



HAL
open science

“ Du temps, en corps... ” : quelles temporalités au cours de la maladie grave ?

Claire Pertron

► To cite this version:

Claire Pertron. “ Du temps, en corps... ” : quelles temporalités au cours de la maladie grave ?. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01360182

HAL Id: dumas-01360182

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01360182>

Submitted on 5 Sep 2016

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.

« *Du temps, en corps...* »
Quelles temporalités au cours de la maladie grave ?

Mémoire présenté par Claire PERTRON
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité



REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier l'ensemble des équipes soignantes qui m'ont accueillie pour ce stage en cancérologie, vous faites un travail formidable.

Je remercie ma maîtresse de stage, Juliette, et l'équipe de rééducation, qui m'ont également accueillie tout au long de cette année. Vous formez une superbe équipe !

Un grand merci à Patrick qui a su m'accompagner dans mon projet de stage et me guider dans mes réflexions. Tes conseils m'ont été précieux !

Merci Michèle pour ta relecture et tes conseils avisés.

Merci à mes parents qui m'ont soutenu tout au long de mes études. Merci maman pour tes relectures et ta participation à cette belle page de garde.

Merci bien-sûr à mes amis psychomot avec qui j'ai partagé beaucoup de choses. On n'oubliera pas ces trois années.

Merci à mes maîtres de stage et à nos professeurs qui ont su nous faire partager leur passion pour ce métier merveilleux.

Une dernière pensée toute particulière pour mon grand-père, Jean, qui nous a quittés cette année mais qui a gagné son combat contre le cancer, il y a dix ans de cela.

A tous, merci !

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	9
-------------------	---

Chapitre 1 : Rencontres à l'institut

Partie 1 : Contexte institutionnel

I. Le cadre institutionnel	12
II. La population accueillie	13
III. Une équipe au plus proche des malades	13
IV. Quelle place pour la psychomotricité ?	15
V. Ma place de stagiaire.....	16

Partie 2 : Des rencontres singulières

I. Madame G.....	18
I.1. Anamnèse	18
I.2. Entretien et évaluation psychomotrice	19
I.3. Le projet thérapeutique.....	20
I.4. Une évolution	21
I.4.a. 1 ^{ère} séance : une découverte	21
I.4.b. Le début d'une lutte.....	21
I.4.c. Un moment de confort.....	22
I.4.d. Un nouveau départ	23
II. Madame D.....	24
II.1. Anamnèse	24
II.2. Entretien et évaluation psychomotrice	24
II.3. Le projet thérapeutique.....	26
II.4. Une évolution	27
II.4.a. De septembre à novembre 2015 : un désir de se mobiliser.....	27
II.4.b. De novembre à décembre 2015 : un dernier voyage.....	29
III. Madame R.....	31
III.1. Anamnèse	31
III.2. La première rencontre.....	31

III.2.a	<i>Entretien et évaluation psychomotrice</i>	31
III.2.b	<i>La première séance</i>	32
III.3.	Le projet thérapeutique	33
III.4.	Une évolution	34
III.4.a	<i>2^{ème} séance</i>	34
III.4.b.	<i>3^{ème} séance</i>	34
III.4.c.	<i>4^{ème} séance</i>	35

Chapitre 2 : Une nouvelle temporalité

Partie 1 : Les temps du cancer

I.	Qu'est-ce que le cancer ?	37
II.	Le diagnostic du cancer	38
II.2.	L'annonce : l'entrée dans la maladie	39
II.3.	Le travail d'un deuil	39
II.4.	Les représentations de la maladie	41
III.	Une temporalité imposée	43
III.1.	Le temps des traitements	43
III.1.a.	<i>Des traitements au détriment du corps</i>	43
III.1.b.	<i>De l'espoir au désespoir</i>	44
III.1.c.	<i>S'adapter à un nouveau rythme</i>	45
III.2.	Les temps de l'hospitalisation entre contrainte et contenance.....	46
III.2.a.	<i>La perte des repères temporo-spatiaux</i>	46
III.2.b.	<i>Des rythmes contenant</i>	48
III.2.c.	<i>L'institut : un refuge</i>	48
IV.	Une temporalité déstructurée	50
IV.1.	Un temps douloureux	50
IV.1.a.	<i>Entre chronicité et phase aiguë</i>	50
IV.1.b.	<i>De la douleur physique</i>	51
IV.1.c.	<i>...à la souffrance psychique</i>	52
IV.2.	Un temps angoissant.....	53
IV.2.a.	<i>De l'incertitude à l'impuissance</i>	53
IV.2.b.	<i>Perte du sentiment de continuité d'existence</i>	54

IV.2.c. Hypothèses quant aux angoisses de Madame R.....	55
IV.3. La douleur et l'angoisse, des indications en psychomotricité	57
IV.4. Une inscription corporelle de la maladie.....	57
III.4.a. La sensation de « vieillir trop tôt »	57
IV.4.b. L'étrangeté d'un corps.....	58

Partie 2 : Un chamboulement identitaire

I. Introduction à la notion d'identité.....	60
I.1. Au fil du temps	60
I.2. La place du corps.....	60
II. L'atteinte « au corps de l'identité »	61
II.1 L'atteinte du corps réel.....	61
II.1.a. Un corps mutilé	62
II.1.b. Un corps changé	63
II.1.c. Des perceptions altérées.....	63
II.2. Une image du corps bouleversée	64
II.2.a. Un trouble de la représentation de soi	65
II.2.b. Le sein, un symbole	65
II.2.c. Le regard de l'autre	66
II.3. L'épreuve d'un statut.....	67
III. Un sentiment de précarité.....	69

Chapitre 3 : Retrouver un temps en soi

Partie 1 : De la dynamique relationnelle au sentiment de soi

I. La psychomotricité en cancérologie : un espace temps relationnel	71
I.1. Un moment de rencontre	71
I.2. Un soin selon le besoin.....	72
II. Expérience de soi à travers l'autre.....	73
II.1. Madame G et Madame R, la recherche d'un apaisement	73
II.1.a. Madame G et la relaxation	73
II.2.b. Madame R et le toucher thérapeutique	74
II.2. Un moment de régression.....	75
II.2.a. L'enveloppe sonore	75

II.2.b. <i>Un portage psychique</i>	76
II.2.c. <i>Du dialogue tonique à la pare-excitation</i>	76
II.3. Madame D, une remise en mouvement	77
II.3.a. <i>Une recherche d'appui stable</i>	78
II.3.b. <i>La marche</i>	79
III. Maintenir un lien en soi	81
III.1. L'écoute du corps	81
III.2. Une réminiscence corporelle	82
III.3. Retrouver un plaisir sensori-moteur	83
IV. Vers un sentiment de soi	84
IV.1. Habiter son corps.....	84
IV.2. Habiter l'instant présent	85
V. Une expérience subjective partagée	86
V.1. De l'empathie à l'intersubjectivité.....	87
V.2. Les silences écoutés.....	87
V.3. Transfert et contre-transfert	88
Partie 2 : Le temps d'une stagiaire	
I. Evolution de ma pratique au cours des prises en charge	90
II. Une relation duelle	91
III. Etre attentif à soi	93
IV. Une leçon de vie	93
CONCLUSION.....	94
BIBLIOGRAPHIE.....	95
ANNEXE 1.....	99
ANNEXE 2.....	100
ANNEXE 3.....	101
ANNEXE 4.....	102

*« Dans un grain de sable voir un monde
et dans chaque fleur des champs le Paradis,
faire tenir l'infini dans la paume de la main
et l'Eternité dans une heure. »*

**William BLAKE., 1989,
Chants d'innocence.**

*« L'homme est à lui-même le plus prodigieux objet de la nature,
car il ne peut concevoir ce que c'est que corps
et encore moins ce que c'est qu'esprit,
et moins qu'aucune chose comme un corps peut être uni avec un esprit.
C'est là le comble de ses difficultés,
et cependant c'est son propre être : "La manière dont l'esprit est uni au corps ne peut être
comprise par l'homme, et cependant c'est cela même l'homme" [Saint Augustin]. »*

**Pascal BLAISE,
Pensées, 199-72.**

INTRODUCTION

Au fil de la formation en psychomotricité, mon intérêt s'est progressivement porté sur l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie grave et évolutive, le cancer. Aujourd'hui, grâce aux progrès de la médecine, nombre de cancers sont guéris ou du moins en rémission. Mais chaque année le nombre de nouveaux cas reste élevé, en France on l'estime à 350 000¹ par an. Tous vulnérables à cette maladie, le cancer effraie, il est redouté par tous.

Il y a quelques années maintenant, j'ai moi-même eu l'occasion d'accompagner un proche dans cette maladie. Au travers de mon regard encore jeune, j'ai été forcée de constater l'impact de la gravité de la maladie sur l'existence même de la personne mais également sur la famille. J'ai perçu la peur et l'incertitude qu'elle engendrait, l'importance et les conséquences des traitements. Le corps, au centre de toutes les préoccupations, devient un objet malade et un objet de soins où s'y inscrivent les traces des traitements et de la maladie. Puis, quand tout semble aller mieux, quand la personne est en « rémission » et finalement « guérie », je me suis aperçue que l'espérance de retrouver une vie « comme avant » s'éteint peu à peu.

C'est enthousiasmée par mes différents stages et rencontres au cours de ces trois années d'études que je me suis ainsi interrogée sur l'intérêt d'un accompagnement psychomoteur auprès des personnes atteintes d'un cancer. En effet, la maladie perturbe l'ensemble du fonctionnement de l'individu, tant psychiquement que corporellement et l'empêche d'agir librement sur le monde. Ces conditions lui rappellent sa vulnérabilité ainsi que la dépendance qui le lie à son corps, et indissociablement au temps. C'est, pour ma part, ici que la psychomotricité trouve toute sa place auprès de ces patients. Pourtant, quelle fut ma surprise face aux difficultés rencontrées à trouver un stage dans ce milieu, l'approche psychomotrice en oncologie reste peu connue. J'ai tout de même eu la chance d'intégrer un centre de lutte contre le cancer.

J'effectue ainsi mon stage de fin d'études au sein d'un service d'oncologie pour adulte dans lequel il n'y a pas de psychomotricien. Ce stage représente alors un double enjeu, il est à la fois une chance pour moi d'entamer la quête de la psychomotricienne en devenir et à la fois de faire découvrir aux équipes médicales la psychomotricité.

¹<http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Chiffres-cles>, consulté le 12 avril, 19h50.

Au gré des rencontres, de la parole des soignants, de l'expression des patients et de mon vécu, la pertinence de mes interventions se faisait plus claire. Dans le même temps, plusieurs questions se sont posées : Quels sont les enjeux d'une approche psychomotrice chez des personnes gravement malades et dont parfois la vie touche à sa fin ? Dans quelle temporalité vit le patient atteint d'un cancer ? Pourquoi et comment intervenir dans le réinvestissement identitaire de la personne gravement malade ? L'ensemble des observations cliniques m'ont amenée à poser la problématique suivante : **en quoi l'approche psychomotrice accompagne-t-elle la personne malade dans la réappropriation de son histoire psychocorporelle ?**

Je commencerai dans un premier temps par présenter le cadre institutionnel où s'est déroulé mon stage ainsi que ma place de stagiaire. Je présenterai ensuite les rencontres singulières de Madame G, Madame D et Madame R, toutes les trois atteintes d'un cancer et qui ont prélué le cheminement de ma réflexion.

J'aborderai ensuite les différentes temporalités engendrées par le cancer faisant écho à l'atteinte psychocorporelle. Je continuerai alors sur la perte des repères corporels et la notion d'identité, notion complexe et multiple, au travers de l'atteinte de l'image du corps.

En dernière partie, je terminerai par interroger les tenants et aboutissants de l'approche psychomotrice et ses résonances chez la personne gravement malade. Je questionnerai également la psychomotricité en tant qu'aide à retrouver un espace spécifique et une temporalité propre au patient.

Chapitre 1 : Rencontres à l'institut

Présentation institutionnelle et observations cliniques

CHAPITRE 1 : Rencontres à l'institut

Partie 1 : Contexte institutionnel

Dès ma deuxième année de formation en psychomotricité, j'ai créé et présenté un projet de psychomotricité avec les indications pour les personnes atteintes d'un cancer, en détaillant les différentes médiations utilisées, ainsi que les modalités d'une séance. J'ai ainsi eu la chance de rencontrer des médecins intéressés par mon projet et d'intégrer un institut spécialisé.

J'effectue ce stage à caractère « expérimental » à raison d'un jour par semaine, le jeudi. J'interviens dans le service d'hospitalisation conventionnelle pour adultes.

I. Le cadre institutionnel

Cet institut de lutte contre le cancer est à la fois un ensemble hospitalier, un institut d'enseignement et l'un des plus grands centres de recherche européens. Il est un centre de prévention, de diagnostic mais aussi de traitements et d'hospitalisations. L'institut est grand, il arrive d'ailleurs régulièrement que des patients ou des visiteurs me demandent comment en sortir. Les différents services sont répartis sur cinq étages, comprenant les services médico-techniques, les services d'hospitalisations de jour et les services d'hospitalisations conventionnelles pour adultes et enfants. L'institut comprend également plusieurs hôpitaux de jour accueillant des patients à la journée pour leurs traitements ou pour des consultations médicales. Il y a ainsi l'hôpital de jour des soins de support, l'hôpital de jour de chimiothérapie et l'hôpital de jour des consultations d'urgence. L'institut rassemble plus de 3 000 chercheurs, médecins et soignants mobilisés pour lutter contre le cancer.

Le service d'hospitalisation conventionnel dans lequel j'interviens comprend six chambres individuelles et quatorze chambres doubles, il a donc une capacité d'accueil de trente-quatre patients. Les chambres sont constituées d'une salle de bain avec toilettes. Un parvis peut être déployé afin de séparer les deux lits et permettre que chaque patient ait une certaine intimité.

Chaque service d'hospitalisation comprend des chambres, deux postes de soins infirmiers et un salon réservé aux proches qui rendent visite aux patients. Dans les couloirs sont disposés des fauteuils pour accueillir les familles et permettre aux patients de sortir de leur chambre. L'institut est équipé de nombreux ascenseurs, il est adapté aux personnes à

mobilité réduite, un jardin est ainsi accessible à tout le monde. Il dispose également de grandes salles d'attente.

Lors de ma première entrée à l'institut, l'accueil me parut chaleureux, les salles d'admissions sont grandes et colorées. En montant dans les étages, j'ai toutefois ressenti un changement d'ambiance, on retrouve l'atmosphère classique des hôpitaux, l'odeur particulière des soins évoque d'emblée la maladie. Les murs sont ternes et les portes des chambres se succèdent dans les couloirs. Toutefois, la présence de canapés et de fauteuils à proximité de grandes fenêtres ainsi que les sourires des soignants allègent cette sensation.

II. La population accueillie

L'institut prend en charge des patients atteints de tous les types de cancer, parfois en concertation avec d'autres établissements.

Dans le service d'hospitalisation où j'interviens l'âge des patients varie entre trente et soixante-dix ans. Ces derniers peuvent être hospitalisés pour leur chimiothérapie ou suite aux divers effets secondaires que génère la thérapie. D'autres sont hospitalisés pour des pathologies plus lourdes ou dont l'état général le nécessite. La durée des séjours est donc variable allant d'une hospitalisation de vingt-quatre heures à plusieurs semaines.

Le cancer est l'une de ces maladies pour lesquelles l'institution hospitalière reste un lieu de passage obligé de prise en charge thérapeutique et lorsqu'un patient entre en service de cancérologie, rien n'est certain qu'il n'y retournera pas.

III. Une équipe au plus proche des malades

Au sein de l'institut le personnel soignant est pluridisciplinaire, ce qui favorise une prise en charge globale des patients. Dans le service d'oncologie médicale dans lequel j'interviens, l'équipe est composée de trois médecins oncologues² et cinq médecins internes, de huit infirmiers et neuf aides-soignants.

Des médecins psychiatres et autres spécialistes interviennent sur l'ensemble de l'institut, tout comme le font les quatre psychologues, les cinq kinésithérapeutes, ainsi qu'une diététicienne, une socio-esthéticienne et une assistante sociale. Chaque patient est sous la responsabilité d'un médecin qui coordonne les soins et assure les prescriptions

² Médecin spécialisé dans le diagnostic et le traitement des cancers.

médicales. Des bénévoles sont également présents chaque jour pour accompagner, guider et être à l'écoute des patient au cours de la maladie.

La communication entre professionnels demeure primordiale dans la prise en charge du patient. Le patient est au centre d'intérêt de chacun des soignants. Leurs différentes spécialités permettent d'élargir les questionnements au sein de l'équipe et d'aborder une position objective, c'est à dire résultant de plusieurs points de vue subjectifs. Cette complémentarité favorise ainsi l'élaboration d'une prise en charge globale du patient.

Deux fois par jour, durant les « transmissions », les soignants de l'équipe partante passent le relais à l'équipe arrivante et leur confient les malades. Ces temps de transmission durent entre vingt et trente minutes, ce sont des moments essentiels. Ils permettent de saisir de la bouche des soignants l'état global du patient. Chacun est présenté par son nom, son âge, sa situation familiale, le diagnostic, les soins déjà effectués et ceux à réaliser. Les temps d'échange ne se réduisent pas seulement à des moments formels mais investissent particulièrement la dimension informelle. En présence ou non du patient, les transmissions informelles permettent de faire des liens dans le travail des différents soignants et de partager sur les difficultés, les compétences ainsi que les différents accompagnements que bénéficient le patient. Un logiciel permet également à chaque professionnel de santé d'accéder au dossier des patients, de se renseigner et de s'informer des soins effectués ainsi que de l'état de santé du malade à tout moment de la journée.

Par ailleurs, les prises en charge ne se limitent pas au patient mais s'adressent également à la famille et aux proches. Ces derniers occupent une place importante dans l'entourage de la personne soignée, elle constitue un repère fondamental et stable pour le patient. Lorsqu'un membre de la famille va mal, c'est toute la famille qui est mise à mal. Il semble ainsi pertinent pour accompagner le patient dans sa globalité de prendre en compte l'entourage, de l'informer des évolutions et que chaque professionnel se rende disponible et à l'écoute de ces derniers.

Une psychologue est également présente spécialement pour les employés de l'institut. Toutes les trois semaines, des groupes de parole sont organisés au sein des différentes équipes soignantes afin de soulager celles-ci de différents conflits et de la complexité parfois rencontrés dans la prise en charge des patients. En effet, exercer en oncologie confronte quotidiennement les soignants à la souffrance et à la fin de vie.

IV. Quelle place pour la psychomotricité ?

Au sein du service pour adultes il n'y a pas de psychomotricien. J'ai dû progressivement prendre ma place en tant que stagiaire en psychomotricité au sein de l'équipe soignante.

Au cours de cette troisième année, j'ai eu la chance de pouvoir m'appuyer sur mon deuxième stage qui se déroulait dans une clinique de soins suite et de réadaptation accueillant des patients atteints d'un cancer, des personnes âgées et des personnes présentant des troubles respiratoires. J'ai alors pu bénéficier de l'expérience de mon maître de stage, d'échanges constructifs autour des patients et des médiations. Cela m'a beaucoup aidée, en particulier au commencement. Malgré tout, m'intégrer dans le service de cancérologie m'a demandé du temps, a suscité divers tâtonnement et de nombreuses réflexions.

En effet, le contexte hospitalier et les spécificités de travail auprès de ces patients semblaient remettre en cause la plupart de mes acquis. Je m'interrogeais d'abord sur la pertinence du bilan psychomoteur, quel sens cela avait-il de proposer à des patients, dont l'état de santé s'aggrave, un bilan psychomoteur avec sa stricte cotation ? Je me questionnais également sur la temporalité de mes prises en charge, dans un tel service les durées d'hospitalisation peuvent être relativement courtes, comment me situer dans ces interventions ponctuelles et quel était mon apport ? Et surtout la psychomotricité a-t-elle le temps de prendre sens pour les patients ? Puis, il y eu bien-sûr la question des moyens, comment m'adapter au fonctionnement hospitalier et comment instaurer des séances dans les chambres des malades ?

Ainsi, il m'a semblé important d'avoir une supervision extérieure par un psychomotricien ayant l'expérience de la cancérologie et des soins palliatifs afin de pouvoir lui faire part de mes questionnements, de mes prises en charge et de mes observations.

Au fil de l'année je sus organiser mes journées et mes séances entre les soins et les traitements des patients. Chaque matin j'ai la possibilité de participer aux transmissions médicales avec les autres soignants. N'étant présente qu'une fois par semaine ce moment est important, il me permet d'avoir la liste des patients présents, de me faire une idée sur leur état de santé et de savoir quels soins leur sont prévus dans la journée. Ce moment permet également de faire un récapitulatif des entrées et des sorties envisagées. Je profite ensuite de la matinée pour aller à la rencontre des patients, me présenter et m'entretenir avec eux. Au

vu du contexte médical je n'effectue pas de bilan psychomoteur à proprement parler. Je réalise un entretien avec le patient où je lui demande de relater son histoire médicale, son vécu de la maladie, des soins et de l'hospitalisation, son état corporel du moment présent. Je m'intéresse également à son métier, ses passions, ses loisirs, son entourage, etc. Si la situation le permet certains tests psychomoteurs tels que le dessin du bonhomme, le time up and go, l'examen du tonus³, etc. seront le support d'observations. Une séance peut ensuite être convenue pour l'après-midi, ce qui laisse le temps au patient d'intégrer notre rencontre, de se préparer pour la suite. De mon côté, ce délai me permet également de rebondir et de penser à un projet thérapeutique. Nous déterminons ensemble les objectifs de la séance en fonction de ses besoins et de ses envies. Les séances de psychomotricité restent des soins que le patient peut refuser.

Les séances se déroulent généralement dans les chambres des patients. Cela demande une certaine qualité d'adaptation notamment lorsque celles-ci sont doubles mais également par rapport à l'équipe médicale, malgré le signe de présence dans la chambre, médecins et soignants se permettent d'entrer. Cela étant arrivé plusieurs fois j'ai décidé de mettre un mot à la porte de chambre « séance de psychomotricité en cours » afin de réaliser mes séances en toute tranquillité.

V. Ma place de stagiaire

Le statut de stagiaire me confronte à une position délicate, me voilà encore étudiante à devoir faire mes preuves en tant que professionnelle, pourtant je ne le suis pas encore.

Lors de mon premier jour de stage, la cadre de santé me fournit une blouse blanche et me créa un badge. J'ai ainsi la sensation concrète de faire partie à part entière de l'équipe soignante, ceux ne portant pas de blouse étant les malades, les visiteurs et les bénévoles.

D'emblée, je fais face à la difficulté de définir mon futur métier aux soignants, je m'appuie alors sur des exemples concrets pour tenter de leur expliquer clairement. En voyant la difficulté de certains à m'indiquer des patients pour une prise en charge psychomotrice, je réalise une fiche de présentation⁴ de la psychomotricité avec ses

³ Le tonus est l'état de tension permanent d'un muscle résultant d'une stimulation continue réflexe de son nerf moteur. Le tonus maintient les stations, les postures et les attitudes, il est intimement lié à la vie émotionnelle.

⁴ Cf. ANNEXE 1, p99.

indications pour les patients. Je l'affiche dans le poste de soin, en mentionnant ma présence le jeudi.

De plus, je me rends vite compte que, pendant les transmissions, le discours est très médicalisé, les termes sont complexes. Je prends beaucoup de notes pour demander davantage de renseignements ensuite. Parfois, je suis même étonnée du décalage entre la représentation que je me suis faite d'un patient et la réalité. Selon les termes employés, les mots m'évoquent l'image d'une grave évolution de la maladie où la personne est totalement renfermée sur elle-même, je suis alors agréablement surprise de rencontrer quelqu'un de souriant et d'avenant, plein de vie. J'ai d'ailleurs pu remarquer les difficultés pour certains soignants à me décrire des patients – à savoir comment ils se sentent aujourd'hui, ou encore me décrire le patient au niveau relationnel – sans entrer dans une description médicale de la maladie. Pourtant, mon intervention suscite des interrogations, par exemple une étudiante infirmière me demande si elle peut assister à une séance de relaxation avec une patiente qu'elle connaît. J'accepte et échange ensuite avec elle sur ce qu'elle a pu observer ou sur ses questionnements. Progressivement, les indications pour la psychomotricité se font plus précises, et s'axent généralement sur les angoisses et les douleurs des patients.

Je fais également face aux limites du stage à savoir n'être présente qu'un seul jour par semaine. Le suivi me semble insuffisant vis-à-vis des patients, plusieurs fois certains patients m'ont eux-mêmes demandé s'il était possible que je les vois davantage, tout comme la demande m'a déjà été faite par un médecin ou une infirmière de la douleur, « *est-il possible que tu la revoies demain ?* ».

Le statut de stagiaire ne me permet pas non plus de laisser, en mon nom, une trace de mes séances sur les dossiers des patients. Avec l'aide de la cadre de santé, nous convenons alors que je laisse à l'infirmière coordinatrice une trace écrite qu'elle retranscrit ensuite sur les dossiers. J'ai toutefois accès, grâce à des identifiants qu'une infirmière m'a prêté, à l'ensemble des dossiers patients.

J'ai également eu l'occasion de participer à deux séances de groupe de parole avec l'équipe soignante. Si je n'ai pas osé prendre la parole pendant ces temps, je fus rassurée de constater que les soignants ont également beaucoup de questionnements et de doutes quant à leurs soins.

Partie 2 : Des rencontres singulières

Au cours de ce stage, j'ai fait de nombreuses rencontres toutes aussi enrichissantes les unes que les autres. Certaines se sont accompagnées d'un suivi à long terme, d'autre d'un suivi de quelques semaines alors que d'autres encore se sont suffi d'un simple entretien, d'une discussion.

Je vais présenter ici trois prises en charge différentes : celle de Madame G, de Madame D, et de Madame R. J'ai choisi de relater les séances de ces personnes pour plusieurs raisons : d'une part, elles m'ont fait me questionner sur la perception du temps vécu pendant la maladie et de son impact sur la personne. D'autre part, elles illustrent le caractère extrêmement varié des prises en soin que l'on peut rencontrer en cancérologie et montrent la qualité d'adaptabilité que doit développer le psychomotricien, tant dans ses séances que par rapport à ce qui est possible physiquement et psychologiquement pour le patient.

I. Madame G

Je rencontre Madame G pour la première fois le lendemain de son arrivée dans le service où j'effectue mon stage. Cela fait toutefois trois semaines qu'elle est hospitalisée au sein de l'institut. Elle partage sa chambre d'hospitalisation avec une autre patiente, avec qui elle semble bien s'entendre. Madame G est une dame d'une corpulence assez forte, elle porte des lunettes et est sous oxygénation. Elle est souriante. A cette première rencontre elle est assise dans son lit, je remarque que le dossier de celui-ci est très relevé, formant un angle de 75 degrés.

I.1. Anamnèse

Madame G est née en 1955, elle est donc âgée de 60 ans lors de notre rencontre. Madame G est atteinte d'un cancer du sein droit et d'un cancer pulmonaire, les diagnostics sont récents. Elle est divorcée depuis une vingtaine d'années et a trois enfants, « *deux filles et un fils, déjà grands* ». Madame G vit seule dans un pavillon en banlieue parisienne, « *j'ai appris à être seule, alors je sais m'occuper, j'aime lire et laisser mes pensées vagabondées* ». Jeune retraitée, elle était inspecteur des finances publiques. Madame G semble bien entourée, elle est toujours en contact avec ses anciennes collègues qui la soutiennent.

I.2. Entretien et évaluation psychomotrice

Madame G est décrite par l'équipe soignante comme étant une dame sympathique mais qui est très douloureuse et anxieuse. Suite à ces indications, je vais à sa rencontre.

Madame G me relate avec facilité et précision les étapes de son hospitalisation. Un cancer du sein droit lui a été diagnostiqué courant octobre 2015, facilement opérable et nécessitant une mastectomie⁵ partielle, elle qualifiera son cancer comme « *la cinquième roue du carrosse* ». Plus tard, elle est hospitalisée pour cause d'un syndrome vasculaire pulmonaire⁶ l'empêchant de respirer correctement. Des examens complémentaires montrent, peu de temps après, la présence de nodules pulmonaires⁷ cancéreux. Le cancer du poumon semble être davantage source d'inquiétudes pour Madame G.

Les diagnostics, très rapprochés, ont bouleversé Madame G. Lors de l'entretien elle me fait part des angoisses qui lui sont survenues suite à ces annonces. Les termes médicaux l'ont marqué, elle les reprend « *cancer, nodules, masses tumorales, c'est effrayant. Vous savez, j'ai eu peur de mourir quand je suis arrivée ici* ». De plus, la vue de son scanner lui a renvoyé des images qu'elle exprime comme invasives, tout en me montrant sur son corps la partie thoracique. Elle terminera par mentionner un besoin d'avoir « *une représentation de cette maladie, de savoir contre quoi se battre* » car « *vous savez je ne suis pas une scientifique* ». Elle reviendra sur ces impressions d'invasion et mentionnera la notion d'impuissance face à la maladie au moment où je m'enquiers de son sommeil. Madame dit avoir des difficultés à s'endormir depuis l'annonce de son diagnostic. Puis elle me fera également part de son appréhension à commencer les traitements. Chimiothérapie et radiothérapie lui sont programmées.

Madame G se plaint également de son dos, elle présente un tassement des vertèbres au niveau des lombaires. Cela lui est très douloureux et limite ses déplacements, « *je me sens bloquée, inconfortable depuis des semaines et il n'y a rien à y faire* ». Elle n'en dira pas plus sur ses ressentis corporels.

Tout au long de l'entretien, Madame G est restée fixe dans sa position. Elle est calme et s'exprime à voix basse. Le dossier du lit est toujours bien relevé, l'amenant à une position

⁵ La mastectomie est l'ablation d'un sein.

⁶ Le syndrome vasculaire pulmonaire englobe l'ensemble des signes traduisant une variation pathologique du calibre, du nombre ou de la situation des vaisseaux pulmonaires visibles sur les radiographies simples du thorax. Cette variation peut être localisée ou généralisée.

⁷ Les nodules pulmonaires sont des grosseurs dans les poumons.

assise, ses jambes sont légèrement repliées. Madame G est sous oxygène et sa respiration me semble haute, thoracique. Elle ne présente toutefois aucun signe d'essoufflement lorsqu'elle s'exprime.

Je demande à Madame G de réaliser le dessin d'un bonhomme⁸ : Madame G dessine un bonhomme d'une grande simplicité et d'un trait presque continu. Elle dessine des épaules larges « *comme moi* ». Le dessin est peu détaillé, elle reviendra sur les détails du visage à la fin. Madame G nommera son dos comme zone désagréable et mentionnera le sourire comme zone agréable en le modifiant sur son dessin « *malgré ce qui nous arrive, on essaie de garder le sourire* ».

Conclusion : Madame G semble désemparée face à ces événements, à ce qui lui « *tombe dessus* ». L'inconnu de la maladie et de son avenir est source d'anxiété qu'elle exprime sans peine mais qu'elle ne parvient pas à gérer. La douleur, sa faiblesse respiratoire et les images invasives de la maladie se répercutent sur son corps, son autonomie, sa posture. Madame G semble désinvestir son corps et son image corporelle est bouleversée, assaillie par des représentations effrayantes. Curieuse et demandeuse de savoir ce que je peux lui apporter, elle accepta le suivi en psychomotricité.

I.3. Le projet thérapeutique

L'accompagnement psychomoteur a pour projet de permettre à Madame G de réinvestir progressivement son corps par le biais de la relaxation. Il sera intéressant de lui faire prendre conscience des répercussions psychomotrices que l'anxiété et la douleur ont sur sa corporéité. L'objectif est de l'aider à mieux appréhender son anxiété en s'appuyant sur des repères corporels propres et qu'elle puisse éprouver des ressentis corporels autres que la douleur.

Il est difficile à Madame G de se mobiliser à cause de sa douleur dorsale. L'anxiété générée par le contexte médical développe un recrutement tonique important, ce qui aurait tendance à provoquer davantage de douleur. Face à ce cercle vicieux, la relaxation semble appropriée afin que, dans un premier temps, Madame G éprouve un relâchement global aussi bien physique que psychique et qu'elle se recentre sur ses éprouvés corporels. Dans un second temps, les séances de relaxation auront pour objectif de revaloriser l'image corporelle de Madame G.

⁸ Cf. ANNEXE 2, p100.

I.4. Une évolution

Le suivi psychomoteur de Madame G s'étend sur plusieurs semaines. Je relate ici les séances qui m'ont paru les plus intéressantes.

I.4.a. 1^{ère} séance : une découverte

La première séance se déroule l'après-midi suite à notre entretien, nous profitons de l'absence de sa voisine. Madame G est dans une position similaire au matin toujours dans son lit. Elle se voit rassurer lorsqu'elle entend qu'il n'y a pas de position particulière à adopter et qu'elle peut conserver la sienne. Elle m'informe qu'elle n'a jamais pratiqué la relaxation mais que cela l'intéresse beaucoup, elle a des amies qui en ont fait l'expérience. J'accompagne la séance de relaxation avec une musique et en tamisant la lumière afin de favoriser un cadre contenant dans la chambre d'hôpital. J'effectue une relaxation dynamique à induction verbale de type Dupont en axant celle-ci sur la respiration. La séance dure environ trente minutes. Au cours de celle-ci j'observe des modifications corporelles chez Madame G : ses jambes se relâchent et s'ouvrent, les articulations de hanches étant en rotation externe. Je perçois également un relâchement au niveau de la ceinture scapulaire. Madame G émet quelques ronflements, plusieurs fois elle semble s'endormir mais se remobilise légèrement. Du temps lui est nécessaire pour faire sa reprise que je dois induire plusieurs fois. Elle s'étire finalement le dos en l'arc-boutant et se positionne en décubitus latéral droit, elle est ainsi tournée vers moi. Doucement elle ouvre les yeux et me regarde longuement. Je sens que du temps lui est nécessaire pour que ces nouvelles sensations se cristallisent dans son esprit et qu'elle puisse les mettre en mots. Je garde donc le silence. Puis Madame G va lâcher un « *wouah* » à voix basse, les larmes lui montent aux yeux « *ça fait longtemps que je ne me suis pas sentie comme cela* ». Elle cherche encore ses mots mais son regard parle. Elle s'étonnera ensuite d'avoir pu étirer son dos « *c'est comme si j'avais senti chaque vertèbre. Là j'ai su que c'était le bon moment pour m'étirer.* » Elle s'excuse pour son émotivité, « *mais ça fait un bout de temps que je n'ai pas lâché-prise comme cela et là je l'ai senti. J'ai senti quand j'ai lâché le contrôle, j'avais tellement de tensions.* » Elle me remerciera chaleureusement et espère me revoir la semaine prochaine.

I.4.b. Le début d'une lutte

Madame G semble plus apaisée. Elle sourit à mon arrivée. Elle a réussi à trouver des réponses à ses questions et a commencé sa chimiothérapie il y a trois jours. Un médecin lui

a schématisé son cancer pulmonaire, représentant des poumons avec une masse noire autour de la bronche droite. Maintenant elle « *visualise ce contre quoi elle doit se battre* ». Par ailleurs, Madame G est satisfaite d'avoir commencé sa chimiothérapie, même si « *ce n'est pas la grande forme aujourd'hui, je me sens flasque.* » Le traitement l'a fatiguée et lui a provoqué des œdèmes⁹ au niveau du visage, des mains et des pieds. Son dos lui est toujours douloureux, Madame G conserve une position en décubitus dorsal et limite toujours ses déplacements. Elle a très bien investi les séances de relaxation. Elle en est demandeuse. Suite à cette séance de relaxation, Madame G a toujours besoin d'un temps de reprise important, elle étire son dos puis ses membres inférieurs et supérieurs. Sa verbalisation s'attarde d'abord sur son dos qu'elle a pu « *allonger de trois centimètres* » puis progressivement elle constate un mieux-être général. Elle revient sur les différentes étapes de la relaxation, sur la manière dont elle a pu percevoir l'ensemble de son corps « *lourd et porté* » et conclut par « *je n'avais plus possession de mon corps, maintenant je l'ai repris* ».

I.4.c. Un moment de confort

Madame G a changé de chambre et a une nouvelle voisine. Le parvis est déployé. Madame G est assise sur le bord de son lit, quand j'entre dans sa chambre elle se peigne, « *vous voyez, ça commence* » m'annonce-t-elle en montrant son peigne plein de cheveux, « *les effets de la chimio... mais bon c'est secondaire ça* ». Madame G a décidé qu'elle se raserait la tête avant qu'elle les perde tous et puis « *ma fille a déjà prévu de m'apporter de jolis foulards et de me faire des coiffes* ». Je m'enquiers alors de son état général. Madame G a commencé les séances de radiothérapie cette semaine. Elle a dix séances consécutives en même temps que la chimiothérapie. Elle me décrit avec précision le programme de ses traitements. Cet emploi du temps chargé semble la reconforter. De plus, elle est soulagée et rassurée car elle supporte bien les traitements malgré les œdèmes toujours présents. Elle a d'ailleurs une séance de radiothérapie cet après-midi, Madame G est rassurée que nous puissions tout de même effectuer la séance de psychomotricité après celle-ci. Elle perçoit que son dos va mieux et fait de légères rotations du buste comme pour m'en donner la preuve.

Lorsque je reviens l'après-midi, Madame G est allongée sur son lit, elle se repose. Je constate qu'elle enlève son oxygène pour la séance de relaxation, ce qu'elle n'a jamais fait

⁹ Un œdème correspond au gonflement d'un organe ou d'un tissu dû à une accumulation ou un excès intratissulaire de liquides dans le milieu interstitiel.

auparavant. Elle s'installe confortablement et demande à ce que je baisse légèrement le store. Au cours de la séance, Madame G aura des râles respiratoires qu'elle qualifiera effectuer par plaisir et des spasmes musculaires signes d'un relâchement physique et d'un approfondissement. Madame G verbalise autour de certaines tensions qu'elle a pu percevoir et relâcher au cours de la relaxation. Elle est étonnée car elle n'avait pas conscience de ses tensions au visage « *j'ai senti ma mâchoire se relâcher, je n'avais même pas idée que j'étais aussi tendue* », elle apprécie de pouvoir respirer sans effort. Madame G fait le lien avec sa maladie et d'un geste me montre le haut de son thorax, son cou et sa mâchoire « *quand j'ai vu mon scanner, j'ai eu une sensation d'étouffement et j'ai eu l'impression d'avoir un carcan tout là. [...] Aujourd'hui c'est comme si j'avais pu l'enlever, ça fait du bien. C'est un vrai voyage interne, vous me faites du bien.* »

I.4.d. Un nouveau départ

Madame G est ravie, elle va enfin pouvoir sortir de l'institut. Elle a fini sa première cure de thérapie et va pouvoir profiter des fêtes de fin d'année en famille. Elle se sent mieux, aussi bien physiquement que psychiquement. Elle se tient assise, redressée sur son lit. Elle m'explique que maintenant quand elle a des difficultés à s'endormir, elle essaie de prendre le temps de respirer, comme au cours de nos séances, plutôt que de s'énerver. Madame G a de beaux projets pour les vacances « *mes enfants et petits-enfants viennent, on a loué une maison en campagne, pas très loin de Paris, on va être tous ensemble* ». Je m'enquiers alors sur le vécu de son hospitalisation. Elle est très satisfaite des soins et de l'équipe qu'elle trouve très agréable, efficace et rassurante. Lors de ses séances de traitements, elle dit avoir fait de belles rencontres « *les gens sont très humbles* », « *je crois que la maladie change les gens, on n'a plus les mêmes perceptions de plaisir, du bonheur...* ». Depuis l'annonce de ses cancers, Madame G « *prend goût de chaque minute qui passe* ». Madame G est restée hospitalisée durant huit semaines, le temps de l'hospitalisation ne lui a pas paru si long « *c'est nécessaire et j'ai toujours de quoi m'occuper, mais ici le temps est très fractionné et on n'a pas vraiment notre espace à nous* ». Elle me remerciera chaleureusement pour ce que je lui ai apporté.

Madame G choisira d'être admise dans une clinique de soins de suite et de réadaptation (SSR) pour la suite de sa prise en charge plutôt que de rentrer chez elle.

II. Madame D

Je rencontre Madame D pour la première fois dans sa chambre où elle est installée, habillée sur son lit, en position semi-allongée. Elle semble se reposer. Madame D est d'une corpulence normale, ses cheveux mi-courts lui tombent sur les yeux, elle porte des lunettes. Madame D est perfusée.

II.1. Anamnèse

Madame D est âgée de 58 ans. En 2005 elle a été atteinte d'un cancer du sein gauche dont elle a été opérée partiellement. Aujourd'hui, elle présente des métastases pulmonaires, pleurales¹⁰, osseuses et un carcinome péritonéal¹¹. Elle fut hospitalisée pour effectuer un drainage des voies biliaires et en vue d'une reprise de chimiothérapie. Suite à sa rechute Madame D souffre d'une dépression, elle est sujette à des reflux gastriques et à des douleurs abdominales.

Madame D est mariée et a un fils de 30 ans qui vit en région Parisienne. Elle reste très évasive sur son entourage. Madame D était une femme active, elle occupait le poste de cadre de direction d'une banque d'assurance. Sportive, elle pratiquait la natation et appréciait aller aux sports d'hiver. Elle aime également dessiner. Elle mentionne que maintenant elle est en retraite anticipée pour inaptitude au travail.

II.2. Entretien et évaluation psychomotrice

Madame D est décrite par les soignants comme une patiente très réservée. Elle souffre d'un syndrome dépressif qui entraîne un important ralentissement psychomoteur. Madame D reste autonome dans ses tâches quotidiennes mais aime solliciter les soignants pour quelques services.

Dès notre rencontre je constate le moral bas de Madame D. Son débit de parole est lent, monotone, elle laisse souvent un laps de temps avant de répondre et son visage n'exprime aucune émotion. Elle m'explique les raisons de son hospitalisation sans jamais mentionner le cancer. Cela fait déjà trois semaines qu'elle est là « *c'est la première fois que je suis hospitalisée et j'ignore quand je vais pouvoir sortir* ». L'ignorance sur la durée de son hospitalisation l'empêche de faire de nouveaux projets.

¹⁰ Métastase au niveau de la plèvre.

¹¹ Métastase au niveau du péritoine.

Sur le plan corporel Madame D se plaint rapidement de ses pieds qui sont gonflés par des œdèmes, elle explique que c'est parce qu'elle ne marche pas assez. Cela ne lui est pas douloureux, juste contraignant pour se déplacer. Elle affirme essayer de se promener régulièrement, de sortir de sa chambre parfois pour aller jusqu'au jardin mais dit être rapidement fatiguée. Madame D exprime une peur de perdre son autonomie et de ne plus pouvoir marcher « *je vois bien que je suis de moins en moins capable* ». Elle présente également des douleurs au niveau du ventre où elle a développé une infection suite au drainage biliaire. Elle se plaint d'un ventre gonflé. Elle dit d'ailleurs ne pas trop pouvoir manger, « *ça ne passe pas* ».

Elle me confirme se déplacer et effectuer sa toilette seule dans sa salle de bain.

J'ai pu effectuer avec Madame D certains tests psychomoteurs.

- L'examen du tonus : Je demande à Madame D de s'asseoir sur le bord de son lit. Madame D effectue lentement le transfert avec beaucoup de précaution. Elle se plaint de ses pieds « *trop lourds* », je baisse alors la hauteur du lit afin qu'ils reposent au sol. Son tonus axial semble faible, ses épaules sont basses et son dos est légèrement enroulé. Je ne perçois aucune résistance tonique dans les mobilisations que ce soit au niveau des membres supérieurs ou inférieurs. Durant l'examen, j'ai la sensation d'avoir un corps « mou » dans mes mains, un corps coulant.

- Le time up and go adapté : Madame D prend le temps de se mettre debout, elle fait attention à bien positionner ses pieds. Elle est sujette à de très légers déséquilibres lorsqu'elle se redresse et cherche des yeux où prendre appui, ce qu'elle n'aura pas besoin de faire. Elle attend mon accord pour commencer à marcher. Je déplace la perfusion à son rythme. Son polygone de sustentation est suffisant. Toutefois elle ne lève que peu ses pieds, ils frottent parfois légèrement le sol et ses pas ne sont pas grands. Madame D se tient droite, son regard est bien orienté face à elle. Sa démarche est lente, elle va tout de même jusqu'au couloir. Elle effectue un demi-tour par petits pas. Elle se rassoit sur son lit toujours avec la même prudence et dit « *vous voyez, ce n'est pas terrible* », Madame D a intégré un sentiment d'échec.

- Le dessin du bonhomme¹² : Madame D met du temps avant de commencer à dessiner un homme de profil, elle semble réfléchir, ou est-ce le vide dans ses

¹² Cf. ANNEXE 3, p101.

pensées ? Elle travaille les contours par plusieurs traits qui se superposent les uns aux autres, formant une discontinuité, le visage n'est toutefois pas détaillé. La patiente me confirme avoir pratiqué le dessin. Les traits ne sont toutefois pas appuyés laissant l'impression d'une « personne effacée ». Madame D identifie comme zone douloureuse l'ensemble du tronc, l'épaule gauche, les parties génitales et ses pieds. Elle aura du mal à identifier une zone agréable, elle garde le silence un moment en regardant son bonhomme et me désigne finalement les dents.

Conclusion : Madame D est une dame très réservée. Elle s'exprime sur sa maladie qu'au travers de symptômes douloureux ou visibles. Mis à part son fils et son mari, Madame D semble s'être isolée de son entourage, ce que me confirmera l'infirmière. Elle présente un ralentissement psychomoteur important qui se retrouve au niveau relationnel, psychique et moteur et qui s'exprime par une hypotonie globale. Madame D semble se dévaloriser facilement et avoir peu confiance en elle, en son axe corporel, malgré ses capacités physiques. J'ai pu percevoir une once d'appréhension quant à son avenir, elle s'interroge sur l'évolution de ses capacités, sur son temps d'hospitalisation. Toutefois, elle semble demandeuse de se mobiliser afin de conserver le maximum d'autonomie dans ses activités quotidiennes.

II.3. Le projet thérapeutique

L'accompagnement psychomoteur tendra à accompagner Madame D vers une revalorisation de ses capacités ainsi que l'aider à retrouver un plaisir dans le mouvement, la marche. Il semble important de proposer à Madame D des exercices valorisants afin qu'elle retrouve confiance en elle et de solliciter la prise d'initiative. Je tenterai d'apporter à Madame D différentes stimulations psychomotrices afin qu'elle retrouve des points d'appuis corporels ainsi qu'une aisance dans sa motricité. Le projet psychomoteur s'axe ainsi vers une mise en mouvement du corps, une prise de conscience corporelle et une revalorisation narcissique.

Face à la perte de mobilité et à l'alitement, la recherche d'axialité vient s'inscrire comme un objectif de travail. L'axialité s'appuie sur la verticalisation ; un processus qui construit le socle du sentiment de sécurité interne et qui est porteur de valeurs narcissiques, des dimensions d'autonomie, de confiance en soi en modifiant le rapport de la personne à son environnement (Robert-Ouvray S., Servant-Laval A., 2011, p171). Il permet ainsi une affirmation du sujet. Un travail sur les différents appuis et l'ancrage au sol peut consolider

l'axialité du sujet. Il peut être effectué à travers une approche perceptive, sensorielle et motrice : stimulations sensorielles, transferts du poids du corps, etc.

Les différents soins subis par Madame D sont à l'origine d'une perte de repères et mettent à mal l'intégrité de l'enveloppe corporelle, support du narcissisme, qui est devenu « molle ». Au vu des traitements invasifs, le toucher thérapeutique pourra permettre à Madame D de réinvestir l'ensemble de son corps en proposant un contact contenant et structurant. Un travail de conscience corporelle semble également pertinent. Les organisations posturales et toniques pourront être affinées dans leurs observations, perceptions et sensations ; elles pourront être abordées par le mouvement ou encore la respiration.

Madame D accepta facilement la prise en charge en psychomotricité, je la perçois dans un premier temps sceptique « *ce n'est pas ça qui va me guérir* », mais finalement demandeuse de se mobiliser et terminera la première séance par « *comment fait-on pour la prochaine fois ?* ». Je lui affirme alors que je passerai la voir.

II.4. Une évolution

Madame D est restée longtemps hospitalisée pour cause d'infection pleurale¹³ et de dégradation de son état général, pour cela je relaterai son suivi en psychomotricité de manière globale en m'appuyant sur des séances qui m'ont paru particulièrement intéressantes et où j'ai pu percevoir une quelconque évolution.

II.4.a De septembre à novembre 2015 : un désir de se mobiliser

Au début de la prise en charge, Madame D me sollicitait souvent pour que je lui déplace des objets, comme sa table, sa chaise ou des vêtements dans sa chambre, tout en s'excusant « *je suis désolée, je sais bien que ce n'est pas votre travail* ». Lors des premières séances, Madame D se plaint régulièrement de ses pieds qui sont très gonflés et qui représentent « *un poids* » pour elle, elle dit ne plus pouvoir marcher. De plus, ses pieds sont très desséchés. Je commence ainsi la prise en charge par un toucher thérapeutique des membres inférieurs afin d'apaiser ces tensions permanentes et de stimuler la voûte plantaire. Madame D profite de ces moments pour se détendre et parfois pour exprimer ses craintes, « *ça ne va pas fort, je ne vais pas pouvoir reprendre la chimio* ». En effet pour cause d'une infection pleurale, Madame D doit subir une nouvelle opération sous anesthésie générale. La

¹³ Accumulation anormale de liquide dans la cavité pleurale.

répétition de ses infections la décourage, c'est source de grande préoccupation, elle a l'impression de ne pas s'en sortir « *l'infection reviendra, si c'est aujourd'hui, ça sera dans quelques jours aussi* », de plus les opérations et les anesthésies sont difficilement supportables.

Progressivement, à la fin du toucher thérapeutique, Madame D exprime l'envie de se mobiliser davantage. Nous commençons alors par un éveil corporel des différentes articulations en y associant la respiration afin de favoriser un maintien de l'axe suffisant. Madame D semble se fatiguer rapidement, ses membres lui paraissent lourds à soulever. Je lui propose tout de même de se mettre debout afin de tester son équilibre par un exercice de repousser/résistance impliquant la régulation tonique. Volontaire, Madame D demandera même à effectuer quelques pas avant de se rasseoir. Plusieurs séances se déroulent de cette manière, nous travaillons debout, l'axe corporel, la posture, la régulation tonique, et de plus en plus, Madame D est volontaire pour aller marcher.

Madame D se sent très affaiblie et voit ses capacités se réduire, « *je deviens un légume* » me dit-elle, elle mentionne qu'elle ne peut plus effectuer sa toilette seule. Elle se dévalorise beaucoup. Je tente alors de la revaloriser, en la désapprouvant, en m'attardant sur ce qu'elle avait fait le matin même. Il s'avère finalement que Madame D a bien fait sa toilette seule mais que l'aide-soignante était présente au cas où. Ces pieds, gonflés, sont devenus « *trop lourds* » pour elle. Je profite alors qu'elle soit assise sur le bord de son lit pour stimuler ses voûtes plantaires à l'aide d'une balle à picot. Ses pieds ont conservé toute leur sensibilité, je la laisse explorer elle-même ces sensations. Je l'invite ensuite à se lever, à percevoir les différents appuis plantaires en oscillant légèrement, en déplaçant le poids de son corps vers l'avant, l'arrière, les côtés. Je valorise beaucoup Madame D en la félicitant et en lui montrant ses capacités physiques. Après ce travail, Madame D me sollicite pour aller marcher, aller dans le jardin car « *ça fait longtemps que je n'ai pas pu y aller et je crois que ça me ferait du bien* ». Elle me demande de l'aide pour enfiler ses chaussures. Sa démarche est lente, elle effectue des petits pas. Elle semble s'appuyer sur sa perfusion pour se déplacer et est sujette à de légers déséquilibres. Je l'encourage à aller jusqu'au jardin comme nous l'avions convenu malgré son manque de confiance et son découragement, elle ne pense pas y parvenir. Pourtant, à son rythme nous y arrivons. Madame D est satisfaite de pouvoir s'y assoir et de prendre l'air. Je la raccompagne ensuite dans sa chambre et je constate que sa démarche est différente, elle tire désormais sa perfusion derrière elle. Elle me remercie plusieurs fois, ce qui est peu habituel de sa part.

La fois suivante, je perçois un mieux-être, Madame D est souriante et son regard est plus vif, « *on fait aller* » me dit-elle. La démarche de Madame D est également plus assurée et elle se tient bien droite. Elle accepte que je pousse sa perfusion à ses côtés. Au cours de cette séance, Madame D se confie davantage. Une reprise de la chimiothérapie est envisagée, ce qui l’effraie car elle n’est pas sûre d’être capable de supporter de nouveau le traitement. Madame D n’émet jamais le souhait de rentrer à son domicile, elle dit en être incapable et préfère rester hospitalisée.

II.4.b. De novembre à décembre 2015 : un dernier voyage

Madame D fut hospitalisée pendant neuf jours dans un autre hôpital pour effectuer de nouveau une ponction pleurale. A son retour elle est amaigrie, elle verbalise d’ailleurs ne plus avoir de force musculaire « *je suis restée allongée toute la semaine, ce n’est pas aujourd’hui que je vais faire le marathon* ». Sa voix est faible. Elle ne se sent pas capable de se mobiliser et me demande de mettre de la crème sur ses pieds. Elle m’annonce qu’elle est maintenant incontinente et qu’elle porte une protection. Je perçois que la perte d’autonomie de plus en plus flagrante est difficile à accepter, Madame D se sent vieillie. Parallèlement, des séances de kinésithérapie sont mises en place dans un objectif de renforcement musculaire. De plus, depuis son retour Madame D demande désormais à ce que l’on laisse la porte de sa chambre ouverte. Cela m’a interrogée, est-ce dans un désir d’être en contact avec des gens ? Ou de pouvoir interpeller plus facilement les soignants ? Se sent-elle angoissée de rester seule ? Quoi qu’il en soit, l’ouverture de son espace privé révèle une peur de se retrouver seule, d’être abandonnée. Si Madame D s’était petit à petit ouverte à moi au fil des séances, je la retrouve de nouveau dans un retrait relationnel, ne laissant rien paraître. C’est, pour moi, l’expression d’une grande souffrance. J’ai alors l’impression de revenir au point de départ de la prise en charge.

A partir du toucher thérapeutique, j’axe progressivement les séances autour de la relaxation de type Feldenkrais ou à des mobilisations activo-passives de type Wentrebert. Face à la pauvreté des verbalisations de Madame D j’associe progressivement des visualisations à la relaxation. Le premier essai fut un succès et ouvre Madame D à exprimer ses désirs. De plus, je ressens chez elle un besoin de rester active et de garder une certaine maîtrise dans les séances. Je l’invite alors à participer à la création du cadre de la relaxation, à partager des images qui l’habitent, des paysages dans lesquels elle aimerait se trouver. Elle investit à son rythme ce temps pour exprimer ses envies de voyage, de se retrouver à la

montagne, à la mer, d'être dans l'eau, elle mentionne des grands espaces de liberté. Ainsi, au cours des différentes relaxations, je la guide en l'invitant à se concentrer sur différents ressentis corporels, à prendre conscience de la perception de ses mouvements, de sa respiration, je l'accompagne dans l'exploration de ces espaces, tout en lui laissant une grande liberté d'intervenir. Au début, Madame D s'appuie beaucoup sur mes représentations, puis doucement elle se laissera aller à évoquer les siennes.

Je vais relater ici une de ces séances où nous effectuons l'un de ces voyages ensemble, où nous allons à la montagne et descendons les pistes de ski. Madame D est allongée sur son lit, après un balayage corporel, je l'invite à se concentrer sur sa respiration, sur l'air frais qu'elle inhale, qu'elle peut ressentir sur sa peau, comme à la montagne. Je la laisse visualiser l'endroit idéal, elle se verra, emmitouflée dans des vêtements chauds à l'entrée de son logement de montagne, entourée par la neige. Elle évoque un logement chaleureux qui me fait penser à un cocon. Ses jambes sont légèrement pliées sur le lit, lentement et en la guidant avec le toucher je lui propose de basculer les deux jambes ensembles vers la droite, de revenir dans l'axe du corps et de les basculer ensuite vers la gauche. La respiration accompagne le mouvement, l'expiration s'alliant au basculement et l'inspiration à l'effort de revenir au centre. Je remarque que son bassin participe légèrement aux mouvements, elle m'explique qu'elle « *était au ski* », « *j'ai descendu la piste* », un sourire apparaît sur son visage. Madame D s'y est vue ou plutôt elle l'a vécu, elle s'étonne de la sensation qu'elle a perçue. Elle évoque également une sensation de bercement par le mouvement lent des jambes. Si elle affirme que cela lui a fait du bien de « *s'évader* », la verbalisation reste pauvre. Madame D semble restée dans ses pensées.

L'état général de Madame D se dégrade, elle présente des difficultés à parler, à articuler, elle ne s'exprime désormais que par des mots-phrases et reste alitée. Je perçois chez Madame D de l'inquiétude, le sourire n'est pas là et elle semble même, par moment, éviter mon regard, « *je suis très fatiguée* ». Je suis touchée par son état émotionnel qui me fait entendre qu'elle a conscience que la fin est proche, qu'il n'y a plus d'espoir. J'en prends réellement conscience à cet instant également. Je me demande si ma présence est de trop, peut-être préfère-t-elle rester seule pour se reposer. Pourtant, Madame D souhaite que je reste et me demande de réaliser une séance, « *ça peut me faire du bien* ». Je favorise alors un dispositif très contenant, alliant les stimulations sensorielles à un accompagnement verbal et musical. Je sens la respiration de Madame D s'apaiser, ses yeux sont mi-ouverts,

par instant elle les fermera. Je reste ensuite à ses côtés, laissant le fond musical, orientant son visage vers le mien, un léger « *merci* » s'échappera de sa bouche.

Quand je sors de la chambre j'ai conscience que c'était sans doute notre dernière séance. Je suis touchée et à la fois rassurée d'avoir pu lui apporter un moment de confort.

Madame D décèdera quelques jours plus tard.

III. Madame R

Madame R occupe une chambre seule. Des affaires, des livres traînent sur sa table et sur le bord de fenêtre. Madame R est grande et mince, sa peau est bronzée et ses cheveux bruns très courts laissent penser à une repousse récente. C'est une personne souriante et très bavarde. Je la rencontre suite à la demande de l'équipe soignante qui la trouve très angoissée.

III.1. Anamnèse

Madame R est âgée de 38 ans, elle est photographe et bibliothécaire « *en attendant de trouver autre chose* ». Elle est maman d'une jeune fille de sept ans. Un cancer du sein lui a été diagnostiqué en 2013 et les examens ont révélés qu'elle était porteuse du gène BRCA 1¹⁴. Elle a subi une mastectomie totale des deux seins. Les antécédents familiaux sont importants, sa mère est décédée en 2004 d'un cancer ovarien, sa grand-mère d'un cancer pelvien et sa tante est également atteinte d'un cancer du sein. Depuis le décès de sa mère Madame R est suivie par une psychologue. Elle est actuellement hospitalisée depuis une semaine.

III.2. La première rencontre

III.2.a Entretien et évaluation psychomotrice

Je rencontre Madame R alors qu'elle a appris, il y a peu qu'il lui fallait recommencer une cure de chimiothérapie. Cette nouvelle est inattendue. Rapidement, Madame R me fait part de ses angoisses, de ses peurs. Madame R est sujette à des crises qu'elle n'arrive pas à contrôler. Elle affirme que celles-ci surviennent la nuit, elle se réveille transpirante avec la sensation d'étouffer. Elle me décrit également des crises qui lui sont apparues avant

¹⁴ Le gène BReast CAncer 1 est un gène de prédisposition au cancer du sein.

l'administration des traitements, notamment en entrant dans la salle de l'hôpital de jour de chimiothérapie.

Madame R n'utilisera pas le mot « cancer » mais l'appellera « *cette chose* ». Elle le décrit comme quelque chose de vivant, « *j'ai l'impression que cette chose me grignote de l'intérieur* ». La patiente sait que sa maladie est effrayante, c'est à l'origine de ses angoisses.

Madame R ne verbalise pas sur son état corporel, ni sur ses opérations. Son esprit est uniquement préoccupé par les angoisses qui la submergent.

Pendant cet entretien, elle adoptera une position de repli sur son lit en rapprochant ses jambes vers son torse et en les enlaçant parfois de ses bras. Ce recroquevillement à l'évocation de ses angoisses ne me semble pas anodin et pourrait révéler un besoin d'unification corporelle.

Madame R est bien entourée, son conjoint et sa sœur lui rendent visite tous les jours.

Je demande à Madame R de réaliser le dessin du bonhomme¹⁵ : Elle sourit à l'idée de dessiner une personne « *ça fait longtemps que je n'ai pas fait ça* ». Elle dessine un visage d'homme. Elle sera précise dans les détails du visage mais ne dessinera pas le reste du corps. Elle identifiera ensuite une ressemblance avec son médecin.

La patiente a légèrement connaissance de la psychomotricité, une de ses amies est psychomotricienne. Toutefois elle ignore le type d'intervention effectué auprès des adultes, elle prend alors le temps de s'intéresser au travail que l'on peut faire ensemble et souhaite réaliser une séance de relaxation.

III.2.b La première séance

La première séance est réalisée suite à l'entretien sur la demande de Madame R. Elle pose beaucoup de questions sur le déroulement de la relaxation, je ressens de nouveau son anxiété. Alors qu'elle s'installe je remarque sa position particulière, Madame R est allongée sur son lit, ses pieds sont appuyés sur le cadre de lit, ses mollets et ses genoux ne sont pas en contact avec le matelas. La patiente est dans une posture hypertonique. Si la musique semble l'apaiser cela n'est pas suffisant, Madame R garde les yeux ouverts, elle ne peut pas

¹⁵ Cf. ANNEXE 4, p102.

s'empêcher de parler alors que nous commençons à peine le travail de relaxation. Je ressens chez elle ce besoin de combler le vide, le silence. Sa réaction pendant la relaxation me déstabilise, c'est la première fois que je suis confrontée à une telle situation. Je me demande si j'effectue les choses correctement. Sans le vouloir, Madame R me communique son anxiété. Je dois alors moi-même retrouver un apaisement intérieur. C'est quand elle me dit « *je n'arrive pas à sentir le poids de mes jambes* » que je décide de faire une séance plus contenante en utilisant le toucher thérapeutique avec son accord. Tout en continuant l'accompagnement verbal, je procède alors à un toucher sous forme de pression sur l'ensemble de son corps. Lorsque j'arrive au niveau des jambes, elle les laisse enfin se poser sur le lit. Je peux percevoir un relâchement global et Madame R a fermé les yeux. Je continue ensuite en lui proposant un travail de respiration afin de maintenir la séance active. Madame R verbalise un mieux-être et est très demandeuse d'un suivi en psychomotricité.

III.3. Le projet thérapeutique

Cette première rencontre laisse entrevoir plusieurs problématiques psychomotrices.

Madame R décrit ici des angoisses et des représentations envahissantes de sa maladie. Au vu de son contexte familial, ses réactions sont appropriées, Madame R a peur de mourir. Ses angoisses nocturnes, son attitude de repli, son hypertonicité et son besoin de combler les vides sont des mécanismes de défense qui semblent également révéler des angoisses de morcellement. En prenant en compte son parcours médical, notamment les interventions chirurgicales, l'image corporelle de Madame R semble atteinte, elle est directement en lien avec un désinvestissement corporel. En effet, la patiente a des difficultés à se concentrer sur son corps et ses ressentis, elle ne perçoit pas le poids de son corps et recherche des appuis plantaires.

Le toucher thérapeutique paraît être une bonne indication afin de lui permettre de retrouver des repères corporels propres. Le toucher thérapeutique permet, en effet, une approche des différentes enveloppes du corps, allant de la plus superficielle à la plus profonde : la peau, la musculature et l'ossature. Le contact peut être direct (pressions, percussions osseuses, mobilisations...) ou encore indirect en introduisant un objet médiateur. Afin d'assurer une prise en charge sécurisante et contenante pour la patiente, il est nécessaire d'étayer les séances par un accompagnement verbal et musical. Ainsi, se forme une enveloppe physique et auditive.

III.4. Une évolution

III.4.a 2^{ème} séance

Je retrouve Madame R la semaine suivante, elle a repris son traitement de chimiothérapie et doit normalement rentrer chez elle dans les prochains jours. Ce retour à domicile la préoccupe « *ici, on s'occupe bien de nous, on n'a pas besoin de penser à tout ce qu'on a à faire à la maison. Et dès qu'on a le moindre problème il y a quelqu'un* ». Madame R se sent en sécurité à l'institut. Elle a également peur d'être trop fatiguée pour s'occuper de sa fille, elle appréhende de ne pas pouvoir assumer son rôle de mère à cause de la fatigue, de ne pas pouvoir faire face au regard de sa fille et à ses questions.

Suite à la séance, Madame R exprime un bien-être « *je sens mon corps léger et reposé* ». Le cadre thérapeutique semble être adapté. Madame R me dit qu'elle reviendra régulièrement à l'institut pour l'administration de son traitement, elle souhaiterait que je sois là pour ses chimiothérapies afin d'effectuer des séances de relaxation.

III.4.b. 3^{ème} séance

Madame R est de nouveau hospitalisée deux semaines après notre entrevue pour une aggravation de son état général. Son traitement est suspendu et Madame R est alitée, elle est très douloureuse au niveau des membres inférieurs ce qui l'empêche de se mobiliser. Son visage est enflé, elle présente un œdème à l'œil gauche. Ces modifications corporelles portent atteinte à son image du corps « *J'ai l'impression de n'être que cet œil, que tout mon corps est boursoufflé* ». Moi-même je suis désemparée face à ces changements, qui à mon entrée dans la chambre m'ont mis le doute « *suis-je dans la bonne chambre ?* ». Je mis en effet quelques secondes à reconnaître Madame R.

Malgré son état de santé, Madame R est désireuse de réaliser une séance de psychomotricité. Elle souhaite oublier cet œil qui prend trop de place. Je réalise une séance de relaxation en alliant le toucher thérapeutique à un accompagnement verbal. Je perçois un apaisement sur son visage, elle exprime « *enfin relâcher les tensions de la matinée* ». Elle conserve cet état de relaxation, les yeux fermés et en parlant doucement, elle s'intéresse à mon métier, ma formation, mon stage. Elle continuera sur ses projets de devenir traductrice littéraire. Madame R est toutefois consciente de son état et de sa perte de validité. Elle s'inquiète de son évolution, elle est dans l'incompréhension de ce qui lui arrive.

III.4.c. 4^{ème} séance

La semaine suivante les infirmiers m'annoncent que l'état de Madame R s'est encore aggravé. L'équipe soignante semble désemparée face à cette rapide évolution. Il semblerait qu'il y ait une atteinte neurologique, Madame R est très fatiguée, elle est désormais dans l'incapacité de communiquer verbalement. Suite à cette description, j'ai du mal à m'imaginer l'état de Madame R, elle qui était si bavarde. Cela génère en moi une forme d'appréhension. Il me semble tout de même important d'aller la voir, si la séance ne peut se dérouler au moins lui dire que j'étais là.

La toilette de Madame R est effectuée en début d'après-midi par une infirmière et une aide-soignante, ces dernières acceptent que je les accompagne, ce qui me rassure, je ne vais pas être seule. Madame R est allongée, elle ne réagit pas à notre entrée, ni à nos voix lorsque nous lui disons bonjour. Elle présente toujours des œdèmes au visage, mais également au niveau des mains. La toilette est un moment délicat et intime, les soignantes sont attentionnées, elles font attention à chacun de leur geste et verbalisent chaque acte qu'elles effectuent. Les douleurs de Madame R semblent importantes ce qui rend les mobilisations difficiles, elle les exprime par des sons graves et de légers cris. Nous percevons sa souffrance, une larme coule sur sa joue. A la vue de ce corps amaigri et mutilé une image me vient à l'esprit, Madame R est comme emprisonnée dans ce corps, ce corps qui ne lui est que douleur.

Suite à ce moment difficile, il me semble important de rester avec Madame R. Malgré la prégnante sensation d'impuissance, j'espère pouvoir lui apporter un moment de confort, si minime soit-il. Je mets la musique et lorsque je lui parle j'effectue un premier contact en posant ma main sur la sienne, Madame R tourne légèrement son visage vers moi. Sa respiration est haute. Comme la semaine dernière, je fais attention à mon toucher et j'enveloppe cette fois de mes mains les différentes parties de son corps, je suis davantage vigilante à ses réactions potentielles, je ne voudrais pas réveiller davantage de douleurs. J'observe les traits de son visage se relâcher et sa respiration s'apaiser. Au bout de quelques minutes Madame R s'endort.

Madame R décèdera quelques jours après.

CHAPITRE 2 :
Une nouvelle temporalité

Réflexions clinico-théoriques

Chapitre 2 : Une nouvelle temporalité

Partie 1 : Les temps du cancer

Lors de la première rencontre, le discours du patient retrace généralement le parcours médical. Les soins, les traitements et les atteintes corporelles sont rapidement évoqués. L'entrée dans la prise en charge oncologique laisse entrevoir une rupture dans l'historicité du patient. L'expérience de la maladie grave met clairement en avant le problème de la temporalité. Le temps est un organisateur fondamental qui permet à l'homme d'organiser sa perception du monde, de son propre corps, de son environnement, d'agir et de penser (Galliano A-C ; Pavot C ; Potel C ; 2011). La temporalité inscrit l'homme dans un projet, une historicité. Elle assume le passé et engage l'avenir, elle insère chacun dans un récit, une narration de soi.

Avant toute chose, il me semble important d'expliquer brièvement l'action du cancer sur l'organisme. Car ce stage m'a permis d'approfondir mes connaissances sur les maladies cancéreuses.

I. Qu'est-ce que le cancer ?

Le cancer n'est pas une pathologie nouvelle, les maladies cancéreuses sont présentes depuis des siècles et ont été décrites par Hippocrate.

Sur le plan médical, le mot « cancer » désigne plus de deux cents maladies différentes. Les nombreuses recherches ont permis de mieux comprendre leur fonctionnement.

Sur le plan biologique, les cancers ont une chose en commun : ils sont une altération des cellules de l'organisme. Celles-ci se multiplient de manière anarchique et prolifèrent. La transformation de la cellule normale en cellule cancéreuse est un long processus, qui peut durer des dizaines d'années. Au terme de cette transformation, la cellule cancéreuse devient indépendante vis-à-vis des signaux qui régulent habituellement sa croissance et sa division : elle possède désormais les capacités à échapper au processus de mort cellulaire programmée et de se diviser indéfiniment. Plus tard, les cellules cancéreuses parviennent à provoquer la formation de nouveaux vaisseaux sanguins qui irrigueront la tumeur et l'alimenteront en oxygène et en nutriments, ce qui permet à celle-ci de grossir. Par ailleurs, les cellules cancéreuses deviennent capables de s'insinuer dans les tissus sains voisins et de migrer dans

l'organisme pour donner des métastases. Elles sont également capables de corrompre les cellules qui les entourent et de les utiliser à leur avantage. Une tumeur est toujours formée par un agglomérat de cellules cancéreuses et de cellules normales, qui collaborent entre elles.¹⁶

Nous comprenons ainsi que le cancer est une maladie à long terme, considéré comme une Affection de Longue Durée (ALD)¹⁷. L'ALD est une maladie dont les soins et le suivi s'effectuent sur une durée prolongée de plus de six mois.

« En fait le cancer c'est cet ennemi de l'intérieur, à la fois proche et difficile à saisir. Le malade cancéreux ressent l'impression d'être mangé de l'intérieur, mangé vivant. » (Pélicier Y ; 1995 ; p80).

Engagé dans un parcours de soins intensifs, le patient apparaît pris dans une double dynamique. D'une part, l'idée de la finitude est prégnante et d'autre part le sujet s'inscrit dans un projet de soin à long terme. Il est ainsi contraint, pour sa survie, de se soumettre et de s'adapter aux exigences médicales, à celles de l'institution mais également à celles du monde extérieur ; dans le même temps il est soumis à l'émergence massive de son imaginaire, de ses peurs, de ses affects, etc. Une double temporalité semble être en jeu : un temps objectif se superpose à un temps subjectif.

II. Le diagnostic du cancer

Lorsque je rencontre Madame G, elle est au début de sa prise en charge. Le diagnostic de ses maladies est récent et l'a bouleversé. Le diagnostic se divise en deux temps : la découverte de la tumeur et l'annonce du diagnostic par le médecin. Nous verrons que l'annonce du cancer n'est pas sans conséquence pour le patient, elle suscite différentes représentations mentales.

II.1. Une tumeur

Madame G a consulté son médecin généraliste après avoir perçu « *une boule dure* » au niveau de son sein droit lorsqu'elle prenait sa douche. L'ensemble des examens qui s'ensuit est effectué dans un mouvement d'urgence où le patient se trouve dans une situation

¹⁶<http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-uncancer/Mecanisme-de-cancerisation>, consulté le 03 décembre 2015 à 9h40.

¹⁷<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Vos-demarches/Demarches-sociales/Prise-en-charge-financiere/Affection-de-longue-duree-ALD> consulté le 03 décembre 2015 à 10h00.

d'incertitude. « *On s'imagine toujours le pire, j'ai tout de suite pensé au cancer mais on se laisse quand même à espérer que la tumeur soit bénigne* » me confie Madame G. D'emblée, le malade est soumis à une attention aiguë de la part des services médicaux. L'entrée conscientisée dans la maladie se fait dans une dynamique active car le rythme d'urgence mis en place est lié à la gravité de la maladie. En effet, plus un cancer est soigné tôt plus les résultats thérapeutiques sont efficaces. Madame G est rassurée par cette prise en charge et son efficacité « *Ici, ils sont vraiment sérieux, ils font tout ce qu'ils peuvent pour nous* ». Le diagnostic permet de nommer la maladie, il met un terme à cette période d'incertitude et coupe court aux suppositions et interprétations.

II.2. L'annonce : l'entrée dans la maladie

L'annonce du cancer marque une rupture dans la vie du sujet, il y a désormais un avant et un après le diagnostic.

Pour Robert Buckman (1994), oncologue, une mauvaise nouvelle est une information qui change radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son être et de son devenir. En fonction de son cheminement personnel, chaque patient a une aptitude particulière à intégrer les informations. Ainsi, l'annonce du cancer modifie définitivement la perception du patient sur son existence, elle nécessite un processus d'acceptation de la maladie. Il s'agit d'un processus lié à la perte, au deuil de la santé antérieure. Les différentes étapes ont été décrites par Elizabeth Kubler-Ross (2011) comme le choc, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Elle met en évidence l'hétérogénéité des réactions et souligne que ce processus n'est pas linéaire.

Nous verrons que ces étapes ne sont pas spécifiques à l'annonce de la maladie, elles se retrouvent tout au long de la prise en charge, pouvant faire suite à une nouvelle difficile comme les cas de Madame D et de Madame R. Engagées dans le combat de la maladie depuis longtemps, Madame D est confrontée à l'annonce de la suspension de sa chimiothérapie et Madame R, au contraire, à la reprise imprévue de celle-ci.

II.3. Le travail d'un deuil

Subjective, la réaction à la maladie est imprévisible et mouvante, l'histoire personnelle du sujet influence la façon dont la maladie est reçue, vécue, intégrée (Moley-Massol I ; 2004).

- Le choc de l'annonce : Madame G est marquée par les termes employés par les médecins, les termes médicaux complexes se révèlent effrayants. Chaque patient réagit à sa manière. Submergée par les émotions, la personne peut se trouver dans un état momentané de paralysie physique et psychique. Il ne peut entendre qu'une partie de ce qui est dit, le temps est suspendu. On parle de sidération. Le patient peut également se comporter de manière détachée, en banalisant la maladie et rejetant la réalité. Il montre ainsi une forme de déni. Je m'interroge sur le cas de Madame D, elle refuse que son entourage excepté son mari et son fils soit informé de son hospitalisation, elle s'isole, est-elle dans une forme de déni ? Ou la confrontation au regard de l'autre est-elle trop difficile face à sa perte d'autonomie ?

La première tendance sera donc de ne pas entendre, de ne pas croire la mauvaise nouvelle. Ces attitudes sont des mécanismes de défense, des protections contre l'angoisse liée aux représentations de la maladie¹⁸ : inconsciemment le patient rejette le sentiment de menace qui s'apparente pour lui à une menace de destruction. Madame G a « *eu peur de mourir* » suite aux annonces de son cancer du sein et de son cancer pulmonaire. Le choc peut aller de la surprise à l'angoisse.

- L'étape de la colère : Lorsque les premiers mécanismes de défense ne tiennent plus face à la réalité prégnante, des sentiments de colère, de révolte, d'injustice apparaissent. « *J'ai pourtant eu une vie saine* » exprime Madame G, ne comprenant pas ce qu'il lui arrive. Dans cette étape, le patient montre qu'il a pris conscience de la maladie. Une forme d'agressivité peut se répercuter sur les relations que le sujet entretient avec autrui, le personnel médical, la famille qui eux sont en bonne santé. Mais derrière ces expressions fulgurantes se cache généralement une angoisse ou une tristesse plus profonde qui est la vraie souffrance.
- L'étape du marchandage : Le patient fait face à la maladie et aux traitements en cherchant des accommodements. Madame D profite de la présence des soignants dans sa chambre pour qu'ils lui déplacent, rangent des affaires. Cette étape peut également s'exprimer au travers de regrets et il est fréquent de rencontrer des situations de négociation ou de chantage, le patient peut être perçu comme manipulateur par les soignants.

¹⁸ Cf. infra, Chapitre 1 : II.4. Les représentations de la maladie, p41.

- L'étape de la dépression : La dépression émerge d'une confrontation brutale avec la réalité. Chez Madame D elle s'exprime par différentes réactions. Madame D porte une image très négative d'elle-même, elle se dévalorise très souvent « *je ne peux plus rien faire, je deviens une incapable* ». Son ralentissement psychomoteur important et son visage amimique laissent entrevoir un retrait relationnel. « Bien que cette phase dépressive semble sans issue, elle ne signe pas pour autant un trouble mental. C'est la réponse appropriée à une grande perte. On se replie sur soi, happé par un brouillard de profonde tristesse, on se demande à quoi bon de continuer... » (Kübler-Ross E ; 2011 ; p41)
- L'étape de l'acceptation consiste à « admettre la permanence de cet état de fait ». (Ibid ; p46) Mais celle-ci n'est pas une étape immuable, à chaque détour de la maladie ou des traitements, le processus d'acceptation est remis en route. Ni Madame G, Madame D ou Madame R ne semblent être dans l'acceptation de leur maladie. Je m'interroge sur cette étape du deuil, si le parcours de soins est accepté et intégré, est-il toutefois réellement possible d'accepter la maladie elle-même ?

II.4. Les représentations de la maladie

L'angoisse engendrée par le climat traumatique de l'annonce est liée à des représentations sur la maladie, parfois imaginaires et symboliques.

Comme le montre le cas de Madame G, la première représentation du cancer est associée à la mort. Le cancer est considéré comme une maladie incurable, son diagnostic est souvent associé à une sentence de mort. D'ailleurs, le terme « tumeur », soit « tu-meur », l'évoque de lui-même et effraye les personnes. L'idée d'une guérison reste si peu imaginable que médecins, soignants, patients parlent dans un premier temps de « rémission »¹⁹. Le terme guérison sera utilisé si la rémission dure au-delà de cinq ans²⁰. Face à l'incompréhension et à la violence des termes médicaux, présentant uniquement le cancer comme objet de soin, Madame G a eu besoin d'avoir une représentation visuelle de sa maladie. Le schéma simplifié lui a alors permis de localiser sa maladie et de soulager son angoisse générée par l'ignorance.

¹⁹ Un patient est dit « en rémission » si, lors des examens médicaux, on ne décèle plus aucune cellule cancéreuse dans son organisme.

²⁰ <http://www.cancer.be/les-cancers/jeunes-et-cancer/au-quotidien/gu-rison-r-mission-rechute>, consulté le 15 janvier 2016 à 09h05.

La représentation dans la société du « cancer-fléau » (Sarradon-Eck A ; 2004) est très présente. « *J'entends le mot cancer partout autour de moi. On mourra tous de ça* » me dit Madame R en parlant de sa maladie.

Symboliquement, le cancer est associé au crabe dont celui-ci en est l'étymologie, *carcinus*. Cette image a été décrite par Hippocrate (460-377 av. J.-C.) lors de la découverte de tumeurs (Pélicier Y ; 1995). D'autres animaux sont associés au mot cancer. Nous retrouvons ici les images envahissantes que Madame R a de sa maladie qu'elle appelle « *la chose* ». L'impression qu'elle est grignotée de l'intérieur me renvoie à des images d'insectes, d'invasion telle que l'araignée, animal obscur qui tisse sa toile pour envahir l'intérieur ou le serpent, animal sournois caractérisé par sa discrétion et sa rapidité, son venin mortel envahit progressivement le tissu organique. Le cancer a la particularité d'être invisible à ses débuts et peut toucher n'importe quelle partie du corps, à tout moment. Je comprends alors les angoisses de Madame R, comment se protéger contre des représentations aussi effrayantes ?

Par ailleurs, le cancer est perçu comme un ennemi virulent, Madame G veut « *se battre* » contre cette maladie. La société utilise largement cette métaphore de la guerre, du combat, de lutte contre le cancer.

Le savoir populaire sur le cancer est construit sur des représentations sociales qui prennent la forme d'image mentale. Ses représentations sont des actes de communication qui permettent au patient d'exprimer ce qu'il vit, de faire part de ses souffrances, de se faire comprendre par ceux qui ne sont pas malades.

Le plus souvent, ces représentations, le mot lui-même, induisent le rapport de l'homme au temps et à la mort. Le cancer confronte « l'homme et son destin » (Ibid ; p81). D'ailleurs, suite à ce diagnostic les patients s'interrogent sur « l'à venir » : Est-ce que je vais m'en sortir ? Combien de temps me reste-t-il à vivre ? Que vais-je devenir ? Comment cela va-t-il évoluer ? Comment va-t-on me regarder ? Comment est-ce que l'on va me voir ? Et comment vais-je l'annoncer aux autres ?

III. Une temporalité imposée

Le cancer est l'une de ces maladies pour lesquelles l'institution hospitalière est un lieu de passage obligé de prise en charge thérapeutique. Lors de mon stage, j'ai pu accompagner des patients tout au long de leur cure de chimiothérapies, celles-ci les obligeant à revenir toutes les trois semaines par exemple. D'autres, après un suivi, ont été de nouveau hospitalisés pour cause de leur état de santé. Au retour d'un patient, différents sentiments se mélangent dans mon esprit. Le temps d'un instant je suis contente de revoir l'un de mes patients, j'accuse l'instant suivant la mauvaise nouvelle et la gravité de la maladie, s'ensuit une émergence de culpabilité.

III.1. Le temps des traitements

Face à la maladie grave, la médecine cherche avant tout à privilégier l'efficacité des soins afin de vaincre la maladie. L'organisme, le corps, est la première cible écartant le versant affectif et laissant entrevoir un clivage entre le soma et la psyché.

III.1.a. Des traitements au détriment du corps

En oncologie, les trois grandes disciplines thérapeutiques que sont la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie ont le même objectif : détruire la totalité des cellules cancéreuses tout en lésant aussi peu que possible les tissus environnants.

- La chirurgie est effectuée afin d'enlever la totalité de la tumeur ainsi que ses prolongements éventuels dans les tissus voisins. Les interventions peuvent également être dirigées contre les métastases si elles sont uniques ou peu nombreuses. Certaines interventions nécessitent une ablation totale de l'organe.

Madame R a subi deux mastectomies totales dont une par prévention. Son corps de jeune femme est directement atteint. Je reviendrai plus tard sur cet acte invasif et ses conséquences sur le narcissisme du malade. La chirurgie peut également être perçue comme un sacrifice pour vaincre la maladie, Madame G admet pouvoir bien subir cet acte « *si c'est pour ma santé* ».

- La chimiothérapie est l'administration de plusieurs produits chimiques capables de tuer les cellules. Elle agit ainsi sur tout l'organisme, tuant les cellules cancéreuses quelle que soit la région où celles-ci ont essaimé. Toutefois, elle agit également sur l'ensemble des tissus sains, cette toxicité limite la quantité de médicaments que l'on

peut administrer (Tubiana M ; 2003). Les effets de la chimiothérapie varient d'un patient à l'autre. Toutefois certains effets reviennent fréquemment tels que la perte de cheveux et l'apparition d'œdèmes chez Madame G, la présence de paresthésies²¹, des troubles digestifs au troubles alimentaires s'exprimant par un dégoût des aliments, une perte d'appétit, et surtout une fatigue, des nausées et vomissements.

- La radiothérapie est un traitement locorégional. Elle permet de limiter les mutilations chirurgicales. Elle agit en lésant le système de reproduction des cellules, ce qui les rend incapables de se multiplier. Plus la dose est élevée, plus la production des cellules intactes est faible. Elle peut provoquer des brûlures importantes sur la partie concernée, et selon la zone, des nausées et vomissements. De plus, la peau est marquée, tatouée, quadrillée, pour préciser la zone radiothérapée.

Distinguer les cellules saines des cellules malignes pendant les traitements est compliqué. Le système immunitaire s'amenuise, d'autres maladies sont susceptible d'apparaître. Traiter le cancer revient à porter atteinte au corps dans son intégrité en plus de la maladie elle-même.

III.1.b. De l'espoir au désespoir

Madame G est soulagée d'entamer « *enfin* » sa cure de chimiothérapie après trois semaines d'hospitalisation. « *Maintenant c'est concret, j'entre enfin en action contre la maladie* ». Elle est désormais confrontée à la première phase du combat. Pour Madame G qui est au début de la prise en charge, les traitements représentent un espoir de guérir. Lorsqu'elle commence à perdre ses cheveux elle y voit l'efficacité du traitement, un signe corporel que la chimiothérapie agit. Elle accepte les effets secondaires dans l'espoir d'obtenir dans un deuxième temps une amélioration.

Madame D espère reprendre sa chimiothérapie le plus vite possible. Ce serait, d'une part, annonceur d'un mieux-être puisque les traitements sont lourds et difficile à supporter. D'autre part, être sous traitement permet de maintenir un espoir de guérir.

Pour Madame R, la chimiothérapie a une toute autre représentation. Devoir reprendre une cure signifie que les précédentes ont été inefficaces. Cela lui fait douloureusement écho à ses antécédents familiaux. De plus, retourner en salle de

²¹ La paresthésie est un trouble de la sensibilité tactile, regroupant plusieurs symptômes, dont la particularité est d'être désagréable mais non douloureux : fourmillements, picotements, engourdissements, etc.

chimiothérapie est source d'angoisse et la confronte directement avec la réalité de la maladie. Madame R ne se sent pas non plus capable de subir de nouveau les traitements, « *ce poison qui nous use et nous met à terre pendant une semaine* ». En effet, pendant la chimiothérapie et encore quelque temps après le corps est altéré, subir de nouveau cela effraye Madame R. Pour beaucoup de patients la chimiothérapie est ressentie comme induisant une maladie temporaire dont les effets physiques et psychiques s'ajoutent à ceux du cancer.

III.1.c. S'adapter à un nouveau rythme

Le diagnostic du cancer s'accompagne de protocoles médicaux. Ce protocole s'apparente à un calendrier de soins que la sociologue Marie Ménéret (2007) nomme « la posologie temporelle », comme si les rythmes des traitements entraînent dans la prescription médicale. En effet, Madame G est capable de me décrire précisément son traitement « *On m'a programmé six cures de chimiothérapie, je reste hospitalisée trois jours à chaque fois. Ensuite j'ai trois semaines de repos et je recommence* ». Alors que tout semble leur échapper, les rythmes réguliers des cures donnent aux patients l'impression de maîtriser le temps et la maladie. « Si l'on connaît le cycle, le rythme, on peut prévoir l'avenir, en quelque sorte... » (Galliano A-C ; Pavot C ; Potel C ; 2012 ; p228). On retrouve cette structure temporelle dans le vocabulaire des soignants et des malades qui désigne la fréquence des cures par des terminologies comme « *J 21* » ou « *J 28* ». De même pour la radiothérapie qui est administrée en général sur 10 jours, on entend régulièrement « *elle est à J 5 sur 10* ».

J'ai pu constater au cours de mon stage l'engagement que nécessitent les traitements contre le cancer, le patient doit donner de son temps. En dehors de l'administration thérapeutique, le patient est nécessairement obligé de planifier son existence en fonction d'un calendrier d'effets secondaires qui peuvent aussi bien être matériels – faire garder ses enfant pendant une hospitalisation –, que professionnels – planifier ses rendez-vous en fonction des journées de travail –, ou encore iatrogènes²². J'ai eu l'occasion de suivre Madame C, âgée de 37 ans, au cours de ses différentes cures de chimiothérapie pour un cancer du sein. Madame C planifie ses activités en fonction de sa forme physique « *J'ai une semaine de cure où forcément je ne me sens pas bien, je suis très fatiguée. La semaine*

²² Se dit d'un trouble ou d'une maladie provoqué par un acte médical ou par les médicaments, même en l'absence d'erreur du médecin.

suivante je ne suis pas bien non plus donc il me reste quinze jours logiquement... je sais qu'il y a deux semaines où je vais à peu près bien, je profite pour aller voir des amis, pour sortir et faire ce que je ne pourrais pas faire pendant les quinze autres jours quoi. » Les patients alternent ainsi entre un temps de contrainte et un temps de répit. « Que le patient se fasse à cette situation ou non, une certaine routine de gestion ponctuelle du temps du malaise alternant avec celui du mieux-être s'élabore dans le quotidien du malade » (Ménoret M ; 2007 ; p69).

III.2. Les temps de l'hospitalisation entre contrainte et contenance

Lorsque qu'une hospitalisation est conséquente d'une complication ou d'une aggravation de l'état de santé, la durée du séjour peut-être longue. Madame D fut hospitalisée pendant environ trois mois. J'ai alors pu constater le paradoxe de l'hospitalisation et du vécu des patients en cancérologie. Madame D se situe dans une ambivalence entre le désir de rentrer chez elle et celui de rester hospitalisée « *Certes je serais sûrement mieux chez moi, mais ici on s'occupe bien de moi* ».

III.2.a. *La perte des repères temporo-spatiaux*

La structuration temporo-spatiale est une donnée fondamentale de l'adaptation de l'être à son milieu (Galliano A-C ; Pavot C ; Potel C ; 2012 ; p220). Chaque être interagit avec son environnement à son propre rythme, on parle de structure temporelle interne, propre à l'individu.

A l'hôpital, un autre temps se superpose au temps personnel : le temps institutionnel. Le patient perd ses repères, ses habitudes de vie et est éloigné de ses proches. Il est confronté aux différents rythmes de l'hôpital ; les repas, les soins, sont effectués à heures fixes, les examens et les moments d'attentes structurent le temps. Le sujet n'a plus à se préoccuper de l'organisation de sa journée, il se laisse guider par les différents intervenants. Au sein de cette prise en charge le patient rencontre d'ailleurs de multiples acteurs de soins et passe par de nombreux sites de prise en charge pour ses traitements et pour les différents examens. La sociologue M. Ménoret développera ainsi le terme de « fractionnement de la prise en charge ». Fragmentée entre différents services, différents médecins, différents soignants, différents sites, l'hospitalisation parcellise l'espace et la perception de la prise en charge en différentes activités thérapeutiques et donc en différents temps. Par conséquent, le malade accordera ses maux à la temporalité institutionnelle. Ici, la problématique du temps

produit généralement une succession de courts termes dans la longue durée des prises en charge du cancer (Ménoret M ; 2007).

L'espace du patient se trouve restreint à l'espace de l'institut, du service voire de sa chambre ou même de son lit. La chambre d'hôpital est un lieu impersonnel où soignants et médecins pénètrent à leur convenance. Moi-même j'ai souvent été dérangée pendant mes séances par des soignants entrant dans les chambres sans frapper, malgré le signe de présence à l'extérieur de la pièce. Le patient ne dispose pas de son propre espace, ni de son intimité. Par ailleurs, il est difficile pour les patients, tel que Madame G et Madame D, d'investir cette pièce en y apportant des objets personnels puisqu'elles ignorent le temps de leur hospitalisation. La chambre d'hôpital est considérée comme espace de soin et non comme un espace de vie. Madame G fut hospitalisée pendant deux mois en chambre double, les allées et venues des soignants, des proches se multiplient que ce soit pour elle ou pour sa voisine. La cohabitation peut être difficile, les nuits sont souvent perturbées. Etre en chambre double se révèle d'autant plus angoissant pour les patients qui sont directement confrontés à l'image que leur renvoie le patient voisin, atteint également d'un cancer. Cette image se reflète à celle de leur propre maladie.

Le bouleversement de ces repères mène le patient à en chercher activement de nouveau. Cette quête se traduit principalement par des questions correspondant à la recherche d'un nouveau cadre structurant et soutenant : « *Combien de temps vais-je rester hospitalisé ? Quand vais-je voir le médecin ? Etc.* »

Le milieu hospitalier constitue à divers égards un cadre institutionnel très fort. Il arrache le patient à son univers quotidien et le propulse sans transition dans un monde qui ne lui est pas familier et qui ne lui laisse qu'un minimum d'autonomie individuelle. L'inscription du corps dans l'espace - temps est directement atteinte, le patient perd l'ensemble de ses repères et doit s'adapter à de nouveaux.

En tant que future psychomotricienne, je me questionne sur le cadre de l'approche psychocorporelle, comment peut-il accompagner le patient à retrouver un espace et une temporalité qui lui est propre ? Je m'interroge également sur la temporalité de mes prises en charges à l'intérieur de ce délitement temporelle, comment le patient les investit-il ? A-t-il le temps de les intégrer ? J'essaie toutefois de structurer mes prises en charge, de donner une heure précise de séance malgré les remarques récurrentes : « *oh vous savez, je n'ai rien à*

faire de l'après-midi », « je ne risque pas d'aller bien loin », « Passez à l'heure qui vous convient. », etc.

III.2.b. Des rythmes contenantants

L'institut instaure des rythmes sécurisants en y alliant une surveillance médicale importante. Les rythmes contraignants des traitements sont certes un rappel constant de la maladie, mais ils sont aussi le support d'un repérage personnel et d'un avenir possible. Car les patients savent que dans leur situation, les signes qui leur viennent de leur corps ne sont pas fiables. Etablir des distinctions sûres entre ce qui relève de la progression de la maladie et ce qui est à attribuer aux effets des traitements se révèle difficile. Dans ce contexte de confusion, les rythmes imposés par le fonctionnement de l'hôpital et par les traitements apportent des repères provisoires. Par ailleurs, les traitements offrent une grande proximité avec les soignants et la régularité des cures permet aux patients de retrouver les mêmes personnes et de se lier d'amitié. Avant une séance de psychomotricité, Madame G prend le temps de me raconter le déroulement de ses séances de chimiothérapie *« On est cinq ou six dans une même salle, assis dans des fauteuils confortables. On peut déployer une cloison si on souhaite s'isoler un peu. Au début on n'osait pas se parler, on gardait le silence, on se regardait. Ça faisait très solennel vous savez. Puis après un ou deux jours, on discute. Ça fait du bien de partager nos expériences avec des personnes qui vivent la même chose que nous. »*

III.2.c. L'institut : un refuge

Etymologiquement le terme « hôpital » vient du latin *hospitalis* signifiant un lieu d'accueil, de refuge.²³ Il est un espace à part, un lieu de soin où l'on est à l'écoute du patient et où l'on cherche à le soigner afin que son état de santé s'améliore.

L'institut représente un lieu sécurisant pour certains patients, sorte de relais leur permettant, comme a pu l'exprimer Madame R, de se décharger des soucis extérieurs en plus de leur propre maladie. Cette image de refuge se révèle notamment au moment de la sortie ou à la fin des traitements. Madame R craint de rentrer chez elle, elle a peur du regard de sa fille, de ne pas pouvoir assumer son rôle de mère et de conjointe. A ces dires, j'ai la vive sensation que Madame R ne trouve pas sa place à l'extérieur de l'institut. Comme si son statut de malade n'était accepté qu'en ce lieu. Cela m'interroge alors sur l'identité, le

²³ <http://www.cnrtl.fr/etymologie/hopital> consulté le 13/02/16 à 13h37.

regard de l'autre porté sur la personne atteinte d'un cancer, ces notions seront abordées dans une prochaine partie.

Madame G choisira d'être suivie en clinique de soins de suite et de réadaptation plutôt que de rentrer seule chez elle pour la poursuite de ses traitements. Je m'interroge également, l'accordance entre le temps du sujet et le temps médical n'est-il pas possible pour tout le monde ?

En discutant avec les soignants et ayant eu l'occasion de rencontrer deux patients qui arrivaient à la fin de leur traitement, je me suis aperçue que l'annonce de la suspension thérapeutique n'est pas toujours vécue comme on pourrait le croire, soit comme une nouvelle rassurante. Si l'annonce d'une rémission est manifestement une « bonne nouvelle » au plan médical, annonçant une victoire temporaire contre la maladie, la fin des traitements qui s'y associe constitue régulièrement pour les patients une anxiété particulière. C'est le temps où ils se disent et se sentent abandonnés, perdant le sentiment de contrôle que procurait l'administration des traitements. Ils sont habités par un sentiment de grande vulnérabilité, de vide qui s'exprime par une question « *Que vais-je faire maintenant ?* ». Le patient se trouve dans un entre-deux inconfortable, en effet les repères spatiaux et temporels auxquels il s'était accoutumé durant les traitements disparaissent. La prise en charge médicale ne peut plus remplir son rôle d'étayage et de contenant. Il se trouve seul face aux souvenirs de la maladie et à ses séquelles.

« Tout se passe comme si, perdant une figure maternelle toute-puissante, ils étaient progressivement gagnés par un abandonnisme intolérable, une insécurité de base, liés à la perte d'un lien médical soutenu et qui fonctionnait comme un véritable « surmoi corporel »²⁴ organisant l'espace, le temps et les fonctions corporelles du sujet » (Derzelle M ; 2000 ; p17). La prise en charge intensive s'arrête, ce qui signifie aussi la perte des repères et du soutien liés à la maladie, sans que pour autant il soit possible de « vivre comme avant ».

Au fil de mon stage, de ma réflexion, de mes rencontres, j'entrevois de plus en plus clairement les réels enjeux d'une approche psychomotrice auprès de ces patients. En recherchant mon stage, je souhaitais principalement réaliser un accompagnement auprès des personnes atteintes d'un cancer dans leur parcours contre la maladie, tout en ayant

²⁴ Le surmoi corporel est une instance impersonnelle extérieure illimitée qui détermine à la fois l'être et le falloir. Il incarne une autorité à la fois physique et morale qui définit la façon de vivre son corps au sujet. (Sami Ali M ; 1977)

conscience que cela pouvait m'amener à un accompagnement de fin de vie. Il me semble maintenant que la place du psychomotricien, dans les temps du cancer, se trouve dès l'annonce du diagnostic et ce jusqu'à l'après maladie.

IV. Une temporalité déstructurée

Dans la maladie, le vécu du temps peut être confus et l'appréciation par le patient du temps écoulé fluctue. J'ai rencontré tout en long de ce stage des patients vivant au gré de la douleur, des angoisses, de la souffrance, des patients dans l'attente d'une fin. Ces différentes prises en charge m'ont confronté à mes limites aussi bien personnelles que professionnelles.

IV.1. Un temps douloureux

En oncologie, la prise en charge de la douleur est indispensable. La douleur est, dans la grande majorité des cas, liée à une poussée tumorale, aux thérapeutiques ou encore aux examens médicaux. Madame G, Madame D et Madame R y font chacune face de différentes manières.

L'International Association for the Study of Pain (IASP) définit la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel, ou décrite dans d'autres termes évoquant un tel dommage ». L'intérêt de cette définition est de ne pas réduire la notion de douleur aux seules causes lésionnelles mais bien d'inclure la notion de subjectivité au travers du couple « sensation-émotion ». Elle oblige ainsi à appréhender la douleur dans une dimension psycho-somatique. En effet, la douleur « efface toute dualité entre physiologie et conscience, corps et âme, physique et psychologique, organique et psychologique » (Le Breton D ; 2010 ; p178).

IV.1.a. Entre chronicité et phase aigüe

A notre rencontre, les premières plaintes de Madame D sont des expressions douloureuses. Lorsque je l'invite à me décrire ces sensations, cela ne lui est pas si aisé, le dessin du bonhomme²⁵ l'aidera à les localiser précisément sur différentes parties du corps. Madame D désigne le ventre, les parties génitales, le bras gauche ainsi que les pieds ; « *c'est variable, parfois c'est gênant mais supportable et parfois, au ventre, c'est comme un pic... ça me réveille la nuit* ». La douleur semble diffuse et être présente en continuité. Selon L'IAPS la douleur chronique est une douleur qui persiste au-delà du délai habituel de

²⁵ Cf., ANNEXE 2, p100.

cicatrisation qui est habituellement de trois mois. De plus, alors qu'une douleur aiguë est généralement la réponse appropriée à sa cause et a un rôle d'alarme, la douleur chronique n'a pas ce caractère. Dans le contexte des soins palliatifs le docteur Eveline Pichard-Léandri (1989) n'évoque pas le terme de douleur chronique mais parle de « la douleur de fond d'une maladie grave »²⁶ qui correspond à une douleur aiguë durable. Mais lorsque la douleur s'installe et dure, elle marque chaque instant de l'existence du sujet, modifiant la perception du temps et de l'environnement.

IV.1.b. Une condition pour « exister »

Certains patients refusent de soulager totalement leur douleur par des traitements antalgiques. La douleur leur semble indispensable, comme existentielle. Madame D vit la douleur quotidiennement, « gênante mais supportable » elle semble s'y être habituée. La douleur fait maintenant partie d'elle-même. L'exprimer permet au patient de manifester son existence. En observant Madame D, j'eus la sensation que, face à sa perte progressive d'autonomie, c'est comme si il ne lui restait plus que la douleur pour « exister ». Car, en plus d'une sensation corporelle, la manifestation de la douleur place le patient au centre de l'attention des soignants. « Comme toute émotion, la douleur est une forme de communication archaïque, elle se transmet, se partage [...] c'est un signal impératif qui contraint l'autre à faire en sorte que cela cesse » (Gaucher-Hammoudi O., Guiose M ; 2007 ; p31). L'expression douloureuse suscite la compassion ou l'attention des proches, celles-ci renforcent chez l'individu le sentiment de sa valeur personnelle, elles sont propices à la reconnaissance de soi.

IV.1.b. De la douleur physique...

Dans la prise en charge en cancérologie, l'origine physiopathologique de la douleur est prégnante. Evolutions tumorales, métastases, ponctions, biopsies, actes chirurgicaux, examens, etc. sont douloureux. Ils pérennisent crainte et anxiété mais ont également un impact sur le fonctionnement de l'individu et donc sur le quotidien des patients. Madame R semble avoir des douleurs de types neuropathiques²⁷ au niveau des jambes. Ces douleurs lui sont fulgurantes et l'obligent à rester alitée. Madame R se réfugie dans une attitude antalgique de repli, limitant ses mobilisations. Dans ce contexte, les actes de la vie

²⁶ PICHARD-LEANDRI E., (1989), cité par GAUCHER-HAMMOUDI O., GUIOSE M. ; 2007 ; p27.

²⁷ Les douleurs neuropathiques sont dues à des compressions ou destruction des nerfs ou à des lésions de territoires nerveux centraux avec défaillance des systèmes de contrôles inhibiteurs.

quotidienne deviennent difficiles et sont appréhendées par les patients. L'émergence de la douleur est source d'anxiété et rythme les journées.

IV.1.c. ...à la souffrance psychique.

La douleur touche la personne dans sa globalité. Elle est éprouvée et localisée dans le corps mais a une double inscription, psychique et corporelle. Madame D et Madame R sont marquées dans leur individualité et dans leur rapport au monde. « La douleur n'écrase pas le corps, elle écrase l'individu, elle brise l'écoulement de la vie quotidienne et transforme la relation aux autres » (Le Breton D ; 2010 ; p178). Ne se cantonnant pas à une expression somatique, elle n'est pas sans retentissement moral, elle est souffrance. Madame D, Madame G et Madame R sont dans l'incapacité de se positionner vis-à-vis de leur état de santé, la question de leur évolution et par conséquent de leur existence semble glisser du côté de la souffrance en tant que douleur morale.

Suite au dessin du bonhomme²⁸, Madame D met du temps à désigner une partie du corps qui lui est agréable, elle finira par choisir « *les dents* », sans mentionner la bouche ou le sourire. J'y vois ici l'expression de son état dépressif. La dent, par sa solidité, peut-être à la fois un symbole d'agressivité pouvant révéler ici la colère de Madame D contre son état de santé, mais elle est également image de mort, les dents restant intactes longtemps après celle-ci. Au vue des nombreuses métastases de son cancer, je peux supposer que Madame D ait désigné cette partie du corps comme une partie qui restera intouchable par la maladie. De plus, l'ensemble des douleurs amène Madame D à se replier sur elle-même et semble altérer l'estime qu'elle a de soi. En effet, le désinvestissement du monde extérieur et le repli sur soi, liés à la douleur, alimentent une attention exclusive à tout changement corporel. L'amertume liée à la vie diminuée tend à envahir l'expérience tout entière et à susciter un pessimisme intégral (Le Breton D ; 2006). Les manifestations dépressives de Madame D, son ralentissement psychomoteur faisant écho à une aboulie, sont l'expression d'une souffrance psychique importante et font résonance à l'impact de son intégrité corporelle.

Cicely Saunders (1995), pionnière de la médecine palliative, décrit la notion de « total pain » - « souffrance totale ». Sous cette expression, elle énonce une imbrication de cercles comportant douleur physique, souffrance socio-familiale, détresse spirituelle, souffrance morale et psychologique. Elle décrit l'interaction de ces différentes sphères entre

²⁸ Cf. ANNEXE 2, p100.

elles, chacune pouvant engendrer l'autre. Ainsi, une souffrance psychologique n'est pas sans conséquence sur la douleur physique elle-même, et inversement.

IV.2. Un temps angoissant

Beaucoup des patients expriment une grande souffrance psychologique au travers d'angoisses. Certains, tel que Madame R, l'expriment clairement ; pour d'autres ce sont des réactions corporelles, des comportements qui les révèlent.

« Je suis submergée par une impression d'étouffement, ma respiration est comme bloquée. Je me sens envahit et ça me panique. » Madame R est sujette à des crises d'angoisses qu'elle me décrit avec précision. Lors de nos rencontres, celles-ci sont au cœur de ses préoccupations et semblent lui être invalidantes. Le psychomotricien Eric Pireyre définit l'angoisse comme « une réaction qui se présente au sujet à chaque fois qu'il se trouve dans une situation plus ou moins traumatique, c'est-à-dire qu'il est soumis à un afflux, trop important pour lui, d'excitations d'origines externes ou internes, excitations non maîtrisables et non compréhensibles » (Pireyre E ; 2015 ; p142). En effet, Madame R me décrit des angoisses au cours de ses nuits et lorsqu'elle entre en salle de chimiothérapie. A ces dires, Madame R se recroqueville adoptant une posture de repli, de ce fait il me semble qu'elle recherche une sensation d'auto-contenance.

IV.2.a. De l'incertitude à l'impuissance

Le cancer demeure associé à la mort et pose la problématique de l' « à-venir », de la temporalité. Au cours de la prise en charge de la maladie, l'état de préoccupation est fréquente voir quotidienne suite aux hospitalisations, à l'attente des résultats d'un examen, aux traitements, etc. Le patient est dans l'attente de nombreuses réponses, ce qui l'empêche de se projeter et d'investir l'avenir. S'ajoute au sentiment d'incertitude, la sensation d'impuissance d'une part face à l'évolution de la maladie et d'autre part face aux capacités parfois amoindries.

Après des passages difficiles, Madame G met en place des projets dans un avenir proche, ce qui représente « un investissement dans le vivre » (Guiose M ; 2007 ; p44). Elle a consulté son médecin oncologue pour organiser ses vacances de Noël en famille et ne pas avoir de traitement durant cette période. Toutefois, si elle semble ravie je perçois son anxiété sur son visage et dans ses paroles. En effet, Madame G ignore comment son état de

santé va évoluer et redoute surtout de devoir faire subir les imprévus de la maladie à ses proches.

A plusieurs reprises, Madame D exprime son sentiment d'impuissance « *je ne peux rien faire de plus, ça ne dépend désormais pas de moi* ». Le patient subit les événements de sa maladie sans avoir les moyens de les contrer. « *Comment ma maladie va-t-elle évoluer ? Comment vais-je me sentir demain ? Dans quel état serais-je ? Vais-je récupérer ma force physique ?* ».

Madame D et Madame R sont, contrairement à Madame G, dans l'impossibilité de se représenter dans un avenir proche. Il n'y a pas d'anticipation possible. « L'homme malade expérimente l'impuissance : il comprend qu'il n'a pas la possibilité de faire tout ce qu'il souhaiterait faire, car son corps c'est lui-même et non pas une chose extérieure. Tout individu peut chercher à s'éloigner de son corps, mais s'il est malade, il ne peut nier les sensations que le corps lui donne et qui l'empêchent de vivre comme il vivait lorsqu'il n'était pas malade » (Marzano M ; 2009 ; p53). L'attente d'une quelconque évolution prend alors une ampleur considérable dans l'esprit du patient. Celui-ci devient d'ailleurs attentif au moindre changement annonçant une quelconque évolution.

La maladie pousse ainsi le patient à vivre au jour le jour. Ce contexte de non-anticipation se répercute également sur l'action des professionnels. Pour ma part, la planification de mes séances d'une semaine à l'autre avec les patients est aléatoire. Chaque jeudi, c'est pour moi une surprise. Ainsi, le contexte m'oblige à m'adapter en fonction des patients hospitalisés, de leur état de santé, de leurs examens ou traitements prévus, etc. Au début de l'année cette incertitude permanente quant à mes prises en charges m'a rendu anxieuse, je redoutais de ne pas savoir quoi proposer. Arrivée en milieu d'année, je n'y prêtais plus attention.

IV.2.b. Perte du sentiment de continuité d'existence

Un sujet sain vit les éprouvés corporels de la vie quotidienne dans ce que Donald Winnicott (1958) nomme « le sentiment de la continuité d'existence »²⁹. Ces derniers se rassemblent dans une unité construite sur des repères spatio-temporels. Winnicott introduit la notion du sentiment de continuité d'existence chez le tout petit comme une sécurité intérieure assurant au sujet qu'à la seconde suivante il sera toujours là, elle permet de rester

²⁹ WINNICOTT D cité par PIREYRE E ; (2015) ; p55.

« même » au travers du temps. Ainsi c'est sur « un sentiment continu d'exister suffisant » que repose la structuration du Moi, permettant au sujet de faire face aux « menaces d'annihilations ». Mais lorsque ce sentiment de continuité d'existence fait défaut, apparaissent les agonies primitives, angoisses massives et archaïques. Ces angoisses sont appelées archaïques car elles sont présentes avant l'installation du langage. Au fil du développement et grâce aux interactions précoces « suffisamment bonnes » de l'enfant à son environnement, l'élaboration du Moi permet l'établissement de différents mécanismes de défense, les angoisses sont alors surmontées mais pas oubliées.

En cancérologie, le corps met à mal le sujet dans sa croyance en son immortalité. Il contraint l'appareil psychique à se représenter ses modifications, la conviction de la continuité d'existence est perturbée, et cela dès l'annonce du diagnostic. L'irréversibilité de la réalité, difficile à vivre et à accepter, laisse le patient dans un état d'inconfort émotionnel.

L'angoisse de la fin de vie se retrouve chez Madame D. Au vu de la dégradation de son état physique et sa perte d'autonomie, Madame D souhaite désormais laisser sa porte de chambre ouverte. Je peux supposer que ce choix est fait afin de garder continuellement un lien avec les soignants. Ce choix est, entre autre, l'expression d'une angoisse de séparation, d'abandon que l'on peut retrouver chez le petit enfant.

« La mort est le néant, l'angoisse de mort est l'angoisse du non-être » (Razavi D., Delvaux N ; 2008 ; p89).

IV.2.c. Hypothèses quant aux angoisses de Madame R

Lors de l'entretien, Madame R dessine un visage d'homme lorsque je lui demande le dessin du bonhomme³⁰. Elle ne représente pas le corps. De cette manière, elle montre à quel point elle le met à distance, elle laisse entrevoir une dissociation somato-psychique. Ce qui se confirmera lors de la première séance de psychomotricité³¹, durant laquelle Madame R ne parvient pas à garder le silence, à fermer les yeux et à se recentrer sur son corps. L'absence de sensation semble la rendre anxieuse, je ressens son besoin de combler ce vide par la parole. Cette impression me fait écho à la description de ses angoisses nocturnes, lorsqu'elle se retrouve seule. Je peux ainsi émettre différentes hypothèses quant aux angoisses de Madame R. Elles sont, d'une part, associées à ce corps mutilé et amaigri, reflétant la réalité

³⁰ Cf. ANNEXE 4, p102.

³¹ Cf. supra, Chapitre 1, Partie 2 : III.2.b. La première séance, p32.

et la gravité de son cancer. Elle ne peut éviter l'image renvoyée par son corps et met ainsi ses sensations corporelles à distance. Au moment de l'administration du traitement Madame R est de nouveau confrontée à sa maladie et les autres patients présents lui renvoient également une représentation du cancer. Face à cette fatale réalité, Madame R revêt inconsciemment l'effet traumatique de l'annonce de la maladie. Par ailleurs, les silences et la nuit sont similaires à l'immobilité, à la mort. Craint-elle de s'endormir pour ne jamais se réveiller ? D'autre part, ses angoisses de mort peuvent également être réactivées par un processus d'identification à sa défunte mère et à sa grand-mère.

Madame R fait l'expérience répétée d'un corps enclin aux pertes et aux intrusions. Selon le psychanalyste Didier Anzieu (1995), la peau serait le support d'une enveloppe psychique à la base de la construction du Moi. Le concept du « Moi-peau »³² correspond à l'élaboration d'une enveloppe psychique³³ en parallèle de la conscience d'un corps contenue par la peau. Le Moi a ainsi besoin d'un contenant³⁴ pour assurer sa cohésion, soit rendre possible l'élaboration des affects et des pensées. Si j'aborde ici ce concept c'est parce qu'il me semble intéressant dans le cas de Madame R. Le défaut de continuité de cette enveloppe, devenue poreuse, rend possible l'envahissement psychique : les idées, les souvenirs, les pensées, que l'on peut décrire comme traumatiques dans le cas de Madame R, sont difficilement conservées et génèrent des crises d'angoisse. Anzieu parle alors de « Moi-peau passoire ». L'hypertonie et les positions de repli effectuées par Madame R répondent à mon avis à cette carence de protection contre les stimuli internes et externes.

Compte tenu de ces éléments, je pense que Madame R, en lien avec l'angoisse de mort décrite précédemment, présente des angoisses de morcellement, voire d'éclatement, sa peau ayant perdu sa fonction contenante. A mon sens, Madame R se situe au-delà d'un bouleversement corporel à intégrer, elle me donne à penser qu'elle est dans l'incapacité à inscrire ce corps dans sa propre histoire de vie.

³² Les fonctions psychiques du Moi-peau s'étaient métaphoriquement sur les fonctions biologiques de la peau.

³³ Selon Houzel Didier (1987) les enveloppes psychique correspondent au « plan de démarcation entre le monde intérieur et le monde extérieur, entre monde psychique interne et monde psychique d'autrui » (*citée par* Guiose M ; 2007, p96).

³⁴ Le contenant permet une protection du monde psychique interne du sujet contre le monde extérieur et le psychisme d'autrui. Le contenant est constitué d'enveloppes psychiques qui ne s'élaborent que si le sujet a pu mettre du sens, comprendre et investir ses propres sensations corporelles.

IV.3. La douleur et l'angoisse, des indications en psychomotricité

La douleur et l'angoisse sont des indications pour lesquelles j'ai eu beaucoup de demandes au cours de mon stage de la part des infirmières. Arrivé à un certain point les soignants ne semblent plus savoir comment faire face aux patients douloureux ou angoissés et les patients eux-mêmes ne savent parfois pas comment réagir.

Mon objectif n'est pas de faire disparaître ses sensations et émotions mais de permettre au patient de mieux les supporter. Je dois être vigilante à l'origine de celles-ci ainsi qu'à leurs retentissements sur la vie du patient. J'observe alors les différentes répercussions psychocorporelles qu'elles engendrent, elles sont généralement importantes. La douleur et l'angoisse perturbent le fonctionnement de la personne. Par exemple Madame G et Madame R se confinent dans une position antalgique et limitent au maximum leurs mouvements. Ces sensations bouleversent la représentation de soi, la perception du schéma corporel³⁵ et l'adaptation du patient à son environnement. La relaxation, le travail de la respiration et le toucher thérapeutique ont un réel effet sur les sensations douloureuses et sur l'état psychique du patient. Nous verrons dans un troisième chapitre en quoi ses médiations et la position spécifique du psychomotricien permettent un apaisement de l'ensemble de ses tensions.

Toutefois, au cours de mon stage j'ai pu me sentir démunie face à la douleur, trop forte et soudaine, de certains patients. Dans ces instants de douleurs aiguës, le patient ne peut pas percevoir son corps autrement. Malgré mon accompagnement et mon engagement corporel, les tentatives de l'amener à une respiration plus calme, plus profonde, et à un changement de position, furent vaines. L'impression de devoir agir dans l'urgence et l'incapacité de pouvoir soulager ces patients sur le moment présent ont généré une certaine frustration en moi, elles m'ont également permis de me remettre en question et m'ont finalement amené à faire le deuil du psychomotricien « tout-puissant ».

IV.4. Une inscription corporelle de la maladie

III.4.a. La sensation de « vieillir trop tôt »

Le corps entretient une intime relation avec le temps. Le temps régit la vie interne de l'organisme au travers des rythmes physiologiques, biochimiques, et comportementaux. La

³⁵ Cf. infra, Chapitre 2, Partie 1 : II.1.c. *Des perceptions altérées*, p63.

maladie et les traitements viennent bouleverser l'horloge interne du patient. Face à l'ensemble de ces changements Madame D exprimera se sentir vieillir.

Madame D nécessite de plus en plus l'aide des soignants pour les actes de la vie quotidienne. Cela lui est très difficile à accepter. Parallèlement, Madame D perd son appétit, elle explique, en touchant son ventre de sa main, « *que ça ne passe pas* ». Souvent un yaourt reste sur sa table, parfois à moitié entamé, « *au cas où j'ai une envie, mais bon, je n'y trouve même plus de goût* ». Son absence d'appétit peut-être en lien avec la maladie, sa dépression ou les traitements. De plus, Madame D est devenu incontinente. Lors d'une de nos séances de psychomotricité, elle me confie tout bas « *je porte des couches...Je n'aurais pas cru, à mon âge. Heureusement que je porte des pantalons larges.* ». Ainsi, Madame D voit ses rythmes diurnes bouleversés, laissant place à une régression qu'elle associe à un vieillissement prématuré.

Depuis l'annonce des cancers, Madame G relate avoir des difficultés à s'endormir, « *c'est sûr, ça me travaille ce qu'il m'arrive* ». Elle me laisse ainsi entrevoir que l'anxiété la saisirait au moment de trouver sommeil. Madame R, quant à elle, exprime ne plus faire de nuits complètes à cause de ses angoisses. Ici, ce sont les rythmes nocturnes qui sont bouleversés, il en résulte davantage de fatigue amenant les patients à beaucoup se reposer en journée.

Lorsque l'horloge biologique apparaît désynchronisée, la perception de ce rapport entre milieu interne – l'organisme – et milieu externe – l'environnement – peut favoriser l'émergence d'un sentiment intime d'étrangeté. L'identité temporelle de l'organisme semble ainsi intimement liée à la temporalité du sujet.

IV.4.b. L'étrangeté d'un corps

Madame D, Madame R font face à un corps qu'elles ne reconnaissent plus, qui ne répond plus à leurs attentes. Certains éprouvés ou certaines modifications corporelles conduisent le sujet à un sentiment d'anormalité. Cette sensation induit une discontinuité, telle une forme de déréalisation, créant un vécu de rupture dans l'unité psychocorporelle : le corps trahit l'esprit sain. Le patient perdant confiance en son propre corps le rejette, le désinvestit. Le cas de Madame R l'illustre parfaitement.

Pour Madame D, l'impression d'un corps étranger se concentre particulièrement autour de ses pieds. Le regard qu'elle leur porte montre une forme de dégoût. Elle les

considère même comme à l'origine de son déclin physique général, « *je ne peux rien faire avec ça [désignant ses pieds], je ne peux même plus mettre mes chaussures, je ne peux plus marcher...* ». Depuis la naissance, le sujet construit des repères corporels lui permettant d'habiter son corps, de le sentir et de le mettre en mouvement afin d'interagir avec l'environnement. Ces repères sont un élément essentiel du sentiment d'identité³⁶ et de sécurité de base du sujet. Madame D ne se reconnaît plus comme « même »³⁷ et l'exprime très bien lors des séances de psychomotricité. Elle décrit une cassure dans son sentiment de continuité corporelle avec un avant et un après la maladie. En se remémorant sa vie avant la maladie, Madame D dresse un portrait où elle se décrit comme dynamique, sportive et persévérante. Son ralentissement psychomoteur et son repli sur soi sont-ils l'expression d'une image du corps bouleversée dans sa continuité d'être ?

Suite à la deuxième séance de relaxation, Madame G exprime « *je n'avais plus possession de mon corps, maintenant je l'ai repris* ». En effet, cela fait sept semaines que Madame G est hospitalisée, elle a séjourné dans différents services, a été vue et auscultée par différents médecins, spécialistes et a passé une multitude d'exams. Lors d'une séance précédente, avant de débiter, Madame G me confie avoir accepté qu'une stagiaire aide-soignante participe à sa toilette au lit ; « *en soi ça ne m'a pas dérangée, il faut bien que les jeunes apprennent. Du coup, j'avais trois personnes pour ma toilette et ça a mis beaucoup plus de temps* ». Ainsi, au cours de sa prise en charge, j'ai l'intime sensation que Madame G a abandonné son corps à l'instance médicale, le laissant comme objet de soin. Les temps de relaxation proposés ont été précieux pour ses éprouvés et ressentis corporels.

De l'atteinte corporelle aux séquelles, en passant par les traitements, les opérations et les soins hospitaliers, le corps s'instrumentalise jusqu'à, pour certains, se teinter d'étrangeté. « Avec la différenciation soi/non-soi naît le sentiment d'une id-entité, c'est-à-dire d'une entité qui perdure dans le temps et l'espace. Il s'agit d'être identique à soi-même, de sentir sa continuité ici et là, aujourd'hui ou demain, au-delà des changements de contexte. [...] La différenciation qui distingue une entité corps est liée à sa spatialisation et à sa temporalisation. Avec l'expérience du corps limité et situé, naît également celle de son devenir, de son inscription dans une historicité » (Lesage B ; 2012 ; p12). Ainsi dans la maladie grave, l'étrangeté du corps – un soi devenu non-soi – provoque une rupture dans l'histoire du patient et bouleverse son *identité*.

³⁶ Cf. infra Chapitre 2 : I.1. Introduction à la notion d'identité, p 60.

³⁷ Cf. supra Chapitre 2 : III.2. Un temps angoissant, p 53.

Partie 2 : Un chamboulement identitaire

I. Introduction à la notion d'identité

L'origine du mot « identité » trouve ses racines dans l'étymologie latine *identitas* provenant lui-même de *idem* qui signifie « le même ». Si l'on revient au sens premier du terme, on s'aperçoit de l'ambivalence et de la complexité de cette notion oscillant entre le caractère de l'identique et le caractère de l'unique. Dans un premier temps, je choisis de m'appuyer sur la psychologie sociale pour éclaircir la notion d'identité. Elle définit celle-ci comme un processus psychologique de représentation se traduisant par le sentiment d'exister en tant qu'être singulier et d'être reconnu comme tel par autrui (Carbonnier M ; 2015).

I.1. Au fil du temps

Qu'elle soit prise dans l'acception de la similitude, d'unité ou de permanence, l'identité est toujours vectorisée par le concept de temps. Je définirais, à l'aide du psychologue et psychanalyste Erik H Erikson (1972), la notion d'identité comme ce qui permet de se définir et de se distinguer des autres, par notre unicité et nos attributs caractéristiques propres, à travers le temps. C'est le sentiment d'être le même, malgré les changements auxquels nous faisons face.

Si l'identité est ce qui permet de se reconnaître, elle est également ce qui permet de se faire reconnaître, elle implique ainsi la notion de relation à l'autre. L'identité engendre donc une dimension de la relation sociale en fonction d'une représentation de soi. La représentation du corps peut être définie comme une appropriation cognitive, motrice, affective du corps dans une relation humaine, sociale.

I.2. La place du corps

En tant que future psychomotricienne, il m'est essentiel d'introduire le corps dans la notion d'identité. En effet, il tient une place fondamentale dans le sentiment d'être à soi mais aussi dans la relation à l'autre. Si je me réfère à la définition du corps propre, fondée à partir de la phénoménologie, « la notation propre tente de rendre compte en français de l'intime du vivre. Le corps propre, c'est ce que l'on sent du dedans, on peut le traduire par chair [...] c'est à dire, la relation de soi-même à soi-même » (André P., Bénavidès T., Canchy Giromini F ; 2004 ; p31). Ainsi, le corps est la présence immédiate au monde de la

vie psychique du sujet. Il génère un sentiment interne d'existence, support de sensations et d'émotions. Le vécu corporel est alors intégré à un espace plus global, toujours en lien avec l'espace-temps. Benoît Lesage (2012) décrit le corps comme n'étant pas seulement un ensemble de structures anatomiques, mais comme l'intégration complexe de celles-ci, et de leurs organisations, dans le mouvement et la relation ainsi que la connaissance et la conscience que chacun en construit. Le corps n'est alors pas seulement un médiateur permettant le rapport au monde : il devient un corps signifiant, qui exprime notre rapport au monde. Le corps est mouvant, relié, expressif, il est support d'une identité personnelle.

Par ailleurs, le sociologue, Alex Mucchielli (2011) parle de « sentiment d'identité » en tant que conscience de soi³⁸. Pour lui cela correspond à l'idée de ressentir l'intérieur de soi et d'unifier un ensemble d'états éprouvés en un sentiment subjectif d'unité personnelle, de continuité corporelle. L'ensemble s'organise autour d'une volonté d'existence. Ainsi, le sentiment de soi évolue tout au long de la vie au cours des expériences vécues. Fonction corporelles et expériences affectives se combinent et évoluent au fil du corps, au fil de la relation et au fil du temps pour construire une identité psychomotrice.

Nous l'avons vu, la maladie cancéreuse, ses traitements et les effets secondaires générés attaquent le corps dans son intégrité et l'individu dans sa continuité d'existence. Comment alors le sujet peut-il rester lui-même ? Je m'interroge ici de l'impact de la maladie sur le sentiment d'identité du patient.

II. L'atteinte « au corps de l'identité »

Dès les premiers mois et tout au long de la vie, le corps est un référent identitaire fondamental. Il est le lieu d'un investissement pulsionnel, en lien avec le narcissisme primaire³⁹ et l'image inconsciente du corps (Dolto F ; 1984).

II.1 L'atteinte du corps réel

Lié à l'équipement neurosensoriel du sujet, le schéma corporel apparaît comme une donnée anatomique universelle. Cette représentation du corps s'érige sur les sensations et les ressentis corporels. En 1970, Julian De Ajuriaguerra, neuropsychiatre et psychanalyste, définit le schéma corporel. « Edifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques,

³⁸ Le soi désigne de manière très générale ce qui définit la personne dans son individualité.

³⁹ S. Freud (1977) définit le narcissisme primaire comme un état précoce de l'organisation des pulsions de l'enfant qui investit la totalité de sa libido, de son énergie sur lui-même. L'enfant se prend lui-même comme objet d'amour.

labyrinthiques, visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. »⁴⁰ Le schéma corporel intervient ainsi dans la dimension spatiale du corps permettant au sujet de s'adapter à son environnement, il est le point de repère des relations à l'espace, au temps et à l'environnement.

Au cours de la maladie grave le schéma corporel se trouve déstructuré de différentes façons. Bien que la connaissance de celui-ci demeure intacte, les patients victimes du cancer voient progressivement leur corps se modifier, ils le vivent différemment.

II.1.a. Un corps mutilé

Lorsqu'une personne est atteinte d'un cancer du sein l'intervention chirurgicale, correspondant à l'ablation totale ou partielle du sein, est fréquente. Madame G a été opérée partiellement du sein droit, elle accepta la chirurgie comme un acte nécessaire à sa survie. Madame D a subi une mastectomie totale du sein gauche il y a cinq ans et Madame R fut opérée totalement des deux seins, toutes deux ne mentionneront jamais cette opération au cours de nos rencontres.

La mastectomie affecte l'intégrité corporelle du sujet tendant à supprimer la partie déficiente qui peut mettre en danger le reste du corps. Cette agression somatique bouleverse l'anatomie du corps et contraint l'individu à le penser différemment. L'opération laisse une cicatrice, une trace indélébile marquant la peau et rappelant que le corps ne sera plus jamais comme avant. La cicatrice rappelle le cancer, son acception dépendra du devenir psychique de l'atteinte et des représentations qui lui sont associés.

Lorsque j'accompagne l'infirmière et l'aide-soignante pour la toilette de Madame R, je suis confrontée à un corps mutilé. A la vue de son torse, je me sens mal à l'aise, par pudeur je détourne le regard. Toutefois, une sensation étrange me traverse, une sensation d'irréalité, je ne reconnais pas ce corps de femme. En un instant, je comprends l'ampleur des conséquences psychiques de cette atteinte corporelle.

L'ablation du sein est toujours difficile à accepter pour une femme. Pour toutes, une même question se pose : celle de la perte. Comme nous le verrons plus tard les difficultés

⁴⁰ Cours de psychomotricité (2013-2014), PAVOT Cécile, 1^{ère} année, IFP Paris.

suscitées par la mastectomie renvoient à quatre niveaux : l'image du corps, l'identité, la vie sexuelle et affective. Ainsi, il ne s'agit pas seulement de la perte d'un organe.

II.1.b. Un corps changé

Pour Madame D les modifications corporelles semblent avoir altérées physiquement, fonctionnellement et psychiquement son modèle anatomique « *Regardez moi ça [ses pieds], je ne peux même plus enfiler mes chaussures. Je ne vais tout de même pas aller marcher pieds nus* ». Les œdèmes handicapent Madame D dans sa vie quotidienne.

Madame G commence à perdre ses cheveux à cause de la chimiothérapie. La perte de cheveux représente la marque visible de la maladie « cancéreuse ». L'alopécie remet en cause la féminité et le pouvoir de séduction, elle constitue souvent un traumatisme narcissique difficile à assumer par les femmes, ce qui nous renvoie encore une fois à l'atteinte de l'image du corps.

II.1.c. Des perceptions altérées

Au cours de mon stage, j'ai eu l'occasion de rencontrer différents patients gênés par des paresthésies se traduisant par une perte de sensibilité ou l'apparition de fourmillement au niveau des pieds ou des mains.

Monsieur L, âgé de 43 ans, est atteint d'un cancer de l'estomac. Il présente une perte de sensibilité au niveau de la voute plantaire ce qui altère sa marche, notamment le déroulement du pied. Il est sujet à des déséquilibres. Cette modification des sensations se répercutent sur sa vie quotidienne ; « *Je ne peux plus conduire, je ne sens plus les pédales sous mes pieds. D'ailleurs j'ai l'impression qu'il me manque la moitié des pieds...* ». Monsieur L me montre ici la relation directe existant entre la représentation du corps et la sensorialité.

La notion de schéma corporel renvoie au fonctionnement des différents systèmes sensoriels et constitue une représentation perceptivo-motrice du corps. Je peux revenir sur le cas de Madame R qui ne représente pas de corps lors du dessin du bonhomme⁴¹, est-ce parce qu'elle met à distance ses sensations corporelles ?

⁴¹ Cf. ANNEXE 4, p102.

La modification des perceptions corporelles par l'alitement ou la douleur modifient les repères habituels du patient. Lors de nos premières séances Madame G est très douloureuse. Pour se protéger de sa douleur elle adopte une posture antalgique et son fond tonique est élevé. La fonction tonique est le support de notre adaptation à l'environnement. Ce repli corporel lui permet de se créer une carapace tonique afin de se concentrer sur la douleur à venir ou déjà présente et tenter de l'éloigner. Le tonus étant modifié, le patient voit ses repères chamboulés, sa représentation mentale consciente du corps est modifiée. Madame G doit alors se réapproprier son corps en tenant compte de ces nouvelles variables.

Faire ressentir le schéma corporel, au travers des sensations, des perceptions et rendre possible la verbalisation du vécu corporel permet au sujet de limiter son corps pour mieux le sentir et l'habiter. De ce fait le corps peut progressivement être réinvesti au fil des séances. Toutefois, le schéma corporel seul évoque « la représentation d'un corps muet, hors de la relation affective à l'autre comme à soi-même »⁴². Ainsi, conjugué à l'instauration progressive d'une relation de confiance, il est possible de poursuivre la prise en charge autour de la notion d'image du corps, selon Françoise 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 » (Dolto F ; 1984 ; p23).

II.2. Une image du corps bouleversée

Lors de ma troisième rencontre avec Madame R, son visage est transformé, elle ne peut plus ouvrir l'œil droit à cause d'un œdème. « *J'ai l'impression de n'être que cet œil, que tout mon corps est boursoufflé* ». Ses paroles expriment ici un trouble de la représentation de soi. L'atteinte du corps réel – soit du schéma corporel – modifie la relation que le patient entretient avec son corps, avec autrui ainsi qu'avec son environnement. Le corps devient le support de diverses représentations mettant en péril l'identité corporelle et l'identité psychologique du patient ; l'image du corps est ainsi perturbée.

L'image du corps désigne les perceptions et représentations mentales que tout sujet a de son corps, comme objet physique mais aussi chargé d'affects. Elle appartient à l'imaginaire, à l'inconscient, avec comme support l'affectif (Guiose M ; 2004 ; p231). En perpétuel remaniement et propre à chacun, l'image du corps se construit avec le vécu et au fil des expériences du sujet. Elle est la première représentation inconsciente de soi,

⁴² Cours de psychologie (2015-2016), LAURAS-PETIT Agnès, 3^{ème} année, IFP Paris.

représentation qui prend le corps comme unificateur. A tout moment elle peut être modifiée. Elle peut s'éprouver solide ou détruite, désirée ou rejetée, elle est liée à l'épreuve du narcissisme et à la vie relationnelle.

II.2.a. Un trouble de la représentation de soi

La représentation du corps renvoie à la manière dont le sujet fait siennes ses expériences corporelles. Elle repose sur une activité de représentation générale qui donne sens à la sensation, et l'inclut dans une tonalité affective, une modalité de percevoir. Alitée, ne pouvant plus se mouvoir comme elle le souhaite, Madame D peine à percevoir son corps comme reflet du vivant d'elle au monde. Elle voit son autonomie décliner au fil des jours. La dépendance s'amorce, s'installe et favorise les mouvements dépressifs. De là découle un appauvrissement de ses projets de vie. La personne vit une destruction de son narcissisme, de ses enveloppes psychiques. La représentation qu'elle a d'elle-même se trouve altérée et fragilisée. L'intégrité du corps est ici remise en question par le cancer et ses traitements car le corps qui trahit, qui lâche, qui abandonne, devient le témoin de l'avancée de la maladie.

L'atteinte de l'image du corps se caractérise par « l'existence d'une différence marquée entre l'apparence ou le fonctionnement actuel perçu d'un attribut corporel donné et la perception idéale de cet attribut par l'individu ; cette différence, en vertu de l'investissement personnel et des dysfonctionnements corporels, a des conséquences émotionnelles et comportementales, et peut affecter significativement la qualité du fonctionnement occupationnel, social et relationnel »⁴³.

II.2.b. Le sein, un symbole

Concernée par l'ablation du sein, Madame G relativise sa mastectomie « *encore moi ça va, à mon âge je n'ai plus à plaire, mais pour d'autres j'imagine que ça doit être très compliqué...* ». Ses paroles placent d'emblée le sein comme emblème de la féminité, symbole de plaisir et de séduction.

Faisant partie intégrante de l'entité corporelle féminine, l'ablation du sein entraîne diverses réactions selon son degré de réalisation mais également en fonction de l'histoire de la patiente, de son épanouissement sexuel et maternel, et de l'investissement de sa féminité. La mastectomie introduit le travail d'un deuil consistant à accepter la perte d'une partie du

⁴³ WHITE CA cité par REICH M., 2008, p248.

corps qui est l'objet d'un investissement intense (Lehmann A ; 2014). Ici, le travail du deuil concerne principalement l'image de soi. Pouvoir investir une nouvelle image implique de renoncer à la précédente. Je peux supposer que Madame R n'a pas effectué ce deuil et est dans l'incapacité d'accepter cette nouvelle image d'elle. Selon moi, sa réaction est adaptée et compréhensible, j'ai moi-même été dérangé à la vue de son corps.

La perte du sein remet en cause chez la femme sa capacité de plaire et d'être aimée, d'être femme, mère ou épouse. La féminité de Madame D et Madame R est mise à mal, est-ce pour cela qu'elles dessinent un homme ? Madame R porte des t-shirts assez large, trop grand pour elle, cherche-t-elle à dissimuler ce corps agressé ? L'ablation modifie ainsi inéluctablement son rapport à l'autre, la patiente craint d'être mise à l'écart de la société. Pour investir et se réapproprier ce nouveau corps, il ne suffit pas de panser le corps mutilé, mais il faut aussi pouvoir le penser et se le représenter avec une mise en mots. Cela va se traduire par des interrogations suivantes chez les patientes : « *À quoi vais-je ressembler ? Mon entourage va-t-il me reconnaître ? Comment vont-ils me regarder ?* »

II.2.c. Le regard de l'autre

L'image du corps se construit dans la relation à autrui, à travers le regard que l'entourage porte sur l'individu et celui qu'il pose sur lui-même, ce qui nous renvoie à la notion d'image spéculaire du corps⁴⁴. La notion d'estime de soi en dépend fortement.

Madame D entre dans une spirale d'isolement, seulement son fils, son mari et sa sœur sont au courant de son hospitalisation, elle n'en a pas informé ses collègues, ni ses amis. Si cette réaction m'a d'abord interrogée sur une forme de déni, je soupçonne également une appréhension quant au regard de l'autre. En effet, l'identité passe par le regard miroir de l'autre dans lequel le patient essaie de se reconnaître. Mais, dans le contexte de la maladie grave et de l'hospitalisation, le regard de l'autre ne renvoie plus l'intégrité corporelle du sujet. Au contraire il leur rappelle la réalité de la mutilation, de leur état corporel. Je rencontre une fois la sœur de Madame D alors que je venais pour lui proposer une séance de psychomotricité, elles sont toutes les deux installées dans la chambre. Je me présente à la sœur comme la psychomotricienne qui suit Madame D depuis plusieurs semaines déjà, elle me répondra alors « *le psycho je ne sais pas, mais la motricité*

⁴⁴ L'image spéculaire du corps est une notion définie par Lacan comme la représentation et la reconnaissance de soi dans le miroir. Elle participe à construire l'image du corps dans une représentation totalement unifiée. (PETIT-GARNIER M ; Cours de Psychologie ; 2015-2016)

c'est sûr que ce n'est pas ça ». J'en profite pour expliquer le travail que nous faisons ensemble mais ses paroles, que j'ai perçues comme agressives, m'ont interpellée. Elles reflètent clairement le regard porté sur Madame D, qui est alors considérée comme une femme affaiblie. Ancienne cadre de direction d'une banque assurance, quel regard ses collègues, ses amis poseraient-ils sur elle face à la maladie, à la perte d'autonomie, aux modifications corporelles ?

Tout regard peut désormais être source d'effraction alors qu'il a pu avant être source de plaisir, de reconnaissance. Le trouble de l'image du corps met ici en danger le sentiment identitaire ainsi que l'estime que le patient a de lui-même. Je vois ici tout l'intérêt de ma position de thérapeute qui écoute, porte, soutient et accompagne Madame D dans le vécu de la maladie.

Du schéma corporel à l'image du corps, le corps dégage chez l'homme la plus grande importance. Espace propre à soi qui contient, délimite et brandit le vécu, le corps devient le premier référentiel identitaire. Lorsqu'une atteinte corporelle survient, c'est cette identité qui apparaît ébranlée.

II.3. L'épreuve d'un statut

L'identité se forge à partir de la perception de la différence et de la reconnaissance de l'autre. La place de l'homme dans la société, le statut qu'il détient participe à la construction identitaire du sujet. Au cours de mon stage, il m'a semblé que la maladie remplaçait l'ensemble des statuts professionnels et familiaux.

Presque surprise que je m'intéresse à son métier, Madame D m'annonce d'emblée *« je ne travaille plus, je suis en retraite anticipée »*. Elle dépeint ici une rupture dans son sentiment d'appartenance⁴⁵. La mention de retraite anticipée place désormais Madame D du côté des « invalides », le sentiment de perdre sa place au sein de la société est alors fortement ressenti. Son autodépréciation au cours des séances le laisse d'ailleurs entendre *« regardez-moi, je ne peux plus rien faire, je deviens un légume »*. Elle perd ici le sentiment même de vie, le statut d'Homme.

Nous l'avons vu, Madame R est effrayée à l'idée de retourner chez elle, de retrouver son statut de mère de famille et de conjointe. Elle redoute que sa fille la voit dans un état de

⁴⁵ Le sentiment d'appartenance à un groupe est décrit par Mucchielli A (2011) comme un des éléments de la construction identitaire.

grande fatigue et qu'elle lui pose des questions auxquelles elle ne saurait répondre. Toutes les pensées et les préoccupations de Madame R se focalisent sur la maladie : le corps malade envahit le psychisme. Madame R semble trouver sa place uniquement au sein de l'institut, où la maladie est le quotidien et n'est pas une exception.

Quant à Madame G, elle préfère poursuivre son traitement au sein d'une clinique SSR plutôt que de rester chez elle et faire régulièrement les allers-retours à la clinique, elle a besoin d'être entourée par un personnel médical. Ne pouvant se fier à ses propres réactions, c'est au médecin que le patient va demander d'interpréter ses ressentis corporels et psychiques. Ce faisant, il institue le médecin en dépositaire de tout ce qui lui manque, il en fait une sorte de moi auxiliaire idéal. Par sa présence, son savoir, et par l'établissement d'un programme thérapeutique, le médecin restitue au malade une continuité, même si elle vient de l'extérieur. Le cancer vient s'immiscer dans le statut social des patients, la maladie devient leur statut.

III. Un sentiment de précarité

A cette douleur qui envahit toute la vie du sujet s'associent les pertes de repères tant environnementaux que psychocorporels. La perte d'un ancrage de l'identité corporelle dans un socle fiable et persistant ouvre une impasse où le corps propre questionne toute projection, toute représentation du temps à venir. Les assises identitaires du sujet sont ébranlées : il souffre dans ce qu'il est, ce qu'il n'est plus, et ce qu'il ne pourra plus être. La confiance n'est plus possible dans un « corps-traison ». De cet effondrement identitaire peut naître un sentiment de précarité auquel l'institut médical va subvenir par son savoir et ses traitements en proposant « une identité substitutive », temps artificiel demandant à toute subjectivité de disparaître. « Comme si, quand le corps ne va plus de soi, conséquence des désorganisations du temps et de l'espace corporel, la proposition et le prêt d'un temps venu de l'extérieur, soit de la pratique médicale, était la paradoxale condition de possibilité d'un éventuel réinvestissement subjectif en même temps qu'une instance de désinvestissement de la réalité subjective » (Derzelle M ; 2000 ; p15).

La personne malade, privée de l'attribut particulier de sa spécificité qui est sa temporalité – soit son inscription dans un espace et un temps spécifique – cherche à se protéger. Certaines personnes désinvestissent alors leur corps. Et ce désinvestissement majore le plus souvent l'anxiété, voire l'angoisse. En effet, notre sentiment de sécurité, de contenance, d'existence, notre sentiment de soi se construit via l'intégration des expériences psychocorporelles. Ainsi, ne pouvons-nous pas penser, comme Christine Maintier⁴⁶, que « face à ce potentiel effondrement identitaire, la présence du tiers, la médiation par autrui est plus que jamais nécessaire » pour soutenir la personne dans son travail de réinvestissement de lui-même et du monde environnant ?

⁴⁶ MAINTIER C cité par PERSONNE M ; 2011 ; p42.

CHAPITRE 3 :
Retrouver un temps en soi

Discussion

CHAPITRE 3 : Retrouver un temps en soi

Partie 1 : De la dynamique relationnelle au sentiment de soi

Vivre ce corps douloureux, défaillant, abîmé, vivre dans ce corps sa propre fin fait violence, de par le tragique de la mort ; mais peut-être aussi par l'obligation pour le sujet d'être connecté à son corps comme à un objet de déplaisir uniquement. Comment alors ne pas être tenté de fuir en se réfugiant derrière des mécanismes de défense psychique ou en adoptant des postures de repli, de carapace tonique ou à l'inverse de désertion tonique, de glissement ? Entre sur et sous-investissement corporel, comment parvenir à se sentir soi dans une juste mesure de sa réalité psychocorporelle et de ses compétences de l'instant, pour « vivre encore et en corps » ?

Mon questionnement porte sur les raisons pour lesquelles de nombreuses personnes rencontrées en cancérologie investissent tant l'accompagnement par la médiation corporelle. Quel est ce maillage profond auquel elles essaient de se raccrocher pour rester « elles » jusqu'au bout ? Comment la psychomotricité peut-elle les y amener ? Que se joue-t-il dans cette relation de personne à personne dans laquelle le corps, objet de toutes les préoccupations, devient source de créativité et socle de l'identité ? **En quoi l'approche psychomotrice accompagne-t-elle la personne atteinte d'une maladie grave dans la réappropriation de son histoire psychocorporelle ?**

En menant une réflexion sur mes rencontres avec Madame D, Madame G et Madame R, nous verrons comment et dans quelle qualité de présence le psychomotricien accompagne la personne dans un travail d'élaboration de son image corporelle et l'ouvre sur une reconnaissance et un réinvestissement de son corps.

I. La psychomotricité en cancérologie : un espace temps relationnel

I.1. Un moment de rencontre

En cancérologie, mes premières rencontres avec les patients sont pour moi des moments particuliers, uniques. Le premier regard, la première poignée de main inscrivent en moi une image de la personne. Je revois Madame G et sa position surprenante, les traits de son visage sont crispés. Je revois l'expression et le regard vide de Madame D allongée sur son lit, tout comme je n'oublie pas le regard angoissé de Madame R à notre première rencontre.

Pour ces patients ma venue est inattendue, au premier abord certains se dissimulent derrière un discours médical, est-ce par habitude ? Lorsque je me présente je perçois leur incompréhension, ils s'interrogent sur mon métier « *et c'est quoi exactement psychomotricienne ?* », ils se questionnent sur ce que je peux leur proposer, « *si ça fonctionne vraiment* ». Puis au fil de la discussion, certains relâchent leurs défenses, se dévoilent, me proposent de m'asseoir à côté d'eux. Une relation s'établit. La rencontre devient singulière.

Dans cet espace thérapeutique se crée une relation de confiance, une rencontre entre deux corps, deux personnalités. Le corps est le moyen permettant d'entrer en relation avec l'autre, c'est dans l'implication et le partage corporel, émotionnel et psychique qu'un lien de confiance va s'établir. Cet espace-temps unique j'en suis garante en tant que thérapeute, il dépend de ma propre disponibilité aussi bien physique que psychique.

I.2. Un soin selon le besoin

Dans ce contexte, je vais à la rencontre du patient et non l'inverse. Je le rencontre dans sa chambre d'hôpital qu'il partage parfois avec un autre patient, je pénètre alors dans sa sphère personnelle, voire intime. Je dois être vigilante à ne pas m'imposer au patient, car dans cette situation il ne peut pas fuir, ou éviter une de nos séances. Ainsi, le soin psychomoteur est toujours amené sous forme d'une proposition. C'est un soin que le patient est libre d'accepter ou de refuser. Le patient est dès le début placé comme acteur de la prise en charge. Cette notion me semble particulièrement importante en cancérologie où le patient subit de nombreux soins sans qu'il puisse donner son avis. Pour cela, je m'enquiers avant chaque séance de leur état corporel et psychocorporel, il est possible que le patient soit très fatigué, veuille se reposer, ou tout simplement n'est pas envie aujourd'hui. Pour être à l'écoute des besoins du patient je m'appuie sur ce que celui-ci exprime de manière verbale ou non, sur ce qu'il m'amène. Mes connaissances théoriques et mon expérience clinique ne suffisent pas pour proposer un accompagnement adapté face à une personne que je ne connais pas. Elle seule peut me dévoiler des passages de son histoire. Je m'appuie alors sur elle pour dérouler des propositions qui lui soient ajustées. Le projet de psychomotricité est ainsi construit ensemble selon les besoins du patient.

II. Expérience de soi à travers l'autre

Dans le cadre de soin en cancérologie, le psychomotricien touche à une dimension archaïque chez le sujet et dans la relation. Il implique l'engagement corporel et l'établissement d'un dialogue tonico-émotionnel équivalent à celui de la mère et son enfant. Cette entité fondatrice des interactions précoces se fait toile de fond de toutes nos rencontres.

Cette communication émotionnelle renvoie également à mes propres émotions dans la relation thérapeutique. C'est à partir de mon propre vécu que je vais pouvoir comprendre, percevoir, l'ensemble des variations de cet échange, et mieux m'y adapter.

Au travers des différentes médiations proposées à Madame G, Madame D et Madame R, je vais exposer les différentes postures que j'ai pu explorer au cours de mon stage.

II.1. Madame G et Madame R, la recherche d'un apaisement

Le tonus est le véhicule de l'expression des émotions et le support essentiel de la communication infra-verbale, du langage corporel. Pour cela, je porte une grande attention au cours de mes séances, à l'ensemble des réactions toniques, des attitudes, pouvant m'informer d'un quelconque mal-être ou bien-être du patient. Dans une réciprocité, c'est au travers de ce dialogue tonico-émotionnel, que j'essaie de faire prendre conscience au patient de son état tonique et de le moduler en tentant de l'amener à un ressenti corporel apaisant.

La relaxation et le toucher thérapeutique placent le corps en avant des préoccupations mettant en jeu à la fois des fonctions physiologiques, psychologiques, affectives et neurologiques.

II.1.a. Madame G et la relaxation

Suite aux séances de relaxation, Madame G décrit un « mieux-être ». Celui-ci semble d'abord être physique, notamment au niveau de son dos – après la première séance, alors que Madame G était fixée dans une position antalgique, elle se mobilise, s'étire. Au fil des séances, Madame G prend conscience de certaines crispations entretenues notamment au niveau de la ceinture scapulaire, puis j'observe que Madame G se laisse progressivement aller à un réel « lâcher prise ».

La relaxation a pour objectif premier la régulation tonique. L'attention portée sur chaque partie du corps, sur la respiration, son rythme et sa régularité au cours de la relaxation engendre un abaissement du seuil tonique. Cela a pour conséquence une modification de l'état de conscience. En effet, la diminution du tonus musculaire abaisse l'excitabilité cérébrale, entraînant un abaissement de l'état de vigilance. Cette modification permet un ralentissement de la transmission nerveuse et en particulier celle de la nociception⁴⁷. La relaxation permet d'ailleurs la libération d'endorphine, hormone qui soulage la douleur. Benoît Lesage (2012) élargit la notion de tonus à d'autres systèmes de l'organisme, notamment à un niveau plus complexe en décrivant un tonus psychique, émotionnel.

La relaxation en abaissant le seuil tonique de Madame G touche également à un pan affectif de sa vie psychique et favorise un apaisement des tensions internes.

II.2.b. Madame R et le toucher thérapeutique

Pour Madame R, la « rencontre » avec son propre corps a besoin d'être guidée par mes mots et le toucher.

Le toucher est le premier sens mis en place au cours de l'embryogénèse. Il renvoie à la qualité des soins et des premières relations avec les figures d'attachement du petit d'homme. Il favorise la décontraction musculaire, le plaisir et le soulagement des angoisses. En effet, le toucher provoque la sécrétion d'ocytocine, hormone qui contrôle différents comportements comme l'anxiété, l'empathie, la reconnaissance sociale, etc. Elle joue d'ailleurs un rôle essentiel dans la création des liens d'attachement mère-bébé. Dans nos sociétés, le toucher fait appel à une notion d'intimité, de contacts réservés aux proches. Ce sens est teinté d'affects et d'émotions. Pour cela, le toucher thérapeutique doit être effectué avec précautions.

Comme dans le cas de Madame R, les douleurs et les angoisses sont souvent à l'origine de sensations de morcellement et d'éclatement, un toucher thérapeutique global et symétrique sur l'ensemble du corps permet de restaurer une image du corps structurée.

⁴⁷ La nociception est le processus sensoriel à l'origine du message nerveux qui provoque la douleur.

La diminution de l'état tonique d'un patient, signe d'un apaisement physique et psychique, s'élabore grâce au dispositif de la séance, à la disponibilité et à l'écoute du psychomotricien.

II.2. Un moment de régression

Afin de favoriser un espace agréable et propice à la relaxation dans la chambre d'hôpital je tente d'atténuer les stimuli extérieurs. Je diminue l'éclairage de la chambre, un fond musical peut être proposé et j'invite le patient à s'installer confortablement sur le lit ou le fauteuil confort. C'est un temps particulier où je lui consacre une attention exclusive.

II.2.a. *L'enveloppe sonore*

Je suggère au patient d'écouter ma voix. J'ai compris, qu'il fallait que je la module et que je l'adapte en fonction des patients pour créer une enveloppe audiophonique contenant, propice au relâchement psychique. Je pose ainsi ma voix pour qu'elle soit calme et apaisante. Le timbre et le rythme de celle-ci créent une prosodie particulière. Je peux également utiliser une musique de fond comme bain sonore et mélodique qui enveloppe, soutient et accompagne le patient.

Madame R a besoin d'un étayage verbal important lors du toucher thérapeutique, les silences la rendent anxieuse.

Si les mots guident Madame G dans son « *voyage intérieur* », il me semble que ce sont davantage les modulations, les intonations et le rythme de ma voix qui induisent un relâchement, ils lui proposent un sentiment interne de sécurité. Madame G, alors qu'elle avait bénéficié d'une séance d'hypnose un soir où elle était particulièrement douloureuse, me confiera ne pas y avoir accroché « *C'était différent d'avec vous. Vous, vous avez une voix très douce* ». Peut-être que la séance d'hypnose, favorisant un réaménagement psychocorporel, n'était pas adaptée à la problématique de Madame G. Mais je comprends également qu'un lien s'est créé entre la patiente et moi-même ou que le transfert⁴⁸ est positif, mais comment Madame G m'investit-elle ? Car, la voix a une fonction « archaïque d'apaisement » (Guiose M; 2007 ; p67). Au cours de la relaxation elle peut évoquer la voix maternelle, enveloppante, gratifiante et rassurante, telle une sorte de « cordon ombilical

⁴⁸ Le transfert existe dans toutes les relations asymétriques où il est question de soin. Dans le transfert survient des mécanismes d'identification et de projection inconsciente où le patient peut ressentir des sentiments tendres, on parle alors de transfert positif ou de sentiments hostiles, appelés transfert négatif, envers le thérapeute qui devient une sorte de parent réparateur des expériences passées.

acoustique »⁴⁹. Le sentiment d'enveloppe évoque également le concept « d'enveloppe sonore du Soi » développé par Anzieu comme un organisateur du Moi. (Anzieu D ; 1976). Ma voix offre probablement une expérience structurante et re-narcissisante à Madame G.

II.2.b. Un portage psychique

Dans la maladie grave, lorsque l'enveloppe corporelle se délite, l'apport d'une contenance extérieure semble précieux pour réinvestir des repères internes.

Après une séance de relaxation, Madame G me décrit une sensation et une image qui m'ont interpellée, « *J'étais comme dans un moule, tout mon corps... Un moule chaud, en coton* ». Madame G est elle-même agréablement surprise par cette nouvelle sensation, « *je voulais y rester, j'étais bien* ». La sensation de chaleur et l'image du coton m'évoquent aussitôt une image maternante, tel « un nid douillet ». Cette expérience, évoquant la notion du Handling maternel (Winnicott D ; 1969) – soit la façon dont l'enfant est soigné, nourri, touché – étaye la fonction contenante du Moi-peau. Lors des soins et des jeux corporels, la mère stimule la peau de son enfant. Celui-ci éprouve progressivement des sensations contenant et contenues permettant la constitution d'une enveloppe, telle la sensation ressentie par Madame G en étant dans « *un moule* ». Elle assure à l'enfant un sentiment de continuité de son identité.

L'approche psychomotrice, par le biais de la relaxation et l'élaboration d'un dialogue tonique, semble ainsi apporter à Madame G une expérience agréable au cours de laquelle elle peut se « laisser aller », soutenue par un portage psychique extérieure. Elle permet un retour à des éléments connus et intégrés des premières interactions en éveillant une mémoire corporelle archaïque ; c'est un retour aux expériences fondatrices de l'histoire psychocorporelle du sujet.

II.2.c. Du dialogue tonique à la pare-excitation

Le psychanalyste Joël Clerget nous rappelle que lorsque « nous touchons, nous touchons et nous sommes touchés par un intouchable qui nous touche au plus profond de nous-mêmes » (Clerget J; 2006 ; p51). La dimension affective est au cœur du toucher par le dialogue tonico-émotionnel.

⁴⁹L. SANDER ; H. JULIA cité par S.LEBOVICI ; S.STOLERU ; (2003), p162.

Lors de la première séance avec Madame R je perçois, sous mes mains, qu'elle se relâche, elle ferme les yeux. Dans le même temps, je me détends aussi et me sens plus à l'aise pour proposer des mots, des expériences différentes. Je perçois au cours de cette prise en charge que le soin psychomoteur n'a pas seulement une action sur la fonction de contenance. Il permet aussi de renforcer la fonction de pare-excitation, je me sens garante de cette fonction. Le toucher thérapeutique, associé à un accompagnement verbal important, maintient et contient les angoisses de Madame R. Elle le perçoit également, elle me demande si je peux l'accompagner lors de sa chimiothérapie à venir, endroit très anxiogène pour elle.

Le rétablissement provisoire des fonctions de contenance et de pare-excitation associé à un plaisir sensori-moteur permettent à Madame R de se libérer émotionnellement. Son attitude l'évoque d'ailleurs bien suite à la troisième séance⁵⁰ : je perçois qu'elle essaie de conserver un état d'apaisement. Tout en gardant les yeux fermés, elle me fait alors part de ses désirs, ses incertitudes et ses inquiétudes quant à son avenir. Dans le cadre de la séance, Madame R est capable de contenir, une charge affective, notamment l'angoisse, qui à d'autres moments se révélait trop massive pour être élaborée, comme lors de notre entretien où Madame R se recroquevillait à leurs évocations.

Lors de l'accompagnement de fin de vie auprès de Madame R, et notamment pendant la dernière séance⁵¹, sa douleur est perceptible lors de la toilette et des soins infirmiers. Le contexte émotionnel est très fort. Pendant quelques instants, je suis à l'écoute de mes propres ressentis, puis je perçois à partir de ce moment que je peux rester dans la chambre auprès de Madame R et l'accompagner si possible jusqu'à un apaisement. Je lui propose ma main afin qu'elle ait un soutien corporel et qu'un dialogue tonique s'établisse. Je tente de mettre des mots sur sa souffrance vécue juste avant. Ma propre enveloppe psychique et ma capacité à imaginer ce qu'elle vit lui servent de pare-excitation. Je suis disponible corporellement et psychiquement.

II.3. Madame D, une remise en mouvement

Dès notre première rencontre, je remarque chez Madame D une certaine tenue du corps, une façon particulière d'organiser ses gestes, ses déplacements ainsi qu'une implication relationnelle plutôt pauvre.

⁵⁰ Cf. supra, Chapitre 1, Partie 2 : III.4.b. 3^{ème} séance, p34.

⁵¹ Cf. supra, Chapitre 1, Partie 2 : III.4.c.4^{ème} séance, p35.

II.3.a. Une recherche d'appui stable

Au regard de son hypotonie, de la réduction de ses capacités physiques, j'ai le sentiment que le corps n'est pas maintenu correctement. Son axe corporel, son tonus postural semblent ne plus la soutenir. La fonction de maintenance (Anzieu D ; 1995), qui permet au sujet de ressentir sa solidité et son unité, de se tenir debout au sens psychique du terme, est défaillante chez Madame D. Cette fonction de maintenance se forme par une intériorisation du Holding maternel (Winnicott D ; 1969), soit la manière dont l'enfant est porté physiquement et psychiquement.

En l'encourageant, je l'accompagne ainsi à trouver et renforcer d'autres appuis corporels pour se lever, être en mouvement, marcher. Le bassin et l'axe corporel sont des repères fondamentaux pour le maintien de la posture. Assises au bord du lit, nous entamons un travail de respiration associé à des mouvements mobilisant les articulations des bras et des jambes. La respiration permet ici de jouer sur l'extension axiale et sur l'enroulement de la colonne vertébrale. Dans un jeu de pression/contre pression où le dialogue tonique prédomine j'amène Madame D à prendre conscience de son état tonique, nous réalisons cet exercice d'abord assises puis debout. La symbolique est forte, il faut résister physiquement à une pression extérieure, rétablir des limites corporelles fiables. Tel l'appui externe maternel dans les interactions précoces, je donne la possibilité à Madame D de ressentir l'appui interne de sa colonne vertébrale comme axe solide lui permettant de se redresser. C'est à partir de cette sensation physique que le bébé intériorise un sentiment de sécurité parce qu'il se sent soutenu par un pilier intérieur, se préparant à vivre l'expérience d'être autonome, d'avoir une vie psychique propre. Madame D, qui perçoit son corps comme défaillant, affaibli, investira beaucoup cet exercice.

Lorsque Madame D marche elle prend appui sur son pied à perfusion⁵². Il me semble qu'elle projette inconsciemment son axe corporel sur cet axe droit, solide et stable. Le pied à perfusion représente ici une métaphore corporelle de la colonne vertébrale. Pourtant, lors d'une séance – où nous parvenons, avec mes encouragements, à aller au jardin – sa posture change, Madame D me semble plus affirmée, elle tire le pied à perfusion. A. Bullinger (1998) et G. Haag mettent en évidence les liens entre l'axe corporel, le tonus, les postures, l'environnement et la sensorialité. Pour l'essentiel, l'axe corporel peut être considéré pour ces auteurs comme le point d'ancrage du Moi corporel et de la représentation du corps. Le

⁵² Cf. supra, Chapitre 1, Partie 2 : *II.4.a. De septembre à novembre 2015 : un désir de se mobiliser*, p27.

maintien de l'axe reflète ainsi la manière dont le sujet habite son corps. Madame D a-t-elle trouvé une satisfaction dans sa réussite ? A-t-elle retrouvé un plaisir à marcher et à aller dehors ? A-t-elle retrouvé une confiance en son corps qu'elle pensait trop faible ? Car, l'axialité est intimement en lien avec le fait de « se supporter soi-même », de se saisir en tant que sujet (Lesage B ; 2004). Ou peut-être s'est-elle appuyée sur moi par identification au travers d'un transfert corporel ?

II.3.b. La marche

Pour Madame D, les enjeux de la marche sont importants. Marcher, c'est aller de l'avant, c'est aller mieux. C'est être debout, c'est tenir bon face à la maladie.

D'un point de vue psychomoteur la marche est l'accès à la troisième dimension, à la verticalité. Elle est le résultat d'une bonne organisation psychomotrice. Quand nous marchons nous engageons tout notre être et le lien se tisse entre l'action et la pensée. La marche est également vecteur de relation, être capable d'aller vers l'autre ou de s'en éloigner. Selon Margaret Mahler (1990), l'acquisition de la marche au cours de l'enfance marque la capacité d'être seul, l'individuation du Moi.

Pour Madame G, la marche est synonyme d'autonomie, c'est pouvoir encore se porter elle-même, se déplacer seule et ne pas être dépendante de l'institution médicale. Elle lui permet d'investir un espace plus large, de sortir de sa chambre d'hôpital. Madame D apprécie particulièrement « *prendre l'air* ». Marcher c'est être libre de ses mouvements, être capable de répondre à ses désirs au moment voulu, c'est rester maître de soi. Dans son contexte médical, se déplacer debout permet également de faire le lien avec l'espace-temps, la perception du schéma corporel, et aller vers une sociabilité.

Mais être debout confronte également le sujet à sa réalité corporelle. Madame D prend davantage conscience de ses difficultés, de sa propre consistance. Elle fatigue rapidement. Est-ce pour cela qu'elle ne va plus marcher seule ? Je l'accompagne par mes mots, par des questions, dans cette prise de conscience. Plusieurs fois, alors que nous marchons dans le couloir, les soignants la félicitent. Si marcher est parfois difficile, Madame D en tire tout de même une satisfaction et une reconnaissance des autres qui la revalorisent narcissiquement.

Dans cet accompagnement, la médiation de la marche permet une autre disposition du corps dans l'espace : être côte à côte et non sous le regard de l'autre. Nous avançons dans

la même direction. Je perçois que, pour Madame D, cette disposition rend plus facile la parole, elle se confie sur ses appréhensions⁵³.

Au cours de cette prise en charge, je me sens investie moi-même comme un appui potentiel pour Madame D. C'est une patiente qui cherche beaucoup à être rassurée et revalorisée. Avec l'évolution de son état de santé ma position devient délicate. Je dois soutenir le désir de Madame D tout en l'accompagnant dans l'acceptation de ce corps défaillant. Écouter davantage ses perceptions corporelles n'implique-t-il pas une prise de conscience du corps réel ? La remise en mouvement peut-elle avoir lieu non sur le plan moteur mais sur le plan psychique : élaborer, penser, imaginer... ?

L'approche psychomotrice a l'avantage de pouvoir apporter, par les outils dont elle dispose et la pensée sur laquelle elle est basée, une contenance corporelle soutenue par un portage psychique. C'est ainsi en étant disponible corporellement et psychiquement que j'ai découvert la fonction « maternante » du psychomotricien. Tout en évitant l'écueil de l'infantilisation, contraire à toute dynamique de subjectivation et de maintien de l'autonomie, le psychomotricien peut proposer un lieu pour « régresser ». Je considère ici la notion de régression comme un retour à des éprouvés archaïques. Revenir par nos outils et notre regard de psychomotricien à des éléments connus et intégrés des premières interactions permet le retour aux expériences fondatrices de l'histoire psychocorporelle du sujet, le retour à un « Moi-corporel ».

⁵³ Cf. supra, Chapitre 1, Partie 2 : II.4.a. *De septembre à novembre 2015 : un désir de se mobiliser*, p29.

III. Maintenir un lien en soi

Retrouver un sentiment de soi ne passe pas uniquement par la relation à l'autre. Le psychomotricien est là pour guider, accompagner la personne dans une reconquête de ses propres repères corporels.

III.1. L'écoute du corps

La conscience corporelle est un outil thérapeutique mobilisé dans de nombreuses médiations psychomotrices. « La prise de conscience du corps passe par la mobilisation du corps en pensée ou en action » (Pireyre E ; 2015 ; p206). C'est un travail interne qui amène au patient un certain ancrage dans le corps, une reconnaissance de soi soutenant l'identité. En thérapie psychomotrice, la prise de conscience du corps est sollicitée par l'étayage verbal du thérapeute et l'accompagnement dans la mise en sens des affects, des émotions.

L'invitation formulée avec calme à ressentir chaque partie de son corps comme solide et faisant partie d'un tout unifié conduit Madame G à retrouver un certain équilibre tonique dans son corps. A chaque début de séance, je l'invite à prendre une position confortable, à effectuer un état des lieux corporels et, en nommant chacun des points de contact de son corps sur le matelas, à prendre conscience de ces différents points d'appui. Cette proposition s'inscrit comme un rituel de mise en disponibilité, de « prise de contact » avec son corps ainsi que ses perceptions spatiales et sensorielles. Par ailleurs, au cours de la relaxation les inductions verbales font régulièrement appel au niveau sémantique du schéma corporel afin que les sensations se diffusent dans l'ensemble du corps (Guiose M, 2007, p85). Après plusieurs séances, Madame G exprime se sentir « *apaisée* », « *je suis en harmonie avec mon corps, ça me ressource* » ; « *Je n'avais plus possession de mon corps, maintenant je l'ai repris* ». Elle refait ici le lien fondamental entre le corps et la psyché, tant mis à mal au cours de la maladie.

Ainsi, telle fut ma satisfaction lorsque progressivement Madame G entreprend seule, quand elle se sent anxieuse, les exercices de respiration effectués au cours de nos séances. Elle marque de ce fait son indépendance, supposant la restitution d'un sentiment interne de sécurité.

III.2. Une réminiscence corporelle

Je vais évoquer ici le travail effectué auprès de Madame D alors que son état de santé s'est aggravé⁵⁴. Le projet de soin psychomoteur vise désormais à l'accompagner au niveau de ses pertes qu'elle n'accepte pas, en soutenant une réappropriation corporelle et identitaire, en tentant d'apporter de la transition entre l'avant et le maintenant. Sur sa demande, les séances reprennent autour du toucher thérapeutique puis évolue vers de la relaxation dynamique. Madame D investit particulièrement bien le travail de visualisation, soutenu par la relation, les regards, les paroles, le toucher.

Dans le cas de Madame D, la sensorialité a favorisé l'émergence de souvenir agréable et à contribuer progressivement à sa prise d'initiative. Avec un appui musical et après avoir effectué des points de pressions sur l'ensemble de son corps je garde mes mains en contact de ses pieds, je la guide sur le sable, au bord de la mer. Je comprends qu'elle se saisit aisément de ses images lorsqu'elle me dit doucement, toujours les yeux fermés « *Vos mains sont fraîches, j'ai l'impression d'avoir les pieds dans l'eau* ». Puis, elle me demande d'ouvrir la fenêtre, « *je pourrais sentir l'air frais sur mon visage* ». Et investit même le dispositif, « *j'aimerais pouvoir flotter sur l'eau* ». Je reprends alors contact avec Madame D en posant mes mains sur ses chevilles, je continue de la guider verbalement par des images et des sensations, puis doucement j'effectue de légers balancements en impliquant le poids de mon corps sur ses chevilles. Madame D met à disposition son corps à l'écoute de la sensorialité. C'est donc à partir du corps réel, de ses sensations et de la contenance apportée dans la relaxation, que Madame D reprend contact avec ses éprouvés sensori-perceptifs.

Toujours à l'écoute de son état tonique, de sa respiration, j'observe avec attention ses mimiques, son regard, ses gestes et sa posture. L'ensemble de ces informations m'aide à comprendre comment la personne vit l'instant présent. La verbalisation de Madame D sur ses ressentis est généralement pauvre, je l'aide en posant mes mots sur ce que j'ai perçu de son état. Cette reconnaissance de l'autre permet de renforcer son narcissisme et l'encourage à penser ses ressentis corporels afin de favoriser un réinvestissement corporel.

Suite à la séance de relaxation imagée autour de la montagne⁵⁵, j'ai la sensation que Madame D renoue avec la femme active et dynamique qu'elle était. Cette évocation permet, il me semble, de nourrir le corps d'un ensemble d'éprouvés sensoriels connus, déjà vécus.

⁵⁴ Cf. supra, Chapitre 1 : II.4.b. *De novembre à décembre 2015 : un dernier voyage*, p29.

⁵⁵ Cf. supra, Chapitre 1 : II.4.b. *De novembre à décembre 2015 : un dernier voyage*, p30.

Ceux-ci sont des fragments de l'histoire de la personne, on touche ici directement à la représentation de soi : verbaliser ses désirs et les vivre au travers de la relaxation permet à Madame D une restructuration saine de son image du corps. Le cadre thérapeutique respecte et accompagne son besoin d'évasion. Pour Madame D, il devient une bouffée d'oxygène face à son état de santé, à la souffrance qu'il génère et à la prise de conscience de sa perte d'autonomie. En lui laissant la liberté d'intervenir, c'est un espace de subjectivation qui lui est offert.

III.3. Retrouver un plaisir sensori-moteur

Le corps garde en mémoire l'ensemble des expériences sensorielles, qu'elles soient agréables ou douloureuses, et cela depuis la vie intra-utérine.

« Le Moi-peau est le parchemin originaire, qui conserve, à la manière d'un palimpseste, les brouillons raturés, grattés, surchargés, d'une écriture « originaire » préverbale faite de trace cutanée » (Anzieu D ; 1995 ; p128). De la même manière qu'Anzieu décrit la mémoire tactile, nous pouvons parler de mémoires auditive, olfactive, gustative et visuelle. Dans sa théorie de l'encartage, A. Damasio (2010) affirme qu'il y a en permanence une « copie » des expériences corporelles dans le cerveau associées chacune à une émotion. L'ensemble retrace ainsi l'historicité du sujet, l'inscrivant dans une « histoire sensorielle » propre à chacun.

Au cours de mes séances de psychomotricité, les sens tactiles, auditifs et parfois olfactifs – avec l'huile de massage à l'amande douce – sont sollicités. Dans le contexte hospitalier, ces nouvelles sensations suscitent généralement une attention particulière de la part des patients. Certains me demandent l'origine de la musique, le parfum de l'huile, l'endroit où je l'ai achetée. Un patient m'a même demandé s'il pouvait enregistrer ma voix au cours de la relaxation !

Ainsi, l'espace proposé au patient est un espace d'expérimentation où il est invité à ressentir, à vivre des expériences concrètes, corporelles, perceptives, sensorielles, ludiques, tactiles, kinesthésiques, etc. Retrouver un plaisir sensori-moteur soutient l'investissement du corps tant dans ses aspects instrumentaux que relationnels. La sensori-motricité favorise également la création des liens d'attachement. L'utilisation de la même musique, de la même huile permet de faire un lien entre les séances, d'inscrire le patient dans une continuité d'existence.

IV. Vers un sentiment de soi

Le sentiment de soi, se construit continuellement sur les éprouvés corporels et affectifs qui comme nous l'avons vu précédemment sont inconsciemment gardés en mémoire. Ils permettent une perception unie du corps. Nous revenons ici à la définition d'A. Mucchieli qui définit le sentiment d'identité⁵⁶ en tant que conscience de soi. Nous l'avons décrit tout au long du Chapitre 2, la maladie grave bouleverse le sentiment de soi.

IV.1. Habiter son corps

Il est difficile pour la personne malade d'être présente à soi-même sans être submergée par la réalité du cancer, par des angoisses. Pourtant, « il est essentiel de pouvoir habiter les événements que nous traversons pour rester vivant jusqu'au dernier événement, qui sera celui de notre propre mort » (Ponton G ; 2001 ; p58). Dans l'impossibilité d'échapper à la réalité du corps, l'unique solution est de transformer l'expérience de la réalité. C'est pour ma part, dans cet objectif que s'inscrivent les séances de psychomotricité proposées en cancérologie.

Quoi que l'on en dise, au cours de la relaxation le patient est acteur de la séance par une certaine attention, on peut alors utiliser le terme de « non-faire actif » plutôt que « passif ». Le patient est amené à concentrer son attention sur une partie ou sur la globalité de son corps. De différentes manières et selon les indications données, il agit sur son état corporel. Pour illustrer mes propos je vais prendre l'exemple de la respiration, propositions que j'ai souvent utilisées avec des patients douloureux lors de mon stage.

La respiration est un processus physiologique, naturel, elle est source de vie. Directement associée au tonus et aux émotions, elle peut devenir un véritable atout dans les moments délicats de la maladie. En portant l'attention à sa respiration et en l'explorant de différentes façons, le patient découvre ou redécouvre sa manière de respirer. Il s'aperçoit qu'elle est à la fois volontaire et involontaire, qu'il peut agir sur celle-ci en l'accéléralant, en la ralentissant, en la bloquant. Dans le même temps, il prend conscience qu'à un certain point il ne peut plus y exercer de contrôle. Cette acceptation de la non-maîtrise renvoie au sentiment d'impuissance face à la maladie. Le patient, en faisant l'expérience de la respiration, comprend ainsi qu'il ne contrôle pas tout mais qu'il peut agir humblement sur ce qu'il ne contrôle pas totalement, comme l'émergence d'angoisse, d'anxiété ou de douleur.

⁵⁶ Cf. supra, Chapitre 2, Partie 1 : I.2. La place du corps, p60.

Je peux ici revenir sur l'exemple de Madame G qui, de cette façon, tente de gérer son anxiété, elle n'est plus submergée par un trop-plein d'émotions. De la même manière, je peux mentionner la méthode de relaxation de Jacobson. Au travers de l'exploration des contractions musculaires de différentes tensions, le patient prend conscience de ses capacités à se relâcher.

De plus, en focalisant son attention sur la respiration – ou sur une autre partie du corps – l'activité psychique est détournée des angoisses sous-jacentes, car elle rencontre un objet clairement identifié et sans cesse en demande d'être reconnu : le corps. Le patient découvre ainsi comment ses pensées, ses émotions, ses symptômes physiques ont un impact sur la manière dont il perçoit, ressent et investit son corps. Cette prise de conscience peut être longue, elle est toutefois le premier pas pour pouvoir « lâcher prise ». Transformer l'expérience de la réalité offre au patient la possibilité de vivre son inconfort physique et émotionnel avec plus de tolérance, d'accéder à un mieux-être. La prise de conscience corporelle développe le sentiment et la connaissance de son corps, permettant de réalimenter les dimensions d'unification corporelle, de favoriser les possibilités d'échange et une mise en mouvement globale « pour s'adapter dans un corps qui change ». L'intérêt voire le plaisir à être dans son corps et à l'utiliser comme moyen de relation, d'expression peut ainsi être retrouvé.

IV.2. Habiter l'instant présent

Comme nous l'avons vu précédemment, la maladie cancéreuse bouleverse le rapport au temps. J'ai pu constater combien il était difficile pour certains patients de répondre à la question « Comment vous sentez-vous ? », de mettre des mots sur leurs sensations et perceptions dans l'ici et maintenant. Les réponses mentionnent des événements antérieurs, des difficultés rencontrées au cours de la nuit par exemple, ou des événements à venir. Toutefois, après une séance de psychomotricité, je perçois généralement que la verbalisation sur soi est plus aisée, parfois spontanée.

Je m'intéresse donc à la conception subjective du temps grecque, le *Kairos*. Il est l'art d'être attentif au moment présent, dans un corps perçu. « Le *Kairos* est un moment à saisir. » (Stern D ; 2004 ; p23). Parallèlement, le moment présent est une entité essentielle dans la phénoménologie de la perception du corps propre (Merleau-Ponty M ; 1976). J'entends alors par « moment présent » une expérience subjective, ressentie, se déroulant

pendant une période de conscience. Il me semble que les temps de psychomotricité, par leur cadre soutenant et sécurisant, sont des espaces favorisant l'émergence du *Kairos*.

En effet, l'invitation à porter son attention sur les perceptions corporelles va permettre à la personne malade d'éprouver son corps dans son instantanéité. De par ma propre expérience de la relaxation au cours de ces trois années de formation en psychomotricité, je peux affirmer que l'état de relaxation est une succession de moment présent. Je parle d'une succession – et non d'une continuité – car la relaxation modifie le niveau de conscience de la personne. Au cours de celle-ci, l'état de conscience oscille entre l'état d'éveil et un état proche du sommeil. Ainsi, le toucher, les mots, les suggestions utilisés auprès des patients amènent une inscription des éprouvés dans la réalité du corps. Cela requiert un ajustement permanent de toutes les facultés cognitives pour être vraiment présent à ce qui se vit dans l'instant. « L'expérience subjective [...] est activement construite par notre esprit et notre corps qui travaillent ensemble. » (Stern D ; 2004 ; p52). C'est relier à la fois les données perceptives et représentatives du corps, ainsi, schéma corporel et image du corps s'intriquent pour être dans l'ici et le maintenant d'une corporéité⁵⁷ vécue en présence. En thérapie psychomotrice, l'expérience est ce flux constant de sensations et d'états intérieurs qui nous éprouve et enrichit notre état, notre savoir, notre rapport au monde.

Vivre l'instant présent c'est revenir à soi, condition première à une présence aux autres adaptée, selon A. Damasio, exister ici et maintenant permet de faire émerger un premier sentiment de soi, le « soi central »⁵⁸. En effet, la réhabilitation positive du corps participe à la sécurité psychocorporelle, garantissant l'élaboration d'un Moi actuel et présent à l'autre. Cette affirmation identitaire est indissociable de la valorisation narcissique.

V. Une expérience subjective partagée

Le temps de psychomotricité permet un vécu nouveau, différent de ce que le patient vit quotidiennement, ce vécu lui appartient. La séance de psychomotricité est toutefois établie dans une co-création entre le psychomotricien et le patient, il nourrit leur relation.

⁵⁷ Le terme « corporéité » se réfère à « avoir » et « être » un corps. Merleau-Ponty (1962) développe la notion de corps comme « corps sujet », lieu des perceptions et émotions, de la pensée, de la parole, de l'expression. La corporéité est posée comme mode d'existence au monde.

⁵⁸ A. DAMASIO cité par E. PIREYRE ; 2015 ; p57.

V.1. De l'empathie à l'intersubjectivité

La notion d'empathie m'est fondamentale dans ma pratique en cancérologie. C'est ce qui me permet de percevoir les besoins et l'état psychocorporel non formulés de mes patients, de m'ajuster dans l'immédiat. Ainsi, par l'établissement d'un dialogue tonico-émotionnel, l'expérience subjective est partagée, je perçois le relâchement de Madame R sous mes mains comme j'ai pu déceler son anxiété quelques instants avant. Mon adaptation passe par mes ressentis, mes éprouvés corporels. La psychomotricienne A. Touchard (2006 ; p12) définit l'empathie comme « la capacité du praticien à saisir intérieurement les émotions et sentiments de son patient. Elle se caractérise par une identification transitoire à l'autre, tout en différenciant ce qui est soi du non-soi ». L'empathie c'est « être presque l'autre, sans être l'autre et sans cesser d'être soi-même »⁵⁹. Carl Rogers (1961) nous avertit néanmoins quant à adopter la bonne distance relationnelle, et ne pas entrer dans la sympathie qui pourrait, dans le cadre de la cancérologie, mener le psychomotricien à une souffrance psychique tant le rapport à la mort est prégnant.

Par mon engagement corporel dans la relation, je peux percevoir, dans un moment de silence, dans un échange de regard, une sorte de réciprocité dans la compréhension des états psychocorporels. Comme si chacun avait senti la participation mutuelle dans l'expérience de l'autre. D. Stern définit ce partage par l'intersubjectivité de l'expérience. « Je sais que tu sais ce que je sais » (Stern D ; 2004 ; p97) sans que cela soit mis en mots. De la même manière nous pourrions dire en psychomotricité, « je ressens que tu ressens ce que je ressens ». Par cela, je peux aider le patient à verbaliser son ressenti.

Ce moment implicitement compris par les deux – le patient et moi-même – inscrit le malade dans un lien avec l'autre. Ce contact particulièrement humain réaffirme temporairement « le lien avec d'autre membre de la société mentalement, affectivement, physiquement » (Ibid ; p38). Ainsi, l'expérience intersubjective entre le psychomotricien et le patient permet à ce dernier de faire un pas de plus vers son humanité.

V.2. Les silences écoutés

Ces ressentis m'ont amené à m'interroger sur la place du silence au cours des séances de psychomotricité. Si dans la relation avec Madame R il y en a eu très peu, il y en a par contre beaucoup avec Madame D qui est peu expressive. Face à ses silences j'ai

⁵⁹ C.ROGERS cité par M. GUIOSE ; 2007 ; p102.

parfois eu peur de m'imposer, de la gêner. Mais par ses regards, ses sourires et ses attitudes, Madame D était tout de même présente à la relation, les silences n'étaient pas vides de sens. « Parler, c'est d'abord se taire ensemble pour pouvoir s'écouter, comprendre les propos de l'autre, nourrir sa propre réponse » (Le Breton D ; 2009 ; p11). Elle savait exprimer ce qui lui ferait du bien, ce qui l'inquiétait, ce qui la rassurait, elle était à l'écoute d'elle-même. Je respectais ces moments de silence, j'en profitais pour être davantage présente à l'autre, à moi. Ma présence et le langage corporel ont ainsi pris davantage de place que les mots, ils lui ont sans doute permis de trouver un certain ancrage.

Dans l'accompagnement de Madame G, les silences ont pris une place particulière, ils illustrent parfaitement la notion d'intersubjectivité partagée de D. Stern. Ces instants précieux émergent suite à une relaxation. A chaque séance Madame G met du temps à effectuer sa reprise. Je garde le silence, je laisse Madame G sortir de son état de relaxation à son rythme. Lorsqu'elle ouvre les yeux, elle fixe d'abord le plafond, elle soupire à plusieurs reprises. Elle se tourne finalement vers moi, toujours sans un mot, le temps est suspendu. Je perçois les émotions qui la submergent. Mon intuition me dit de ne pas intervenir avant qu'elle le fasse. J'attends qu'elle soit prête et disposée à prendre la parole. J'accueille ensuite son vécu de la séance.

Le silence vient habiter, et donner son intensité singulière à la rencontre, au niveau du corps, de la parole, des acteurs présents. Cette dimension d'un corps en lien est thérapeutique, car elle préserve le statut de sujet, restaure l'identité du patient, en le maintenant dans la société langagière des humains. La relation se construit ainsi sur des moments de partages silencieux, c'est être là, présent à soi et à l'autre, au plus près. Le sentiment de soi se retrouve alors en étant dans le plaisir de la relation, de l'échange, du partage.

V.3. Transfert et contre-transfert

« Cette "partition corporelle" de rencontre à laquelle, psychomotriciens nous sommes sensibles, vient tisser le transfert corporel, dans un échange de regards, de mots, d'éprouvés, d'images. Parfois le patient dépose en nous ce qu'il ne peut nommer, et cela nous habite, nous parasite même, jusqu'à ce que nous puissions l'élaborer, dans l'après coup il s'agit de transfert ou de contre-transfert. » (Diard I ; 2013 ; p35). Le transfert permet au thérapeute de repérer la répétition de situations infantiles déjà vécues, dans le comportement du patient. C'est un outil de travail.

Le psychomotricien, quant à lui, doit être conscient de ces phénomènes pour comprendre la situation, l'état affectif et corporel du patient.

Comme je l'ai déjà évoqué, je m'interroge sur la manière dont les patients ont pu m'investir au cours des séances. Est-ce que cela change d'une séance à l'autre ? Suis-je pour Madame R et Madame G investie comme une mère assurant les fonctions de contenance, de pare-excitation nécessaire au bien-être psychocorporel ? Est-ce que mon âge renvoie aux patients leurs pertes, ce qu'ils ne sont plus ? Des paroles de différents patients m'ont interpellée à ce propos : « *Vous êtes jeunes, vous avez la vie devant vous.* ». Au fil d'une discussion Madame G me dit « *quand on est jeune on ne réalise pas, mais il faut profiter de chaque instant* ». Est-ce pour cela que Madame D me sollicite pour déplacer des objets dans sa chambre, pour se mobiliser, pour aller marcher ? Serais-je son « bâton de vieillesse », soit un appui face à sa vulnérabilité, sa dépendance progressive et une personne l'assistant dans ses besoins ?

Le contre transfert représente les projections et les attitudes inconscientes du thérapeute envoyées vers le patient. Centré sur la problématique du patient, le contre transfert va permettre au thérapeute de s'appuyer sur ce qu'il ressent intérieurement afin de poursuivre ses objectifs thérapeutiques. Cela nécessite un bon équilibre entre une écoute engagée mais détachée de façon à rester attentif à la personne qui est devant soi. Nous retrouvons ici, d'une certaine manière, une nouvelle notion de l'espace que nous pourrions qualifier de « juste distance » entre le psychisme du psychomotricien et celui du patient. Le transfert du patient et le contre-transfert du psychomotricien exposent chacun à ses éprouvés toniques, affectifs et sensoriels.

« Nous sommes chacun d'entre nous une entité à part entière, formant une "unité psychomotrice" par la réunion de tous les liens qui nous constituent » (Ponton G ; 2001 ; p57). Ces liens sont corporels, affectifs, relationnels, culturels, environnementaux, etc. Ils se mêlent pour tisser peu à peu le sentiment de soi et forment ce que nous pouvons dénommer « l'histoire psychocorporelle ». En thérapie psychomotrice la répétition d'expériences connues, récentes ou archaïques, offre à la personne malade une accroche pour réinvestir voire se réapproprier sa propre histoire psychocorporelle, y compris dans son vécu de l'instant. La subjectivation demande ensuite à se déployer hors du temps de la séance.

Partie 2 : Le temps d'une stagiaire

Ce stage en autonomie fut une riche expérience aussi bien d'un point de vue professionnel que personnel.

Sur le plan professionnel, j'ai découvert le fonctionnement hospitalier, ses différents rythmes et la manière dont le psychomotricien peut s'y adapter. J'ai compris l'importance d'échanger avec les équipes, même si ce ne fut pas toujours facile de trouver le bon moment. Etant une jeune fille discrète j'ai souvent eu peur de déranger ou de m'imposer, je craignais également ne pas être crédible de par mon manque d'expérience. J'ai tout de même su progressivement trouver ma place au sein de ce service d'oncologie.

Sur le plan personnel, j'ai découvert un milieu où les relations humaines sont fortes, elles font parties intégrantes du soin. Le « prendre soin » trouve tout son sens. Par mon écoute et ma bienveillance, je su facilement aller à la rencontre des patients. J'ai ensuite pu développer ma disponibilité physique et psychique pour mieux les accompagner dans la maladie.

I. Evolution de ma pratique au cours des prises en charge

Dès le début de mon travail thérapeutique j'ai pris conscience qu'il fallait que je m'adapte au fonctionnement, à la personnalité et aux capacités de chaque patient en gardant des objectifs qui soient proches de la réalité. J'ai été prise de doutes en particulier au début de mon stage sur mes compétences à organiser des prises en charge adaptées et bénéfiques.

Bien que les équipes aient été très accueillantes, ouvertes à la discussion, je me suis souvent sentie seule à « penser psychomotricité », à être psychomotricienne, mais aussi, face à mes réflexions de prise en charge avant et pendant les séances.

Je me suis souvent laissée guider par mon intuition au cours des séances, sans forcément pouvoir sur le moment y mettre du sens. J'ai compris ensuite l'importance d'écrire. Après chaque séance j'ai pris le temps de prendre des notes sur ce qui s'est déroulé. L'écriture m'a permis d'éclairer ma réflexion, de mettre du sens sur mes prises en charge, mais surtout de prendre du recul sur ce qui s'est vécu. La psychomotricienne Ariane Touchard (2006 ; p11) l'illustre très bien dans cette citation, « c'est souvent dans l'après-coup d'une réflexion clinique que le psychomotricien saisit ce qui a motivé intuitivement telle proposition corporelle lors d'une séance, et ce qui s'est inscrit au niveau symbolique ».

Elle relève d'ailleurs l'importance de la place de nos éprouvés corporels dans cette démarche intuitive « nous avançons, sans intellectualisation de notre démarche, mais plutôt présents, ancrés dans notre espace corporel, disponibles et ouverts à l'inattendu d'une séance » (Ibid ; p12). Empathie et intuition sont donc intimement intriquées dans la thérapie psychomotrice.

Il a fallu que j'apprenne à trouver la « juste distance thérapeutique » entre les patients et moi-même afin de ne pas me laisser submerger par leurs émotions et leur vécu. Je ne devais pas faire preuve de sympathie, ni de compassion propices à la contagion émotionnelle, mais d'empathie. Dans cette perspective, il m'a paru essentiel d'accueillir le patient tel qu'il est, de lui renvoyer quelque chose de sa réalité psychocorporelle, sans être dans le déni, ou avoir pitié de lui. Accepter l'autre comme il est, c'est lui permettre à son tour de s'accepter comme il est, quelques soient ses difficultés. Le soin en psychomotricité c'est avant tout redonner à l'autre une place de sujet.

Par ailleurs, j'ai fait le constat d'une ressemblance avec le comportement du tout petit. Celui-ci a besoin de l'autre afin de s'individualiser et devenir autonome alors que la personne malade, privée de ses repères, a besoin de l'autre pour retrouver des éprouvés corporels et un contenant suffisamment sécure pour se poser et calmer d'éventuelles angoisses, douleurs.

II. Une relation duelle

La relation duelle a particulièrement été mise en avant au cours de mon stage. Il me semble qu'au-delà du contexte hospitalier, les personnes malades sont en demande de cette relation « privilégiée », pour être entendues, comprises et accompagnées au plus près. J'ai parfois eu du mal à mettre fin à des séances, étant retenue par la personne qui ne souhaite pas stopper l'interaction. J'ai également été questionnée à plusieurs reprises sur mes autres prises en charge, sur ce que je pouvais proposer aux autres. Je suppose que ces comportements marquent le désir de ces personnes d'être dans une relation différente de la relation soignant-soigné qu'elles peuvent connaître avec les infirmiers ou aides soignants. J'ai d'ailleurs souvent été surprise d'oublier moi-même la présence de la maladie au cours de mes prises en charge.

Je fus parfois étonnée à quel point certains patients se sont « accrochés » à nos séances. Leurs paroles l'illustrent « *Je vous ai attendu toute la semaine* », « *Pour ça, je suis*

contente d'être jeudi », « vous revenez me voir la semaine prochaine alors, vous n'oubliez pas... », etc. Pour cela, je me suis sentie frustrée de ne pas toujours pouvoir assurer une prise en charge régulière. Entre mes obligations d'étudiante ou les périodes de vacances, il est arrivé que le suivi des patients ne soit pas régulier. En ce cas, ma priorité était de rétablir le lien avec la dernière séance effectuée à partir de remémoration ou en commençant la séance par ce dont le patient se souvenait.

De plus, la prise en charge en cancérologie s'inscrit dans une temporalité incertaine. Ma présence, une seule fois par semaine, me semble insuffisante. L'évolution de la maladie peut être si rapide que lorsque je rencontre un patient j'ignore sur quelle durée va se faire le suivi. Le temps d'une semaine, j'ignore quel patient je vais revoir, j'ignore dans quel état de santé je vais le retrouver. J'envisage alors la thérapie psychomotrice sur un soin court ou à moyen terme. Chaque semaine, le questionnement est réactualisé et, comme nous avons pu le constater dans l'accompagnement de Madame D, les modalités de suivi et les médiations sont à adapter au jour le jour. La rencontre, s'inscrivant dans l'« ici et maintenant », est alors d'autant plus essentielle. J'ai conscience que le bénéfice de la séance va s'estomper plus ou moins rapidement selon l'état du patient. Mais même si ce temps ne dure que le moment de la séance, le plus important n'est-il pas d'avoir pu proposer une ouverture vers ce moment particulier d'apaisement et de retour à soi ?

Cette temporalité particulière met également en avant la question des fins de prises en charge, elles sont souvent bousculées par le temps, par les imprévus. On m'a appris, au cours de ma formation, l'importance de les préparer avec le patient. Toutefois, dans ce contexte cela est parfois impossible. Régulièrement, je m'interroge même sur la manière de dire au-revoir au patient une fois la séance terminée, le « *à la semaine prochaine peut-être, si je suis encore là* » des patients a souvent pu me mettre mal à l'aise. Désormais, je leur affirme que s'ils sont encore hospitalisés, je passerai les voir la semaine prochaine. Cela peut alors se conclure sur une phrase plus joyeuse telle que « *j'espère quand même que je serais rentrée chez moi* ».

Par ailleurs, suite à un accompagnement de fin de vie, une infirmière me demande si j'ai pu dire au-revoir à la patiente. Je lui confirme. Toutefois, sa question m'interroge. Je me demande comment elle, elle a pu faire ses « au-revoir » à un patient au crépuscule de sa vie. Pour moi, dans ces moments si délicats et intimes, la parole n'est pas obligatoire. C'est également ce dont l'infirmière me fait part, cela dépend toutefois des personnalités, de la

relation établie. Pour ma part, je suis pour l'instant plus à l'aise à offrir une qualité de présence, un regard bienveillant, un contact.

III. Etre attentif à soi

J'ai pu m'apercevoir que mon état affectif et interne du moment jouait sur ma qualité d'écoute et d'approche. Il m'a parfois été difficile de m'investir pleinement, d'être dans une écoute attentive des manifestations de mes patients. Ce qui n'a fait que confirmer que la disponibilité est indispensable au travail du psychomotricien.

J'ai également pris conscience de l'énergie et de la concentration nécessaires pour être disponible, pour « porter » le patient, être à l'écoute de l'autre et de soi. Après une telle journée de stage je me suis souvent sentie épuisée. Une activité après celle-ci m'a permis de me ressourcer, le breema, dont l'objectif est d'être totalement présent à soi-même pour donner et recevoir diverses mobilisations. Rapidement, ce temps m'est devenu indispensable après mon stage. J'ai également compris l'importance de conserver une pratique corporelle pour le psychomotricien afin de continuellement enrichir son propre vécu mais également de pouvoir offrir aux patients de nouvelles expériences. J'ai moi-même pu m'appuyer sur le breema pour des mises en disposition corporelle au travers d'auto-massages, de séquences de mouvements, etc.

IV. Une leçon de vie

Bien que n'ayant pas à mes côtés de psychomotricien sur le lieu de stage, j'ai beaucoup appris sur ma pratique, sur la réalité du vécu de la maladie grave ou de la fin de vie, grâce aux patients, au-delà de toute théorie, par la richesse de leur histoire de vie unique et propre à chacun. Au fil de ce stage j'ai appris à me laisser surprendre par une rencontre, par une intuition mais aussi par le temps.

Madame G, Madame D, Madame R et d'autres m'ont poussée à découvrir en moi des capacités inconnues et à être une psychomotricienne accomplie. Ces expériences vont en effet nourrir ma pratique et mon identité professionnelle.

CONCLUSION

La rédaction de ce mémoire m'a permis d'aiguiser mon œil clinique par l'observation et la pratique sur le terrain, mais également d'enrichir mes connaissances théoriques par la recherche et la lecture. J'ai compris au fil de ma formation, de mes différents stages, de ma réflexion, la place spécifique qu'occupe le psychomotricien.

Etre psychomotricien nécessite plusieurs écoutes, celle du patient, celle de soi et celle d'une réalité mouvante qu'il convient d'accepter. Le corps est perçu comme expression de la subjectivité et déploiement de soi. Ce n'est pas le corps qui est regardé, mais la manière dont il est habité par tout l'être dans la relation à soi et à l'autre.

L'approche psychomotrice en cancérologie vise ainsi à accompagner le patient dans un réinvestissement de son histoire psychocorporelle, en lui suggérant de nouvelles expériences corporelles pour mieux vivre ce corps pris par la maladie.

Les exemples cliniques évoqués dans ce mémoire rejoignent à mon sens, l'hypothèse de Françoise Giromini. Elle énonce que « l'expérience subjective de la corporéité »⁶⁰ du psychomotricien, en tant qu'instrument de la relation à l'autre, est le médiateur de la psychomotricité.

Mon stage pratique s'achève désormais dans quelques semaines, et ce n'est que le début d'un long questionnement sur toutes les facettes de mon identité et de ma pratique professionnelle. J'ai le sentiment que mon cheminement auprès des personnes atteintes d'un cancer ne fait que débiter et se poursuivra peut-être dans quelques années, après avoir diversifié mes expériences. J'aimerais également m'orienter vers différentes formations complémentaires, notamment celles de la sophrologie et du breema, pour pouvoir enrichir mon expérience personnelle et l'ouvrir ensuite à ma pratique professionnelle. De plus, varier les expériences ainsi que les compétences du psychomotricien tend à favoriser le développement de la profession et permettrait d'élargir son champ d'intervention.

⁶⁰ F. GIROMINI cité par I. DIARD ; 2013 ; p36.

BIBLIOGRAPHIE

• OUVRAGES

ANDRE P., BENAVIDES T., CANCHY-GIROMINI F., (2004), *Corps et psychiatrie*, Thoiry, Heures de France.

ANZIEU D., (1995), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.

BUCKMAN R., (1994), *S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades*, Paris, InterEditions.

CLERGES J., (2006), *La main de l'autre*, Paris, Eres.

DAMASIO A., (2010), *L'autre moi-même. Les nouvelles cartes de l'esprit*, Paris, Odile Jacob.

DELBOS C., LABOURDETTE J.P., AUZIAS D., et al., (2015), *Guide de la fin de vie*, Paris, Petit Futé - Les Nouvelles Editions de l'Université.

DOLTO F., (1984), *L'image inconsciente du corps*, Paris, Edition du Seuil.

ERIKSON E.H., (1972), *Adolescence et crise : la quête identitaire*, Paris, Flammarion.

FREUD S., (1977), *Cinq psychanalyses*, Paris, Puf.

GALLIANO A-C., PAVOT C., POTEL C., (2011), « L'espace et le temps » in SCIALOM P (dir)., *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, p219 - 251, Paris, De Boeck Solal.

GAUCHER-HAMOUDI O., GUIOSE M., (2007), *Soins palliatifs et psychomotricité*, Paris, Hdf.

GUIOSE M., (2007), *Relaxations thérapeutiques*, Paris, Hdf.

KÜBLER-ROSS E., (2011), *Sur le chagrin et le deuil*, Paris, Pocket.

LEBOVICI S., STOLERU S., (2003), *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste. Les interactions précoces*, Paris, Bayard.

LE BRETON D., (2006), *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié.

LE BRETON D., (2009), *Le silence et la parole contre les excès de la communication*, Paris, Eres.

LEHMANN A., (2014), *L'atteinte du corps : une psychanalyste en cancérologie*, Paris, Eres.

LESAGE B., (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structure, étayage, mouvement et relation*, Toulouse, Eres.

MALHER M., (1990), *Psychose infantile : symbiose humaine et individuation*, Paris, Payot.

MARZANO M., (2009), *La philosophie du corps*, Paris, Puf.

MENORET M., (2007), *Les temps du cancer*, Latresne, Le Bord de l'eau éditions.

MERLEAU-PONTY M., (1962), *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard.

MOLEY-MASSOL I., (2004), *L'annonce de la maladie, une parole qui engage*, Paris, DaTeBe éditions.

MUCCHIELLI A., (2011), *L'identité*, Paris, Puf.

PELICIER Y (dir.), (1995), *Psychologie, cancer et société*, Paris, L'Esprit du Temps.

PERSONNE M., (2011), *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*, Toulouse, Eres.

PIREYRE E., (2015), *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*, Paris, Dunod.

RAZAVI D., DELVAUX N., (2008), *Précis de psycho-oncologie de l'adulte*, Paris, Elsevier Masson.

ROBERT-OUVRAY S., SERVANT-LAVAL A., (2011), « Le tonus et la tonicité » in SCIALOM P (dir.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, pp145-177, Paris, De Boeck Solal.

ROGERS C., (1961), *Le développement de la personne*, Paris, Dunod.

SAMI-ALI M., (1977), *Corps réel, corps imaginaire*, Paris, Dunod.

SAUNDERS C., BAINES M., (1995), *La vie aidant la mort : thérapeutiques antalgiques et soins palliatifs en phase terminale*, Paris, Arnette.

SARRADON-ECK A., (2004) « Pour une anthropologie clinique : saisir le sens de l'expérience du cancer », *Le cancer, approche psychodynamique chez l'adulte*, pp31-45, Ramonville St Agne, Eres.

STERN D., (2003), *Le moment présent en psychothérapie : Un monde dans un grain de sable*, Paris, Odile Jacob.

TUBIANA M., (2003), *Le cancer*, Paris, Puf.

WINNICOTT D.W., (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.

• **ARTICLES**

ANZIEU D., (1976) « L'enveloppe sonore du Soi » in *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, Paris, Gaillimard, n°9, pp 195 – 203.

BULLINGER A., (1998), « La genèse de l'axe corporel, quelques repères » in *Enfance*, Paris, Puf, Tome 51, pp27-35.

DERZELLE M., (2000)., « Temps, identité et cancer » in *Le courrier de L'A.P.M*, Paris, n°13, pp15-20.

DIARD I., (2013), « Sentiers corporels, chemin de rencontre, en unité de soins palliatifs » *in Silence et parole du corps de l'alternance à la reliance pour favoriser l'émergence d'un devenir sujet*, Paris, Thérapie psychomotrice et recherches, n°174, pp30-36.

GUIOSE M., (2004), « Image du corps et schéma corporel », *in Filiations, transmissions & héritage en psychomotricité*, Thérapie psychomotrice et Recherche, Paris, pp216-232

GOUMAS J., (2008), « Se détacher du monde extérieur en s'attachant au corps-propre : certaines personnes âgées se recroquevillent », *in S'attacher pour mieux se détacher : l'étayage corporel en thérapie psychomotrice*, Thérapie psychomotrice et recherches, Paris, n°154, pp48-54.

LE BRETON D., (2010), « Douleurs et sens : les modulations de la souffrance » *in Douleurs - évaluation, diagnostic, traitement*, vol 11, pp177-181.

LESAGE B., (2004), « Itinéraire pour un dialogue corporel structurant » *in Thérapie psychomotrice et recherches*, Hors série, pp408-443.

PONTON G., (2001), « A découvert... L'écoute du psychomotricien est-elle un acte créatif à l'occasion de l'accompagnement de la fin de vie ? », *Thérapie psychomotrice et recherches*, Paris, n°126, pp56-63.

REICH M., (2008), « Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique », *L'information psychiatrique*, Lille, vol 85, pp 247-254.

TOUCHARD A., (2006), « De l'intuitif au symbolique : une expérience en thérapie psychomotrice » *in Le corps psychiatrique*, Evolutions psychomotrices, Paris, vol 18, n°71, pp11-17.

• **MEMOIRE ET COURS**

CARBONNIER M., (2015)., *Histoires d'hommes, histoires de schizophrènes : l'identité psychomotrice au service d'une identité pathologique*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricien, Bordeaux.

Cours de psychomotricité, (2013-2014), PAVOT Cécile, 1^{ère} année, IFP Paris.

Cours de psychologie, (2014-2015), LAURAS-PETIT Agnès, 3^{ème} année, IFP Paris.

Cours de Psychologie, (2015-2016), PETIT-GARNIER Matthieu, 3^{ème} année, IFP Paris

ANNEXE 1 : Fiche indications psychomotrices

LA PSYCHOMOTRICITE

QUELLES INDICATIONS POUR UN ACCOMPAGNEMENT PSYCHOMOTEUR EN SERVICE D'ONCOLOGIE ?

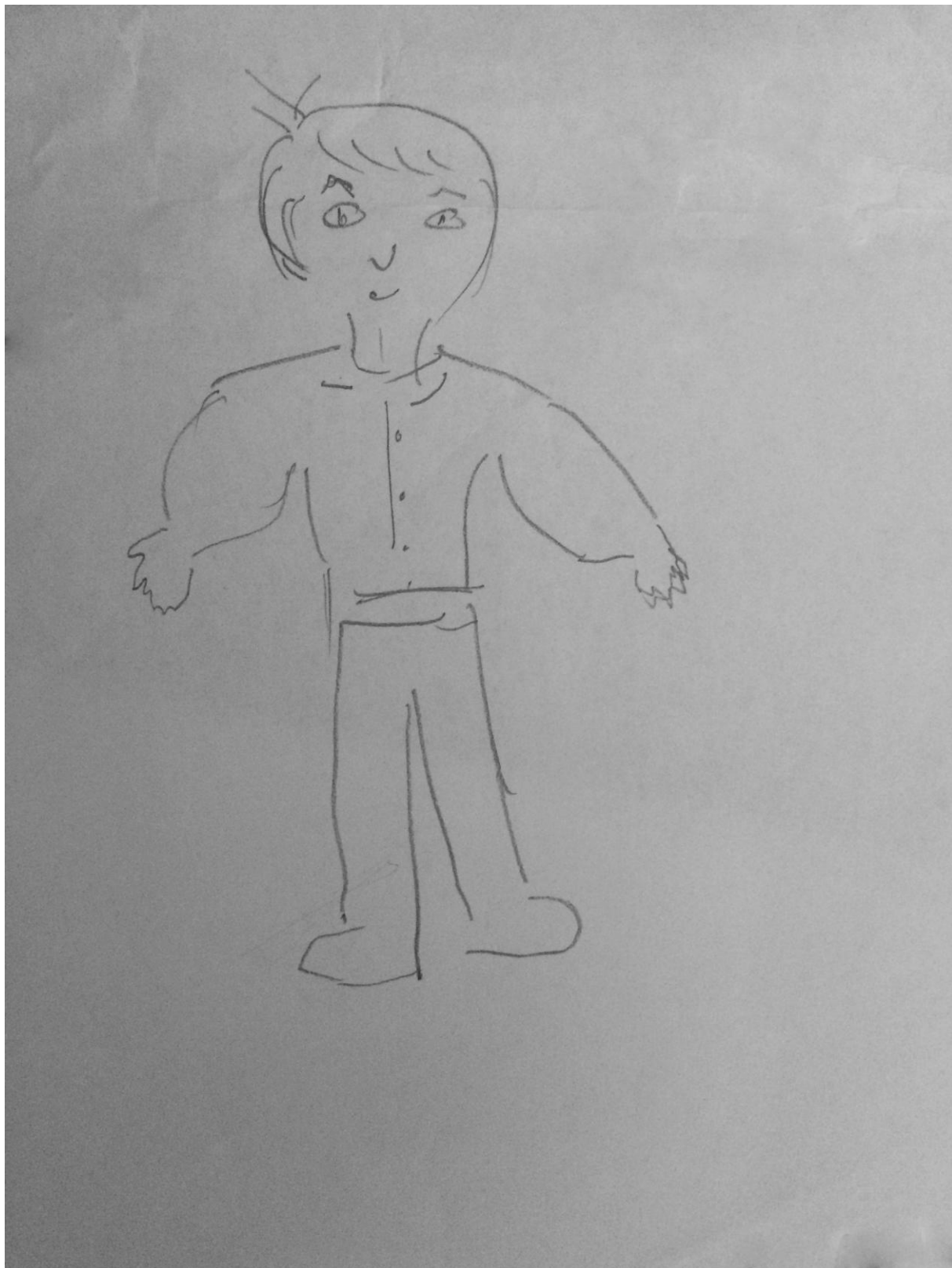
La psychomotricité est une thérapie à médiation corporelle où la personne est considérée dans sa globalité car le corps est le point d'ancrage des expériences sensorimotrices, émotionnelles, affectives, cognitives et sociales. La maladie grave, les traitements et les hospitalisations déstabilisent profondément l'unité et l'identité psychomotrice de la personne. Le psychomotricien intervient auprès de celle-ci pour qu'elle puisse mieux vivre son corps, les relations à soi, à l'autre et à son environnement afin qu'elle retrouve la possibilité de s'y adapter en fonction de ses capacités et de ses envies.

En oncologie, plusieurs indications peuvent faire l'objet d'un suivi en psychomotricité :

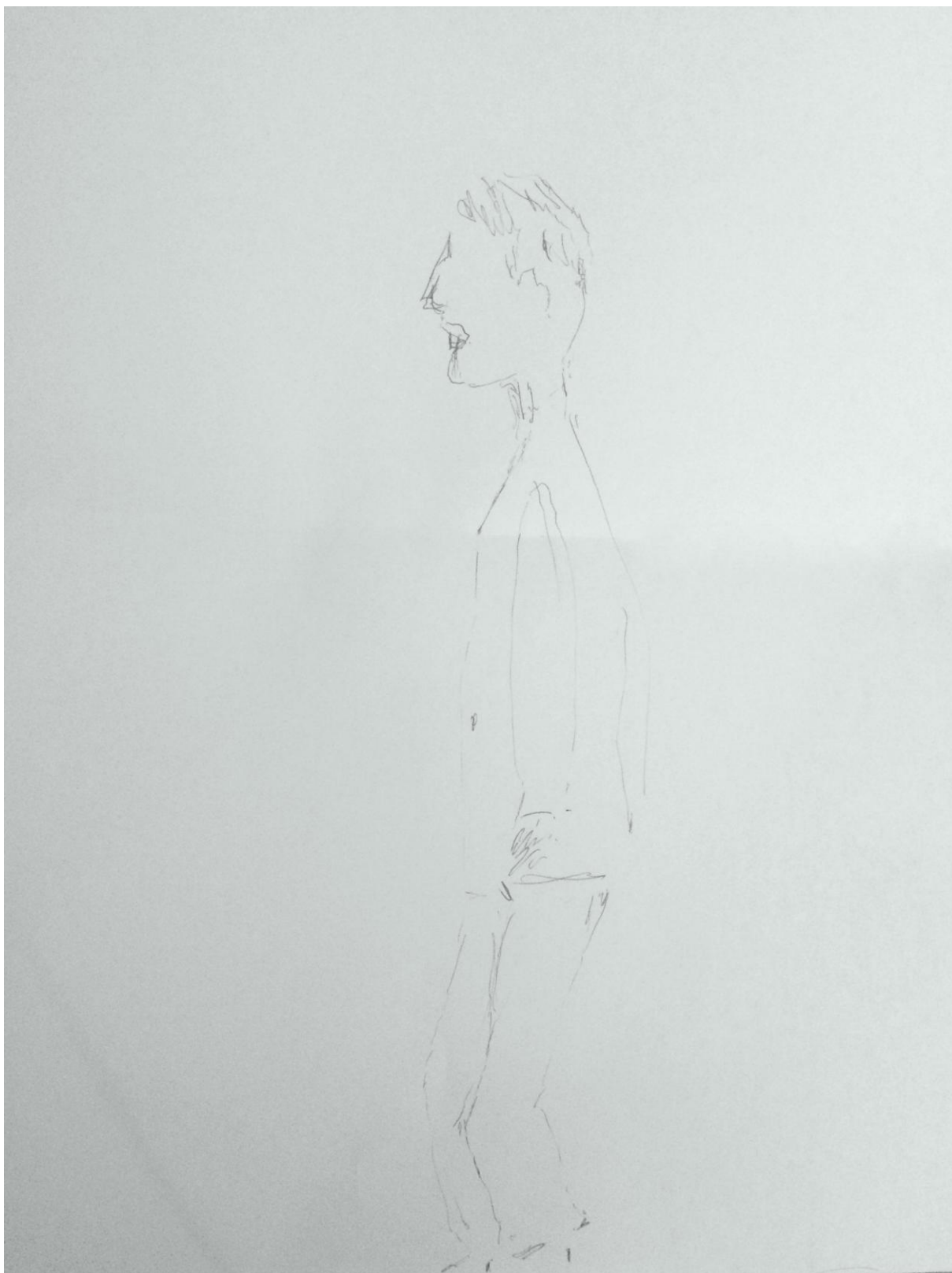
- **Trouble de l'investissement corporel** : désinvestissement ou sur-investissement d'une partie ou de la totalité du corps.
- **Ralentissement psychomoteur** : diminution de la motricité spontanée, ralentissement psychique, trouble de l'attention, etc.
- **Anxiétés, angoisses et leurs répercussions somatiques** (douleurs, posture, tonus, relation).
- **Troubles tonico-émotionnels** : hypertonie (anxiété) ou hypotonie (dépression) permanente ; répercussions sur la posture, la respiration.
- **Trouble des représentations de soi** : Atteinte du schéma corporel (perturbation des somatognosies, perte des repères corporels propres) et de l'image du corps (modifications corporelles, douleurs, estime de soi, angoisses, remise en cause identitaire, etc).
- **Trouble de la communication / relation.**
- **Accompagnement dans la perte d'autonomie progressive.**

Claire PERTRON
Stagiaire en Psychomotricité
IFP Pitié Salpêtrière
Présence tous les jeudis.

ANNEXE 2 : Dessin du bonhomme de Madame G



ANNEXE 3 : Dessin du bonhomme de Madame D



ANNEXE 4 : Dessin du bonhomme de Madame R



RESUME

La maladie cancéreuse pose inévitablement la question du temps et de la temporalité. Le diagnostic marque d'emblée une rupture dans la vie de la personne. Les hospitalisations, les soins et les traitements rythment le quotidien des malades. Parallèlement, l'ensemble de leurs repères sont bouleversés, qu'ils soient de nature corporelle, psychologique, sociale, familiale ou spirituelle.

L'approche psychomotrice permet à ces malades de se réapproprier leur histoire psychocorporelle construite dès le plus jeune âge et déployée tout au long de leur vie. Par la spécificité de sa démarche, le psychomotricien accompagne le réinvestissement identitaire de la personne malade. Il soutient ce cheminement pour permettre au patient de rester inscrit dans une temporalité qui lui est propre et de retrouver, via le lien à son corps, un sentiment de soi.

Mots-clés : Cancer ; Psychomotricité ; Temporalité ; Identité ; Pertes ; Relation ; Conscience corporelle.

SUMMARY

The cancerous disease inevitably raises the question of time and temporality. The diagnosis marks straightaway a break in the subject's life. Hospitalizations, medical cares and treatments, punctuate the daily life of sick people. At the same time, all points of references are lost, whether physical, psychological, social, spiritual and family.

The psychomotor approach allows these patients to re-appropriate their physical psychology history, built from an early age and extended along his life. By the specificity of its approach, the psychomotor therapist accompanies the identity reinvestment process of the sick person. He supports this progression in order to allow the patient to remain part of his own temporality and to find, through the link of his body, a sense of self.

Keywords : Cancer ; Psychomotricity ; Temporality ; Identity ; Losses ; Relation ; Body awarness.