Colin, 2010, p38.
[15] **Pireyre, Eric w.** *Clinique de l'image de corps - Du vécu au concept.* s.l. : DUNOD, 2011, p38.

D. Identité

En psychologie sociale, le concept d'identité montre la façon dont se construit l'image que chacun a de soi-même en fonction de ses différents environnements et apprentissages sociaux. La personnalité s'élabore sur les différentes identifications au monde et à l'autre en y ajoutant sa touche personnelle. L'identité est un processus psychologique de représentation, de conscience de soi, qui se traduit par le sentiment d'exister en tant qu'être singulier et reconnu comme tel par autrui. Il donne lieu à une estime de soi, à une conscience de soi et à des échanges avec le monde social qui l'entoure en fonction de l'image que chacun s'en fait.[16]

Selon Muchielli, le sentiment d'identité ou de conscience de soi est l'idée de ressentir un ensemble d'états éprouvés unifiés à l'intérieur de soi. Cela correspond à l'idée de former un tout, un ensemble. Ce sentiment est à rapprocher de celui de « continuité d'être » de Winnicott. Ce sentiment persiste à travers le changement et même si l'individu n'est plus identique à ce qu'il a été, il reste pourtant le même. Ce sentiment est un socle nécessaire à la santé mentale et peut être mis à mal lors de cette période charnière et entrainer des troubles de l'identité.

On voit ici l'importance de la construction d'une identité stable chez l'adolescent mais qui peut être entravée par la maladie touchant inévitablement le sentiment de continuité d'être se répercutant sur l'estime de soi.

[16] http://www.psychologie-et-societe.org/identite-sociale.aspx

En psychanalyse, la construction de l'identité a été décrite par Lacan au travers du stade du miroir formateur de la fonction du « je ». Le stade du miroir de Lacan se divise en trois étapes qui se déroulent entre 6 et 8 mois et précèdent le sentiment d'identité et d'unité.

- Pour la première étape, l'enfant commence à appréhender l'impression qu'un autre existe dans le miroir et tente de l'attraper, l'enfant perçoit d'abord son reflet dans le miroir comme un être réel de chaire et d'os, qu'il cherche à saisir ou à approcher. Il existe alors une double confusion, dans le sens que sa propre image est vécue comme celle d'un autre mais qu'inversement l'image de cet autre peut être prise pour la sienne.
- Dans un deuxième temps, l'enfant comprend que le reflet n'est qu'une image mais il ne l'a reconnaît pas encore comme sienne.
- Dans la troisième étape, il perçoit que c'est sa propre image qui se reflète dans le miroir. Il se constitue une image symbolique de lui-même comme différente de l'autre.

Le stade du miroir illustre l'interaction constante entre l'acquisition de l'identité et l'image du corps dans la l'élaboration d'un sentiment et d'une unité d'existence.

Le jeu du miroir se réactualise de manière différente à l'adolescence tout en s'étayant sur ce stade fondateur de l'image de soi. Le jeune « qui change se scrute, s'observe, cherche à faire sienne cette nouvelle image de lui qui le surprend, [et] le déroute »[17]. Plus l'image de soi intégrée durant les interactions précoces sera solide, plus le jeune pourra s'y référer pour affronter les modifications imposées par la puberté.

[17] **Dauchy, Sarah et Razavi, Darius.** *L'adolescent atteint de cancer et les siens. Quelle détresse, quelles difficultés, quels souhaits d'aide?* s.l. : Springer- Verlag, 2010, p33.

Marc, 19 ans, a été opéré à l'âge de 7 ans d'une tumeur cérébrale. Cette opération a eu des conséquences endocriniennes (ablation de l'hypophyse) et Marc doit prendre à vie un traitement substitutif. Celui-ci lui a fait prendre du poids de manière constante et régulière depuis son opération pour arriver à son poids actuel de 150kg. De plus, Marc a une appétence pour le sucre, possiblement en lien avec les dérèglements hormonaux. Il souffre donc d'hyperphagie prandiale et interprandiale traduites par une pulsion pour les aliments sucrés et plus précisément pour les bonbons. Il en consomme 1kg par semaine. Il n'a pas d'ami et ne réussit pas à créer des liens avec les autres. Il a besoin de fréquenter des gens qu'il idéalise, qu'il trouve beau.

Sa mère a toujours été dans le déni de la maladie de son fils, si bien que quand Marc s'est rendu à la maison de ressources il y a 3 ans pour troubles des comportements alimentaires, celle-ci ne l'avait pas mise au courant du lien probable entre sa maladie et son hyperphagie.

La mère de Marc parle de lui en terme très durs et ceci devant lui. Elle parait dégoutée par son fils « il est gros, dégueulasse, je ne peux pas lui faire de câlins car on peut pas en faire le tour avec ses bras », et son appétence pour le sucre « c'est qu'un gros bébé qui mange du sucre ». C'est comme si elle n'avait jamais fait le deuil de l'enfant imaginaire et idéal et qu'elle semblait déçue par cet adolescent malade qu'elle considère encore comme un enfant, cela contrastant avec la taille et la carrure de ce jeune adulte. Elle nie et refuse pourtant de le voir changer et grandir et est dans l'incapacité de croire lorsque Marc ou les professionnels lui disent qu'il a perdu du poids « je le saurais s'il avait maigri ! ».

Ainsi, il a grandi à travers ce miroir déformant qu'est sa mère, qui continue d'être encore aujourd'hui sa seule image identificatrice, son seul modèle.

Il dit pouvoir décrire « son ventre, ses bras » mais ne pourra pas les dessiner. Marc se trouve « moyen » dans le miroir. Il rajoute que « de toute façon ce que je vois dans le miroir ce n'est pas comme ça que me voient les autres. ». Mais ce qui le gène le plus, ce n'est pas tellement comme il se perçoit, mais surtout comment les autres pourraient le percevoir, « le regard des autres, c'est toujours ça qui compte. »

Il est au régime et souhaite maigrir. Il dit ne pas s'être aperçu d'une perte de 7 kilos l'an dernier, se sont les autres qui lui ont fait remarqué, lui ne s'en était pas aperçu, n'arrivait pas à le voir et avait besoin de la confirmation des soignants pour l'entendre.

Il me confie qu'il ne voit pas l'intérêt de progresser sur l'acceptation de soi vu qu'il veut changer et perdre du poids et qu'il lui faudra donc aimer une autre image, différente.

Il semble très difficile pour Marc de s'extirper de la vision que sa mère à de lui et de se construire une image de lui stable et lui permettant d'aller vers l'autre et d'acquérir une autonomie tant matérielle que psychique.

II. Du développement psychosexuel à la socialisation

A. Développement psycho sexuel

1. Sexualité

La sexualité ne débute pas à l'adolescence, elle commence dès la naissance. Cependant c'est à l'adolescence que le jeune prend conscience de sa sexualité en tant que phénomène physiologique entrainant des modifications : « *l'avènement de la puberté inaugure les transformations qui doivent mener la vie sexuelle infantile à sa forme normale définitive* »[18]. Si la sexualité infantile est essentiellement auto-érotique, à présent, la pulsion va découvrir l'objet sexuel : « un but sexuel nouveau est donné ». La sexualisation change le regard que se porte l'adolescent mais aussi celui que les autres lui adressent.

Chaque poussée correspond à une poussée d'impulsion, de désir sexuel amenant souvent à la masturbation. Elle est signe d'évolution et d'exploration de son corps, de sa sexualité et de son sexe. Cela signe aussi l'entrée dans la possibilité de véritables relations amoureuses.

Ainsi, *« l'appropriation psychique du corps sexué est un enjeu majeur du travail d'adolescence. La possibilité de s'identifier au parent oedipien de même sexe, l'élaboration de la bisexualité psychique, la mise en place d'une identité sexuelle définitive et d'une orientation sexuelle, la reconnaissance et l'intégration psychique de l'appareil génital du sexe opposé ainsi que l'acceptation de la masturbation comme moyen de découverte et d'appropriation du corps sexué, représentent différents éléments qui conditionnent et favorisent l'accès à une sexualité et une position subjective adulte. »*[19]

[18] **Freud, Sigmund.** *Trois essais sur la théorie sexuelle.* s.l. : Gallimard, 1989, p108.

[19] **Dauchy, Sarah et Razavi, Darius.** *L'adolescent atteint de cancer et les siens. Quelle détresse, quelles difficultés, quels souhaits d'aide?* s.l. : Springer- Verlag, 2010, p39.

2. Défenses de l'adolescent

a. Mécanismes de défense

Selon 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 biopsychologique. Elle prend souvent une allure compulsive et opère au moins partiellement de façon inconsciente* ».
A l'adolescence, devant ses nouvelles potentialités physiques et psychiques, le jeune se sent à la fois libre et capable de tout mais craint parallèlement cette brusque liberté ainsi que les limites et les risques qui y sont associés. Ainsi, il *« doit explorer les limites de l'illimité* »[20].

Face à cette émergence, ce débordement pulsionnel, l'adolescent craint « *d'être submergé, de perdre son identité* »[21]. Ainsi, il est contraint de faire des choix et de mettre en place des mécanismes de défense, afin de se protéger lui-même et son environnement et ainsi contenir ses pulsions sexuelles et agressives. Pour la plupart des auteurs ces mécanismes sont inconscients. L'assaut pulsionnel venant déséquilibrer le Moi dans son rôle de pare-excitation, le remaniement de « *l'équilibre pulsion défense* »[22] dans cette dynamique désir/angoisse et la manière de s'en protéger est un des enjeux du mouvement pubertaire.

S. Freud décrit le concept de pare-excitation comme une « enveloppe protectrice » qui protège l'organisme contre les excitations venant du monde extérieur. Agissant comme un filtre, elle préserve l'équilibre psychique de l'individu en filtrant la perception de la réalité extérieure afin de la rendre moins brutale. Pour A. Freud l'activité de défense « *devrait créer un état d'équilibre entre le monde intérieur et extérieur, entre les demandes intérieures et extérieures* ».

[20] **Braconnier, Alain.** *Protéger son soi à l'adolescence. Article de son site internet*
[21] **Coslin, Pierre G.** *Psychologie de l'adolescent.* s.l. : Armand Colin, 2010, p49.
[22] **Braconnier, Alain.** *Guide de l'adolescent (Le): De 10 ans à 25 ans.* s.l. : Odile Jacob, 2007, p131.

Ainsi, à l'adolescence, le recours à des mécanismes de défense s'intensifie et se diversifie. Fenichel[23] parle de défenses qui réussissent lors des « sublimations » où la pulsion est dérivée vers un but non sexuel et retournée vers des activités confirmées socialement tel que l'écriture, le sport ou la musique qui permettent l'expression et la création. Pour Sophie de Mijolla-Mellor dans la sublimation « l'adolescent ne fuit pas le trouble de l'excitation sexuelle qui l'envahit, mais tente de lui donner des représentations et en éprouve les limites.»[24]

Le jeune peut avoir recours à des mécanismes déjà existants tels que la répression et l'isolation mais aussi à de nouvelles modalités défensives, caractéristiques de cette période, comme l'ascétisme ou l'intellectualisation décris par Anna Freud[25]. L'ascétisme est une généralisation de la défense à l'ensemble de la vie pulsionnelle voire organique. L'adolescent s'empêche, par diverses méthodes, d'éprouver du plaisir et se contraint à des restrictions ou des activités physiques astreignantes, qui le maintiennent occupé. Il y a un refus global de toute satisfaction sans compromis. Dans l'intellectualisation, la fonction de la défense est de réorienter les pulsions sous un aspect théorique, afin de mieux les contrôler en surinvestissant le domaine de l'intellect, de l'abstrait, transformant tout ce qu'il ressent en pensée.

Des mécanismes de défenses archaïques, tels que le refoulement, le déni, le clivage, l'illusion, le délire peuvent aussi être réactivés au moment de la puberté. Ils visent à calmer l'angoisse, à lutter contre la désorganisation et à poser les limites du dedans et du dehors. L'adolescent ici, rejette les pulsions et peut chercher à lutter ou à effacer les changements pubertaires, A. Birraux affirme que « *le sujet maintient ainsi l'illusion d'un corps infantile inchangé, et grâce à l'activité imaginaire qu'il entretient et aux conduites qu'il adopte, il vit dans la conviction qu'il maitrise le changement*. »[26]. Ainsi, « *le corps est le lieu du conflit interne, c'est le corps qui est le représentant, le témoin du conflit. C'est contre lui que vont se mettre en œuvre toutes les défenses dont dispose le jeune, dans une tentative de maitrise du changement qui exprime la peur de grandir et le désir inconscient de rester enfant. ».* Le risque avec ces mécanismes, est que leur persistance installe l'individu dans un fonctionnement psychotique.

---

[23] **Ionescu S, Jacquet M.M, Lhote C**. *Les mécanismes de défense Théorie et clinique*. s.l. : Nathan Université, 1997.

[24] **Mijolla-Mellor, S**. *La sublimation chez l'enfant et l'adolescent*. s.l. : Presses Universitaires de France « La sublimation », 2012, p43.

[25] **Freud, Anna.** *Le moi dans les mécanismes de défense.* s.l. : PUF, 1996.

[26] **Birraux, A.** *l'adolescent face à son corps.* s.l. : Bayard jeunesse, 2004, p112.

Les défenses pathologiques peuvent être identifiées par leur rigidité, leur intensité, et leur généralisation à de nombreuses situations et rencontres. Pour Bergeret, ce ne sont pas les défenses qui font la pathologie mais leurs utilisations inefficaces. Ces mécanismes entrainent chez l'individu, un fonctionnement mental entravé dans sa souplesse, son adaptation et son harmonie.

b. L'agir, un moyen d'expression

Pour exprimer et décharger ses conflits et ses angoisses l'adolescent va passer à l'acte. Cet agir va être, dans un premier temps, une stratégie interactive pour entrer en relation avec l'adulte, attirer son attention mais elle aura aussi une valeur défensive. Ces actes viennent traduire de la difficulté pour le jeune de se représenter psychiquement ses conflits en utilisant le réel et le contrôle de la réalité externe pour les figurer. *« L'agir à l'adolescence est un moyen d'expression privilégié, une réponse à un vécu psychique plus ou moins conscient. L'agir reste une tentative d'affirmation de soi, une source d'expérience, souvent initiatique, un moyen de confrontation, un essai de séparation, d'autonomisation plus ou moins réussi en attendant de pouvoir poser un acte par la parole* »[27].

Quand l'adolescent est en difficulté et que ses transformations sont trop difficiles à supporter, cette manière d'être au monde et de s'exprimer peut devenir dangereuse. Ph. Jeammet rajoute que les passages à l'acte peuvent venir s'opposer au ressenti de passivité du mouvement pubertaire et des changements associés, en tentant de nier ou de masquer les modifications corporelles. Ainsi, le jeune pourra tenter de rechercher le contrôle de son corps en l'attaquant directement au travers d'auto-mutilations, de prises de risques exagérées, de refus de traitement, de troubles du comportement alimentaire (anorexie et/ou boulimie) pouvant aller jusqu'à la tentative de suicide.

[27] **Birraux, A.** *l'adolescent face à son corps.* s.l. : Bayard jeunesse, 2004, p135.

B. Le rôle fondamental des parents

« *L'adolescent a besoin d'une reconnaissance parentale par rapport à cette souffrance que son corps lui donne. Il a besoin de temps pour reprendre confiance et se sentir en sécurité pour apprivoiser sa nouvelle image corporelle.* »[28]

Selon Catherine Jousselme la traversée de l'adolescence est fortement influencée par la qualité des premières interactions parents-bébé et par le développement du jeune enfant sous-tendu par le climat affectif pendant l'enfance. La façon d'être soigné, regardé, écouté va permettre à l'enfant de se construire et de pouvoir se développer avec confiance et sécurité. Lors des premiers moment de la vie de l'enfant, la mère va tenter de s'ajuster au plus près des besoin de son bébé, et l'essentiel de ses pensées maternelles vont vers lui, c'est ce que Winnicott appelle la « préoccupation maternelle pimaire»[29]. Il associe cette période aux fonctions de holding(façon dont l'enfant est porté physiquement et psychiquement), de handling (la manière dont l'enfant est soigné) et d'object presenting(la façon dont le monde extérieur est présenté à l'enfant). Le dépassement de cette période et la frustration qui en découle, permet au bébé de se constituer un espace de pensée différencié, lui permettant de tolérer ces frustrations.

Comme nous l'avons vu avec le stade du miroir de Lacan, le rôle et le regard des parents sont fondamentaux dans l'accompagnement de l'adolescent à accepter ce corps qui change. Plus l'image de soi intégrée durant les interactions précoces sera solide, plus le jeune pourra s'y référer pour affronter les modifications imposées par la puberté.

Ainsi, les parents serviront de ressources à l'adolescent lui permettant également une séparation psychique amenant à son individuation. C'est à l'âge de 9-10 mois que l'enfant vit sa première étape de séparation. Elle est décrite par Melanie Klein sous le nom de « position dépressive »[30]. A cette période, l'enfant prend conscience que lorsque sa mère s'éloigne de lui et qu'il l'appelle en la pensant perdu, elle revient. Au fil de ces expériences de séparations et de réunions, il acquiert même la certitude que les retrouvailles sont systématiques.

---

[28] **Dauchy, Sarah et Razavi, Darius.** *L'adolescent atteint de cancer et les siens. Quelle détresse, quelles difficultés, quels souhaits d'aide?* s.l. : Springer- Verlag, 2010, p32.

[29] **Dauchy, Sarah et Razavi, Darius.** *L'adolescent atteint de cancer et les siens. Quelle détresse, quelles difficultés, quels souhaits d'aide?* s.l. : Springer- Verlag, 2010, p32.

[30] **Ibid**, p29.

Ceci lui permet l'intégration de bons objets internes ainsi qu'une stabilité et une continuité du lien. De ce fait, l'individu pourra petit à petit construire une identité stable entrainant une séparation plus sécure à l'adolescence sans craindre de perdre l'attachement parental. En effet, c'est paradoxalement en s'appuyant sur ses parents et en s'en distançant que l'adolescent pourra traverser le processus d'adolescence, devenir adulte et ainsi acquérir sa propre identité. Pour cela il doit se défaire de l'image idéalisée qu'il a de ses parents et se mettre en quête de nouvelles images identificatoires.

Enfin, les parents doivent être, eux aussi, capables de traverser cette crise tout en se séparant de l'adolescent et en lui laissant la possibilité de s'éloigner et de faire ses propres expériences. Quand cela se passe « normalement difficilement »[31], l'adolescent fait des allers-retours entre sécurité familiale et exploration de l'inconnu. Peu à peu la qualité et l'intensité des liens se transforment permettant à la relation d'évoluer et d'intégrer ces changements. Si l'image du corps qui se construit est assez fiable et investie positivement par le jeune et ses parents il pourra prendre plaisir à entretenir, vêtir et orner son corps, pour *« s'adapte[r] peu à peu à lui-même et fini[r] par trouver son style. »*[32].

C. Socialisation

Toutes ces transformations sont coûteuses pour l'adolescent et il lui est indispensable de pouvoir rencontrer d'autres jeunes de son âge afin de pouvoir s'identifier, partager et rendre cela supportable. La construction de l'identité se fait en relation avec les autres. Les pairs, les copains, permettent au jeune de se comparer sur les différents changements. « *Le corps est alors vécu comme un intermédiaire à autrui* »[33], objet de rencontre mais aussi d'évaluation face aux modifications nouvelles et inquiétantes. L'amitié est essentielle chez l'adolescent. Les amis servent de nouveaux modèles, de nouveau miroir. Le groupe de copains, la bande, permet de nouvelles identifications, d'être pareil à autrui et d'appartenir à une dynamique propre et singulière avec ses propres rituels, stigmates vestimentaires, verbaux etc. Ces rencontres sont le siège de grande joie, de sentiment d'appartenance et d'immortalité.

---

[31] **Ibid**, p30.

[32] **Dauchy, Sarah et Razavi, Darius.** *L'adolescent atteint de cancer et les siens. Quelle détresse, quelles difficultés, quels souhaits d'aide?* s.l. : Springer- Verlag, 2010, p32.

[33] **Coslin, Pierre G.** *Psychologie de l'adolescent.* s.l. : Armand Colin, 2010, p39.

Selon Catherine Jousselme, la relation à l'autre passe également par le corps et donc par l'estime que peut avoir de lui l'adolescent. La confiance en soi découle donc en première intention du regard porté par les parents puis ensuite, par ce que renvoie le regard des autres. Il peut être difficile pour l'adolescent de s'identifier aux autres, surtout dans une société où les médias renvoient une image d'un corps objet de chirurgie esthétique, plastifiée, modifiée, retouchée par les ordinateurs et éloignée de la réalité. Ces idéaux peuvent paraitre très difficilement atteignables pour l'adolescent et cela d'autant plus face à la maladie et ses stigmates corporels. Nous allons donc revenir dans un premier temps sur les spécificités médicales du cancer chez l'AJA puis aborderons leurs répercussions psychiques et corporelles.

CHAPITRE 2

ADOLESCENCE ET CANCER : UN DOUBLE BOULEVERSEMENT

Lorsque la maladie touche l'adolescent, le jeune se retrouve face à une double rupture. Le reniement de l'enfance vient se coupler à la rupture de leur quotidien imposée par la maladie. Les changements sont doubles et aux modifications de l'adolescence, viennent se rattacher celles de la maladie avec ce qu'elle perturbe, implique et impose. De plus, l'adolescence peut « réactiver des traces laissées par un cancer qui eut lieu dans l'enfance »[34], et venir compliquer voire entraver la traversée de cette période de la vie.

Revenons sur les spécificités du cancer chez l'adolescent puis tentons de discerner les modifications et difficultés que la maladie peut venir imposer à l'adolescent et à son développement.

I. Les spécificités médicales du cancer chez l'adolescent et le jeune adulte

A. Épidémiologie

Chez l'adolescent et le jeune adulte, le cancer diagnostiqué entre 15 et 24 ans est une pathologie rare qui ne concerne que 0.6% de l'ensemble des cancers. Il représente cependant la troisième cause de mortalité pour cette classe d'âge après les accidents et les suicides.

En France, il n'existe pas d'enregistrement national des cancers des AJA. Le nombre de nouveaux cas de cancers par an est estimé à 800 chez les 15-19 ans et 1100 chez les 20 – 24 ans avec une légère prédominance masculine. Ce qui correspond environ à 2000 jeunes répartis entre les services d'oncologie adulte ou pédiatrique selon la nature de leur cancer.

B. Étiologies et facteurs de risques

Le plus souvent les cancers des AJA apparaissent de manière spontanée et ne semblent pas liés à l'exposition de facteur provoquant, aggravant ou sensibilisant de l'environnement ni à des prédispositions héréditaires.

[34] **Oppenheim, Daniel.** *Grandir avec un cancer: L'expérience vécue par l'enfant et l'adolescent.* s.l. : De Boeck, 2009, p43.

C. Répartition des cancers

A l'image de chaque classe d'âge, la fréquence de certains cancers est plus élevée chez les adolescents.

Les tumeurs les plus fréquentes chez les 15-19 ans sont :

- Les pathologies hématologiques : ce sont tous les cancers impliquant les globules et les cellules qui leur donnent naissance : leucémies, lymphomes hodgkiniens et non hodgkiniens
- Les sarcomes : ce sont des cancers qui se développent à partir des tissus conjonctifs qui servent à protéger les organes qu'ils entourent (10-15% des cancers de l'enfant et de l'AJA contre 2% chez l'adulte)
- Les tumeurs cérébrales

Les plus courantes chez les 15-29 ans sont :

- Les lymphomes : cancer des cellules immunitaires qui peut toucher les ganglions, le système nerveux central, la moelle osseuse ou un organe.
- Les tumeurs des gonades
- Les tumeurs épithéliales (mélanome, cancer de la thyroïde) [35]

D. Diagnostic

Plusieurs études montrent que les délais entre les premiers symptômes et le diagnostic sont souvent plus longs pour cette classe d'âge et c'est en parti lié au déni des signes cliniques.

[35] Les définitions des pathologies : http://www.centreleonberard.fr/251-Generalites.clb.aspx?language=fr-FR

E. Traitements et effets secondaires

Les traitements sont variables selon la maladie et peuvent comprendre de manière isolée ou associée :

- De la chimiothérapie
- De la radiothérapie
- De la chirurgie qui nécessite parfois une reconstruction comme une prothèse (celles au genou sont les plus fréquentes)
- Des greffes : moelle

Les répercussions les plus communes des traitements sont :

- L'alopécie : chute des cheveux et/ou des poils (est réversible mais difficilement évitable)
- L'amaigrissement ou surpoids
- Les mucites : ulcération des muqueuses
- Les nausées et vomissements
- L'aplasie transitoire

Les répercussions à long terme peuvent concerner:

- Les amputations et séquelles physiques liées à certaines interventions
- Les cicatrices
- Un risque de stérilité provoqué par les chimio et radiothérapies : possibilité de recueil de sperme, conservation ovarienne selon l'état du patient avant le début des traitements
- La ménopause avancée (conservation ovarienne plus compliquée et proposée plus rarement)
- Des complications rénales

II. Les répercussions de la maladie chez l'adolescent et le jeune adulte

A. Les étapes de la maladie

1. Fantasmes et hypothèses

Afin de répondre à l'éternelle question : « pourquoi moi ? », le jeune peut tenter d'intégrer la maladie dans la continuité de la quête identitaire. Le cancer est ainsi perçu comme une punition des désirs sexuels et une réactualisation du complexe d'Oedipe (surtout si le cancer touche des zones génitales) mais aussi de son désir de devenir autonome et de s'éloigner de ses parents.

En réaction à cela et pour se protéger, le jeune pourra inconsciemment choisir de nier ses désirs et besoins d'adolescence et de régresser à une position infantile.

1. Bouleversement des repères : le temps de la maladie

Oppenheim a décrit quatre grandes étapes qui sont : la consultation, la mise en place du traitement, la fin du traitement et l'après traitement.

a. L'annonce du diagnostic

La consultation annonce le diagnostic. L'annonce est souvent perçue comme un évènement traumatique pour l'individu et son entourage. Elle marque l'entrée dans une vie où la maladie vient de faire son intrusion, modifiant ainsi de façon majeure les liens, places et statuts intrafamiliaux touchant le groupe familial dans son ensemble.

Marty définit ce moment « comme un temps hors du temps, un temps suspendu »[36]. Chacun entend, vit et filtre cet instant à sa manière. L'annonce du cancer en particulier, évoque dans l'imaginaire, des « images de morts »[37] et de traitements longs et pénibles mettant en jeu le pronostic vital. Pour les parents, l'annonce létale peut laisser place à une sidération, un gel de la pensée qui rend très difficile d'entendre la totalité des paroles du médecin. On remarque aussi un bouleversement de la dimension de la temporalité qui suscite pour les parents « une fantasmatique où l'enfant est donné pour mort »[38].

---

[36] **Romano, Héléne.** *Efficacité symbolique des consultations anténatales: temps de l'annonce en diagnostique anténatal et consultation génétique.* s.l. : ERES, 2008, p187.

[37] **Le dispositif d'annonce du cancer** (Mesure 40 du Plan Cancer)

[38] **Bass, Henri-Pierre.** L'enfant et la maladie grave . *Le journal des psychologue .* 2008, 254, p43-44.

L'annonce entraine chez le patient l'écroulement de l'illusion d'immortalité et le bouleversement de l'idée qu'il se faisait de son futur, ce qui est un élément prégnant à l'adolescence, où la sensation d'immortalité et d'infini des possibles est à son apogée.

b. La mise en place du traitement

« *Le malade existe à la marge de sa propre vie. Excentré, il est presque hors du monde* »[39]

La mise en place du traitement est accompagnée par la découverte progressive du service d'oncologie. L'adolescent se retrouve éloigné de ses pairs et entouré d'enfants ou de personnes plus âgées voir très âgées. Il découvre le décalage entre ce qu'il avait imaginé et la réalité ainsi que les contraintes imposées par la durée et le poids des traitements, leurs possibles séquelles et la mort possible. La chimiothérapie et la radiothérapie à haute dose en unité protégée, constitue une phase difficile en raison de l'enfermement, de la durée, de l'intensité des effets secondaires et de l'inquiétude sur l'issue. La maladie, les traitements et leurs vécus, peuvent entrainer le ressenti d'une accélération temporelle soudaine rapprochant de la mort.

Claire Martin parle de « vie en suspens »[40], car les choses y sont incertaines, le rythme de la vie est singulier et possède sa temporalité propre avec des crises et des lenteurs. L'histoire d'un cancer se déroule rarement de façon linéaire, elle évolue à son rythme, avec son temps propre. C'est un vécu très inconfortable car rien n'y est sûr, le patient attend, à l'image d'un « pendule »[41] pour Pierre Zaoui, dans une oscillation constante.

c. La fin du traitement

La fin du traitement est à la fois un moment attendu avec beaucoup d'impatience mais qui s'accompagne de nombreuses inquiétudes : la peur d'une récidive, des séquelles etc. Le patient peut se sentir comme « lâché » dans la vraie vie, séparé de l'équipe médicale qui l'a enveloppé et materné pendant la maladie. Le jeune peut craindre le retour à la vie d'avant, les contacts avec les autres, leurs questions et leurs regards.

---

[39] **Martin, Claire.** *La maladie, catastrophe intime.* s.l. : PUF, 2014.
[40] **Ibid.**
[41] **Ibid.**

d. L'après traitement

« *C'est une réadaptation progressive à la 'vie normale'* »[42]

Pendant de longues années après l'arrêt des traitements, le patient est en rémission. Il est suivi par les oncologues qui sont très attentifs à une récidive ainsi qu'aux possibles séquelles physiques ou cognitives. Un patient est dit « en rémission » lorsque les examens médicaux ne décèlent plus aucune cellule cancéreuse dans l'organisme. Généralement quand la rémission dure 3 ou 5 ans le patient est considéré comme guéri. Ce qui signifie que le risque qu'il (re)développe un cancer est équivalent à celui de la population générale.

Bass(Bass, 2008) divise la guérison en deux temporalités qui peuvent être dissociées. Il parle de guérison somatique et de guérison psychique. Il précise que cette dernière demande à l'individu un travail psychique intense. L'annonce de la guérison tout comme l'annonce de la fin des traitements peut être vécue comme un abandon face à l'étayage intense du corps médical. La famille ou l'environnement du jeune devra « *recréer une peau psychique, un espace intérieur qui ne soit plus celui de l'espace hospitalier et un espace transitionnel d'échange avec le monde externe* »[43]. Le cancer ne cristallisant plus l'individu, sa santé, sa capacité de pensée et ses rêves, la remise en marche du processus de grandir est possible et nécessaire pour l'adolescent. Il est fondamental de ne pas faire l'impasse sur la « *reprise psychique d'un corps à habiter* »[44].

[42] **Oppenheim, Daniel.** *Grandir avec un cancer: L'expérience vécue par l'enfant et l'adolescent.* s.l. : De Boeck, 2009.
[43] **Bass, Henri-Pierre.** L'enfant et la maladie grave . *Le journal des psychologue .* 2008, 254, p 43-44.
[44] **Ibid**, p 43-44.

B. Du ressenti à la perception : un remaniement de l'être et de sa capacité d'interagir et d'être au monde

1. Blessure identitaire

« *Dans un instrument à cordes, l'âme est une petite pièce placée sur la caisse de résonance qui influe sur la qualité du son. Lorsque celle-ci est abîmée, on diagnostique une poétique « fracture d'âme »* »[45].

Ce que veut dire Claire Martin ici, c'est que la maladie n'est pas seulement organique, elle touche souvent le sujet dans son entier. Elle fait le postulat qu'en chaque être malade, un petit quelque chose en lui se brise, le change profondément, l'empêchant d'être tout à fait lui-même et de « *jouer sa petite musique intérieure* »[46] : on peut parler de blessure identitaire.

« *La maladie est littéralement une catastrophe, bouleversement brutal du monde intérieur, du sens de l'identité du malade, du sens de son existence même* »[47]. Le cancer vient perturber la représentation du monde, de soi et de ses repères chez l'individu. Selon Canguilhem, ce sentiment de valeur, souvent perçu sur le mode négatif et dévalorisant serait, plus qu'un effet secondaire, un aspect à part entière de la maladie. L'adolescent vient à se poser de nouvelles questions : « qui suis-je désormais ?, comment la maladie me transforme-telle ? », le risque étant que le malade se trouve aliéné par son cancer et y perde son identité propre et sa capacité d'être soi dans cette épreuve violente. « *L'urgence biologique ne doit pas faire oublier que la guérison ou la rémission se fait aussi à cette condition de prendre soin de l'identité meurtrie du patient, sous peine de le voir s'enliser dans une maladie qui lui dérobe sa vie ou de voir la maladie devenir l'unique critère d'identification du malade, éclipsant sa singularité propre* ».[48]

[45] **Martin, Claire.** *La maladie, catastrophe intime.* s.l. : PUF, 2014.
[46] **Ibid.**
[47] **Ibid.**
[48] **Ibid.**

2. Blessure du corps et sexualité

a. Modifications corporelles

« *L'adolescent atteint de cancer peut se demander jusqu'où ira la dégradation physique engendrée par la maladie et par les effets secondaires des traitements* »[49]

Avec l'arrivé d'un cancer, le corps de l'adolescent devient un « *corps étranger doublement persécuteur* »[50]. Le cancer bouleverse le corps et le rapport à son corps, venant attaquer à la fois son apparence et ses fonctionnements et capacités. L'altération des capacités physiques, les pertes de mémoire, les humeurs aléatoires, la difficulté à reconnaitre sa silhouette et son visage sont tant d'éléments qui font que l'individu a du mal à se reconnaitre et à s'apprécier : « le malade est enfermé dans un corps devenu brutalement trop vieux pur lui, projeté dans la peau d'un autre […] dans le corps d'un vieillard malgré son jeune âge »[51]. Les traitements et les opérations laissent des traces visibles (chute des cheveux, pâleur de la peau, amaigrissement, prise de poids) et dont certaines demeureront (amputations, cicatrices, déformations). « La maladie et ses traitements se lisent sur le corps et le visage des malades »[52].

Le corps sera aussi le siège de sensations désorganisatrices, « inhabituelles, intenses, difficiles à formuler […] : toxicité touchant la peau et les muqueuses, fonte musculaire, douleurs, sensations de brûlures, d'irritations, nausées et vomissements, diarrhées, anorexie etc »[53]. La tumeur peut aussi être visible et venir en transgressant les limites, renforcer le sentiment d'horreur et d'étrangeté.

Le jeune se retrouvera souvent en situation de passivité face aux soins, aux médecins et parfois aux parents mais il leur est possible de garder un certain contrôle concernant des actes d'esthétisme ou en décidant volontairement de se raser les cheveux.

---

[49] **Dauchy, Sarah et Razavi, Darius.** *L'adolescent atteint de cancer et les siens. Quelle détresse, quelles difficultés, quels souhaits d'aide?* s.l. : Springer- Verlag, 2010, p42.

[50] **Dauchy, Sarah et Razavi, Darius.** *L'adolescent atteint de cancer et les siens. Quelle détresse, quelles difficultés, quels souhaits d'aide?* s.l. : Springer- Verlag, 2010, p38.

[51] **Martin, Claire.** *La maladie, catastrophe intime.* s.l. : PUF, 2014.

[52] **Ibid**

[53] **Oppenheim, Daniel.** *Grandir avec un cancer: L'expérience vécue par l'enfant et l'adolescent.* s.l. : De Boeck, 2009, p44.

Durant les stades de la maladie, le jeune va devoir s'identifier successivement à des images différentes de son corps. L'émergence de ce nouveau corps différent, marque une rupture entre ce que l'individu était avant, pendant et après la maladie et lui oblige des élaborations difficiles et douloureuses. Elles peuvent être vécues comme incontrôlables et sources d'angoisse. Le perpétuel remaniement de l'image qu'il a de lui-même, peut renforcer chez l'adolescent la difficulté à se reconnaitre et à trouver un sentiment de continuité identitaire.
La maladie modifie le visage, la silhouette, l'allure, le malade « n'a plus que les contours vagues de celui qu'il était, ne se reconnait qu'à peu près dans cette apparence imprécise et frustrante »[54]. J'ai pu remarquer en stage, que lorsque la maladie touche l'enfance ou l'adolescence, elle atténue les contours de la réalité de l'individu. J'ai pu voir selon les dessins que les contours peuvent être parfois très imprécis, très flou voir même fantomatique. A ce trouble de l'image corporelle s'associe celui de l'identité sexuelle et sociale.

b. Appropriation du corps sexué et relations sociales

Chez le malade, l'appropriation du corps sexué est compliquée par les effets secondaires des traitements (chute des poils et des cheveux, amaigrissement, fonte musculaire, atrophie mammaire chez les filles, endolorissement de certaines zones érogènes) et aussi avec certains cancers[55] qui peuvent être à l'origine de troubles de la croissance et retarder la puberté. Gabrielle Marioni dit que face à cela l'adolescent peut sentir son corps sexué comme effacé voir attaqué (de manière plus ou moins consciente) par les effets secondaires, le renvoyant à un corps infantile, pré pubère, androgyne ou même asexué, lui faisant perdre à ses yeux et ceux des autres, son identité sexuelle. La passivité du corps peut aussi venir troubler la « quête d'identité sexuelle »[56], confirmant ainsi le désir inconscient et ambivalent de l'adolescent de rester dans une posture et une sexualité infantile.

[54] **Martin, Claire.** *La maladie, catastrophe intime.* s.l. : PUF, 2014.
[55] http://www.inserm.fr/thematiques/biologie-cellulaire-developpement-et-evolution/dossiers-d-information/croissance-et-ses-troubles

[56] **Oppenheim, Daniel.** *Grandir avec un cancer: L'expérience vécue par l'enfant et l'adolescent.* s.l. : De Boeck, 2009, p44.

Les discussions et actions autour des prélèvements de spermes ou d'ovules entrainent ce qu'Oppenheim nommera un « télescopage temporel et une préoccupation prématurée de la parentalité »[57] et qui peuvent venir inquiéter l'adolescent sur son avenir en tant qu'adulte et parent et compliquer ses projections, envies, craintes et capacités sur les relations sexuelles, amoureuses et parentales futures.

Le cadre hospitalier (manifestant une forte présence féminine), l'éloignement avec ses pairs, la présence des parents et les répercussions sociales et physiques de la maladie entravent le jeune dans son identification, sa rencontre avec les autres adolescents, ses possibilités de séduction et la valorisation et la jouissance qui y sont associées. Face à cela le jeune peut se sentir différent, sans appartenance collective, seul, honteux et en colère. Il peut craindre les autres, (leur regard, les explications qu'il devra donner), les envier, les mépriser. La puberté peut faire ressentir une insécurité affective qui peut s'intensifier dans la maladie grave. Ainsi, l'adolescent ou l'enfant qui a été malade peut craindre de ne pas « être aimable »[58], avoir peu de confiance et d'estime de soi, à tel point qu'il peut s'aliéner aux regards et aux représentations d'autrui (sur le cancer, la mort) et ainsi définir son identité au travers ce qu'ils lui renvoient (pitié, peur, handicap). Parallèlement, le jeune peut se trouver grandi, plus ouvert et mature et trouver des bénéfices secondaires à la maladie, compliquant la rencontre et la compréhension mutuelle avec ses pairs.

Chez le jeune adulte en rémission, Oppenheim distingue deux cas de figures : soit la maladie a été vécue comme une expérience l'ayant rendu plus fort, mature et capable et le jeune vit et profite de sa vie (projets, voyages etc) ; soit il lui est très difficile de se réintégrer à la vie sociale, scolaire et professionnelle et de prendre son envol, restant chez ses parents et n'ayant que peu de projets ou désirs. Pour Oppenheim, le risque avec la maladie est que l'adolescent ne puisse pas, ou ne se laisse pas vivre son adolescence et soit empreint à une « *prudence excessive, ce qui risque de laisser l'adolescent guéri aliéné au cancer, au médical, à ses parents, avec le sentiment d'avoir raté son adolescence, d'être devenu sans transition un adulte infantile* »[59]

---

[57] **Oppenheim, Daniel.** *Grandir avec un cancer: L'expérience vécue par l'enfant et l'adolescent.* s.l. : De Boeck, 2009, p45.

[58] **Dauchy, Sarah et Razavi, Darius.** *L'adolescent atteint de cancer et les siens. Quelle détresse, quelles difficultés, quels souhaits d'aide?* s.l. : Springer- Verlag, 2010, p34.

[59] **Oppenheim, Daniel.** *Grandir avec un cancer: L'expérience vécue par l'enfant et l'adolescent.* s.l. : De Boeck, 2009, p43.

3. La douleur

Selon Le Breton, la douleur va infiltrer tout le sujet, elle va conditionner son rapport au monde et se répercuter sur la représentation que l'individu a de soi et de son corps. Au travers de cette distorsion des perceptions, toute douleur est souffrance, car elle a du sens. Ceci est retrouvé en psychanalyse, pour S. Freud il n'y a pas de dualisme entre douleur physique et psychologique. Il rajoute que la douleur globale vient s'inscrire dans le registre de la perte et envahit tout le moi du sujet. Ainsi, la douleur vient signer une perte de sentiment d'exister à travers cette douleur intérieure. De ce fait, l'attention que la personne porte à sa douleur peut occuper tous les aspects de sa vie et il peut donc y avoir une volonté chez le patient de tenter de vouloir ne plus ressentir, de mettre à distance son corps qui est vécu comme douloureux et persécuteur. C'est pourquoi le psychomotricien se devra de proposer des moments de détente et d'apaisement, permettant au patient de se reconnecter avec des vécus corporels adaptés et agréables ou déjà moins douloureux.

4. La question de la mort

« *La possibilité d'une mort proche ébranle […] la confiance que l'adolescent peut avoir en lui-même et dans la vie.* »[60]

A l'adolescence, avec le deuil de l'enfance et le meurtre symbolique parental, le jeune est confronté à la perte et à la séparation. Mais ces deuils sont aussi synonymes de naissance, celui du statut d'adulte, des nouvelles relations amicales et amoureuses et des souhaits d'avenir et du sens que l'individu souhaite donner à sa vie.

Lorsque le jeune est confronté au cancer, les préoccupations conscientes et inconscientes autour de la mort deviennent réelles et possibles. « *La révolte, l'affrontement aux parents est un passage obligé mais dans ce contexte la « lutte à mort » symbolique se double du risque d'une mort réelle* »[61]. Ceci vient chambouler la dynamique première de l'adolescent de maitrise, de toute puissance et de tous les possibles et vient entraver ses projets d'avenir.

---

[60] **Dauchy, Sarah et Razavi, Darius.** *L'adolescent atteint de cancer et les siens. Quelle détresse, quelles difficultés, quels souhaits d'aide?* s.l. : Springer- Verlag, 2010, p42.

[61] **Oppenheim, Daniel.** *Grandir avec un cancer: L'expérience vécue par l'enfant et l'adolescent.* s.l. : De Boeck, 2009. P43

a. Limite et prise de risque

La question de la limite prend une dimension toute particulière face à la maladie : *« la maladie confronte l'adolescent à la question de la limite du vivant, du pensable, du corps, du temps mais, surtout, à la « limite des limites » qui est la mort.* »[62]. Les passages à l'acte, les prises de risque, l'usage de substance, permettant à l'adolescent de « jouer avec la mort » prennent un sens bien singulier lorsque qu'avec le cancer, l'idée de la mort est déjà en lui, latente et présente. Ceci vient compliquer et troubler chez l'individu les limites entre l'intérieur et l'extérieur puisque qu'il ne lui est pas nécessaire de rechercher le danger à l'extérieur et qu'il n'est pas non plus acteur de cette prise de risque vitale. Dans cette période de la vie où le moyen privilégié de s'exprimer est l'action il peut s'avérer très difficile de trouver les mots pour ses ressentis, ses inquiétudes et ses questions. Même si le passage à l'acte est toujours possible, le cancer vient limiter cette expression : « *c'est le cancer, à défaut d'un environnement socio-culturel dans lequel l'adolescent pourrait évoluer, qui impose son cadre et ses conditions à ce parcours* ».[63]

La réalité de la mort vient aussi confronter l'adolescent à la faiblesse de son corps et de ses limites corporelles : « *La mort apparaît aussi comme perte de la cohérence, de la consistance de son corps (avec le sentiment que la peau ne joue plus son rôle protecteur de limite entre le dehors et le dedans) et de son psychique, qui lui échappent, qui se morcellent, avec le sentiment de ne plus être chez lui en lui-même, de ne plus se reconnaître, de n'être plus reconnaissable dans son image, son comportement, ses capacités physiques ou ses pensées*. »[64].

b. Lien avec les relations amoureuses et la sexualité

La relation sexuelle impose une relation fusionnelle intense de deux corps s'accompagnant d'une montée d'excitation. L'orgasme, aussi appelé « la petite mort » peut amener à l'oubli de soi dans l'autre, dans la fusion. Cela peut bouleverser les limites de l'intégrité corporelle qui n'est pas loin de l'idée de la perte de soi. Cela peut déstabiliser un adolescent fragile, qui du coup pourra choisir de retourner dans le giron parental plutôt que de tenter une expérience désorganisatrice.

---

[62] **Dauchy, Sarah et Razavi, Darius.** *L'adolescent atteint de cancer et les siens. Quelle détresse, quelles difficultés, quels souhaits d'aide?* s.l. : Springer- Verlag, 2010, p42.

[63] **Oppenheim, Daniel.** *Grandir avec un cancer: L'expérience vécue par l'enfant et l'adolescent.* s.l. : De Boeck, 2009, p47.

[64] **Ibid**, p45.

Problématique :

Face à ce nouveau corps, l'adolescent ou le jeune adulte malade ou en rémission « *doit s'y habituer, l'apprivoiser, le reconnaître comme [le] sien, l'habiter, le soutenir face aux autres* »[65]. Les complications à court comme à long terme sont à prendre en compte lors de la prise en charge. En effet, des modifications corporelles visibles telles que l'alopécie, la prise de poids, la présence d'une prothèse, peuvent s'avérer difficiles à vivre chez le patient et venir s'ajouter aux complications de la rencontre avec l'autre et du regard qu'il portera sur lui. De plus, les risques menaçant la fertilité peuvent mettre à mal l'identité même de l'individu et sa capacité à se projeter dans l'avenir. Il doit faire le deuil de l'imaginaire qu'il s'était construit depuis sa naissance : avoir des enfants, construire une famille etc.

Certains adolescents se trouvent renforcés par l'expérience de la maladie, trouvant qu'elle les a aidés à trouver qui ils sont et à leur donner confiance en eux. D'autres, à l'inverse, se sentent fragilisés par le cancer et ont bien du mal à trouver leur place et à se reconnaître dans leur corps et dans la vie. C'est auprès de ces patients, en traitement ou en rémission, ayant été touchés pendant l'enfance ou en pleine adolescence par la maladie que j'ai pu entrer en relation. Ils sont adolescents ou jeunes adultes lorsque je les rencontre.

Compte tenue des répercussions sur le développement psychomoteur et identitaire de ces jeunes, quel soutien peut apporter une prise en charge à médiation corporelle dans l'appropriation de son corps vers une individuation psychique et corporelle?

En partant de cette question, c'est en tentant de percevoir leur organisation psychomotrice et leurs besoins que j'ai pu leur proposer des axes et cadres d'interventions en psychomotricité.

[65] **Oppenheim, Daniel.** *Grandir avec un cancer: L'expérience vécue par l'enfant et l'adolescent.* s.l. : De Boeck, 2009, p43.

CHAPITRE 3

QUELLE PRISE EN SOIN POUR CES AJA ?

J'ai effectué mon stage expérimental le mercredi après-midi dans une maison de ressources pour adolescents et jeunes adultes en y proposant des prises en charges individuelles, ainsi qu'un groupe d'expression corporelle.

Il me parait important de spécifier le fonctionnement de ce lieu de soin qui adapte et modèle son fonctionnement à la population accueillie pour être au plus près de la demande, tout en maintenant un cadre solide mais souple. Ceci vient à contrario de beaucoup d'établissements où les patients vivent aux rythmes institutionnels.

I. La maison de ressource pour AJA

A. Le projet

La maison de ressources pour Adolescents et Jeunes Adultes est un établissement qui accueille et rassemble des jeunes de 13 à 25 ans soignés pour un cancer à l'hôpital et en rémission. Elle a été créée afin de répondre à l'absence de structures spécifiques pour cette classe d'âge et ainsi proposer des soins de support adaptés aux besoins et aux spécificités psychosociales de ces jeunes.

C'est un lieu de consultations non médicalisées qui comporte une salle d'attente pour les parents, une salle de sport, de socio-esthétique, une salle multimédia/arts plastiques et trois bureaux d'entretiens. C'est un endroit à taille humaine, très moderne, aux couleurs vives, qui a la chance de posséder beaucoup de matériels et de proposer de multiples activités.

C'est un espace commun pour les « djeunes », à l'extérieur de l'hôpital. C'est ce qui, je pense, permet aux AJA de s'approprier tout particulièrement ce lieu, de l'investir et de s'y sentir bien : c'est un endroit à eux, pour eux. C'est aussi pour cela que les parents sont invités à rester dans la salle d'attente.

Dès l'entrée, le ton est donné puisque nous sommes accueillis par un flamboyant tag, dessiné par les jeunes portant le nom de la structure ou chaque professionnel et patient y ont apposé leur prénom, nous accueille.

B. L'équipe, à la rencontre de l'AJA

L'équipe comprend une cadre de santé, un médecin, une infirmière puéricultrice, une psychologue, une socio- esthéticienne, une enseignante d'activité physique adapté, deux bénévoles plasticiennes, une accompagnatrice de santé (scolaire) et une secrétaire.
L'équipe se déplace pour rencontrer chaque nouveau jeune hospitalisé en oncologie dès 15 ans afin de lui présenter la structure et ce qui y est proposé. Ces cas sont présentés à toute l'équipe lors d'une réunion hebdomadaire.

C'est ensuite au jeune de prendre la décision de venir, ce choix lui appartient. Même si bien évidemment ses parents peuvent l'y inciter et le soutenir dans cette démarche, lui seul pourra investir ou non ces prises en soin.
Ainsi, dès le premier contact, l'adolescent est rendu acteur de sa prise en soin, considéré comme un être capable de choix, de demandes personnelles et d'implications pour lui et son bien être, soutenant la quête d'autonomie et d'individuation.

C. Prise en soin

A la manière du modèle de Bion, nous pouvons percevoir la maison de ressource comme un espace qui permet de recevoir et de contenir l'expérience d'une vie émotionnelle et corporelle douloureuse, perturbée. Cet espace permettra de transformer les émotions, les angoisses, de mettre un sens sur la douleur psychique et de pouvoir l'exprimer au travers les différents espaces de soin et leurs spécificités (sport, psychothérapie, massage) mais aussi par la création. La psychomotricité viendra s'articuler à ces prises en soin en proposant une approche singulière : la médiation corporelle.

1. Suivi psychologique

Ce suivi se penche sur le cœur du vécu psychique de l'adolescent et de toutes les difficultés qu'il pourrait rencontrer dans sa vie et avec la maladie.

2. Activité Physique Adaptée

Ces cours permettent au jeune de renouer avec le sport et de bénéficier d'un accompagnement adapté à leurs possibilités, difficultés et séquelles. Il peut y aborder ses interrogations concernant ses capacités et aptitudes physiques.

3. Socio-esthétique

La socio-esthétique offre un espace de bien être et de détente. La socio-esthéticienne vient s'adresser à la beauté du corps et à ses atteintes physique en proposant des soins du corps (massages), d'embellissement (maquillages, manucures), des solutions compensatoires (perruques) ainsi que des produits cosmétiques spécialisés.

4. La puéricultrice

Sa mission consiste à l'accueil, l'orientation et l'accompagnement des AJA, dans le réinvestissement de leur vie sociale, familiale, scolaire et/ou professionnelle.

5. Art plastique

L'art plastique est un autre moyen plus symbolique et moins conscient de s'exprimer mais aussi de créer et d'être capable de faire en conscience.

D. La spécificité du mercredi après midi

Le mercredi après midi est le moment le plus fréquenté de la semaine, car les jeunes scolarisés peuvent s'y rendre. L'après midi s'articule autour des temps de soins et de créations plastiques dans la salle multimédia. La salle d'art plastique est un lieu d'échange et de créations diverses, menée par deux bénévoles qui accompagnent les jeunes dans leurs démarches créatives, quelles qu'elles soient, en leur proposant sans cesse la découverte de nouvelles techniques et matériaux. Ce lieu est repéré par les AJA, ils s'y installent entre les rendez vous et viennent parfois passer l'après-midi complète à créer autour de cette grande table, sans prise en charge en parallèle.

« L'enfant et l'adulte sont, dans cet espace intermédiaire, libres de se montrer créatif et de laisser vivre leur spontanéité. Cet espace permet de se trouver soi. […] Il envisage la créativité sans l'enfermer dans les limites d'une création réussie ou reconnue, elle représente la coloration de toute une attitude face à la réalité extérieure. La créativité est donc une des conditions nécessaires à la découverte et à la réalisation de soi. En ce sens, la pulsion créatrice est présente en chacun de nous et pas seulement propre à l'artiste qui réalise une œuvre d'art. »[66]

E. Activités et rencontres

- **Journées d'atelier :**

Durant les vacances scolaires, se déroule une « journée d'atelier » où tous les jeunes fréquentant la structure sont conviés. De la balle au prisonnier à l'expression corporelle en passant par la décoration de biscuit ou le nail art (décoration des ongles), soignants et patients, garçons et filles, participent ensemble aux activités proposées par l'équipe et intervenant extérieurs, permettant ainsi interactions et nouvelles rencontres.

- **Réunion 18-25ans :**

Ces réunions sont l'occasion d'échange et de partage autour d'un thème ou d'une activité.

[66] **MONTREUIL Michèle** « Espace psychique, aire de créativité : rôle des relations précoces mère-enfant dans la constitution de soi » - Spirale N°17 (1996) Article, p48.

F. Un lieu de transition qui fait soin

La maison de ressource représente un espace intermédiaire entre le coté maternant et régressif de l'hôpital et la réalité du monde extérieur, illustrant la transition de la maladie à la rémission mais aussi celle de l'enfance à l'âge adulte. C'est un lieu qui accompagne ces problématiques et permet de faire le lien entre deux quotidiens.

À l'image de « l'aire transitionnelle »[67] de D. Winnicott, la création dans cette aire intermédiaire propose d'expérimenter et de trouver un compromis entre la réalité interne et la réalité externe, permettant à l'individu de s'adapter aux conditions imposées par le monde extérieur. La maison de ressource encourage le jeune à se retrouver, voire à se trouver, comme acteur de sa propre vie par un étayage ajusté de chaque membre de l'équipe et par la présence des autres jeunes. Ainsi, le jeune s'investit et initie progressivement ses propres créations, vers une autonomie psychique.

« Selon Anzieu, l'importance de l'aire transitionnelle persiste au cours du développement de l'être humain : […] la re-création d'une aire transitionnelle est la condition nécessaire (mais non suffisante) pour permettre à un individu, à un groupe de retrouver sa confiance dans sa propre continuité, dans sa capacité d'établir des liens, entre lui-même, le monde, les autres, dans sa faculté de jouer, de symboliser, de penser, de créer. ».[68]

[67] **MONTREUIL Michèle** « Espace psychique, aire de créativité : rôle des relations précoces mère-enfant dans la constitution de soi » - Spirale N°17 (1996) Article, p48.
[68] **Ibid,** p49.

CHAPITRE 4

INTERVENTION PSYCHOMOTRICE

I. L'intérêt d'une prise en soin à médiation corporelle auprès des AJA en traitement ou rémission

Une étude de l'Institut National du Cancer a mis en lumière dans une publication[69] communiquée en janvier 2012, le bénéfice de l'activité physique sur le plan de la prévention et du traitement. En effet, l'activité physique aurait un rôle dans la diminution du risque de cancer mais aussi sur l'amélioration de la qualité de vie et de survie de certains cancers après le diagnostique.[70]

On peut donc penser, que la psychomotricité, qui propose entre autre une activité physique en conscience va elle aussi pouvoir jouer un rôle sur l'incidence, la prévalence et la manière donc l'individu va traverser sa maladie.

A. Définition générale de la psychomotricité

La psychomotricité pose comme principe fondateur l'indissociabilité du corps et du psychisme. Le fil conducteur de la psychomotricité *« est de penser que c'est dans le mouvement continu entre expériences du corps et vie psychique que se construit l'enfant, mais aussi l'adolescent et l'adulte. »*[71]

« La psychomotricité résulte de l'intégration en synergie des fonctions relatives au tonus musculaire, liées au mouvement, des fonctions sensorielles mentales dont les fonctions psychomotrices, émotionnelles, perceptuelles, cognitives et des fonctions psychiques du sujet dans son évolution. Tout au long de sa vie, le sujet se structure, construit et modifie ses représentations à partir de cette synergie et de ses propres relations et interactions avec l'environnement.»[72]

---

[69] **Institut National du cancer.** *Activité physique et cancers.* 2012.

[70] **Définition de l'activité physique** : elle se définit par tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense d'énergie supérieure à celle de la dépense de repos. (Institut National du Cancer)

[71] **Potel, Catherine.** *Corps brûlant, corps adolescent - des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents.* s.l. : ERES, 2006.

[72] C.E.D.I.F.P (*http :www.snup.fr/download/reingenierie-psychomotricien-28-01-12.pdf)*

B. Psychomotricité et AJA

Dès la naissance, le corps fonctionne de façon automatique et réflexe, illustrant la richesse du programme neuro-moteur de l'être humain. Or, il n'est pas suffisant pour l'individu de posséder un corps fait de chair, de muscles et d'os. Pour qu'il puisse fonctionner, il est indispensable que ce corps soit investit et habité. C'est ce qui correspond au psychomoteur, c'est-à-dire l'investissement de ses propres compétences motrices, initialement chez le nourrisson puis dans tous les moments de la vie. A l'image du bébé qui s'aperçoit de ses possibilités, de ses limites et du plaisir à les expérimenter, l'adolescent, et ce d'autant plus dans la maladie, va devoir s'approprier, investir le fonctionnement de son propre corps au travers les changements et les nouvelles possibilités ou restrictions. Le corps n'est pas qu'un équipement, c'est l'expérience qui va permettre à l'individu de se mouvoir, de rencontrer l'autre et l'environnement, entrainant des émotions et des affects.

Le corps se construit dans le mouvement qui lui permet de prendre des repères à la fois dans son corps et dans l'espace, permettant l'intégration du schéma corporel. Entrainant progressivement, par la somme des expériences affectives et sensorielles, l'intégration de l'image du corps, correspondant au sentiment à la fois conscient et inconscient que l'individu a de son propre corps.

Au vu de cela, la psychomotricité, venant s'ajouter à la prise en soin pluridisciplinaire déjà à l'œuvre, est un bon moyen d'articuler les différentes prises en charge concernant, le corps (sa condition physique, ses capacités, son esthétisme) et l'esprit (psychologie, créativité) en venant proposer une approche globalisante passant par la mise en lien du vécu à la pensée.
Selon Golse, le développement de la pensée s'origine dans un « double ancrage corporel et interactif »[73]. La psychomotricité, par une approche corporelle en relation, pourra venir proposer à l'adolescent un espace permettant d'incorporer les expériences du corps vécu, en s'adaptant aux spécificités motrices et relationnelles de chaque individu.

[73] **Delion, Pierre.** *L'enfant et son psychisme.* s.l. : DUNOD, 2014, p32-36.

II. Quand le psychomotricien stagiaire rencontre l'AJA

A. Posture et adaptation

Selon Desobeau, *« le psychomotricien se doit de posséder des connaissances et un savoir faire. Cela ne va pas suffire. Encore doit-il posséder un savoir être, et qui plus est un savoir exister dans son corps. Car la spécificité de la relation thérapeutique en psychomotricité est que le psychomotricien s'implique dans son langage corporel pour rencontrer [le patient] là où il est, comme il est ».*[74]

Dans la rencontre avec l'adolescent, l'authenticité est de rigueur : *« une des caractéristiques propres à l'adolescence est de nous questionner sur la validité et l'authenticité de nos valeurs »*[75]. Il faut être clair avec nous même, sur notre rôle, notre place, notre cadre et nos limites afin que cela prenne instantanément sens dans l'interaction.

De part mon jeune âge et la nouveauté de ma présence, il a été indispensable que je me présente à chaque jeune, précisant ma place et mon intervention, afin que la relation s'instaure d'emblée comme thérapeutique. Dès cette précision, j'ai pu instantanément observer la modification de leur posture et surtout de leur regard, trouvant un juste milieu : un ajustement réciproque entre rencontre et mise en place du cadre.

[74] **Desobeau F.**, *Identité et fonction du psychomotricien*, Thérapie psychomotrice et recherches n°162, 2010, p60.
[75] **Osson, Denise.** *L'adolescent d'aujourd'hui - Entre son passé un avenir.* s.l. : Première Edition, 1990, p29.

B. Un ajustement réciproque

Lors de ma première journée de stage, je m'interroge beaucoup sur la distance relationnelle. Je pense qu'il serait plus juste d'instaurer le vouvoiement entre les jeunes et moi, doutant tout de même face à la proximité de l'âge. Ma première rencontre est avec une jeune fille de 17 ans. Elle me vouvoie, je la vouvoie, puis elle se retourne vers moi les yeux écarquillés, comme choquée : « Ohlala mais n'importe quoi elle me vouvoie, elle ! Non mais faut me tutoyer, là c'est pas possible j'ai pas 50 ans ! ». Je prends donc la décision, tout comme l'équipe, de tutoyer les jeunes mais leur laisse le choix lorsqu'ils s'adressent à moi.

Le cadre et la juste distance se jouent aussi dans la posture et la façon de se présenter. C'est pourquoi je m'avance vers les jeunes afin de les saluer en leur serrant la main. La distance thérapeutique permet d'instaurer le cadre mais peut aussi venir parler du patient. En effet, le positionnement du patient envers le thérapeute peut aussi traduire sa manière d'être à l'autre, de se situer dans la relation patient/soignant et aussi d'être et de vivre avec sa maladie.

Je rencontre **Travis**, 28 ans lors de sa première journée à la maison de ressource, il est actuellement en traitement. C'est un jeune homme dynamique et très sympathique. Il semble être dans le déni de ses besoins et de ses difficultés, privilégiant un rapport amical plus que thérapeutique envers les professionnels, communiquant peu avec les autres jeunes et se tenant à distance d'eux.

Il se présente à moi et en même temps me fait la bise sans que je n'aie le temps de dire quoi que ce soit. Je confie mon embarras aux autres soignantes, pour qui le maintien de la distance est aussi difficile. Après une autre tentative échouée où il sert ma main puis me tire vers lui et me fait la bise, je réussis en tenant cette posture professionnelle, consistant en lui serrant la main, à ce que cette pratique soit intégrée. Cependant, il lui est toujours difficile de maintenir cette distance dans la relation avec les soignantes. Il taquine et tente de nous taper sur l'épaule ou sur la joue et entretient une proxémie parfois inappropriée. Il est donc nécessaire de s'ajuster tant posturalement que verbalement afin que Travis chemine et puisse intégrer cet accompagnement comme thérapeutique et puisse se tourner vers les jeunes présentant les mêmes difficultés que lui et interagir avec eux. J'ai senti ici que sans le serrage de main positionnant explicitement la relation il lui aurait été difficile de trouver une distance adaptée.

C. L'apport de la créativité

C'est en salle d'art plastique que j'ai rencontré progressivement les jeunes. Ce lieu m'a permis d'initier des contacts, de faire connaissance et d'observer leurs dynamiques personnelles, individuelles et groupales. J'ai fais le choix de participer aussi aux activités et de créer, afin d'observer la dynamique du groupe en tentant de la perturber le moins possible. Je ne souhaitais pas m'imposer dans une position d'accompagnateur, ni intervenir ou modifier le fonctionnement actuel et la place des bénévoles.

Etre présente dans cet espace de création, m'a permis d'observer les jeunes, face à des mediums qu'il n'y a pas en salle de psychomotricité, et dont l'observation de la pratique peut se montrer d'une grande richesse. Ainsi j'ai pu observer :

- Leurs positionnements dans la salle et les interactions avec les autres.
- Le choix de tel matériel selon l'humeur.
- La nécessité de certains jeunes de communiquer beaucoup sur eux et ce qu'ils font, ou bien d'être silencieux et très concentrés.
- La persistance de l'élaboration d'une seule et même création pendant plusieurs mois ou l'initiation avide de multiples techniques et l'abandon systématique de créations inachevées.
- La nécessité d'un temps d'intégration et de réflexion avant de choisir un projet ou l'impatience d'un trait vif ne sachant quelle idée va venir lui succéder.
- Leurs interprétations et représentations de leurs productions et de celles des autres.

Au fil des mois, j'ai pu constater et rendre compte de l'évolution des attitudes, comportements et investissements des jeunes, tant dans l'abord créatif que relationnel, ce lieu venant à la fois participer et mettre en lumière les progrès des jeunes. Ceci m'a permis de venir m'appuyer sur ces observations, dans la connaissance clinique psychomotrice du jeune et aussi de pouvoir les aborder de manières différentes en séance.

C’est ici que je rencontre **Tom** pour la première fois. Il semble à la fois intrigué et intéressé par ma présence. Tom s’installe souvent en bout de table ou dans un fauteuil à l’extérieur de la grande table et du cercle qu’elle délimite. Il est fréquemment sollicité pour faire, mais il décline souvent de manière impulsive. Dans l’opposition et sur la défensive, il critique et commente les propositions et les productions des autres. Quand il s’installe pour dessiner ou peindre il le fait rapidement et de manière saccadée et assez violente utilisant et propulsant une grande quantité de matériel (peinture, paillettes). Si bien que je pense au départ qu’il a du mal à utiliser sa main.

Ma première production est une tête de chat que je recopie dans un livre. Après de nombreux coups d’œil, Tom finit par m’interpeller pour critiquer ce « chat diabolique, à qui il ne manque que des cornes ». Cette remarque contraste avec la tête douce et rose du chaton. A son initiative, nous échangeons et rions tous deux sur les différents accessoires que l’on pourrait rajouter à ce chat afin de le compléter. Je lui propose d’un air détaché, afin de ne pas le brusquer, d’en confectionner. Il refuse vivement, justifiant « qu’il ne sait pas faire ». Je n’insiste pas et continue ma production.

La semaine suivante après avoir, comme à son habitude, fait le tour de la table et observer ce qui s’y passe, il finit par s’installer en face de moi et demande aux bénévoles de l’aide afin d’exécuter ce qu’il a en tête. Il s’applique, se concentre et cela semble lui demander beaucoup d’efforts. Ce n’est qu’une fois fini que je m’aperçois que ce sont des cornes rouges. La peinture est très épaisse et déborde des limites. Je l’encourage à les coller directement sur mon dessin et à continuer. Très sérieux, il rajoute un nœud papillon puis des paillettes. Grâce à cet espace, il a pu interagir avec moi, trouver un appui dans cette production et pouvoir lui-même initier quelque chose, susciter son imaginaire et ainsi « se montrer créatif ».

Au fil des semaines, sa position et son comportement dans le groupe évoluent. Il s’installe spontanément au milieu du cercle autour de la table. Il réussit à se poser et à faire des projets (dessiner) ou participer à ceux proposés (ex : peinture d’un masque). Il s’applique et prend le temps, sa régulation tonique semble plus adaptée. Il est moins dans le faire pour faire et semble y prendre du plaisir. Il discute avec les autres et se montre moins agressif. Chaque semaine est l’occasion pour lui d’expérimenter de nouvelles propositions et il est rare qu’il reprenne ou complète un ouvrage antérieur.

Josie est une jeune fille de 23 ans discrète. Elle est très sensible à ce qui se passe et ce qui se dit dans la salle et participe aux échanges et donne son avis. Elle vient chaque semaine et depuis le début de mon stage je l’ai observée travailler sur deux projets. Elle est actuellement et depuis plusieurs semaines, dans l’élaboration d’un dessin qu’elle remplit de formes et de traits au gré de son imagination. Elle accorde beaucoup d’importance au choix de chaque symbole et prend beaucoup de temps dans cette réflexion puis dans la réalisation.

III. Particularités psychomotrices

A. Les spécificités des jeunes touchés par le cancer

Par son développement intellectuel, cognitif, les apprentissages et la scolarisation, l'adolescent a un lien à lui-même qui tend à privilégier le langage et le fait s'éloigner de ses ressentis plus corporels. Les mots lui permettent de symboliser et de mettre du sens sur les ressentis.

Chez le jeune atteint de cancer, l'intellect et la pensée peuvent prendre le pas sur la sensation. Cette technique est un moyen de maîtriser ce qui lui arrive, de tenter de mettre à distance la douleur et de rendre les ressentis et les modifications corporelles plus rationnels et moins inquiétants. Ainsi ces jeunes ont pu mettre en place des stratégies d'adaptation.

J'ai pu observer deux situations différentes :

- Chez les jeunes en traitement où la maladie est d'actualité, les dysfonctionnements semblent récents et très défensifs, tendant à s'adapter aux multiples agressions et remaniements de l'adolescence et de la maladie.
- Chez les adolescents et jeunes adultes que la maladie a touché pendant l'enfance, j'ai remarqué des défenses et des stratégies d'adaptation plus installées, l'adolescence et l'insertion dans la vie adulte venant chambouler ce fonctionnement à la fois enkysté et très fragile.

Il est important de pouvoir s'interroger sur ce qui est mobilisable chez l'individu, afin de ne pas proposer des choses trop désorganisatrices. En effet, il ne s'agit pas de faire s'effondrer des défenses qui permettent à l'individu de s'ajuster et d'avoir un fonctionnement plutôt adapté depuis de nombreuses années.

B. Sémiologie psychomotrice

A l'aide des échanges, de mes observations et du bilan, j'ai défini une sémiologie psychomotrice chez ces jeunes. Ces troubles sont fréquemment associés à un défaut de confiance en soi et d'estime de soi et en leurs capacités physiques et relationnelles.

Ces jeunes peuvent présenter :

- **Une difficulté à ressentir à partir d'un vécu corporel**:

  Ces jeunes semblent parfois dans l'incapacité de ressentir, reconnaitre, exprimer et verbaliser les ressentis et les expériences du corps. Ils déclarent ne pas ressentir ou ne pas réussir à percevoir. Cela se présente comme une difficulté d'éprouver la stimulation sensorielle perçue. Ici, c'est comme si la transition et l'intégration entre la sensation et la perception, du vécu à l'éprouvé, était interrompue. Cette incapacité d'éprouver, peut s'expliquer par une censure inconsciente de l'individu ne voulant pas entendre parler de ce que son corps ressent, ou a ressenti, mettant ainsi à distance toutes les sensations désagréables et les douleurs liées à la maladie, aux traitements et aux effets secondaires. Pour les jeunes dont la maladie est plus lointaine, cela peut être devenu une manière de fonctionner et de ressentir intégrée, même si la douleur n'est plus. Enfin la douleur a pu, par sa fréquence, avoir pris le pas sur toutes les autres sensations perçues et être un moyen pour le jeune, de rester connecté par ce biais à son corps et à ses ressentis.

Marc déclare, lors d'une prise de contact d'unification de tout le corps par le toucher : « je sais que parfois je ne sentais pas les endroits où tu disais me toucher, mais je ne me rappelle pas lesquels ».

Lors d'un automassage des pieds, **Josie** semble agacée. Je lui demande si tout va bien et si elle apprécie ce moment, elle me répond: « pas vraiment, je ne sens rien, je ressens jamais rien ».

Chris, lors d'une relaxation, me dit « j'aime ressentir, même quand j'ai mal, j'appui encore plus dessus », je le questionne alors sur les moments de ressentis agréables : « oh ça c'est bien plus rare ».

- **Un défaut de fonction contenante du corps entrainant des angoisses corporelles :**

Chez ces individus, les enveloppes psychiques et corporelles semblent ne pas assurer leur fonction de contenance. De plus, les sensations se reliant difficilement entre elles, donnent l'impression d'un corps qui n'est pas intègre ni unifié. Ainsi, le défaut de contenance associé à la difficulté à percevoir les sensations peuvent entrainer des angoisses corporelles. De surcroit, les opérations afin d'enlever les tumeurs, les amputations, les cicatrices, sont alors vécues comme des infractions de l'enveloppe, de la continuité et de la contenance, laissant le corps libre de fuir, de rester béant et de se répandre. Cela interroge aussi le jeune sur la continuité corporelle et d'existence : ce que l'on me retire, où est-ce que cela finit ?

Par conséquent, l'identité et l'intégrité physique du sujet étant attaquées, le jeune peut se sentir comme dépossédé de son corps et ainsi se sentir menacé par l'autre qui, devant la fragilité de ces limites, est vécu comme dangereux.

Josie a été orientée vers la maison de ressource car elle est en grande difficulté avec la cicatrice sur sa tête, suite à l'opération d'une tumeur cérébrale en 2012. Elle est terrifiée à l'idée de prendre les transports en commun et que les gens, s'approchent d'elle, regardent sa cicatrice et la touchent. Cela fait d'ailleurs plusieurs années qu'elle ne prend plus le bus et n'arrive plus à se rendre chez le coiffeur.

Tom est submergé à l'évocation d'un de ses professeurs de l'accouchement. Il me dit avoir dû sortir de classe, « ces histoires de trucs qui s'ouvrent, sortent et tout, c'était insupportable ! ».

- **Un trouble de la perception et de la conscience corporelle :**

La conscience corporelle est fondamentale dans la construction identitaire. Si elle fait défaut à l'individu et qu'il lui est difficile de percevoir ce qu'il ressent et ainsi à quoi ressemble son corps, cela peut entrainer une distorsion de l'image du corps et des troubles du comportement alimentaire et dysmorphiques. Carrie Arnold met en évidence dans un article[76], le lien entre une perception dysfonctionnante du corps et ses répercussions sur l'image corporelle. J'ai constaté, au fil du stage, une présence élevée et diverse, de troubles du comportement alimentaire, telles que l'anorexie, l'hyperphagie, ou l'émétophobie (phobie de vomir entrainant ici une sous nutrition).

[76] **Arnold, Carrie.** Les troubles de la perception du corps. *Cerveau&Psycho.* 2013, p57.

- **Des troubles de la régulation tonico-émotionnelle** :

Selon Ajuriaguerra, les liens sont étroits entre la sphère affectivo-émotionnelle et l'investissement corporel. Ainsi, les réponses toniques vont dépendre de l'histoire de l'individu depuis sa naissance. On peut donc imaginer que l'intrusion de la maladie et des traitements et la peur de dépossession du corps, ont pu entrainer des réactions de défenses, s'exprimant au travers de manifestations toniques. Ici, les troubles paraissent concerner principalement la régulation tonique dans la mise en mouvement, et surtout le dialogue tonico-émotionnel lors des contacts et des mobilisations. Les troubles s'expriment par des contractions toniques, des difficultés de relâchement et de l'hypertonie. Les parties du corps atteintes par les opérations ou associées à des craintes et à de l'angoisse, sont le lieu d'un grand recrutement tonique. La création d'un bouclier narcissique protecteur hypertonique peut être envisagée comme une tentative de rassemblement de toutes les parties du corps, afin d'en préserver l'unité psychosomatique. Cette défense tonique, peut venir traduire la crainte d'être submergé par l'angoisse ou les sensations douloureuses difficilement supportables, tant sur le plan physique que psychique.

De plus, les troubles sont fréquemment associés à des dysharmonies toniques, telles que les réactions de prestance qui traduisent l'inadéquation relationnelle dans ses éléments tonico-moteur, postural, gestuel ou mimique. En présence d'hypertonie, la clinique psychomotrice parle de réactions de contenance qui peuvent s'illustrer au travers de verbalisations excessives ou de rires venant tenter de palier la gêne et l'embarras du toucher ou de la situation.

IV. L'indication et le bilan

A. L'indication

Le choix des patients rencontrés est discuté en amont avec la psychologue qui est ma référente sur la structure. Elle m'indique des jeunes dont elle pense qu'il serait intéressant d'enrichir les suivis actuels par une prise en soin à médiation corporelle. Cela concerne des AJA dont la présence est régulière (hebdomadaire ou tous les 15 jours) afin que le suivi prenne sens et s'intègre de manière régulière pendant la durée de mon stage. Les demandes et orientations de l'équipe concernent la plupart du temps les angoisses corporelles, la confiance en soi et l'estime de soi et de son image du corps. Je me suis interrogée sur l'organisation psychomotrice de ces adolescents en souffrance.

B. Le cadre

Dès la première rencontre, la durée de ma présence dans la structure est évoquée et si le jeune accepte les séances de psychomotricité après le bilan, la régularité des séances est définie, déterminant ainsi le cadre temporel.

Les séances se déroulent dans un bureau qui est séparé de la structure par un couloir. J'ai initialement commencé les prises en soin dans la salle de sport en alternance avec les séances d'activités physiques adaptées puis fais le choix de continuer dans une salle différente réservée à la psychomotricité et repérée comme telle. C'est une salle plus petite, chaleureuse, la rendant ainsi plus contenante, surtout lors des moments de relaxation.

Je n'ai pas beaucoup de matériel mais j'essaye toujours d'avoir des tapis, un gros ballon et des balles de différentes sortes. J'ai installé un canapé dans un angle de la pièce, il revêt le rôle d'un petit lieu d'accueil où nous pouvons échanger et qui n'impose pas le face à face. De plus il est assez grand pour maintenir une distance relationnelle.
Cet espace est souvent le lieu d'échanges en début et en fin de séance en se chaussant et se déchaussant ensemble. A la manière d'un rituel, cet instant permet de contenir et de délimiter le temps et l'espace de la séance. Ce moment est souvent plus long et nécessaire en début de prise en soin où les jeunes semblent un peu inquiets et intrigués par la situation.

Ce rituel permet une certaine maîtrise et se montre rassurant devant l'appréhension de la situation duelle. Ce petit espace temps à part, permet de se ré apprivoiser, d'échanger, de se confier et de se rendre prêt.

J'ai pu remarquer qu'au fil des séances les adolescents utilisent surtout cet espace pour enlever les chaussures, mais semble éprouver de moins en moins le besoin de réassurance apporté par cet espace, m'attendant ou s'affairant déjà dans l'espace de jeu.

C. Mise en place d'un bilan spécifique et adaptable

1. Les objectifs du bilan

Afin de percevoir le profil psychomoteur de ces jeunes et ainsi leurs difficultés et besoins, je me suis constituée un bilan spécifique AJA. Il comprend des invariants comme l'exploration du schéma corporel et du tonus mais aussi des spécificités individuelles pour chaque patient faisant suite aux échanges avec les professionnels, les bilans déjà effectués et mes observations durant les temps informels.

L'intérêt de ce bilan est, dans un premier temps, d'initier la prise en soin en psychomotricité et de permettre une observation, rendant compte de la dynamique psychomotrice du jeune, de sa qualité d'être en relation, d'habiter son corps et la mise en lumière de possibles défenses.

Les objectivations de l'échec ou de la réussite d'un test sont complémentaires à l'observation plus subjective et peuvent s'avérer utiles afin d'étayer, d'appuyer et de nuancer des observations et interprétations. L'intérêt de passation des items résidant plus, pour cette population, d'une observation plus globale de l'être dans son corps en relation, que dans l'estimation d'un âge de développement psychomoteur. Selon Catherine Potel, *« Le bilan, outre sa fonction de comptabilité des déficits dus au symptôme, devient un bilan clinique qui donne une image du fonctionnement psychodynamique du patient, fonctionnement s'observant dans sa motricité, son investissement de l'espace, ses réactions d'inhibition corporelle ou au contraire d'excitation »*[77].

[77] **Potel, Catherine.** *Être psychomotricien* . s.l. : ERES, 2010. P308

Pour elle, l'observation va apporter, des informations : cognitives et motrices sur les acquisitions mais aussi sur le vécu et l'image du corps et enfin sur la qualité corporelle mise en jeu dans la relation à l'autre. L'intérêt du bilan réside dans le croisement des informations objectives, subjectives et dans l'interprétation que l'on en fait parallèlement aux appuis théoriques.

2. Un temps d'échange

Afin que la première entrevue dans la salle de psychomotricité ne soit pas trop inquiétante, je propose au jeune que l'on s'installe côte à côte sur le canapé afin d'échanger. Je peux déjà observer l'installation, l'orientation du regard et la manière d'être dans la relation duelle. J'interroge ici le jeune sur :

- **Ses connaissances sur ce que l'on peut faire en psychomotricité**. Je le lui explique et lui demande s'il a des souhaits où des éléments qu'il voudrait aborder. Je me suis aperçue que les jeunes disent souvent à ce moment se sentir « bien dans leur corps » et n'avoir pas de requêtes particulières. C'est souvent au cours de mises en mouvements et au fil des propositions lors du bilan ou des séances qu'il leur devient plus facile de les identifier et de les verbaliser. Il est plus aisé pour l'adolescent de se confier et de mettre en mots les représentations de son corps dans un espace médiatisé

- **Les sports et activités** qu'il pratique, aime, et ce qu'il en dit. Il est intéressant de voir comment, pourquoi, dans quelle dimension (par exemple pour évacuer les tensions) et s'il éprouve du plaisir à les pratiquer. Qu'est ce qui les motive ? Cela peut nous donner des indications sur le niveau d'anxiété et la façon de vivre et de traiter les évènements douloureux qu'il peut être amené à traverser.

Marc pratique le rugby tout comme son père et ses deux grands frères. Il dit apprécier ce sport et être embêté d'être blessé et de ne pas pouvoir jouer depuis plusieurs semaines car cela a entrainé une prise de poids. Il semblerait que pour lui le rugby soit le moyen de contrôler son poids et donc d'entretenir son corps et son image.

Tom dit avoir pratiqué la natation pendant 6 ans et détester au plus haut point l'eau et cette discipline. Le jeune ayant failli se noyer dans un jacuzzi étant enfant, on peut se questionner sur le plaisir éprouvé dans l'activité nautique et l'obstination à continuer cette pratique durant tant d'années.

- **Les films, les histoires, objets culturels, musiques** qu'il aime. Il peut être parfois difficile pour l'AJA de parler de ses sentiments propres. Les films ou les histoires peuvent être un bon support pour mettre en récit des angoisses et des préoccupations personnelles. Cela peut venir confirmer une histoire de vie et des hypothèses ou venir complètement les réfuter et ainsi ouvrir notre regard clinique. Il est intéressant de voir comment il les habite, les vit, et ce qu'il en raconte.

Marc aime beaucoup les dessins animés et les vieux jeux vidéos. Il doit s'en cacher devant ses parents car ils trouvent ses goûts « trop bébé ». Il me raconte ensuite un film qu'il a adoré et qui lui a mis les « larmes aux yeux ». Il revient longuement sur ce film « émouvant », touché par l'autonomie de la jeune fille. Ce récit semble illustrer ses préoccupations : lui qui est dit immature par sa famille et pour qui l'autonomisation et la création des liens d'amitiés sont très compliqués.

Josie, qui parle d'une petite voix enfantine et fluette, déclare aimer les films d'action, « j'aime quand ça bouge ». Cette déclaration contraste beaucoup avec la présentation timide et la retenue de la jeune fille.

Ce qui est raconté par le jeune peut nous donner des indications sur le corps de l'adolescent, l'habitation de celui-ci, la tranquillité et le plaisir qu'il peut avoir ou pas à l'habiter et à s'en servir. Selon Anne Marie Latour, les objets culturels peuvent aider les adolescents à raconter comment ils perçoivent le monde environnant, leur corps propre et leurs investissements.

3. La passation

Cette étape du bilan s'articule entre l'utilisation d'items du bilan classique, afin d'évaluer le niveau d'intégration psychomotrice, et des observations plus subjectives ainsi que des supports permettant d'évaluer l'investissement corporel et l'image du corps.

a. Observations

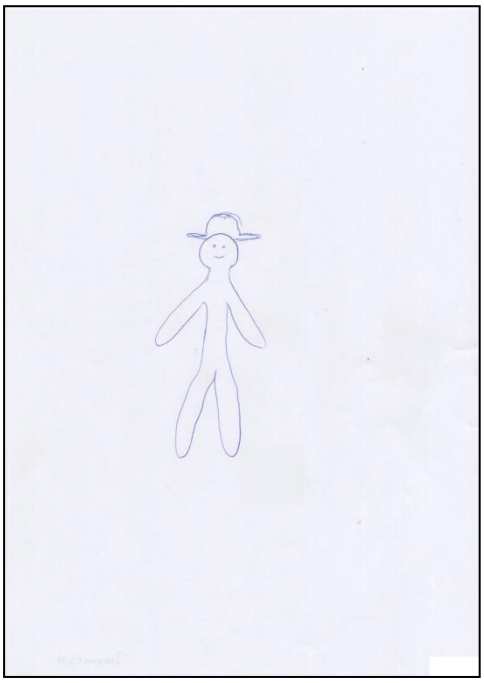
Au cours de la passation, j'observe chez le jeune, plusieurs critères ainsi que leur évolution au fil du bilan, puis lors des séances :

- La posture, la démarche, l'attitude
- Les réactions de prestance et de contenance
- Les réactions physiologiques (rougissement, transpiration, etc)
- La qualité et l'orientation du regard
- Les expressions faciales et les mimiques
- La qualité du geste et de la mise en mouvement
- La place de la parole : présence, bain sonore, pertinence
- Le para-verbal : prosodie, ton de la voix

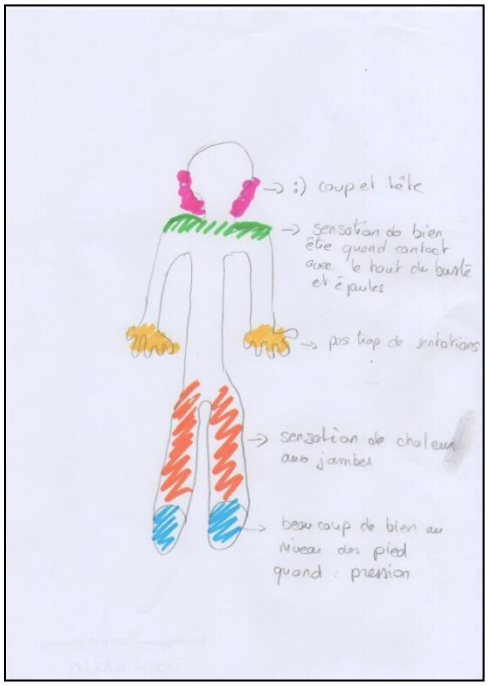
b. Schéma corporel et image du corps

- **Dessin du bonhomme** : il est moins projectif et renseigne moins de la perception de soi et du schéma corporel que chez l'enfant mais il peut parfois s'avérer être un outil intéressant, surtout si l'on laisse la place au jeune de commenter sa réalisation : « ces commentaires permettent […] au clinicien de décaler son observation du schéma corporel vers l'image du corps »[78]. Pour Moyano, les détails graphiques et précisions verbales peuvent apporter des données projectives. J'ai choisi au fil des rencontres de délaisser la consigne « dessine le plus beau bonhomme possible » pour « dessine comment tu te sens dans ton corps ». Dans un deuxième temps, il est proposé au jeune de rajouter des détails, couleurs et annotations sur les parties appréciées ou non, douloureuses ou agréables. Enfin, s'ensuit un échange permettant au jeune de revenir sur d'éventuelles précisions et perceptions du corps vécu, ainsi que sur l'investissement narcissique et affectif de certaines parties du corps ou du corps dans son entier. Ce dessin peut venir aussi parler de la sexualisation par l'investissement ou la négation du genre dans la création. Moyano précise que généralement à l'adolescence, le corps « n'est quasiment plus qu'un corps érotisé et libidinal dans ses composantes imaginaires ». Aussi, ce dessin et cette consigne est également un outil de suivi intéressant au fil de la prise en soin.

[78] **Boutinaud, Jérôme, et al.** *Où en est la psychomotricité? Etat des lieux et perspectives. Pour une approche psychodynamique.* s.l. : In Press, 2014.



Dessin du bonhomme de Marc pendant le bilan - 02/2015

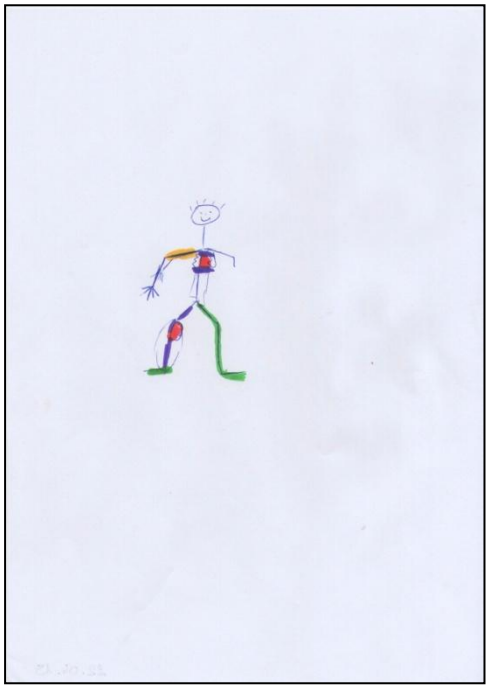


Dessin « Comment je me sens dans mon corps » de Marc après un enveloppement - 04/2015

Dessin de Kim pendant le bilan

Kim est une grande jeune fille de 20 ans aux cheveux longs, elle souffre d'anorexie.

A la fin de son dessin, lorsque je lui propose de rajouter des commentaires, elle prend son temps et rajoute fébrilement deux traits à son dessin : un haut dessus de la bouche et un en dessous du cou avec l'annotation « j'aime pas ». Je viens alors la questionner sur cette annotation, elle me répond « oh je ne sais pas, mais j'aime pas ».



Dessin de Chris pendant le bilan

Chris a une histoire de maladie très lourde et complexe. La tumeur de son genou droit est cimentée par essai clinique, ce qui l'a fait considérablement grossir et la rend visible. Elle lui est très douloureuse et sa taille lui est insupportable. Il présente une agénésie de naissance (absence de formation d'un organe) de l'avant bras gauche. Chris a choisi de colorer de différentes couleurs la diversité de ses sensations.

- Le rouge : son genou et son cœur (qui s'emballe et se serre), correspond à ce qui est douloureux
- Le jaune : à une douleur récente au bras
- Le vert : à ce qui se tétanise indépendamment de lui
- Le violet : c'est là où il s'applique lui-même des pressions

Il rajoute qu'avant, malgré son bras, il aimait son corps, s'y était fait, y avait trouvé harmonie et symétrie. Mais depuis la tumeur, tout lui est désagréable, il se trouve déformé.

On peut remarquer aussi le surinvestissement de l'espace gauche de la feuille, correspondant à sa droite, au détriment du côté du membre amputé.

- **Chemin de la balle perception:** le thérapeute fait rouler une balle en mousse sur le corps du patient qui est en position allongée, les yeux fermés. Il effectue plusieurs trajets et le questionne sur le parcours effectué sur le corps. Ce test rend compte de la sensibilité, de la capacité à ressentir et à parler de son corps, de ses différentes parties et de l'articulation entre elles et avec la totalité du corps. Cela permet aussi d'observer des réactions corporelles et toniques devant le passage de la balle.

c. Temps, rythme et coordinations

- **Questions sur l'organisation du quotidien « raconte moi une semaine type dans ta vie »** : cela permet de voir si l'AJA est bien repéré dans le temps et comment il organise sa semaine, le raconte et ce qu'il en dit. C'est un très bon moyen de revenir sur des éléments du quotidien et de s'éloigner de la consigne lorsque l'on évoque la scolarité, les amis, la famille, les passions etc.

- **Rythme :** ce moment consiste pour le patient à marcher sur différents rythmes, s'adapter aux changements et pour le thérapeute à observer la posture, l'aisance et la qualité de la marche, de probables anticipations etc. La reproduction de rythmes permet aussi de voir les capacités d'association/dissociations haut/bas et droite/gauche.

d. Créativité

- Par une **histoire, un dessin ou un rythme** que l'on créé en alternance, ce test permet de rendre compte de la capacité de créativité et met en scène beaucoup d'éléments imaginaires et fantasmatiques ainsi que la faculté à mettre fin à quelque chose.

Marc illustre dans ses créations plastiques et historiques un imaginaire très enfantin et rêveur : « le ballon s'envole et voyage au fil des paysages » et après avoir ignoré plusieurs fois mon incitation à trouver une fin, il « regonfle » ce ballon qui a été malmené.

Tom est capable, dans ce jeu, d'une grande créativité mais qui reste très violente autour de la destruction et des blessures corporelles. Il semble dépassé quand je propose de continuer (afin de voir si son personnage tranché en deux va mourir) et s'arrête comme décontenancé. Il semble dépassé par ses propres propositions et ne pas vouloir aller plus loin. Je remarque que ses défenses protègent des angoisses massives de mort.

e. Expressivité

L'expressivité se lit dans la relation que l'adolescent entretient avec l'autre et son environnement. Elle varie selon le contexte émotionnel et peut donc être perturbée voir entravée par le bilan. Il est important de ne pas s'arrêter aux résultats de celui-ci et de continuer à observer son évolution au fil du bilan, de la prise en soin et lors de moments informels. On pourra l'explorer à l'aide de :

- **Mime d'émotions et utilisation de la planche de reconnaissance des émotions**: ils sont utiles dans l'exploration de la communication non verbale, la reconnaissance, l'expression et la verbalisation des émotions.
- **Gestes d'imitation de Berges Lézine** : ces items permettent de distinguer l'orientation du corps dans l'espace, les réactions corporelles de face à face, la capacité à trouver et à occuper une place dans l'espace, l'aisance, l'harmonie, l'amplitude des mouvements et les tenues de postures.

f. Tonus

- **Mobilisation passive, ballant, extensibilité, réaction à la poussée :** ces mobilisations permettent d'apprécier l'ajustement tonico-émotionnel et d'être vigilant à de possibles dysharmonies toniques. De plus, ils permettent de constater la manière dont le toucher est vécu et accueilli. Le jeu tonique et la posture mettent en scène l'expressivité, illustrant discrètement les plaisirs, déplaisirs et souffrances de l'individu. Enfin, il est important que le thérapeute soit à l'écoute de ses propres perceptions, son vécu subjectif pouvant lui apporter de nouvelles informations et subtilités.

4. Retour

L'exploration du tonus se finissant en position allongée, elle permet à la personne de terminer la séance sur un moment de calme, d'écoute de soi, l'amenant à évoquer des éléments divers, pouvant venir parler de son lien à elle-même, à son corps et aux autres.

Ce moment d'échange donne au jeune la possibilité de s'exprimer, ou pas, sur ce qu'il a pu vivre, ressentir, apprécier. Cela peut venir appuyer ce que l'on a perçu, ou nous emmener sur une tout autre voie.

Le bilan permet de définir des objectifs et des besoins spécifiques pour chaque patient.

V. Définition des axes et objectifs de prise en soin

Les objectifs s'articulent autour deux grands axes qui s'ajustent aux spécificités individuelles de chacun.

A. S'occuper du corps : apprendre à découvrir, à habiter, à s'approprier son propre corps

Je pense qu'il est important de proposer aux jeunes un éveil de leur conscience corporelle, leur permettant d'intégrer une image corporelle plus stable. Il s'agira de les accompagner dans la perception des ressentis et de développer leurs capacités sensorielles par l'expérimentation de sensations et d'un vécu corporel agréable. Par un accompagnement contenant, ils pourront expérimenter, percevoir puis se représenter leurs enveloppes corporelles, leur proposant de se vivre dans un corps unifié, plus sécure, et avec lequel ils pourront renouer à leur rythme un sentiment de confiance.

La prise de conscience par l'expérimentation, des notions de plaisir d'agir dans un corps habité, pourra les amener à être capable, en conscience, d'être plus à l'écoute de leur corps, de leurs possibilités et limites. Ceci leur permet de vivre de manière plus ajustée dans leur vie et actuellement avec la maladie ou sur le chemin de la guérison (meilleure observance des traitements, adaptation des activités et de leurs pratiques etc).

B. Apprendre à être ensemble :

Cet objectif concerne la communication, l'interaction, l'interrelation et la reconnaissance du moi et de l'autre. Cette dimension est indissociable de la construction de soi, du corps propre et de l'habitation de son corps. Le partage des expériences corporelles, permettra de penser ensemble afin de soutenir les capacités de représentation et aussi de permettre à l'individu d'être conscient d'éprouver.
Ce point sera abordé dans la relation duelle soignant/patient mais aussi dans la prise en soin groupale auprès des pairs.

VI. Prise en soin et médiateurs

A. Les médiations

Au fil des séances j'ai eu recours à plusieurs médiateurs, selon ce que les patients amènaient avec eux de ce qu'ils sont et de ce qu'ils aiment, articulé avec mes propositions. Je reviens sur celles qui m'ont été utiles, certaines sont devenues des outils riches et quasiment incontournables avec cette population et plus particulièrement la relaxation.

1. Qu'est-ce qu'une médiation

« Les médiations thérapeutiques sont des espaces d'expériences partagées. »[79]

Le médiateur (du latin mediare), est étymologiquement, ce qui « s'interpose entre »[80] le patient et le thérapeute. Il va permettre de rencontrer le patient « là où il est, comme il est »[81], autour d'un objet d'attention conjointe. La médiation est partout, la première, c'est le langage verbal. La deuxième, la plus proche du psychomotricien, c'est le corps. Le troisième médiateur est l'utilisation d'un objet extérieur, un tiers qui peut servir de support à la rencontre, aux vécus et à l'utilisation du langage verbal. Il peut être un objet concret (terre, eau, pâte à modeler) ou une technique (théâtre, équitation, conte).

Le cadre doit être suffisamment stable et contenant pour que des expériences psychocorporelles enrichissantes puissent s'y dérouler. Le fait de pouvoir passer par un tiers qu'est le médiateur, permet d'ouvrir la salle de psychomotricité à devenir un espace de jeu, à l'image de l'espace transitionnel de Winnicott.

L'idée, au travers des médiations corporelles, est de proposer des expériences et des expérimentations permettant au patient de maitriser, de ré-habiter son corps dans un objectif d'autonomie corporelle et psychique.

---

[79] **Potel, Catherine.** *Être psychomotricien* . s.l. : ERES, 2010.

[80] **Boutinaud, Jérôme, et al.** *Où en est la psychomotricité? Etat des lieux et perspectives. Pour une approche psychodynamique.* s.l. : In Press, 2014, p279.

[81] **Desobeau F.**, *Identité et fonction du psychomotricien*, Thérapie psychomotrice et recherches n°162, 2010, p60.

2. Thérapie médiatrice en psychomotricité

« *La quintessence de la médiation est […] immatérielle, elle est dans les processus qui visent au déploiement de l'activité représentative.* »[82]

Au travers des médiations, le patient va mettre en acte, théâtraliser, vivre, projeter avec son corps son vécu psychocorporel. Ces vécus et sensations ne faisant pas systématiquement sens dans l'esprit du sujet, nous pouvons faire un parallèle avec les éléments béta chez le nourrisson. Si l'on s'appuie sur l'hypothèse psychanalytique du fonctionnement mental, le psychomotricien, à l'image de la mère, se doit d'accueillir les éléments béta. Il va tenter de les comprendre en faisant des hypothèses, en y mettant du sens et de permettre aux actes de devenir pensables, et d'avoir une fonction d'apaisement : c'est la fonction alpha. Afin d'aider le jeune à construire la possibilité de s'apercevoir on peut proposer nos récits de la manière la plus ajustée possible et ainsi remettre en marche la fonction alpha et l'aider à mentaliser, permettant l'émergence des représentations.

Selon la théorie du double animique de Sarah et Cesar Botella, le psychomotricien peut tenter, comme a pu le faire le parent, de se mettre en double avec le patient, de se mettre à sa place, de s'identifier à lui afin de comprendre ce qu'il vit, ses besoins et les raconter. Ces allers retours béta/alpha permettent une construction stable de l'enveloppe, du dedans et du dehors.

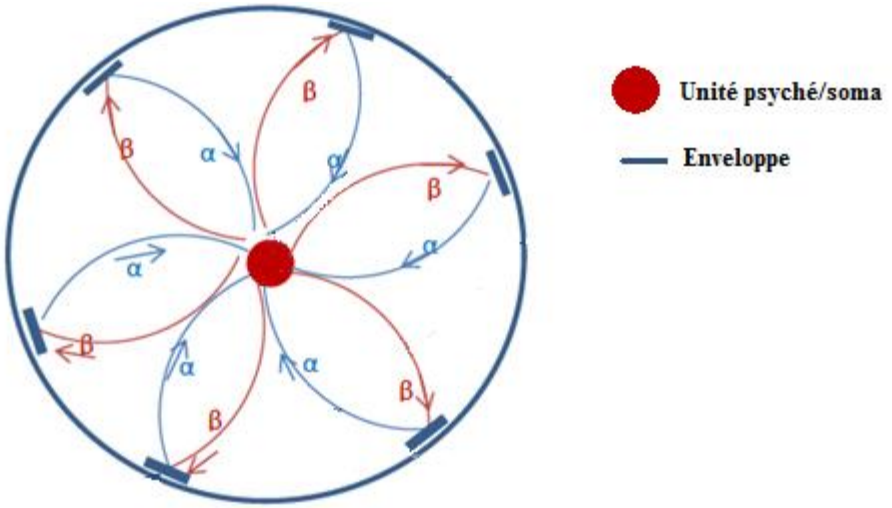


Schéma illustrant l'hypothèse du fonctionnement mental de Bion

[82] **Boutinaud, Jérôme, et al.** *Où en est la psychomotricité? Etat des lieux et perspectives. Pour une approche psychodynamique.* s.l. : In Press, 2014, p278.

3. Le choix du médiateur

Selon Catherine Potel, le plus important dans une médiation, est le plaisir suscité chez le patient et le thérapeute. Les médiations corporelles vont venir aborder de manière singulière le vécu du corps et les éprouvés émotionnels qui s'y rattachent. On ne recherche ni à approcher, le beau, ni la performance, l'important étant de permettre un espace d'expérimentations amenant à ressentir, à penser et à intégrer ce qui se vit. Ainsi, il est important de limiter la part technique et de rester en résonnance avec le style de pathologie concerné. « *Tel est le paradoxe auquel nous convie le médiateur qui à travers la matérialité du corps et des objets, la participation active du thérapeute, n'accède au statut de médiation qu'en s'effaçant devant l'altérité naissante du sujet.»*[83]

Les médiateurs les plus fréquemment utilisés sont :

- Les techniques sportives : sports collectifs, arts martiaux etc.
- L'expression artistique : danse, arts plastiques (peinture, terre), théâtre, musique etc.
- L'expression : mime, jeux de rôle, faire semblant
- La médiation aquatique
- La médiation avec les animaux : chevaux, chiens

B. Prise en soin individuelle

1. La relaxation

a. L'apport de ce médiateur dans l'alliance thérapeutique

Au fil du stage, la relaxation s'est avérée être un moyen de rencontre et d'accroche très riche avec les jeunes. Cette médiation rend possible un recentrement sur soi, ouvrant la porte à la verbalisation. A la fin du bilan, lors du test du trajet de la balle en position allongée, je ressens souvent comme une diminution de la tension et de l'anxiété. L'atmosphère de la salle parait plus détendue. Mon ressenti semble se confirmer dans l'attitude corporelle et verbale du jeune. Les réponses prennent le temps d'être formuler, les mots d'être dits, le débit verbal diminue et la voix est plus posée. Ce moment laisse place au silence et à la capacité du jeune à le supporter.

[83] **Boutinaud, Jérôme, et al.** *Où en est la psychomotricité? Etat des lieux et perspectives. Pour une approche psychodynamique.* s.l. : In Press, 2014, p283.

Ainsi je me suis laissée aller à proposer dès la première rencontre un temps de relaxation, de détente au sol, dans une prise de conscience globale du corps et de la respiration par induction verbale. Ce moment est souvent accepté avec attrait. Lors de la reprise, il est fréquent que les jeunes se confient sur des préoccupations anxieuses liées au stress, à des angoisses ou à la respiration. Cette médiation permet au jeune de pouvoir trouver un bénéfice à l'espace de psychomotricité, venant répondre à une problématique personnelle qu'il peut formuler. Ceci peut lui permettre de reformuler la demande, de se l'approprier et ainsi d'orienter l'intervention.

b. Définition du médiateur relaxation

On pourra considérer deux types de relaxations :

- les relaxations dites passives : le toucher, le massage, l'induction verbale (comme par exemple la technique de Schultz, qui consiste à la recherche automatique de la sensation)
- et les relaxations dites actives : ici, le sujet va à partir d'une technique, s'approprier la résolution tonique (à l'image de la technique de Jacobson qui réside dans la prise de conscience des états de tension et de relâchement)

Il peut être intéressant lors de ces moments d'utiliser du matériel (emprunté à diverses techniques telles que l'eutonie), comme:

- des sacs lestés qui pourront être posés, ôtés, déplacés
- une baguette de bambou qui pourra être tapotée sur toute l'ossature
- des draps et des coussins venant envelopper, entourer, rassembler le patient

➢ Objectifs

La relaxation est une approche régressive. Par ses aspects enveloppant et maternant, le psychomotricien tente d'entrainer la diminution des tensions, une meilleure régulation tonique mais aussi une approche de la contenance et des limites corporelles. L'approche diversifiée des méthodes et matériaux permet d'aborder à la fois les notions de contenance et de sensation d'enveloppe mais aussi de sensation de solidité interne. La relaxation peut donc avoir des effets sur l'angoisse et le stress mais également sur le sentiment d'unité corporelle. Cela pourra être l'occasion chez certains patients de pouvoir mettre l'intellect de côté et de faire une pause, d'arrêter de penser et de se pencher sur leurs ressentis et sensations, l'espace d'un moment.

C'est parallèlement une pratique dynamique puisqu'elle amène de manière active, par la modification des états de conscience, le patient à penser les sensations, perceptions et la sollicitation de ses « potentialités imaginaires »[84] et son vécu corporel.

La relaxation propose d'amener le sujet à un ressenti global de son corps à partir de perceptions des segments corporels tendant vers l'acquisition d 'un sentiment de soi-même global et unifié. Certains endroits (les lieux d'amputations, de cicatrices) peuvent être plus douloureux tant sur le plan somatique que psychique et pourront être amenés à réintégrer un vécu corporel global par la mobilisation inaugurales de parties du corps plus accessibles et moins empreintes symboliquement.

Ainsi, la conscience corporelle des propres états toniques du patient tend à amener le sujet à un sentiment d'unicité et à une actualisation corporelle, lui permettant d'être actif sur son environnement.

- Limites et précautions

Il est très important de respecter et de tenir compte des défenses de l'individu afin d'éviter un effondrement narcissique et une somatisation supplémentaire. Vouloir amener trop vite au lâcher prise peut entrainer l'effondrement. Une grande prudence dans l'approche est donc de rigueur. Un des risques de la relaxation est d'amener à un sentiment de dépersonnalisation (trouble de sentiment de soi et de perception du monde), car c'est une médiation qui atténue les contours de la réalité. Pour certain, l'immobilité, le silence, l'impossibilité à trouver la détente, le face à face avec soi-même peut être trop angoissant voir même persécutif. La même situation peut donc s'inverser et créer encore plus de malaise. Il sera donc important d'adapter la méthode et d'y intégrer mouvement et dynamisme afin de s'éloigner de la passivité et de l'angoisse qui s'y rattache.

[84] **André, Pierre, Benavidès, Thierry et Giromini, Françoise.** *Corps & psychiatrie.* s.l. : hdf, 2004, p179.

Kim souffre d'anorexie. Suite au moment de prise de conscience au sol en fin de bilan, elle revient sur son vécu. Elle dit être constamment stressée, tendue et qu'elle du mal à trouver le sommeil, « je me fatigue moi-même et je fatigue les autres ». Elle aimerait beaucoup se détendre, dit « s'être forcée à essayer pendant la relaxation » mais que c'est difficile. La fois suivante, sur une musique douce mais entrainante, je l'invite à explorer, à partir de la position allongée sur le dos l'enroulement et le déroulement à droite et à gauche, à son rythme (l'incitant, si elle le souhaite, à s'appuyer sur sa respiration ou sur la musique). Les mouvements sont saccadés, manquent de souplesse et de fluidité, elle du mal à s'organiser et à coordonner le haut et le bas de son corps. Parallèlement, les yeux fermés, elle prend le temps d'expérimenter, de tester différentes alternatives et de profiter de temps d'immobilité pour poser sa respiration. Elle parait plus paisible et semble apprécier les moments de regroupement quelle fait durer, ce qu'elle verbalisera en fin de séance.

2. Autres médiations et approches corporelles

De multiples approches et médiations se sont articulées selon les patients et au fil des séances. Le mime, la musique, les balles, le gros ballon, le dessin sont autant de médiums qui ont permis d'élaborer les prises en soin au plus près de la demande et des objectifs définis.

C. Prise en soin groupale[85]

L'indication des membres du groupe a été proposée par la psychologue en accord avec l'équipe. Le groupe est hétérogène et est composé d'adolescents du même âge, entre 13 et 15 ans, dont 3 garçons et une fille, touchés actuellement ou récemment par le cancer.

1. Choix du médiateur et adaptation

Devant les difficultés de ces jeunes à interagir entre eux, à tisser des liens avec leurs pairs, à s'exprimer, à exprimer leurs émotions et à entendre et reconnaitre celle des autres, j'ai pensé initialement axer ma prise en charge, sur un groupe à médiation corporelle, prenant racine dans les médiations scéniques que sont le mime, le clown, l'improvisation et le théâtre. La pratique théâtrale m'ayant permis d'expérimenter et d'être sensibilisée à : l'écoute (de l'autre et de soi), la coopération, la recherche d'une justesse du ton et de l'émotion avec et sous le regard de l'autre, ce moyen me semblait adéquat dans leur prise en soin.

Chaque séance s'organise de manière identique : elle commence par le rituel « aujourd'hui je me sens », ensuite viennent les échauffements, puis le corps de la séance et enfin un temps de prise de conscience et de recentration sur soi. Pour finir, le groupe se réunit et parle de ce qu'il a ressenti, apprécié, ou pas, lors de la séance et vient l'inaugurale « maintenant je me sens ». Le nom du groupe a été élaboré au sein de celui-ci et par ses membres afin que les jeunes puissent l'investir et le choisir ensemble.

Dès la première séance, il parut très difficile (trop précoce mettant trop en exergue les difficultés et attaquant trop frontalement les défenses) de se servir de ces médiateurs et les jeunes manifestaient l'inadéquation de mes propositions et semblaient en difficulté. J'ai donc recentré le groupe sur un espace de jeu et d'expérimentations sensori-motrices en alternance de découvertes individuelles et interactives. Ces explorations plus archaïques, plus rationnelles et moins « bizarres » ont permis à la dynamique de groupe de s'installer et aux expérimentations et échanges de devenir riches et ludiques.

[85] Voir Annexe n°1 : objectifs du groupe Esse.

2. Evolution relationnelle

J'ai choisi de revenir sur l'évolution relationnelle au sein du groupe, qui a été pour moi l'élément le plus singulier au cours de ces quelques séances. La régularité des adolescents n'étant pas aisée, à ce jour, le groupe s'est déroulé trois fois et la fréquentation a oscillé entre deux et quatre participants. A partir de la troisième séance, l'infirmière puéricultrice à rejoint le groupe, nous l'appellerons au sein de celui-ci « notre assistante »

Durant le premier atelier, le groupe est au complet. Je leur propose par différents petits jeux de se présenter les uns aux autres, puis de voyager dans différents univers, où chacun propose un thème(le désert, le cirque, l'espace, la jungle, le pôle nord) et de mimer la situation et enfin amène un temps d'improvisation en binôme sur le thème « Vous partez en voyage et il se passe un évènement inattendu ». Les interactions entre les jeunes sont rares et se réduisent majoritairement à des attaques concernant mes propositions. Ils se regardent peu et fuient les contacts visuels entre eux. Leur angoisse d'être là, de devoir interagir, de se rencontrer et de participer aux propositions est retournée contre moi et leur permet de se fédérer autour de ce statut de bouc émissaire que je revêts. Devant l'inadéquation des propositions et face à leurs difficultés, je pense qu'il leur est plus facile de détruire mes propositions et mon rôle au sein du groupe afin de rendre la situation plus supportable. Je leur propose en fin de séance de réfléchir à un nom pour le groupe pour la prochaine fois.

Quinze jours plus tard, les jeunes éviteront le groupe et personne ne sera présent.

La séance suivante s'articule autour d'échauffement de prise de postures et d'expression en mouvement (taper dans les mains, se déplacer comme une danseuse, faire le chat, dire bonjour) et de prises et de tenues de postures et de modelages avec l'autre à partir de photographies de statues. La séance s'achève sur un temps de prise de conscience des appuis au sol. Ils sont deux à être présents et semblent appréhender le groupe, ce que les soignants me confirmeront. Le fait qu'ils ne soient que deux, m'a permis, je pense, de mieux contenir les difficultés de la première fois et d'être présente tout en les laissant jouer et se rencontrer. Tous deux jouent le jeu et s'apprivoisent, rient ensemble, sans vraiment se regarder. Il leur est difficile de se toucher lors des modelages et ils le verbalisent mais se

montrent toutefois bienveillants. Lors des retours, ils s'assoient tous les deux côte à côte et font part de leurs ressentis et confirment mutuellement les dires de l'autre et les complètent, s'extirpant ainsi de leur isolement et de leur désaccord systématique dans une tentative d'aller vers l'autre, de le confirmer et de s'identifier à lui.

La fois suivante ils sont trois (les deux jeunes de la semaine précédente ainsi que la jeune fille) et notre « assistante » nous rejoint. L'accueil de ce nouveau membre, après quelques inquiétudes, c'est avéré être valorisant pour les jeunes, qui eux, connaissent le fonctionnement des séances, ce qui peut se passer au sein du groupe et lui expliquer. Après les jeux de l'échauffement, la séance est sur le thème de la sensation et du ressenti. En effet, les participants, en colonne, dessinent tour à tour dans le dos de la personne devant eux, puis viennent ensuite guider dans la salle, leur binôme, les yeux fermés. L'écoute et la confiance y sont indispensables. Les jeunes adhèrent aux jeux et la dynamique de groupe commence à s'installer. Les deux garçons continuent à s'apprivoiser et la présence de l'assistante permet de soutenir la jeune fille, qui est plus timide, pendant que je guide le groupe. A la fin de la séance les retours sont animés et chacun parlent de ses ressentis et écoute l'autre parler des siens. Je leur propose avant de partir de nommer le groupe. Chacun donne un mot qui, pour lui, décrit le groupe : Etonnement, Spécial, Etrange et Surprenant. Ils ont l'idée d'utiliser les premières lettres et Tom propose le mot ESSE, dont la traduction signifie « être » en latin, le groupe porte maintenant un nom.

La mise en place et l'animation de ce groupe m'a permis de prendre du recul sur l'utilisation et le choix du médiateur. C'est en prenant du recul sur les objectifs thérapeutiques définis pour ces jeunes, que j'ai tenté de leur proposer un espace d'exploration ensemble afin de soutenir l'interaction et la rencontre avec l'autre.

Etude de cas

J'ai à plusieurs reprises, évoqué le cas de **Tom** au cours de cet écrit ; je reviens plus en détail sur son anamnèse et la prise en soin élaborée en psychomotricité en individuelle et au sein du groupe d'expression corporelle : « ESSE ».

Tom, 13 ans et demi, est pris en soin à la maison de ressource depuis à peine un mois lorsque je commence mon stage. C'est un jeune garçon actuellement traité par radiothérapie et chimiothérapie après avoir été opéré en juillet 2014 d'un glioblastome (tumeur du cerveau). Il a été orienté à la maison de ressource par l'intermédiaire de la neuropsychologue suite à une demande d'un suivi psychologique par Tom et ses parents.

Il ne m'est pas inconnu lorsque je le rencontre puisque dès ma première entrevue avec la psychologue, celle-ci me parle de lui, de ses préoccupations corporelles et de sa grande difficulté à interagir avec ses pairs. Elle me l'indique, trouvant pertinent d'articuler son programme de soin actuel avec une prise en charge en psychomotricité.

I. Anamnèse et prise en soin:

A. Anamnèse:

Tom est né le 22 juin 2001, c'est un préadolescent de 13 ans et demi lorsque je le rencontre en décembre 2014. C'est un jeune garçon à l'allure enfantine. Il a la peau très pâle et de grands yeux bleus qui viennent éclairer ce visage rond aux cheveux épars. Il est assez mince et sa taille est similaire aux jeunes de son âge. Son corps ne traduit pas tellement la puberté tant dans la carrure, la voix et la pilosité.

Il pratique le piano et le tennis et apprécie le handball et le basketball (qu'il fait en Activité Physique Adaptée). Il pousse parfois son corps jusqu'à l'épuisement sans prendre conscience de sa fatigue et de ses nouvelles limites. Il s'intéresse beaucoup à l'environnement qui l'entoure, ayant soif de nouvelles connaissances. C'est un jeune adolescent très intelligent et cultivé, il a d'ailleurs excellé dans l'indice de compréhension orale du WISC. Cette richesse de vocabulaire, mise en avant dans le discours, lui donne une présentation un peu arrogante, un peu « je sais tout ». Vif et au fait de l'actualité, il possède un sens de l'humour décapant.

Même s'il est sur la défensive, sur la retenue, Tom est souriant, avenant et semble apprécier échanger et être avec les autres. Il lui est impossible de le verbaliser. Il est cependant très difficile pour lui de créer des liens, car il est souvent sur un mode relationnel de défiance. Tom n'hésite pas à interpeller et corriger les autres de manière impulsive et acerbe, pouvant se montrer vexant. Il dit d'ailleurs se sentir supérieur aux autres. Très susceptible, il n'aime pas avoir tort et il lui est difficile de recevoir des critiques.

Tom est dans un contrôle et une grande maîtrise de son corps, mettant en lumière des défenses très rigides et des angoisses et préoccupations corporelles archaïques. Ce qui rentre et sort de son corps est minutieusement contrôlé et est objet de toutes les inquiétudes. Il laisse son alopécie (chute de cheveux) visible souhaitant la conserver « au naturel », exposant à la vue, touffes de cheveux et cicatrice.
Cette maitrise se retrouve aussi dans l'alimentation où Tom contrôle le remplissage de son estomac par un « examen » pendant le repas afin d'« évaluer » son appétit et ainsi sortir de table en ayant toujours faim.

Ceci est en grande partie en lien avec son émétophobie (crainte de vomir) qui s'est aggravée depuis le début des traitements. Il appréhende de ré-avoir des symptômes en classe après avoir vomi sur un camarade il y a trois ans, suivi de 6 mois d'anorexie. Ainsi, il a souvent faim et grignote dès qu'il y a de la nourriture à sa portée.
De plus, Tom est effrayé par ce qui peut entrainer la mort : il a peur des abeilles et déteste l'eau (mettre la tête dessous) après avoir eu très peur de se noyer dans un jacuzzi lors de son enfance.

Tom est extrêmement empathique et sensible envers l'environnement et il peut se faire envahir à la vue ou l'évocation de celui-ci, comme s'il n'avait pas de pare-excitation. En effet, la vue d'une personne sans abris dans la rue, d'un film contenant des châtiments corporels, ou l'évocation d'un accouchement, lui sont tellement insupportables qu'il est obligé de fuir la situation et de prendre l'air afin d'éviter la crise d'angoisse ou de larmes.

Contexte familial

Tom vit avec son père et sa mère, qui sont respectivement professeurs de grec et de latin en classe préparatoire aux grandes écoles. Sa grande sœur est âgée de 16 ans. Le cadre et le rythme de vie semblent être assez stricts. Sa mère décrit Tom, comme très colérique, capricieux et très passionnel avec elle durant son enfance. Elle précise une accalmie vers 4-5 ans avec l'arrivée du langage, même s'il reste toujours très susceptible.

La dynamique familiale semble assez fusionnelle et Tom déclare qu'ils se font tous les quatre beaucoup de câlins et que c'est très important pour lui. Tom est dans une idéalisation complète de sa famille. La séparation avec eux est d'ailleurs très compliquée, à tel point qu'un voyage de quelques jours de sa mère lui est si difficile qu'il ne peut ni s'alimenter, ni se rendre au collège. Il se bat pour être à la hauteur du niveau scolaire de sa sœur, qu'il juge brillante et va jusqu'à conserver ses bulletin scolaires pour les comparer.

Les parents n'ont pas de contact avec la maison de ressource et ne manifestent pas d'intérêt particulier à savoir ce que Tom y fait. Le père reste en salle d'attente où il attend de récupérer Tom à 17h précise, heure à laquelle le jeune homme court le rejoindre sans prévenir de son départ ni même dire au revoir.

Scolarité

Tom est actuellement en classe de 4ème, c'est un excellent élève (18,7 de moyenne) pour qui la maîtrise de sa moyenne est fondamentale, craignant les moqueries de ses camarades en retour aux siennes s'il devait échouer. Ainsi il est rassuré d'avoir retrouvé un niveau scolaire si élevé qu'il avait un peu perdu l'an dernier, sans doute à cause des premiers symptômes de la tumeur.

Malgré son jeune âge, Tom s'impose une rigueur et une exigence intense concernant tous les domaines. Il ne souhaite d'ailleurs ni arrêt, ni aménagement au collège concernant son cancer. Il est dans une attitude de contrôle où l'amusement et le lâcher prise ont peu de place, à l'image de son emploi du temps organisé à l'heure près.

Il est jugé comme « prétentieux et condescendant » par les élèves de sa classe et il raconte qu'il est en difficulté avec les filles même s'il les trouve « nunuches ». Le fossé se creuse d'autant plus qu'il a des intérêts particuliers et pas forcément en adéquation avec les jeunes de son âge (comme par exemple l'hymne russe).

Médical

Sur le plan médical, après une errance de diagnostic de plusieurs mois illustrée par des maux de tête et de ventre, Tom a subi une opération le 16 juillet 2014 afin d'extraire un glioblastome de haut grade fronto-pariétal droit. L'exérèse est macroscopiquement complète et plusieurs traitements par chimiothérapie et radiothérapie lui sont administrés depuis. Tom a été pendant longtemps dans le déni du diagnostic et a ri pendant l'annonce. Il n'a pas montré de position dépressive « ben ça fait bizarre les deux premières minutes puis après, hop, faut y aller j'ai pas le choix ». Ce déni est parfois toujours présent. On peut l'observer dans les activités, comme vu précédemment avec la pratique du sport jusqu'à l'épuisement, mais aussi dans le discours, lui qui déclare avoir de très bonnes défenses immunitaire et n'être jamais malade.

B. Orientation et prises en soin

1. Orientation et bilan préalable

Tom a été orienté à la maison de ressource par l'intermédiaire de la neuropsychologue suite à une demande d'un suivi psychologique par Tom et ses parents.
Celle-ci lui a fait passer un bilan neuropsychologique en juillet 2014 dans le cadre d'un suivi systématique des enfants traités pour une tumeur cérébrale, il était alors âgé de 13 ans et 1 mois. Ce bilan est important afin de surveiller l'apparition possible de troubles à distance des traitements.

- **Conclusions:** les compétences intellectuelles de Tom, évaluées à l'aide du WISC IV, sont supérieures à la norme attendue pour son âge. Il excelle en compréhension verbale (stock lexical très riche), son raisonnement perceptif est très développé, la capacité de sa mémoire de travail est très étendue et il se montre rapide dans le traitement de l'information. Sa mémoire épisodique à long terme est d'un excellent niveau et ses ressources attentionnelles et exécutives sont efficaces. On relève néanmoins une fragilité de son attention divisée, lorsqu'il est en situation de double-tâche. Il porte un grand intérêt au monde qui l'entoure et manifeste beaucoup de bon sens face aux situations de la vie quotidiennes.

Après l'avoir rencontré, la psychologue l'a ensuite incité à bénéficier des autres prises en charge proposées dans la structure pensant que cet espace pourrait lui apporter un support pluridisciplinaire accompagnant cette « double rupture » que sont l'adolescence et la maladie.

2. Prises en charges parallèles et leurs évolutions

- **Suivi psychologique**

Dans les premiers temps, Tom présente un discours déroutant, intellectualisé et désaffecté. Il aborde son impulsivité relationnelle et ses préoccupations et angoisses corporelles.

Il est dans un rapport de force avec la psychologue qui incarne pour lui l'intelligence. Il met d'ailleurs toujours à l'épreuve ses capacités, la sentant sans doute menaçante sur ce plan.

Peu à peu son discours devient plus souple, il s'ouvre et réussit à verbaliser qu'il se trouve plus posé, moins impulsif et qu'il s'énerve moins depuis qu'il vient ici.

Il commence à utiliser son corps et s'en sert comme objet de provocation. Il s'installe en séance, avachi dans le fauteuil, les pieds sur la table basse et une tasse de thé à la main. Cela illustre le début d'une utilisation du corps.

Après avoir refusé catégoriquement que la psychologue le considère comme un adolescent, il commence maintenant à se questionner « C'est quoi la crise d'ado ? Tu y crois ? »

- **Activité Physique Adaptée**

Les séances se déroulent en individuel où la plupart du temps il souhaite jouer au basketball. Très motivé, Tom lance des défis, souhaite gagner jusqu'à tricher et être mauvais joueur en trouvant des excuses à ses échecs. La défaite, traduisant une perte de contrôle et le fait qu'un autre puisse être meilleur que lui, semble très difficilement supportable. Il dit ne pas aimer la compétition mais semble bloqué dans ce statut de compétiteur lui empêchant l'amusement que procure le jeu.

Les traitements le fatiguent, il s'essouffle rapidement et a perdu du muscle.

Au fil des mois, Tom joue de plus en plus sans compétition, la professeure de sport le trouve plus tranquille et sécure.

- **Socio-esthétique**

La socio-esthéticienne lui fait des modelages du dos, des bras et des mains mais s'interroge sur la détente que cela peut procurer à Tom qui ne semble pas à l'aise avec cela mais souhaite tout de même continuer les modelages. Les séances seront espacées à tous les 15 jours pour que Tom suive la prise en charge individuelle en psychomotricité puis interrompues pour qu'il participe aussi au groupe d'expression corporelle.

II. La prise en soin en psychomotricité

A. Rencontre et observations

Pendant le premier mois de mon stage j'ai pu rencontrer et observer Tom lors de moments informels en salle d'art plastique et durant les journées d'atelier pendant les vacances.

- **Art plastique**

C'est dans cet endroit que j'ai initialement rencontré Tom et pris contact avec lui pendant ma période d'observation. L'observation de ses interactions et de sa rencontre avec divers medium, différents de ceux présents en salle de psychomotricité, m'a permis d'affiner mon regard clinique et de pouvoir ainsi lui proposer une approche psychomotrice au plus près de ses besoins.

- **Expression corporelle**

Lors d'une séance d'expression corporelle autour de l'improvisation théâtrale et du mime des émotions, j'ai pu constater que l'expression et la reconnaissance des émotions compliquées lui étaient difficiles et il s'en agace rapidement. Assez mal à l'aise dans la relation ; il a du mal à trouver sa place dans le groupe et en réaction, défie, provoque et lance des piques. En revanche il s'engage dans le jeu d'improvisation et semble apprécier la situation, capable de créativité et d'imaginaire. C'est tant ses difficultés que ses capacités qui me font penser que le groupe d'expression corporelle est pour lui une indication enrichissante.

- **<u>Le chocolat, médiateur maladroit</u>**

En journée d'atelier, je demande à Tom de me donner un chocolat qui n'est pas à ma portée. Il le prend et me le lance en pleine figure. Sur le moment je suis abasourdie, je le regarde et vois dans son regard à la fois excitation, désarroi et confusion. Après coup je reviens sur ce moment et mets des mots.

J'interprète cet acte, non comme une marque d'agressivité, mais plutôt comme une tentative d'être en contact, d'aller vers l'autre sans savoir comment si prendre. Cette excitation débordante entrainant un 'passage à l'acte' semble le submerger et le dépasser. C'est comme s'il n'arrivait pas à penser ou à verbaliser, à exprimer ce désir autrement. J'ai pu à plusieurs reprises constater ce débordement tant dans la parole que dans des jeux moteurs.

Agressivité latente, incompréhension des ressentis et difficultés à les mettre en mots, tentative de prise de contact, je pense que c'est sans doute une articulation de tout cela qui se joue. Tom, même s'il le fait à sa manière et maladroitement, va vers l'autre, à la recherche d'une interaction, d'un échange.

Pour Ajuriaguerra « le déroulement de l'acte implique un fonctionnement physiologique, mais l'acte n'est pas qu'une addition de contractions musculaires, il est aussi appétence et prise de contact, domination ou destruction. L'action ne se pose pas comme l'activité d'un esprit desincarné… »[86]

[86] AJURIAGUERRA (de) J., in LABES G., JOLY F., *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*. Volume 1 : Corps, tonus et psychomotricité, Editions du Papyrus, Montreuil, 2008, p18.

B. Le temps du bilan

Ayant en tête les conclusions du WISC, nous trouvons intéressant avec la psychologue de faire passer un bilan à Tom afin d'observer plus précisément son organisation psychomotrice.

1. Lieu

Le bilan s'est déroulé dans la salle de sport en alternance avec les séances d'activités physiques adaptées. J'ai ensuite fait le choix que les séances individuelles et en groupe se déroulent dans une salle différente réservée à la psychomotricité et repérée comme telle. C'est une salle plus petite, chaleureuse, la rendant ainsi plus contenante surtout lors des moments de relaxation.

Avec le recul je pense qu'il aurait été intéressant que la passation du bilan se fasse aussi dans cette salle afin de le différencier des représentations liées à la salle de sport et à ce qui s'y vit.

2. Observations

Pendant les quelques échanges que nous avons eu en début de séance Tom est dans une attitude d'affrontement comme il peut le faire avec la psychologue. Je le mets rapidement à l'aise en lui précisant qu'ici nous allions plus faire et jouer que parler, il se détend.

Je constate globalement une très bonne orientation de son corps dans l'espace. De plus, le WISC IV rend compte de bonnes capacités visuo-constructives et d'une figure de Rey riche et de très bonne qualité.

Dans les jeux de chacun son tour il est capable d'une grande créativité mais qui reste très violente autour de la destruction et des blessures corporelles. Il semble dépassé quand je propose de continuer dans cet univers (afin de voir si son personnage tranché en deux va mourir) et s'arrête comme décontenancé, il semble ici aussi dépassé par ses propres propositions et ne pas vouloir aller plus loin. Je remarque là que ses défenses protègent des angoisses massives de mort.

En ce qui concerne la connaissance topologique de son corps, la description du passage de la balle est juste mais assez flou et il cite surtout des endroits anatomiques très précis ne prenant pas la globalité de son membre en considération. Est-ce à cause de son exigence de toujours faire le mieux possible ou lui est-il compliqué de ressentir une globalité et une unité d'être (ce qui peut laisser supposer les soubassements de ses angoisses corporelles). Par ailleurs, il verbalise le passage sur le haut du corps comme « insupportable » ce qui renvoie à son émétophobie.

Son dessin du bonhomme est mêlé d'éléments très ado (cheveux roses, chiffre sur le tee shirt) et paradoxalement très adulte (légion d'honneur, épaulette, pipe, chapeau). Il rajoute 2 cannes à son personnage comme pour le soutenir (une sous la main et une sous l'épaule). En rajoutant de l'aide à ce corps qui ne tient pas forcément tout seul, il montre aussi une capacité à compenser la faiblesse du corps.

Je pense qu'il serait intéressant de lui demander plus tard de dessiner comment il se sent. Afin de rendre compte d'élément plus projectif concernant l'image de soi et la représentation qu'il se fait de son corps.

Concernant le tonus il est capable d'un relâchement du haut du corps mais il manifeste des contractions toniques dans les jambes. Je sens comme une appréhension au contact, une retenue, comme craignant mon toucher lorsque je me rapproche. Il baisse d'ailleurs la tête et le regard.

Tout au long du bilan, Tom est participatif et dynamique et montre des capacités psychomotrice certaines. Parallèlement, on peut remarquer un rapport au corps et à ses ressentis et représentations assez insécure. Son attitude et sa posture sont variantes dans l'interaction. Sa posture et son regard assuré dans les échanges verbaux changent lorsque la consigne concerne une prise de position ou une mise en mouvement et il tourne la tête de côté ou vers le sol, semblant gêné par la situation de face à face.

3. Définition des objectifs :

Après le Bilan, Tom accepte d'entamer une prise en charge.

Nous définissons avec la psychologue la fréquence des séances. Tom bénéficiera d'une prise en soin individuelle en psychomotricité tous les 15 jours en alternance avec la prise en charge groupale (qui commencera quelques semaines plus tard). La prise en soin avec Tom tendra vers les objectifs vus précédemment articulés avec la singularité de ses difficultés et besoins.

- S'occuper du corps : Apprendre à découvrir, à habiter, à s'approprier son corps.

Je pense qu'il est important de proposer à Tom un éveil de sa conscience corporelle, afin de l'amener à un sentiment d'unité et de continuité d'être, vers une sécurité et une confiance corporelle. En effet, si l'individu n'a pas le sentiment d'un moi, d'un corps propre subjectivé, tous les évènements sensoriels qui arrivent dans l'environnement, peuvent être vécu comme s'ils lui arrivaient personnellement. Le Moi de l'individu et l'environnement qui l'entoure ne sont pas assez différenciés. On peut retrouver cela chez Tom.

Ainsi, l'expérimentation d'un vécu corporel agréable, contenant et solide tendra à l'amener peu à peu vers un lâcher prise, s'éloignant de la toute-puissance de la maîtrise et de la performance corporelle lui permettant ainsi de mieux s'adapter aux contraintes et limites imposées par la maladie.

- Apprendre à être ensemble :

Cet objectif développé ci-dessous, est fondamental dans l'accompagnement de Tom. C'est pourquoi, il a paru pertinent au sein de l'équipe, que Tom bénéficie d'une prise en soin individuelle mais aussi groupale afin de lui permettre d'interagir et de partager ses expériences avec des jeunes de son âge avec qui il a plutôt l'habitude de s'isoler et d'être en compétition.

C. Le temps des séances

- 1ère séance individuelle

Tom rentre dans la salle et se saisit du ballon de baudruche et nous échangeons des passes pendant qu'il me parle de ses parents, de leurs jeunesses et des représentations qu'il se fait de leurs regards sur lui et ironise « mon père a eu un gringalet alors qu'il a une sacré carrure ».
Il tape très fort dans la balle, je propose alors de varier l'intensité, d'ajouter des rebonds avant de faire la passe, afin de lui permettre de se poser, d'expérimenter et d'adapter les variations de tonus.

Je lui propose ensuite l'équilibre du bâton sur le doigt. Très tendu, il vacille d'un pied sur l'autre et semble assez dispersé, beaucoup de mouvements le parasitent.

Afin de l'aider à se poser et trouver une certaine stabilité interne je lui propose de s'installer sur le gros ballon et d'y trouver l'équilibre en s'appuyant sur ma main s'il le souhaite. Et là, je suis frappée par sa difficulté à s'adapter afin de trouver des stratégies. Très tendu, il écrase ma main et comme s'il ne lui était plus capable de bouger et qu'il ne faisait plus qu'un avec le ballon, il glisse avec lui vers l'arrière, puis sur le côté, jusqu'au sol sans se retenir, m'emportant dans sa chute que j'accompagne autant que je peux.
C'est ainsi que j'ai pu m'apercevoir réellement de la difficulté pour lui du lâcher prise, de la rigidité et du contrôle mais aussi du difficile ajustement tonico émotionnel que je n'avais pas finement perçue lors du bilan.

La deuxième tentative avec le bâton est plus stable. Il se pose, garde les deux pieds au sol et trouve une stratégie en pliant les jambes « comme au basket ». Je lui soumets de se poser et de sentir le sol sans se plier, il rallonge ses jambes. Puis nous faisons ensemble l'expérience de l'équilibre des deux bâtons entre nous, son ajustement est plutôt précis et adapté.

Je lui propose pour finir un petit moment de respiration en escalier allongé sur le tapis. Il est très enthousiaste et s'installe rapidement sur le dos. Je choisis volontairement une technique rationnelle, pensant que ce sera plus facile pour lui de se l'approprier. Je lui dessine et explique la technique. Au fur et à mesure il expérimente seul, sa respiration devient plus ample et il allonge spontanément les expirations et ferme les yeux.

Il prend une grande inspiration puis dans un souffle se confie et parle enfin de lui : « alors en fait… ». Il aborde son émétophobie. Je lui explique que cette technique peut être utile dans les moments de stress et il me dit qu'il aurait bien aimé connaître cela quelques jours plus tôt lors de sa chimiothérapie. Il explique qu'il panique, a peur de vomir et sort ainsi au froid « pour se calmer ». Il rajoute qu'il essaiera de l'utiliser les prochaines fois.

Je décide, devant l'adhésion de Tom aux techniques de relaxation et de respiration, de répéter ce moment de calme et de prise de conscience la prochaine fois et si possible à chaque séance afin de globaliser et de mettre en mot les différentes sensations vécus pendant la séance.

- <u>1ère séance en groupe :</u>

La première séance en groupe a été particulièrement compliquée pour Tom. Il me reprend ainsi que les autres constamment. Il donne des ordres, n'est pas bienveillant, fait des réflexions, il lui est très difficile d'interagir et il prend la place du mauvais objet. Je pense que cette attitude est pour lui une stratégie afin de contourner l'angoisse de la rencontre. Il est toutefois capable de beaucoup d'imagination et de mise en jeu corporelle. Il se ravit du moment de détente à la fin en s'allongeant instantanément dans un coin les yeux fermés sans doute dans une tentative de couper le contact avec les autres et le monde extérieur et ainsi pouvoir se recentrer, ce dont il a sans doute besoin.

- <u>2ème séance individuelle:</u>

Tom se saisit d'un ballon et commence à jouer au foot, nous échangeons des passes. Puis nous échangeons à la main, il me vise et fait tomber la bouilloire. Il me regarde horrifié, je le sens très fragile, une fois de plus dépassé par cela. À mon sens, à l'image du jet de chocolat, j'interprète ces manifestations comme des mises en actes qui racontent le vécu psychocorporel de Tom. N'étant pas capable de le verbaliser, il théâtralise, vit, projette avec son corps.

Si l'on s'appuie sur l'hypothèse psychanalytique du fonctionnement mental et sur la théorie du double animique de Sarah et Cesar Botella, on peut tenter de comprendre et de mettre du sens sur ces actes afin que les allers retours béta/alpha permettent au jeune d'accéder peu à peu à des représentations ainsi qu'à une construction plus stable de l'enveloppe, qui parait être fragile chez Tom.

Face à cette situation, il m'a donc paru important de tenter d'y mettre du sens, d'en parler, de tenir le cadre pour que celui-ci tienne son rôle de pare–excitation afin de contenir au mieux ce débordement, ces projections d'excitations non élaborées. Un cadre solide, mais souple afin que la salle de psychomotricité soit vécue comme contenante et sécurisante et où les ressentis peuvent être mise en scène, puissent s'exprimer.

Son attitude change devant mon ton ferme mais doux et le rappel du cadre. Ici on peut jouer, mais ensemble. Je lui propose ensuite de continuer les échanges de balle mais de lancer avec tous les endroits de son corps qui lui paraissent possibles. Il se prend au jeu avec une précision extrême et fait un inventaire précis des parties de son corps, surtout le haut du corps (la paume, le dos, l'intérieur, l'extérieur de la main etc.).

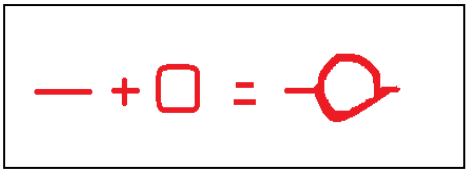
Je lui propose ensuite d'enrichir ses perceptions par un travail sur les appuis en faisant rouler une balle, d'abord sous un pied, puis les deux : « Je ne sens rien ».
Il dit ne ressentir que sa jambe gauche car il s'appui plus dessus, pour l'autre il ne ressent rien. On peut penser qu'il y a une défense active face aux éprouvés corporel. Mais devant l'absence de sensation il y a quand même une perception des éprouvés, une mise en relation, puisqu'il dit ne rien ressentir.

Puis il me confie qu'il a une jambe plus longue que l'autre, il s'allonge et je les dessine puis nous les observons. Puis il redit la même chose pour ses pieds, nous recommençons l'opération. Vient ensuite la même représentation pour son oreille où ici il s'appuie sur le fait que sa mère aussi est d'accord « alors que les mamans ça ne critique jamais leurs enfants ». Il propose beaucoup d'idées créatives afin de comparer la taille de celle-ci et je lui conseille de tester sur moi afin que nous soyons dans un échange, puis je dessine les siennes. Je lui laisse ensuite le temps d'observer les dessins.

Je constate ici une représentation un peu disproportionnée du côté gauche de son corps, un peu dysmorphophobique, illustrant un trouble de l'image de soi en relation à son propre corps.

Afin de conclure cette séance sur les perceptions et les représentations corporelles et de l'image du corps, je lui propose un temps de relaxation où je dépose puis déplace un sac lesté sur les différentes parties de son corps, afin de travailler sur la solidité et la consistance du corps et des enveloppes corporelles. Je fais parallèlement un état des lieux des points d'appuis en induction verbale.

Lors des retours il parle du bruit très relaxant des noyaux de cerises (dans les sacs). La sensation sur les pieds et les jambes était bonne, il dit ressentir le poids puis s'habituer. En revanche la sensation des sacs sur le haut du corps et les épaules lui a semblé « insupportable, étouffant et oppressant ». Il rajoute que sur la tête « ça glisse ». Je lui suggère de dessiner ce qu'il a ressenti.Je le questionne sur le sens de son dessin, ce à quoi il répond :



« C'est comme si ça creusait un trou, on ressent quoi ! »

La séance prend fin et pendant que je remets mes chaussures, je m'aperçois que Tom range spontanément le tapis puis m'aide à ranger la salle. Il ne montre pas d'impatience à partir comme à son habitude. Je remarque à cet instant son changement d'attitude, il est dans l'interaction, c'est comme si en m'aidant à ranger il m'avait dit « ok on va travailler ensemble ici ». Ici se scelle l'alliance thérapeutique.

- <u>2ème séance en groupe :</u>

La séance se déroule avec Tom et un jeune garçon du même âge. Dans le jeu de la statue il est difficile pour Tom de toucher l'autre et de le mobiliser. Il précise n'avoir choisi que les images de statue qu'il connait, le lâcher prise est difficile. Au fil de la séance il tend peu à peu à aller timidement vers l'autre et à accepter ses propositions, même s'il lui est difficile de le regarder dans les yeux. Malgré ses nombreuses critiques sur mes propositions, il rit de bon cœur et semble prendre plaisir à être là.

Lors des retours, Tom se laisse aller, pour la première fois, à parler de ses ressentis devant l'autre jeune, il est plus posé, plus authentique. Il ne s'oppose pas aux paroles de celui-ci et confirme même ses dires, illustrant une tentative d'aller vers l'autre et d'identification.

- 3ème séance individuelle:

Tom me confie en début de séance s'être servi des exercices de respiration lors d'une angoisse en classe. Il est aujourd'hui très préoccupé par la nourriture et son poids et ne cesse de dire paradoxalement qu'il est très mince et pourrait être plus gros mais aussi qu'il est capable de « se goinfrer comme un gros porc » et ne pas pouvoir s'arrêter.

Après avoir dessiné des parties de son corps la séance précédente, le lui propose de faire le contour de sa silhouette sur une grande feuille afin qu'il puisse avoir une représentation globale de son corps. Il est sur le qui vive, sursaute quand je fais les contours et le passage autour de la tête lui est presque impossible, mais il tient à ce que je le fasse tout de même. Je lui propose ensuite de compléter ce dessin en « rajoutant comment il se sent ». Il entoure alors les pieds et les jambes qu'il dit désagréables lors du passage du stylo puis fait un petit rond sur sa tête à l'endroit de sa cicatrice qu'il dit douloureuse parfois. Tom est capable ici d'aborder un ressenti, une sensation et d'en faire part.

La suite de la séance sera une prise de conscience corporelle à l'aide des sacs lestés déposés cette fois-ci sur le dos afin d'approfondir la sensation de l'axe. Un sac à différents endroits, puis deux afin de se représenter le trajet puis trois puis plusieurs un peu partout : « j'aime sentir les sacs sur le dos ».

III. Conclusion

Tom a su très rapidement se saisir et s'approprier la prise en soin en psychomotricité. Les échanges sont riches et denses et permettent séance après séance de mettre en œuvre et d'adapter un accompagnement au plus près de ses besoins. Il est capable de mettre en scène et de verbaliser ses inquiétudes et difficultés et sait aussi reconnaitre ce qu'il apprécie et lui fait du bien, et en faire part.

Tom apprivoise progressivement ses sensations. Vers une écoute de soi, de ses sensations, il tend à un ajustement qui devient possible.

Au vu de la vitesse des progrès de Tom, de ses capacités à agir et réagir aux propositions, je pense qu'il est pertinent pour lui de continuer la prise en charge.

Les séances continueront jusqu'en juin à s'articuler sur:

- Une prise en soin interactive, afin qu'il puisse interagir de manière plus authentique et plus souple psychiquement, l'amenant à pouvoir revêtir son statut d'adolescent et pouvoir échanger, s'identifier et s'ajuster à ses pairs, sur la voie du lâcher prise.
- L'exploration des sensations afin d'amener à une prise de conscience d'un corps propre habité et siège de ressentis, tendant vers des défenses moins rigides et une perception plus ajustée de son corps.
- La gestion des angoisses et préoccupations corporelles par une prise de conscience corporelle globale, solide et unifiée afin que le corps tienne son rôle de pare excitation. Le vécu d'un corps unifié, dans une continuité et une sécurité d'existence, pourra l'amener à l'intégration d'une image corporelle plus stable et plus sécure.

Nous pouvons penser que ce chemin pourra également l'accompagner dans sa relation à l'alimentation, une fois l'enveloppe constituée. Les questions du dedans et du dehors, ce qui nourrit, ce qui remplit, ce qui reste, ce qui sort étant devenus plus stables et moins angoissantes. Ceci, l'amenant à investir son corps comme appui et étayage physique et psychique l'accompagnant dans son processus de guérison.

Devant l'adhérence de Tom aux séances de psychomotricité et les progrès associés, la psychologue proposera à Tom et à ses parents de continuer cet accompagnement en se tournant vers un psychomotricien libéral afin de continuer la prise en soin et de ne pas interrompre ce qui semble être une ressource pour l'adolescent.

Conclusion

J'ai pu constater au fil de ce stage la capacité des adolescents et jeunes adultes, à se saisir et à investir une prise en charge à médiation corporelle. Ils tendent au fil des séances à s'approprier et à reformuler leur demande (au travers des expériences, de leurs vécus et la de la grande richesse des échanges et des verbalisations) et ainsi à orienter la prise en soin au plus près de leurs besoins.

La maladie attaque le corps mais aussi le sentiment identitaire et le moi de l'individu. La psychomotricité vient proposer, par un investissement corporel en relation, une reconquête du corps comme un étayage identitaire. Chez le patient qui ne reconnait plus, n'aime plus et n'habite plus son corps et le vit comme faillible voire défaillant, morcelé ou déformé, l'approche corporelle vient soutenir la quête d'une unité corporelle et identitaire.
Ceci vient l'accompagner vers une meilleure connaissance, une reconnaissance et un meilleur ajustement à lui-même dans sa manière d'être au monde par son expressivité, la régulation de ses émotions. De par leurs expériences et leur difficulté voir incapacité à mettre des mots sur l'effroyable épreuve qu'est le cancer, certains adolescents refusent et fuient les suivis psychologiques et psychothérapiques. C'est pourquoi l'espace de psychomotricité peut être un lieu de remise en lien du mouvement, des ressentis et de la pensée chez ces jeunes dont l'élaboration est comme figée par protection. Cette reprise de la dynamique psycho-corporelle est importante afin que le jeune puisse traverser au mieux l'épreuve de la maladie, l'intégrer dans son histoire et pouvoir se projeter dans l'avenir.
En percevant et en articulant ensemble la statique et le mouvement, la psychomotricité rend possible une sollicitation corporelle dynamique permettant au jeune de trouver dans la salle de psychomotricité un lieu à la fois de sollicitation et de regression selon ses besoins.

La psychomotricité est une ressource riche et soutenante pour les adolescents et jeunes adultes tant durant les traitements, que sur le chemin de la rémission vers la guérison entrainant un remaniement psychique et corporel intense, nécessitant un réel soutien et accompagnement. Au-delà de l'adolescence et pour ces mêmes raisons, toute personne subissant une maladie envahissante, intrusive engageant ou non son pronostic vital aurait tout intérêt à consulter un psychomotricien afin d'avoir un espace pour s'approprier en conscience sa guérison et son retour à la santé.

Bibliographie

André, Pierre, Benavidès, Thierry et Giromini, Françoise. *Corps & psychiatrie.* s.l. : hdf, 2004.

Arnold, Carrie. Les troubles de la perception du corps. *Cerveau&Psycho,* n °57, 2013.

Bass, Henri-Pierre. L'enfant et la maladie grave . *Le journal des psychologue,* 2008.

Ben Soussan, Patrick. *Les souffrances psychologiques des malades du cancer. Comment les reconnaître, comment les traiter ?* s.l. :Spinger, 2008.

Birraux, A. *l'adolescent face à son corps.* s.l. : Bayard jeunesse, 2004.

Boutinaud, Jérôme, et al. *Où en est la psychomotricité? Etat des lieux et perspectives. Pour une approche psychodynamique.* s.l. : In Press, 2014.

Braconnier, Alain. *Guide de l'adolescent (Le): De 10 ans à 25 ans.* s.l. : Odile Jacob, 2007.

C.E.D.I.F.P (*http :www.snup.fr/download/reingenierie-psychomotricien-28-01-12.pdf)*

Corradini, N. et all. *Adolescents et cancer: une prise en charge spécifique pour ne pas être lost in transition.* s.l. : Springer- Verlag, 2011.

Coslin, Pierre G. *Psychologie de l'adolescent.* s.l. : Armand Colin, 2010.

Damasio, Antionio R. *Sentiment même de soi (Le): Corps, émotions, conscience.* s.l. : ODILE JACOB, 1999.

Dauchy, Sarah et Razavi, Darius. *L'adolescent atteint de cancer et les siens. Quelle détresse, quelles difficultés, quels souhaits d'aide?* s.l. : Springer- Verlag, 2010.

Delion, Pierre. *L'enfant et son psychisme.* s.l. : DUNOD, 2014.

Desobeau F. Identité et fonction du psychomotricien, *Thérapie psychomotrice et recherches,* n°162, 2010.

Dolto, Françoise, Dolto, Catherine et Percheminier, Colette. *Paroles pour adolescents.* s.l. : Gallimard Jeunesse, 1989 - réédition 2007.

Freud, Anna. *Le moi dans les mécanismes de défense.* s.l. : PUF, 1996.

Freud, Sigmund. *Trois essais sur la théorie sexuelle.* s.l. : Gallimard, 1989.

Institut National du cancer. *Activité physique et cancers.* 2012.

Ionescu S, Jacquet M.M, Lhote C. *Les mécanismes de défense Théorie et clinique*. s.l. : Nathan Université, 1997.

Lacombe, Josiane. *Le développement de l'enfant de la naissance à 7 ans: Approche théorique et activités corporelles.* s.l. : De Boeck, 2008.

Martin, Claire. *La maladie, catastrophe intime.* s.l. : PUF, 2014.

Mijolla-Mellor, S. *La sublimation chez l'enfant et l'adolescent*. s.l. : Presses Universitaires de France « La sublimation », 2012.

Montreuil, Michèle. Espace psychique, aire de créativité : rôle des relations précoces mère-enfant dans la constitution de soi, *Spirale,* n°17, article p49, 1996.

Nony, Anne- Laure. *Toucher et être touché. Approche psychomotrice dans un service d'Oncologie*- mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien, IFP Bordeaux, 2009.

Oppenheim, Daniel. *Grandir avec un cancer: L'expérience vécue par l'enfant et l'adolescent.* s.l. : De Boeck, 2009.

Osson, Denise. *L'adolescent d'aujourd'hui - Entre son passé un avenir.* s.l. : Première Edition, 1990.

Pireyre, Eric w. *Clinique de l'image de corps - Du vécu au concept.* s.l. : DUNOD, 2011.

Potel, Catherine. *Corps brûlant, corps adolescent - des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents.* s.l. : ERES, 2006**.** *Être psychomotricien .* s.l. : ERES, 2010.

Romano, Héléne. *Efficacité symbolique des consultations anténatales: temps de l'annonce en diagnostique anténatal et consultation génétique.* s.l. : ERES, 2008.

Annexe

ESSE

Objectifs :

Ce groupe a pour objectif de s'insérer dans un projet dédié à accompagner les Adolescents et Jeunes Adultes (AJA) atteints de cancers, pendant leurs traitements et en rémission. Ce suivi vise à aider le jeune dans toutes les problématiques rencontrées à cet âge tant par les bouleversements de la maladie que de l'adolescence elle-même. Il s'agit de proposer aux jeunes un espace groupal d'expression et de créativité autour des médiations corporelles et plus spécifiquement théâtrales. La mise en place d'un projet commun, a pour objectif, une valorisation narcissique individuelle et groupale, autour d'ajustements réciproques dans une dynamique de respect et de partage.

Le groupe visera à :

- Permettre un espace d'échange et de coopération
- Encourager les initiatives et les prises de décisions artistiques qui favorisent une implication personnelle
- Se confronter au regard de l'autre, se faire comprendre et donner son avis en toute bienveillance
- Susciter l'imaginaire et les affects
- Reconnaître et savoir exprimer les émotions sur soi et autrui
- Amener au lâcher prise
- Rechercher un plaisir éprouvé du corps en mouvement pour soi et dans la relation
- Renforcer la confiance et l'estime de soi
- Sur un plan psychomoteur, renforcer la notion de cadre, limite, contenant/contenu

Si la régularité du groupe s'installe et si la dynamique s'y prête, il est possible qu'une production commune, telle qu'une création théâtrale soit élaborée.

Soignants :
Sacha Lutard, Psychomotricienne stagiaire en 3ème année

Cadre :

- Fréquence, jour, horaire : tous les 15 jours
- Lieux : ***
- Type de groupe : fermé, 4 jeunes
- Médiateur : théâtre, improvisation, clown, expression corporelle

Déroulement de la séance:

- Préparation de la salle et du matériel
- Rituel d'entrée dans la séance : « Aujourd'hui je me sens »
- Corps de séance
- Rituel de fin de séance : « Maintenant je me sens »
- Verbalisation