



HAL
open science

Se regarder et être regardé : l'apport de la psychomotricité dans le réinvestissement du corps à la suite d'une atteinte psychocorporelle

Sandrine Louis

► **To cite this version:**

Sandrine Louis. Se regarder et être regardé : l'apport de la psychomotricité dans le réinvestissement du corps à la suite d'une atteinte psychocorporelle. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01614673

HAL Id: dumas-01614673

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01614673>

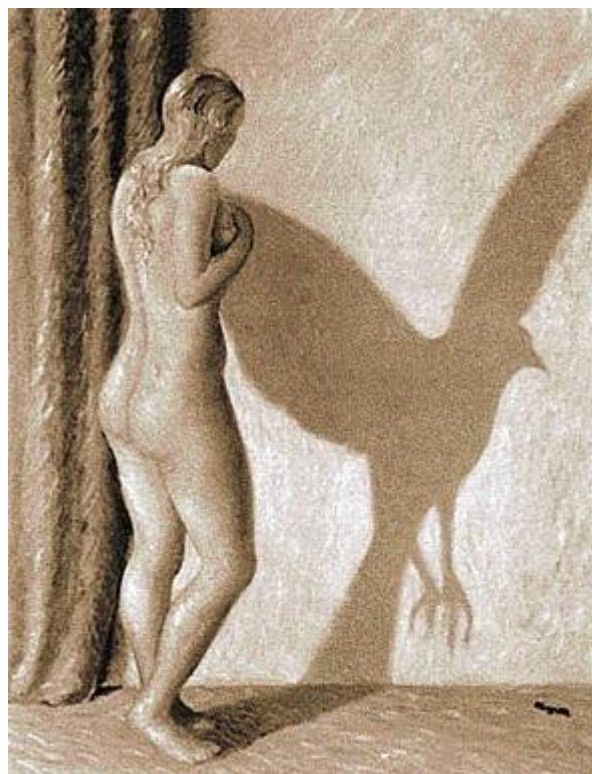
Submitted on 11 Oct 2017

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.

Se regarder et être regardé :

L'apport de la psychomotricité dans le réinvestissement du corps à la suite d'une atteinte psychocorporelle



Mémoire présenté par Sandrine LOUIS
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité

Référent de mémoire :

Mathilde FRADET

A Alice, pour son dynamisme et sa pédagogie qui m'ont permis de développer ma future pratique professionnelle,

A Mathilde Fradet, pour sa patience, et pour m'avoir accompagnée au long de la rédaction de ce mémoire,

A Aurielle, pour sa disponibilité et sa bienveillance,

A toute l'équipe de l'hôpital, pour leur accueil,

Aux patients, pour leur confiance,

Aux différents professionnels que j'ai croisés et qui ont nourri mes réflexions,

Aux professeurs de l'Institut de Formation de Psychomotricité, pour leur partage,

A ma famille et à mes amis, pour leur soutien sans faille, leurs encouragements et leur relecture,

Merci !

SOMMAIRE

<i>INTRODUCTION</i>	5
<i>PREMIERE PARTIE : CLINIQUE</i>	6
I. CADRE INSTITUTIONNEL	7
1. PRESENTATION DE L'INSTITUTION	7
2. FONCTIONNEMENT DE L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE	8
3. CONTEXTE DU STAGE	8
II. LA PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE AU SEIN DE LA STRUCTURE	9
1. UNE CREATION DE POSTE	9
2. LA PSYCHOMOTRICITE AU SEIN DE L'EQUIPE MEDICALE ET PARAMEDICALE	9
3. LES OUTILS EN PSYCHOMOTRICITE	10
4. LE BILAN	10
III. CAS CLINIQUE	12
1. PRESENTATION DE MME A	12
2. HISTOIRE DE L'ATTEINTE CORPORELLE	12
3. ENTRETIEN PSYCHOMOTEUR DE MME A	13
4. EVOLUTION DE MME A	14
<i>DEUXIEME PARTIE : DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE</i>	30
I. LA CONSTRUCTION DE L'IMAGE DU CORPS	31
1. INTERACTIONS PRECOCES	31
2. IMAGE SPECULAIRE ET IDENTITE	35
3. SCHEMA CORPOREL	37

II. LES BOULEVERSEMENTS PSYCHOCORPORELS DE LA MALADIE	40
1. LES PREMIERS SYMPTOMES ET LE DIAGNOSTIC	40
2. LES TRAITEMENTS ET LES EFFETS SECONDAIRES	45
3. L'INTERVENTION CHIRURGICALE	47
4. LES CONSEQUENCES PSYCHOCORPORELLE POST-OPERATOIRES	50
5. LE HANDICAP	55
6. LA RECONSTRUCTION	61
III. LA RELATION EN PSYCHOMOTRICITE	65
1. LA RENCONTRE	65
2. LE REGARD DU PSYCHOMOTRICIEN	67
3. EMPATHIE ET SYMPATHIE	69
IV. L'INTERET DE LA METHODE FELDENKRAIS EN PSYCHOMOTRICITE	72
1. LES PREREQUIS DU MOUVEMENT	72
2. PRESENTATION DE LA METHODE FELDENKRAIS	73
3. UN OUTIL EN PSYCHOMOTRICITE	75
4. LE CORPS EN MOUVEMENT	77
<u>CONCLUSION</u>	<u>79</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>80</u>
<u>SITOGRAPHIE</u>	<u>82</u>
<u>GLOSSAIRE</u>	<u>85</u>
<u>ANNEXES</u>	<u>I</u>
ANNEXE 1	II
ANNEXE 2	III
ANNEXE 3	IV
ANNEXE 4	V
ANNEXE 5	VI
ANNEXE 6	VII

INTRODUCTION

Au fil de ma formation en Psychomotricité, de nombreuses populations m'ont intéressée. Durant ma deuxième année, des interventions théoriques ont attisé ma curiosité à propos du milieu de la rééducation et j'ai souhaité le découvrir, estimant important de l'expérimenter avant la fin de mon cursus.

Dans le cadre de mon stage de troisième année en unité de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), j'ai fait la rencontre de nombreux patients, aux diverses pathologies et j'ai ainsi enrichi mes connaissances théorico-cliniques. Tous ne souffraient pas d'une maladie grave mais j'ai pu constater l'ampleur des conséquences sur la relation au corps et des bouleversements qu'elle occasionne. Perçu comme le lieu d'expression de la maladie, vécu comme un objet de soin, le corps est délaissé, l'image corporelle est altérée et l'identité est malmenée.

L'accompagnement psychomoteur d'une patiente, Mme A, m'a particulièrement interpellée, par son regard sur son corps et mon propre regard sur son atteinte corporelle.

Je m'interroge alors à propos des bouleversements psychocorporels liés à la maladie grave, pouvant ébranler les fondements de la construction de l'image du corps. De plus, je me demande comment l'approche psychomotrice et la relation thérapeutique favorisent le réinvestissement du corps et la réappropriation de celui-ci.

Afin de répondre à ces questionnements, j'exposerai dans une première partie l'institution dans laquelle j'ai effectué mon stage et la place de la psychomotricité au sein de celle-ci. Je présenterai ensuite l'accompagnement psychomoteur de Mme A.

Dans une seconde partie, je développerai tout d'abord les éléments impliqués dans la construction de l'image du corps, afin de comprendre comment la maladie peut en ébranler ses fondements. Je détaillerai ensuite les bouleversements affectant l'équilibre psychocorporel de la personne malade et je parlerai également du rôle de la relation thérapeutique dans l'accompagnement psychomoteur. J'aborderai enfin, l'intérêt de la méthode Feldenkrais comme approche corporelle, dans le réinvestissement du corps.

PREMIERE PARTIE : CLINIQUE

I. CADRE INSTITUTIONNEL

1. Présentation de l'institution

J'ai effectué mon stage de troisième année de formation de Psychomotricité au sein d'une unité de MPR orthopédique dans un hôpital public de la région parisienne. Cette unité fait partie de l'hôpital de SSR orthopédie (Soins de Suite et de Réadaptation) qui regroupe les services de vasculaire, gériatrie et cardiologie dans un même espace. Elle accueille des patients en hospitalisation complète et en hôpital de jour. La plupart présentent une atteinte de leur appareil locomoteur nécessitant une rééducation fonctionnelle, notamment à la suite d'une intervention chirurgicale orthopédique.

Au cours de mon stage, j'ai rencontré des patients présentant des pathologies très variées : syndrome post-chute, polytraumatisme psychiatrique (suite à une tentative de suicide, un accident de la voie publique ou un attentat), maladie de Parkinson*, hémophilie*, pathologie du rachis, myélopathie*, douleurs chroniques, atteinte neurologique, cancer, acromégalie*, syndrome d'Ehlers-Danlos*, arthrose*, entre autres. Les patients sont donc souvent appareillés (arthrodèse*, corset, prothèse orthopédique* interne, ostéosynthèse*, etc.), du fait de leur pathologie actuelle ou bien de leurs antécédents médicaux.

L'équipe de l'unité MPR se compose d'un médecin chef de service, trois médecins, deux internes, trois externes, deux psychiatres, un cadre de rééducation, un podologue, une psychologue, treize kinésithérapeutes, trois ergothérapeutes, une psychomotricienne, une orthophoniste, une enseignante en Activité Sportive Adaptée (APA), une diététicienne, des secrétaires médicales, une cadre de soin, des infirmiers, des aides-soignants, des assistants du service social et des agents d'entretiens.

Au vu de la complexité des pathologies rencontrées, la pluridisciplinarité apparaît primordiale. Cette complémentarité de regards, m'évoque la *rose des vents des positions subjectives*, concept d'Olivier Grim¹ qu'il illustre avec la fable jaïniste² « les aveugles et l'éléphant »³. Il ressort de cette fable que chaque point de vue est une représentation partielle de la réalité. Chaque professionnel, avec son regard et sa posture spécifique participe à une vision plus globale du patient, et permet un ajustement au plus près de ses besoins.

¹ Cours d'Olivier Grim sur la sociologie de l'institution, en troisième année de Psychomotricité, le 10/01/17

² Le Jaïnisme est une religion née en Inde il y a trois mille ans. Athées, les jains respectent une réalité multiforme, prônent la non-violence et la victoire de la conscience humaine sur le matérialisme.

³ Cf. Annexe 1 p. II

Cet hôpital accueille une population plutôt favorisée, au niveau socio-culturel élevé compte tenu de sa localisation géographique, et il reçoit également des patients venant de l'étranger pour se faire soigner en France.

2. Fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire

Au niveau du fonctionnement de l'équipe, des temps formels ont été mis en place. Chaque lundi se déroule la « grande visite » durant laquelle les professionnels tels que le chef de service, le médecin référent, les rééducateurs, les infirmiers, les aides-soignants viennent rencontrer le patient dans sa chambre. Les professionnels médicaux et paramédicaux intervenant dans sa prise de soin peuvent faire un « état des lieux » de la situation, de la progression du patient, et ce dernier peut leur faire part de ses questionnements.

La « petite visite » a lieu chaque jeudi, en comité plus réduit : le médecin référent, l'interne en médecine et une infirmière. Le staff médical est organisé le vendredi, réunissant tous les intervenants de l'unité MPR. C'est durant cette réunion qu'un bilan est fait pour chaque patient (évolution, date de sortie) et que les personnes entrantes sont présentées.

Concernant les patients en hôpital de jour, l'équipe médicale et les rééducateurs se réunissent une fois par mois pour échanger sur l'évolution et les objectifs de rééducation.

3. Contexte du stage

Mon stage a débuté en septembre 2016, à raison de deux jours par semaine, le mercredi et le vendredi. La durée de prise en soin des patients étant variable, ces deux jours de présence hebdomadaire m'ont permis d'observer au mieux le suivi en psychomotricité. Ainsi, j'ai pu revoir les mêmes patients et observer leur évolution.

A propos de mon implication durant le stage, il a été convenu avec la psychomotricienne que je sois observatrice tout d'abord, le temps de m'adapter à la structure, au fonctionnement de l'équipe et aux patients. Progressivement, j'ai participé la prise en soin de certains patients et depuis décembre j'ai pu réaliser des entretiens psychomoteurs, rédiger des comptes rendus, établir des projets thérapeutiques et mener seule des séances.

II. LA PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE AU SEIN DE LA STRUCTURE

L'hôpital compte quatre autres psychomotriciennes : deux d'entre elles exercent en gériatrie, une troisième psychomotricienne travaille dans le service vasculaire appartenant à l'unité SSR orthopédique, et la quatrième occupe un poste créé récemment au sein du service de psychiatrie du sujet âgé.

1. Une création de poste

Durant ma recherche de stage de troisième année, il m'a semblé que la psychomotricité était relativement peu présente dans les services de rééducation fonctionnelle.

Dans ce service de MPR, le poste de psychomotricien est récent, il a été créé en 2012 lors de l'ouverture de douze lits pour personnes polytraumatisées psychiatriques. Au départ, le médecin chef de service était un peu réticent à accueillir de nouveaux intervenants au sein de l'équipe de kinésithérapeutes et ergothérapeutes. Depuis, il a compris l'intérêt d'une équipe de rééducation diversifiée (psychomotricité, orthophonie, APA). Les indications en psychomotricité étaient au départ ciblées sur les troubles de l'équilibre et la relaxation et ont ensuite évolué. Actuellement, les principales indications d'un bilan psychomoteur en MPR sont les troubles de l'image du corps, du schéma corporel, de la régulation émotionnelle, de l'équilibre et de la marche, mais aussi la peur de la chute et les douleurs chroniques.

2. La psychomotricité au sein de l'équipe médicale et paramédicale

La psychomotricité semble avoir trouvé sa place au sein de l'équipe médicale et dans l'accompagnement des patients. Les suivis en psychomotricité se font sur prescription médicale, mais il n'est pas rare que d'autres rééducateurs tels que les kinésithérapeutes ou les ergothérapeutes demandent un suivi en psychomotricité au médecin, quand ils en ressentent le besoin pour leur patient. La psychomotricienne planifie alors une première séance durant laquelle un bilan psychomoteur sera effectué.

La psychomotricité est également reconnue au sein de l'équipe rééducative. J'ai pu observer de nombreux échanges concernant l'évolution des patients, lors de moments informels, entre les rééducateurs voire avec le médecin référent. La psychomotricienne est

régulièrement sollicitée par ses collègues afin qu'elle donne son avis à propos de certains patients.

Pendant les moments formels, la psychomotricienne n'est pas toujours présente car elle fait des prises en soin, notamment lors de la grande visite et de la petite visite. Néanmoins, elle se rend disponible lors du staff médical. Elle n'est pas toujours sollicitée mais n'hésite pas à intervenir afin de donner son point de vue sur un patient.

3. Les outils en psychomotricité

Pour répondre aux besoins des patients, différents dispositifs peuvent être utilisés par la psychomotricienne.

Il existe trois salles de psychomotricité que les psychomotriciennes se répartissent selon leurs besoins (utilisation du grand plan Bobath, passation d'entretien psychomoteur, etc.). Chaque salle possède un plan Bobath (qui ne sont pas tous de la même dimension) et du matériel. On peut y trouver par exemple : des coussins, des couvertures, différentes balles, un miroir mobile, et d'autres éléments pouvant servir à construire un parcours psychomoteur. La psychomotricienne travaille généralement en salle de psychomotricité mais peut faire des séances en chambre. Selon les besoins des patients, il lui arrive de proposer comme médiation la prise de conscience par le mouvement, issue de la méthode Feldenkrais⁴.

Une balnéothérapie est à disposition du service MPR. La psychomotricienne s'en sert occasionnellement, le plus souvent pour travailler l'équilibre dynamique mais aussi pour travailler l'appréhension du milieu aquatique. Elle accompagne individuellement un patient pendant quarante-cinq minutes, dans l'eau.

Il est également possible de travailler la marche en extérieur dans le jardin de l'hôpital qui comporte des pentes, des escaliers et différents types de terrain (béton, gravier, herbe, terre). Le jardin permet aux personnes qui appréhendent les sorties de reprendre confiance en elle et en leur équilibre dans un milieu sécurisé.

4. Le bilan

Le bilan psychomoteur se déroule le plus souvent sur une heure, essentiellement sous forme d'entretien. La psychomotricienne accorde de l'importance à sa posture vis-à-vis du

⁴ Cf. infra p. 72

patient et ne se place pas en face de lui mais à côté, afin de ne pas rendre l'entretien trop formel.

La psychomotricienne explique tout d'abord au patient ce qu'est la psychomotricité et demande ensuite la raison de son hospitalisation ou de son admission en hôpital de jour, son histoire corporelle et émotionnelle. Elle le questionne également à propos de sa situation familiale, de ses antécédents médicaux, sur la présence éventuelle de douleurs, sa mobilité, ses équilibres, son appréhension, son moral et sur ses envies, besoins et objectifs de rééducation. Parfois, le patient raconte son histoire sans qu'elle ait à lui poser des questions et d'autres fois, l'entretien se fait sous forme de « questions-réponses ».

Dans un second temps, elle propose au patient de se dessiner sur une feuille, afin d'appréhender la représentation qu'il a de son corps à cet instant et ses commentaires. Le patient fait ensuite un « état des lieux corporel »⁵ en indiquant avec de la couleur les parties du corps qu'il considère comme douloureuses, gênantes, agréables, sur des silhouettes. Elle propose le test TINETTI⁶, lors d'indications du médecin pour trouble de l'équilibre et de la marche.

Le bilan permet également d'observer qualitativement et subjectivement l'expression verbale et non-verbale, l'attitude, les réactions tonico-émotionnelles et le regard sur sa situation et sur son corps. L'aspect relationnel est primordial car c'est durant cet entretien que l'alliance thérapeutique⁷ peut commencer à s'établir.

Le projet thérapeutique découle des conclusions du bilan psychomoteur. Il est unique et adaptable pour chaque patient car la psychomotricienne prend en compte la problématique actuelle et la pathologie du patient mais aussi sa personnalité, ses besoins, ses envies et objectifs, son vécu et son histoire de vie.

Après avoir présenté la structure et la place de la psychomotricité au sein de celle-ci, je me centrerai sur le suivi d'une patiente durant lequel j'ai pu observer son évolution et participer activement dans sa prise en soin.

⁵ Cf. Annexe 2 p. III

⁶ Cf. Annexe 3 p. IV

⁷ Cf. infra p. 66

III. CAS CLINIQUE

Dans cette partie, je présenterai Mme A, une patiente que j'ai pu suivre tout au long de mon stage, l'histoire de son atteinte psychocorporelle et le déroulement de l'entretien psychomoteur. J'ai choisi de citer les termes employées par la patiente, afin d'illustrer au mieux son vécu, son évolution et mes observations.

1. Présentation de Mme A

Mme A, âgée de 42 ans, est une femme d'1m65, très mince avec des cheveux courts poivre et sel, épais et bouclés. Elle apparaît souriante et soignée au niveau vestimentaire. Divorcée, elle vit seule avec sa fille de 12 ans et a un compagnon depuis plusieurs années. Elle est architecte et est en arrêt de travail depuis novembre 2015 suite à sa maladie. Intéressée par l'art, Mme A fait souvent des sorties culturelles (expositions, concerts, etc.). Elle a de l'humour et utilise beaucoup l'autodérision. Lors de notre première rencontre, j'ai pu observer à sa démarche et à ses postures une rigidité au niveau thoracique et cervical. Mme A considère qu'elle n'a « jamais vraiment fait attention à son corps ».

Mme A ayant commencé l'hôpital de jour et les séances de psychomotricité en avril 2016, je m'appuierai sur le compte rendu du bilan psychomoteur et les informations de la psychomotricienne afin de décrire sa situation au commencement de sa prise en soin.

2. Histoire de l'atteinte corporelle

C'est au début du mois de novembre 2015 que Mme A remarque une « très grosse bosse » derrière l'épaule gauche, donnant lieu à des douleurs thoraciques postérieures. Une échographie montre une masse tissulaire hétérogène très vascularisée, dans les muscles au-dessus de l'omoplate. Le 9 novembre 2015, une biopsie confirme la présence d'un sarcome pléomorphe* de la paroi thoracique postérieure. Le 4 décembre 2015, Mme A débute le traitement par chimiothérapie* et un Porte A Cathéter* (PAC) lui est posé sous la clavicule droite.

L'intervention chirurgicale a lieu le 9 mars 2016 et dure quatre heures. Durant l'opération, un monobloc à grand spectre de 17cm sur 15cm et de 7cm de profondeur a été retiré au niveau de la partie supérieure gauche du dos, ainsi que les deux tiers de la scapula et la partie postérieure des côtes gauches 3 à 6. Le lambeau du grand dorsal a été déplacé afin

de recouvrir la résection*. Son emplacement a été recouvert par une autogreffe de peau provenant de la cuisse droite de Mme A.

3. Entretien psychomoteur de Mme A

D'abord suivie en kinésithérapie et ergothérapie, la psychomotricité n'a pas été prescrite en premier lieu. Le kinésithérapeute a demandé un bilan psychomoteur au médecin après que Mme A a éclaté en sanglot lorsqu'il a posé sa main sur son dos, lors de la première séance. Mme A est alors adressée en psychomotricité par son médecin référent dans le cadre d'un trouble de l'image du corps. Elle a rencontré la psychomotricienne pour la première fois en avril 2016, moins de deux mois après l'opération.

Durant cette rencontre, Mme A relate son histoire médicale, de la découverte de la « grosse bosse » derrière l'épaule gauche, à son vécu post-opératoire. Elle décrit avec précision les dimensions de la résection* et énumère tout ce qui a été remanié se demandant « ce qu'il reste et ce qui a été retiré ». Paradoxalement, elle dit posséder une cartographie mentale précise des parties opérées. A la suite de l'opération, Mme A a passé cinq jours en service de réanimation durant lesquels elle décrit un vécu de douleurs « terrifiantes ».

Mme A confie ne pas être prête à regarder ses cicatrices. Elle évoque ses douleurs, leurs impacts au quotidien et les zones d'insensibilité. Elle dit apprécier de retrouver ses sourcils et cils, ainsi que ses cheveux qui repoussent après une alopécie* due à la chimiothérapie*. Elle mentionne également avoir eu la maladie de Hodgkin* lorsqu'elle avait 19 ans, traitée par chimiothérapie* et radiothérapie*. Mme A évoque l'« empreinte émotionnelle » que représente la zone sous-claviculaire droite qui avait déjà accueilli un PAC il y a 20 ans pour le traitement de sa maladie.

Mme A réalise un dessin d'elle⁸, de dos, très précis, qu'elle qualifie de « schématique », y indiquant les agrafes, et les parties du corps affectées par l'opération. Elle avoue avoir « horreur de cette atteinte au corps réel, de tout ce qui est enlevé », ajoutant que « son corps était à bout ». Sur les silhouettes, elle indique l'endroit où est posé le PAC, l'épaule gauche et la greffe comme zones douloureuses, la partie gauche du dos comme gênante et le reste du corps comme allant bien.⁹

⁸ Cf. Annexe 4, p. V

⁹ Cf. Annexe 5 p. VI

En conclusion, Mme A a subi, en très peu de temps, de profondes atteintes psychocorporelles lors de son cancer : de nombreuses parties du corps ont été retirées, déplacées et un élément étranger (le PAC) a été ajouté. On observe un évitement du regard, du toucher et de l'appui sur cette région du corps. Ces bouleversements, impliquant un remaniement de son schéma corporel et de son image du corps, ont pu réactiver son expérience passée de traitements lourds lors de sa maladie à l'âge de 19 ans.

Le suivi en psychomotricité de Mme A a pour objectif de l'accompagner dans le réinvestissement de son corps, dans ses nouvelles dimensions et ressentis corporels, ainsi que de participer à la reconstruction de son enveloppe corporelle mise à mal par les soins (greffe, soins invasifs). Par ailleurs, Mme A est déjà suivie en kinésithérapie et ergothérapie et voit une psychologue à l'extérieur de l'hôpital. Suite à cet entretien psychomoteur, il a été convenu qu'elle sera également suivie en psychomotricité, psychothérapie et APA dans le cadre de sa prise en soin en hôpital de jour.

Les séances de psychomotricité auront lieu deux fois par semaine en individuel, durant une heure. Ses journées en hôpital de jour correspondront également à mes jours de présence. Tout au long de cette prise en soin, elle se montrera ponctuelle et investie et le dispositif mis en place restera le même jusqu'à son arrêt d'hôpital de jour.

4. Evolution de Mme A

J'exposerai et articulerai chronologiquement le processus de reconstruction psychocorporelle de cette patiente, à partir de notre première rencontre jusqu'à la fin de son suivi en hôpital de jour.

a. Première rencontre

Mme A a été prévenue de mon arrivée en stage, le 14 septembre 2016 et de ma présence les mercredis et vendredis.

Lors de notre première rencontre, elle prend le temps de me raconter son histoire, son cancer, son opération, et ses difficultés. Elle décrit son impossibilité à regarder et toucher son dos, et dit être passée par une phase assez longue durant laquelle elle a recouvert ses miroirs. Elle explique également ses difficultés dans sa mobilité corporelle, dans l'amplitude de ses mouvements au niveau du bras gauche, du fait de sa « perte de substance » (terme

initialement utilisé par le chirurgien, qu'elle a repris). Aussi, elle décrit une perte de sensibilité au niveau des cicatrices qui s'étendent jusqu'au sein gauche.

Mme A me raconte ensuite ses progrès. Avec le temps, elle a pu découvrir ses miroirs et a essayé de se regarder sur le côté sans encore y parvenir à ce jour. Mais, elle a été capable de toucher sa cicatrice, d'abord avec un doigt, puis deux, trois doigts et désormais quatre doigts, en grimaçant fortement. Elle est censée mettre de la crème sur ses cicatrices et masser son dos mais ne le fait pas très souvent car « ce n'est pas un grand moment de plaisir ». C'est donc la psychomotricienne que je nommerai Eva, qui prend le temps en début de séance de lui mettre de la crème et ainsi de masser son dos. Ce geste est nécessaire car il permet d'assouplir la peau, d'éviter les adhérences suite à la greffe, et donc de permettre une certaine mobilité, mais aussi de réhabituer cette partie du corps au contact.

Après avoir raconté son histoire, Eva commence à mettre de la crème sur le dos de Mme A. Je me place alors face à elle, afin de ne pas voir directement son dos, connaissant désormais sa problématique du regard des autres. Eva décrit l'allure du dos de Mme A : « la coloration est beaucoup mieux, la peau se remplit : il commence à y avoir un peu de chair, les grains de riz sont moins visibles » (les « grains de riz » sont une image pour décrire l'effet de la greffe de peau étirée en résille). Les mots sont choisis minutieusement afin de ne pas heurter la représentation que Mme A s'en fait. Eva demande alors si je peux regarder et cette dernière accepte chaleureusement. Cela me surprend car Eva m'avait expliqué qu'elle était la seule à pouvoir poser le regard et toucher le dos de Mme A, qui ne l'autorise à personne d'autre. Je suppose que ce n'est pas seulement en ma personne qu'elle a confiance, mais en la profession de psychomotricien.

Je ne m'attendais pas à voir la blessure, et ne m'étais pas préparée. J'ai donc appréhendé la vue de son dos, espérant ne pas être effrayée par tous ces remaniements chirurgicaux. Mais lorsque je le vois, je pense très rapidement que la peau greffée ressemble à des écailles de poisson et je suis gênée d'être en décalage avec la description faite par la psychomotricienne, plus poétique. Étonnée de voir à quel point la couche de peau est fine, de voir avec autant de précision ses côtes se soulever puis s'abaisser lors de sa respiration, j'ai l'impression de percevoir son squelette.

J'ai trouvé cette première séance très riche, tant pour la patiente qui a pu me raconter son histoire psychocorporelle avec un certain recul, que pour moi qui ai fait face à mes propres représentations de la blessure.

b. Le déroulement des séances

Le cadre spatio-temporel des séances se présente souvent de la même manière. Les déplacements de Mme A sont quasiment identiques d'une séance à l'autre : elle entre dans la salle, pose ses affaires sur un tabouret près de la porte, vient s'asseoir sur le plan Bobath, enlève ses lunettes, et s'allonge. A la fin de la séance elle se rassoit, se lève, récupère ses affaires et sort de la salle.

Eva l'accueille toujours dans la même salle et cache le hublot de la porte afin de préserver son intimité. S'ensuit un échange sur son état du jour, sur nos sorties et intérêts respectifs. Il semble que ce temps de discussion soit nécessaire à Mme A avant de se découvrir et d'exposer sa blessure. Il s'agit très souvent de vingt-cinq minutes précisément. Ce temps me semble être une transition avant la séance pour partager quelque chose avec elle avant de toucher à l'intime. Durant cet échange, elle est assise sur le plan Bobath et prend une position qui ne paraît pas confortable pour elle. Les jambes repliées vers elle et le dos courbé et penché vers l'arrière, elle se maintient assise accrochant ses bras à ses genoux. J'ai l'impression qu'elle est crispée sur l'ensemble du corps et contractée au niveau des abdominaux et des bras pour conserver cette position. Elle reste ainsi, tant que nous ne le verbalisons et ne lui proposons pas d'en changer.

Lorsqu'elle se sent prête, Mme A s'allonge sur le plan Bobath et soulève son t-shirt afin qu'Eva crème sa cicatrice et mobilise la peau greffée. La psychomotricienne lui propose ensuite des mouvements de conscience corporelle issus de la méthode Feldenkrais, généralement ciblés sur la ceinture scapulaire et la colonne, mais s'ajuste selon l'état du jour de la patiente (douleurs, tensions, etc.).

La séance se termine par un temps plus ou moins long de verbalisation durant lequel Mme A prend une position dans laquelle elle semble plus à l'aise : assise au bord du plan Bobath, les pieds posés à plat sur le sol. Mme A dit elle-même ne pas faire attention à son corps, je me demande donc si le fait de passer par la conscience corporelle lui permet de se reconnecter avec lui, et ainsi prendre une posture plus commode.

c. Des difficultés au contact

Si Mme A éprouve des difficultés à se toucher elle-même le dos et à porter attention à son corps, le contact d'autrui lui est véritablement pénible à la suite de son opération. En effet, elle ne supportait plus le moindre soin (prise de sang, etc.). J'ai alors émis l'hypothèse que le

vécu des soins était perçu comme une nouvelle intrusion du corps réel¹⁰. Même les câlins avec sa fille n'étaient plus tolérables, d'une part pour protéger sa peau mais aussi car elle ne supportait plus le contact dans cette région du corps.

Cependant, depuis septembre, les câlins sont de nouveaux possibles mais elle reste vigilante pendant ces instants tendres car c'est encore difficile pour elle qu'on la touche autour de cette zone. Mi-septembre, Mme A confie commencer à apprécier le contact du soignant sur son dos dans le cadre de l'hôpital de jour, mais n'est pas encore capable d'envisager qu'un proche la touche à cet endroit.

Poser sa main sur la peau greffée la dégoûte et se crêmer semble être une corvée à laquelle elle essaie d'échapper. Cependant, située sur la partie gauche du dos au niveau des côtes flottantes, il ne semble pas aisé d'y accéder par le toucher et le regard afin de mettre correctement de la crème. Lorsqu'elle pose ses doigts dessus en séance, elle grimace et verbalise son dégoût de sentir ses côtes : « c'est dégueulasse ». Eva lui montre qu'on peut aussi palper les côtes de l'autre côté, et que la plupart des gens peuvent les sentir. Elle met en évidence les autres os saillants du corps (clavicule, malléoles, etc.). Mme A précise alors que ce sont les « ondulations » qu'elle n'apprécie pas, le « schéma creux-os-creux-os ». Elle considère qu'il y a du vide entre les os. Cette impression qu'elle exprime m'évoque à nouveau la perte de substance dont elle a parlé lors de notre première rencontre.

Fin septembre, Mme A a demandé à son compagnon de lui toucher le dos. Il lui a répondu qu'elle lui avait déjà demandé cet été et qu'il l'avait déjà fait, ce qui rend Mme A « perplexe ». Elle est déçue d'avoir oublié, étant donné qu'elle a mis du temps avant de pouvoir lui autoriser ce contact. Elle est également déçue de la réaction de son compagnon qui, par sa réponse, lui a donné l'impression de banaliser son effort. L'amnésie de cet événement, pourtant marquant pour Mme A m'interpelle. Il me semble que cela s'apparente au phénomène de dissociation¹¹, comme un mécanisme de défense auquel elle aurait eu recours à cet instant, probablement anxiogène.

¹⁰ Jacques Lacan évoquent l'image du corps réel, c'est-à-dire le corps comme on le ressent, comme on le perçoit, avec ses sensations.

¹¹ Selon le DSM-IV, la dissociation altère « les fonctions d'intégration de la conscience, de la mémoire, de la perception de soi ou de l'environnement ou du comportement sensori-moteur ». Elle permet un détachement de la réalité.

d. Première rencontre en duo

Le 28 septembre 2016, il a été convenu que je mène seule la séance avec Mme A, durant laquelle je lui propose une séance de relaxation psychomotrice¹². Durant le temps de partage, elle me pose des questions, sur moi, mes études, mes origines. J'expérimente cet échange et me retrouve à la place d'Eva pour la première fois, en y participant plus activement. Je prends le temps d'aménager l'installation puis lui propose des mobilisations passives, en l'accompagnant verbalement. Ensuite, je choisis de passer une balle dégonflée sur son corps, en insistant sur les articulations. L'utilisation de la balle dégonflée m'a paru adaptée car elle épouse et enveloppe le contour du corps et favorise la prise de conscience du volume du corps. Pour finir, j'effectue des pressions avec mes mains afin de ne pas délaisser l'aspect du toucher.

A la fin de la séance, Mme A verbalise ses ressentis, en constatant des différences de sensations entre la droite et la gauche et en disant qu'elle se sent plus détendue. La kinésithérapeute la trouve elle aussi plus relaxée que d'habitude à la suite de cette séance. Je fais également part de mes observations à Mme A : une respiration thoracique, des tensions importantes au niveau de la mâchoire, du muscle Sterno-Cléido-Occipito-Mastoïdien (SCOM) des cervicales et des trapèzes dont elle a confirmé l'existence. Ces tensions donnent lieu régulièrement à des douleurs. Je suppose qu'elles ont un impact sur la respiration, limitant peut-être l'amplitude de la cage thoracique lors de l'inspiration, ce qui expliquerait la respiration haute de Mme A.

Ce qui m'a semblé important durant cette séance a été de prendre un contact direct avec son flanc gauche. En effet, je ne l'avais pas envisagé en amont mais après avoir posé la main sur son flanc droit, j'ai trouvé essentiel de le faire aussi de l'autre côté afin de ne pas désinvestir cette partie du corps. En touchant, les sensations étaient singulières, je sentais fortement ses côtes sous mes doigts ainsi que leur mouvement. De son côté, elle n'a pas eu de réaction de désagrément et ne m'a pas fait part d'un ressenti déplaisant lorsque j'ai posé ma main sur son flanc gauche. Malgré l'empreinte émotionnelle que représente la blessure de Mme A, celle-ci s'est laissée toucher et n'a pas paru gênée. J'explique cette réaction par le fait qu'Eva a préparé Mme A à cette séance en duo, par le cadre sécurisant des séances de

¹² La relaxation psychomotrice est une approche thérapeutique à médiation corporelle qui vise à accueillir et accompagner le patient dans une recherche active de son ressenti corporel et de l'éprouvé émotionnel qui s'y rattache. Il s'agit non pas d'une méthode mais d'une méthodologie qui est centrée sur la personne et orientée en fonction du projet de soin. Elle ne s'appuie pas sur un protocole précis mais propose cinq repères : l'installation, les mobilisations, l'approfondissement, la reprise et la verbalisation.

psychomotricité et par la confiance que semble avoir Mme A en la profession de psychomotricien.

Pour ma part, j'ai eu l'impression que mon toucher sur le côté lésé était moins franc, du fait de mon hésitation au contact. Je pense avoir hésité car après avoir vu les cicatrices de Mme A, j'ai anticipé les sensations que je pouvais avoir à son contact. J'ai également appréhendé le toucher, craignant lui faire mal car sa blessure me semblait importante et fragile. Cette séance me pousse à m'interroger sur le lien entre le regard et le toucher, c'est-à-dire, comment l'un peut influencer l'autre. Je me questionne également à propos l'impact des représentations du thérapeute dans la relation thérapeutique, que je développerai ultérieurement¹³.

e. Une période difficile

Mme A vit une période difficile à partir de la fin du mois de septembre Elle annonce l'hospitalisation de son grand-père, avec qui elle entretient un lien fort. Se préparant à son décès, elle va le voir plusieurs fois par semaine.

Dans la même semaine, elle apprend que sa mère affronte un second cancer du sein et que son traitement sera lourd : chimiothérapie* et radiothérapie*. Mme A dit avoir l'impression de « jouer au loto », ironisant « alors, qu'est-ce qu'on va tirer cette fois-ci ? Cancer de quoi ? Chaque année il y a quelque chose ». Après sa première maladie à 19 ans et son cancer en 2016, cette annonce réactive selon moi l'expérience passée de la maladie de Mme A. Face à ces évènements, elle hésite à en parler à sa fille, souhaitant l'épargner de cet univers médical déjà omniprésent dans la famille. Puis, le 12 octobre 2016, Mme A nous informe du décès de son grand-père. Elle prend en charge l'enterrement et l'aspect administratif du décès et ne souhaite pas parler de son vécu, bien qu'elle paraisse très affectée.

Mme A rencontre également des difficultés dans son couple. Elle est sur la réserve concernant sa relation avec son ami. Le contact physique est devenu compliqué car elle ne souhaite pas qu'il voit son dos et il a besoin de son autorisation avant de le toucher. Une grande pudeur semble s'être installée depuis l'opération.

Durant cette période, jusqu'à novembre, le moral de Mme A est fluctuant. J'ai pu observer très nettement des changements dans son attitude lorsqu'elle aborde un sujet qui l'affecte : sa voix tremble, le volume diminue, son intonation est monotone, elle regarde en

¹³ Cf. infra, p.65

direction du sol, voire garde les yeux fermés et tape des pieds sur le plan Bobath lorsqu'elle est allongée. Suivie en psychothérapie au sein de l'hôpital de jour, l'absence de la psychologue durant plusieurs mois peut expliquer ce besoin de parler pendant la séance de psychomotricité. Le suivi en individuel lui est peut-être propice pour verbaliser et exprimer ses ressentis. A la fin d'une séance, Mme A dit un jour sur le ton de la rigolade : « moi j'ai le droit d'être flottante, mais vous, vous devez être imparable ». Je trouve que cette phrase reflète la fluctuation de ses états émotionnels, contenus en partie par l'étayage de la psychomotricienne¹⁴. Il est possible également que cela traduisent son sentiment de manque de solidité, son besoin que la psychomotricienne soit solide, comme un socle.

Pourtant, Mme A ne s'investit pas complètement dans les exercices de mouvements de conscience corporelle issus de la méthode Feldenkrais. Elle les effectue souvent de manière automatique, dans la rapidité, et les qualifie parfois de « saugrenus ». Les mouvements soulignent la rigidité dans la partie haute de son corps : le geste ne se diffuse pas, la tête et la nuque restant peu mobiles. Entre autre, elle mentionne à plusieurs reprises son impression d'être « désarticulée » et de ne pas avoir de lien entre le bras et l'épaule, notamment en utilisant le champ lexical du vide et de la rupture, durant de nombreuses séances.

Mme A s'interroge à propos de l'avenir, s'inquiétant de cette « attaque [faite au] squelette comme charpente » qu'elle a subie. Elle se demande alors quelle sera la suite, c'est-à-dire, quelle sera la « solidité dans la structure » de son corps ; à quoi ressemblera-t-elle après tous ces bouleversements corporels ? Elle s'imagine plus tard « toute recourbée, enroulée ». Eva lui propose alors des mouvements ciblés sur l'enroulement et l'extension de la colonne vertébrale, mais aussi des mouvements globaux, initiés par la ceinture scapulaire et entraînant tout le corps sur un côté. L'objectif est de lui faire prendre conscience de l'unité de son corps et du fait que les différentes structures sont liées les unes aux autres. Cependant, parallèlement à ses interrogations sur l'avenir, les propos de Mme A me semblent paradoxaux. En effet, elle verbalise lors d'une séance sa peur d'arrêter sa prise en soin en hôpital de jour, mais lors de la séance suivante, elle pense avoir atteint « l'amplitude maximum de mouvement par rapport à la perte de substance ». Selon moi, cette attitude ambivalente fait partie de son processus de reconstruction.

f. Les premières représentations de la blessure

Les premières représentations de la blessure de Mme A sont étayées par le discours de la psychomotricienne. Comme je l'ai évoqué ci-dessus, cette dernière choisit avec minutie les

¹⁴ Cf. infra p. 67

termes pour décrire le dos de Mme A. Elle parle de « vallée » pour indiquer la différence de texture entre la peau greffée et la peau non greffée, de « grains de riz » pour illustrer la greffe en résille, de nuances « bleutées, rosées » pour décrire le coloris de la peau. Elle utilise un vocabulaire artistique car elle sait que Mme A y est sensible de par son métier et ses hobbies.

Eva essaie de décrire au mieux avec des mots sa cicatrice et l'allure de son dos. Lorsque Mme A a des difficultés à comprendre la description faite par Eva, celle-ci dessine sur les draps jetables, à l'échelle, comme support de représentation. Cela permet à Eva d'être comprise lorsqu'elle parle d'une zone précise, mais aussi à Mme A de visualiser son dos. Bien que le dessin soit schématique, cette illustration enrichit la représentation de la blessure de Mme A car elle ne l'a jamais vue, ni dans son ensemble, ni partiellement.

Le 4 novembre 2016, Mme A amène une image de synthèse réalisée par des médecins, représentant son squelette d'un point de vue postérieur¹⁵. Cette reconstitution a été faite peu après l'opération mais son médecin référent a longuement hésité avant de lui montrer, craignant d'empirer l'image qu'elle a de son corps. Au départ contente de l'avoir obtenue, Mme A dit de cette image qu'elle « lui plait, artistiquement ou esthétiquement parlant » mais se trouve finalement « perturbée par cette réalité ». Durant cette même séance, lors des mouvements de Feldenkrais, elle a le sentiment que son « corps n'est pas relié », donnant lieu à une « discontinuité » pendant les mouvements, « une absence de perception, là où il n'y a rien, là où les os s'arrêtent ». Eva lui explique que l'articulation de l'épaule est complète d'un point de vue osseux, composée de l'omoplate, de l'humérus et de la clavicule et que des muscles sont présents pour relier les différents éléments. Elle lui propose des mouvements de Feldenkrais ciblés sur la ceinture scapulaire en lui suggérant de prêter attention aux effets de ces mouvements dans le reste du corps : changements dans les appuis, incidences sur la colonne, etc.

En voyant la photo, Mme A a manifestement pu visualiser concrètement les conséquences anatomiques de son opération. L'image de synthèse, qui dévoile explicitement les endroits sectionnés et laisse apparaître un *vide* là où devrait être la scapula, a probablement renforcé le sentiment de discontinuité de Mme A, déjà présent depuis plusieurs mois. Mais, cette impression de *vide intérieur* a pu être partagé et travaillé durant les séances de psychomotricité.

¹⁵ Cf. Annexe 6 p. VII

g. La relation à l'autre : le regard de l'entourage et du monde médical

La relation entre Mme A et sa fille dévie vers un rapport plus ludique à partir de novembre. Sa fille tapote son dos, autour de la greffe et elles s'amuse à voir où sont les parties sensibles et moins sensibles (au niveau cutané). Au moment de toucher l'endroit où devrait être l'omoplate, sa fille, s'est exclamée : « mais je ne vais pas aller dans le vide ! ». Mme A n'a pas relevé mais dit avoir été vexée par cette remarque spontanée, qui exprime explicitement le vide ressenti par Mme A.

Elle semble exaspérée par l'attitude de ses proches vis-à-vis de son dos. Elle rapporte deux évènements qui l'ont marquée.

Le premier a été la réaction d'une amie lorsque Mme A lui a montré la reconstitution de son dos, qui s'est alors étonnée : « c'est vrai qu'il n'y a plus rien ! ». Mme A dit avoir été dépitée et avoir répondu « tu ne peux pas dire ça alors que justement je travaille dessus, me dire que ce n'est pas du rien, ni du vide ! ».

Le second évènement s'est déroulé pendant l'enterrement de son grand-père. Elle portait une robe échancrée dans le dos lorsque sa fille l'a prévenue que ses cicatrices étaient visibles et que son amie a remonté sa robe afin de les cacher. Eva lui explique qu'en voulant cacher à tout prix son dos, elle véhicule un caractère *sacré* de sa blessure auprès de ses proches, qui, souhaitant la préserver, sont vigilants à ce que ses cicatrices restent cachées.

Elle relate des réflexions de certains de ses proches à propos de son suivi en rééducation à l'hôpital de jour, qui considèrent qu'il n'a aucune utilité. Mme A ne supporte pas ces jugements et ne souhaite pas être regardée comme une victime : « pour qui ils se prennent ?! Putain j'aurais pu la faire la victime avec mon dos particulier, ils me font marrer ».

Mme A fait également face à des commentaires de la part d'autres patients de l'hôpital de jour tels que « vous n'avez pas de prothèse, vous avez bien de la chance » mais elle considère que « chance ou pas chance, on se construit avec ». De ce fait, elle ne veut pas rester encore longtemps en rééducation, ne souhaitant pas que cela devienne « une routine, ni pour elle ni pour les autres ». Elle confie néanmoins prendre du plaisir à venir, appréciant l'ambiance et les rééducateurs mais précise que « si elle est là, c'est qu'il y a quand même une bonne raison » et que « venir depuis avril 2016 ce n'est pas rien ».

Mme A partage avec nous sa vision péjorative du corps médical. Elle revient sur son vécu de « bête de foire » lors de son hospitalisation durant laquelle de nombreux médecins et internes sont venus la voir car l'opération était inhabituelle, mais sans lui prêter attention. Elle raconte également son incompréhension lorsqu'elle a lu le compte-rendu médical d'une IRM

(Imagerie par Résonance Magnétique) de contrôle : « pas d'argument en faveur d'une récurrence ». Elle s'est dite très choquée par cette formulation, qu'elle interprète comme un échec de l'examen, « comme si les médecins étaient déçus de ne pas avoir trouvé d'anomalie ou de récurrence ». A ses yeux, les chirurgiens aiment tellement opérer « qu'ils seraient contents de toujours trouver quelque chose lors d'un examen ».

Il est difficile pour elle d'affronter le regard des autres, qu'ils fassent partis de ses proches ou du corps médical. Par ailleurs, Mme A commence également à appréhender la reprise de son travail au début du mois de novembre. Elle redoute le « handicap invisible en milieu hostile ». Comme ses séquelles ne sont pas visibles dans le cadre professionnel, elle a peur que ses collègues ne comprennent pas qu'il reste encore du travail à faire et qu'ils ne soient pas tolérants vis-à-vis d'elle.

h. La confrontation à la maladie, au handicap

Le 30 novembre 2016, à la fin d'une séance silencieuse durant laquelle Mme A semble taciturne, elle nous annonce avoir reçu un courrier de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) le jour de l'anniversaire de sa fille. Elle dit avoir été « dévastée » de recevoir aussi rapidement la reconnaissance de son handicap, au bout de quatre mois alors qu'on l'avait informée d'un délai de réponse de neuf mois. Elle s'étonne de cette rapidité alors qu'il n'y a eu ni rencontre, ni évaluation de son état, seulement l'envoi de son dossier médical. Elle a eu des réponses favorables à tout ce qu'elle a demandé et en plus un accompagnement pour l'orientation professionnelle. Mme A a donc le statut de travailleur handicapé pour une durée maximale de cinq ans.

Paradoxalement, elle rejette ce statut mais n'aurait pas supporté non plus qu'on ne le lui accorde pas après ce qu'elle a vécu : « quelqu'aurait été la réponse, je ne l'aurais pas bien pris ». Elle conclut finalement en fin de séance que la réponse de la MDPH est « une bonne chose » pour elle. Néanmoins, elle refuse de profiter des avantages qu'elle pourrait obtenir par cette reconnaissance (priorités, etc.). Elle n'arrive pas à l'expliquer, ni à mettre de mots dessus et éclate en sanglot. Je suppose alors que tirer des bénéfices secondaires¹⁶ de ce statut revient, pour elle, à se reconnaître en tant que personne handicapée, mais aussi à exhiber son handicap aux yeux de la société.

Dans la continuité de cette annonce, Mme A s'exprime à nouveau sur le lourd traitement qu'elle a subi à 19 ans et fait un lien direct avec le cancer qu'elle vient d'affronter : « c'est à cause de ce premier cancer que j'ai subi tout ça ». A l'époque, elle allait

¹⁶ Les bénéfices secondaires sont les avantages que l'on peut tirer d'une maladie ou d'un état pathologique.

faire de la radiothérapie* avant d'aller en cours, et mentait pour se justifier auprès de ses amis de la Faculté. Elle se sentait obligée de minimiser ce qu'elle vivait, pour n'inquiéter personne car « à cet âge ce n'est pas le bon ordre des choses ». Par exemple dans la salle d'attente avant la radiothérapie*, des personnes plus âgées lui demandaient si elle accompagnait quelqu'un. Elle répondait que c'était pour elle mais que ce n'était pas grave, qu'elle allait guérir. Les médecins lui avaient parlé des risques de la radiothérapie*, mais elle n'avait pas envisagé la probabilité d'un cancer post-radique*.

Début décembre, Mme A a déjeuné avec son supérieur avec qui elle s'entend bien et déclare : « c'est un retour à la réalité ». Il l'a informée sur les nouveautés de l'entreprise pour la préparer à la reprise du travail qui est prévue au début du mois de mars 2017. Il lui a suggéré de contacter une collègue qui fait face à un cancer du sein mais Mme A refuse, et nous confie vouloir prendre de la distance avec les personnes malades. Elle avoue que lorsqu'elle apprend qu'une personne souffre d'un cancer du sein par exemple, cela lui semble « anecdotique, ça glisse comme une banalité » mais ajoute qu'il ne faut pas penser ainsi, « pas comme les médecins ».

Mme A regarde son dos dans le miroir pour la première fois le 2 décembre 2016, à l'hôpital, accompagnée par son oncologue. Le lambeau lui a plu « graphiquement », même si elle a trouvé que l'éclairage n'était pas bon. Ce qui la gêne le plus est l'apophyse saillante d'une vertèbre dorsale, dans le haut du dos. Elle évoque avec son médecin le fait que suite à la chimiothérapie*, ses cheveux ne pas repoussent de la même façon ; auparavant raides, ils sont désormais épais et bouclés.

i. Une image du corps en travail

Le 7 décembre 2016, Mme A rapporte s'être regardée dans le miroir à son domicile, tout en précisant que « la lumière rend mieux qu'à l'hôpital ». En effet, elle trouve que le relief des côtes est moins visible et se focalise sur le « creux, la vallée ». Elle considère que « particulier » est l'adjectif qui qualifie le mieux son dos. Le montrer en dehors des séances de psychomotricité reste inimaginable pour elle. Eva essaie pourtant de lui faire germer cette idée, l'invitant à se projeter dans plusieurs mois, voire plusieurs années, mais Mme A ne peut l'envisager : « je ne le montrerai jamais, je ne pourrai pas ». Ce même jour, après avoir effectué les mouvements de Feldenkrais, Mme A a l'impression que son dos a pris de la « consistance », qu'il est « plus densifié ».

Mme A commence également à envisager de faire retirer le PAC. Elle sait qu'elle n'en a plus l'utilité car c'était pour faciliter les soins, mais le conservait en attendant de voir s'il y avait une récurrence. Le faire retirer « n'était pas à l'ordre du jour » mais elle se sent désormais prête à vivre sans.

Prenant ainsi davantage confiance en elle et en son corps, Mme A se confie à propos de la peur persistante de sa fille, qui ne supporte pas de voir les veines apparentes, craignant que le sang « gicle ». Mme A a repris avec elle l'anatomie, lui expliquant que la peau est solide, qu'elle contient l'intérieur du corps : le sang, les organes, la chair. Elle fait face à cette situation en reprenant ces arguments que lui avait donnés la psychomotricienne au début de sa prise en soin, afin de rassurer sa fille. Je me demande alors si le fait de reprendre les qualités de l'enveloppe corporelle avec sa fille signifie que Mme A les a intégrées pour elle-même, après que son corps a été malmené par l'opération et les soins.

A son retour de vacances, le 4 janvier, Mme A nous raconte son séjour à Dublin. Elle a souhaité partir seule et cela faisait longtemps qu'elle rêvait d'y aller. Elle nous annonce avoir regardé son dos dans le grand miroir de sa chambre d'hôtel et avoir réalisé l'amalgame qu'elle faisait entre sa colonne vertébrale et ses apophyses transverses saillantes qu'elle nomme « points d'interruption ». Concernant la greffe, elle dit « c'est bleu, c'est rouge, c'est rose, le coloris est différent de la peau mais ça va, on ne voit plus les grains de riz ». Cependant, à propos de la cicatrice de la greffe elle déclare : « il n'y a rien à en dire ». Eva essaie alors de l'amener à prendre conscience qu'elle a évolué, qu'elle cicatrise bien et qu'on peut se permettre d'en parler. Ce jour-là, lorsqu'Eva enchaine la séance sur les exercices et décrit un mouvement de Feldenkrais avec les bras, Mme A affirme ne pas être capable de le réaliser à gauche avant même d'essayer. Eva lui propose alors de l'imaginer avant de le faire. Lors du premier essai, Eva soutient le mouvement en plaçant ses mains sous l'épaule gauche et Mme A y parvient. Le second est aussi une réussite, puis Mme A demande à le faire seule, sans soutien, et y arrive une troisième fois. Le mouvement apparaît harmonieux, fluide, semblable à la gestuelle d'une danseuse classique. Mme A est fière d'avoir réussi : « l'année 2017 commence bien ! » et elle nomme ce mouvement « le lever de soleil ».

Suite à cette séance, Eva souhaite allonger le temps de Feldenkrais à trente minutes en essayant de moduler un peu la temporalité des séances. Mme A investit de plus en plus les mouvements de Feldenkrais et Eva considère qu'ils sont un nouvel objectif car ils peuvent participer à la revalorisation de l'image de son corps par la conscience corporelle et le mouvement. Elle tente de réduire le temps d'échanges en début de séance, et afin de ne pas

délaisser le toucher encore important dans la prise en soin de Mme A, elle continue à lui mettre de la crème dans le dos.

Le 11 janvier 2016, au début de la séance, Mme A se regarde dans le miroir de la salle de psychomotricité, pour la première fois, car elle pense s'être arraché un bout de peau en retirant son patch antidouleur. Alors qu'elle n'avait pourtant pas pris son temps habituel de discussion, elle propose à Eva : « on peut commencer les exercices de Feldenkrais maintenant si vous voulez ». D'une part, elle a donc été capable de se regarder dans le miroir en compagnie d'Eva, et d'autre part, le besoin d'échange qui lui était indispensable auparavant, lui est devenu secondaire.

Le 13 janvier, Mme A nous raconte avoir fait quelque chose d'« étonnant » : elle s'est regardée dans son miroir en levant les bras. Elle nous confie qu'« il y a un creux, c'est plutôt joli au niveau du rendu, sans parler de l'anatomie ». Elle clive encore l'aspect anatomique de l'aspect esthétique mais c'est la première fois qu'elle utilise explicitement le champ lexical de la beauté pour parler de son corps, après l'avoir trouvé « dégueulasse » ou acceptable « artistiquement parlant ».

Mi-janvier, Mme A s'interroge à nouveau à propos de l'hôpital de jour et pense qu'elle n'en fait pas assez : « deux fois par semaine à l'hôpital de jour, ce n'est pas assez, je régresse ». Elle souhaite s'inscrire à des cours de Feldenkrais ou à la piscine municipale. Mais paradoxalement, elle évoque une douleur à l'épaule qu'elle explique par un « excès de travail ». Cependant, en mentionnant l'idée d'aller à la piscine municipale, elle dit redouter le maillot de bain : « j'ai vu des photos de moi de l'été dernier, j'étais dégoutée, je n'avais plus d'épaule et les autres étaient tous musclés ». Elle a essayé son maillot de piscine (car elle utilise un t-shirt de piscine en balnéothérapie) : « il dévoile bien mon dos, pour les gens ça ferait trop bizarre ». Eva lui propose donc d'essayer d'aller à la balnéothérapie en maillot de bain, pour que ce soit plus sécurisant au début, puis d'essayer la piscine municipale. Elles nomment ce défi le « *challenge* maillot de bain ». Mme A répond « je vais me cacher et longer les murs. C'est tellement atypique, je les vois les gens dans l'eau... ».

Le 20 janvier 2017, Mme A vient en maillot de bain comme convenu, à neuf heures, avant la séance de balnéothérapie. Elle se déshabille et fond en larme : « je ne sais pas si je vais y arriver ». Elle décrit ce qui ne va pas dans son corps, justifie sa crainte de se montrer et explique « mon épaule tombe ». Eva propose de se mettre devant le miroir, afin d'observer la différence entre les deux épaules. Finalement, nous constatons toutes les trois que son épaule gauche ne « tombe » pas, mais est au contraire plus haute car elle est sans doute plus musclée ou tendue. Eva ajoute que nous ne sommes jamais tout à fait symétriques, et lui fait

remarquer que par exemple, les femmes ont souvent une épaule plus haute du fait du port du sac à main. C'est en faisant des exercices de marche devant le miroir, qu'Eva et moi-même remarquons que la dissociation des ceintures est difficile pour Mme A. Sa ceinture scapulaire est rigide et le ballant des bras n'est pas dissocié des pas. Eva y voit alors un autre axe de travail possible via la méthode Feldenkrais.

j. Le temps de la séparation : retour au quotidien

A partir de début février, Mme A réfléchit de plus en plus à son futur et pense qu'« il faut savoir arrêter l'hôpital de jour ». Durant le mois, elle n'est pas venue en hôpital de jour pendant une semaine, tout en considérant avoir eu « dix jours de pause » car elle compte le week-end. Elle dit qu'après cette pause, elle a réalisé la nécessité d'un temps de transition entre la fin de son suivi en hôpital de jour et la reprise du travail. Son discours m'a semblé ambivalent car elle envisage l'arrêt de l'hôpital de jour mais paraît encore dépendante de sa prise en soin, au point de considérer que le week-end est une pause dans son suivi.

Son médecin lui a suggéré de partir en cure pendant trois semaines mais elle hésite, trouvant que la durée serait trop longue et que ça l'éloignerait de son quotidien avant la reprise du travail.

Mme A appréhende beaucoup la reprise du travail car, prévue début mars, « ça arrive très très vite ». Elle reprend progressivement contact avec ses collègues qui lui font entrevoir de nouveaux questionnements : comment ses collègues vont la regarder, est-ce qu'ils vont essayer de savoir ce qu'elle a eu, quoi leur répondre, etc. Elle anticipe leur réaction et suppose qu'ils pourraient penser que tout va bien maintenant qu'elle revient, et mal interpréter son mi-temps thérapeutique, surtout dans cette profession où l'on ne compte pas les heures pour terminer un projet. Perdue, elle pense à décaler la date de son retour au sein de l'entreprise, se disant dans un « temps hors du temps ». Mme A dit « stagner », être « en tétanie » et « ne pas savoir où elle va ». C'est lors d'une séance que je mène le 10 février, qu'elle m'en parle beaucoup et réalise que son anxiété et son appréhension prennent « trop de place, bouffant même la rééducation ». Par conséquent, je lui propose un toucher shiatsu sur le crâne et le visage, elle me répond en riant avoir le cerveau « en ébullition » du fait de ses nombreuses réflexions.

A la séance suivante, face à la détresse de Mme A concernant son avenir, Eva lui demande où elle part en vacances cet été. Celle-ci lui répond qu'« en effet, ça serait bien d'avoir un projet pour les vacances ». A cet instant, j'ai le sentiment que Mme A n'entrevoit

son avenir qu'au travers de la sphère médicale et oublie qu'elle peut prendre plaisir à préparer un projet de vacances.

Mi-février, Mme A a parlé de ses appréhensions à son oncologue, a écrit tous ses questionnements et ses objectifs sur papier et les a appris par cœur pour ne rien oublier. Mais lors de son rendez-vous, elle a finalement été déstabilisée de réaliser qu'elle ne sait pas ce qu'elle veut vraiment. Son oncologue lui a prolongé son arrêt maladie jusqu'au 15 septembre 2017, trouvant qu'il serait prématuré de reprendre en mars. Mme A s'en trouve très soulagée.

Fin février, Mme A relate son rendez-vous avec une ostéopathe qui lui a touché le dos et à qui elle s'est confié sur l'état de son corps, lui disant qu'elle le considère dorénavant « beau et unifié ». Elle revient ainsi sur tout le travail que nous avons fait ensemble en psychomotricité et sur l'image, l'unicité du corps et les liens dans le corps, en faisant une véritable rétrospective de son parcours. Tout ce qui avant n'était pas envisageable le devient peu à peu, même si elle a encore des difficultés à se projeter. Elle revient sur cette question d'aimer son corps si on veut que les autres l'acceptent, et dit ne plus pouvoir imaginer son corps autrement, tout en étant capable de le trouver beau, au point de finalement conserver une de ses robes échantonnées dans le dos. Elle parle ensuite de son *challenge* piscine, puisqu'elle arrive à aller en balnéothérapie en maillot de bain, et souhaite pousser son objectif à aller à la piscine municipale. A ce jour, elle cherche d'ailleurs à s'inscrire dans une balnéothérapie près de chez elle pour faire une transition entre les deux lieux.

Elle réalise également que « la blessure, particulière, peut devenir une force, une revendication » et évoque l'idée d'être modèle photos afin de mettre en valeur l'aspect artistique et symbolique de sa blessure. Elle considère désormais que si elle est capable de poser le regard sur son dos, alors elle tolèrera le regard des autres, étant donné qu'« on se construit avec la blessure, c'est notre identité ». Elle estime avoir fait un long parcours et qu'elle a beaucoup progressé. En effet, elle souligne l'importance de prendre le temps et de passer les étapes de cette reconstruction une à une, tout d'abord en étant capable de se regarder, puis d'être regardée, pour après être capable de toucher son corps sans dégoût et ensuite l'accepter et finalement, le trouver beau.

Le 1^{er} mars, Mme A nous annonce la date d'arrêt de l'hôpital de jour prévue par son médecin, le 24 mars 2017. Elle se prépare doucement à arrêter et s'organise avec les rééducateurs pour ne pas « tout arrêter en même temps », plaisantant « ça me fait un temps de sevrage ». Elle semble sereine, et ne pas appréhender l'arrêt de sa prise en soin en hôpital de jour, car cela fait quelques temps qu'elle l'évoque déjà. Cependant, après s'être inscrite dans une balnéothérapie près de chez elle, elle pense tout de même regretter l'aspect

pratique de l'hôpital car il regroupe tous les rééducateurs au même endroit et elle s'imagine « toujours courir d'un rendez-vous à l'autre ».

k. Conclusion

Pour la dernière séance, Mme A arrive très coquette : rouge à lèvres, bijoux, robe échancrée dans le dos. Elle dit s'être faite belle pour nous dire au revoir. Elle arbore un large sourire durant toute l'heure et a amené plein de choses à manger et à boire pour fêter son départ. Après nous avoir offert un cadeau à la psychomotricienne et moi-même en guise de remerciement, elle s'exprime une dernière fois sur son parcours. Elle revient notamment sur sa situation de départ, évoquant les difficultés qu'elle a traversées et concluant ainsi « le Feldenkrais m'a permis de visualiser mon corps comme un tout et pas seulement les atteintes corporelles. Je me sens maintenant entière et je suis capable de regarder mon corps sans le trouver dégoûtant, de le trouver beau. Je me sens capable de le montrer aux autres ». Elle évoque l'idée que lui a suggérée son oncologue : mettre en mot son vécu, sous forme de témoignage.

Elle écrit une carte destinée à la psychomotricienne:

« *Eva,*

Je vous remercie pour le travail extraordinaire réalisé ensemble pendant presque 11 mois.

Grâce à vous, à la qualité de votre écoute, à votre attention constante, à l'ingéniosité de votre pratique, j'ai parcouru un chemin fantastique.

Aujourd'hui, grâce à vous, je considère mon corps dans son entièreté et je le trouve beau, du moins d'une étrange beauté.

Je peux le regarder, le toucher (sans grimacer), le montrer, le décrire, me lancer dans des mouvements « saugrenus », en éloignant de moi un schéma de pensée qui me ferait dire que je n'y arriverais pas. »

Durant la prise en soin de Mme A en psychomotricité, je me suis questionnée sur l'incidence de l'atteinte psychocorporelle sur l'image du corps et l'image de soi, sur le processus de reconstruction suite à la maladie grave, sur l'apport de la relation thérapeutique entre le patient et le psychomotricien, et sur l'intérêt de la méthode Feldenkrais en psychomotricité.

DEUXIEME PARTIE :
DISCUSSION THEORICO-
CLINIQUE

I. LA CONSTRUCTION DE L'IMAGE DU CORPS

L'image du corps, en perpétuel remaniement, est l'idée que chacun se fait de son corps et traduit ce que nous percevons à chaque instant des qualités de celui-ci dans la relation à nous-même et aux autres. Propre à chacun, elle reflète l'histoire de l'individu. Elle peut être modifiée à tout moment, s'éprouver solide, détruite, rejetée, en lien avec le narcissisme et la vie relationnelle.

Selon Jacques Corraze, l'image du corps recouvre¹⁷ :

- La perception directe de notre corps, morcelée car il n'est pas possible de percevoir le corps dans sa globalité à un instant *t*
- L'image spéculaire, c'est-à-dire l'image renvoyée par le miroir
- Le corps propre, en lien avec la production du dessin du bonhomme
- L'image du corps, influencée par la culture

L'image du corps se construit dès la naissance, tout au long de la vie et est sous-tendue par le schéma corporel lui-même soutenu par la qualité des premières interactions. Les étapes de cette construction passent par le processus d'individuation de l'enfant via l'intersubjectivité, la construction d'une enveloppe sécurisante et la perception unifiée de son propre corps.

Dans cette partie, j'ai choisi de développer le rôle des interactions précoces, de l'image spéculaire et du schéma corporel dans la construction de l'image du corps. En effet, la qualité des interactions entre Mme A et la psychomotricienne m'a évoqué celle du tout petit, sa difficulté à se regarder dans le miroir m'a rappelé le stade de l'image spéculaire chez le jeune enfant et enfin, le lien entre la reconstruction de l'image du corps de Mme A et le schéma corporel m'a interrogé.

1. Interactions précoces

Lorsqu'il vient au monde, l'enfant a déjà des compétences, appelées *compétences de base* par Andrée Pomerleau et Gérard Malcuit dans les années 1980, entendues comme « l'ensemble des comportements que le jeune enfant, en se fondant sur son équipement biologique de départ est susceptible de manifester, quand les circonstances, le contexte et les conditions environnementales s'y prêtent »¹⁸. A la naissance et *in utero*, l'enfant voit, entend,

¹⁷ SCIALOM, GIROMINI et ALBARET, 2011, p. 195

¹⁸ <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMobs/POLY.Chp.2.html>, consulté le 15/02/17

sent, ressent le goût, le tact et reçoit des informations proprioceptives bien que pour certaines de ces compétences, la maturation n'est pas encore achevée. Tous ces outils prénataux et néonataux permettent à l'enfant d'entrer en interaction avec son entourage.

Cependant, l'enfant n'est pas en mesure d'organiser ses éprouvés corporels et vit son corps de manière désordonnée. Ainsi, il s'exprime par un dialogue tonique : la détente musculaire (ou l'hypotonie) accompagne la satisfaction, tandis que l'hypertonie accompagne le besoin.

Une interaction est « l'influence réciproque de deux phénomènes, de deux personnes avec les notions de réciprocité et d'interdépendance »¹⁹. Lorsque l'on parle d'interactions précoces, il s'agit d'un « ensemble de phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre un nourrisson et ses différents partenaires »²⁰. Le bébé n'est pas seulement soumis aux influences de ses partenaires, il est acteur dans ce dialogue. L'enfant se développe dans un milieu qui agit sur lui et ce milieu peut aussi être modifié par l'enfant. Le processus est donc bidirectionnel.

Selon Catherine Potel :

« Le nourrisson vit dans son corps des sensations de morcellement, de démantèlement, de liquéfaction, qui se transforment en angoisse si ces sensations corporelles se répètent, si elles ne sont pas contenues par la mère dans ses gestes, dans ses bras, dans ses mots. Ces éprouvés à répétition peuvent à la longue venir effracter, empêcher la construction d'une enveloppe solide et fiable et sa représentation ultérieure. L'intégration d'une enveloppe qui contient est essentielle et va permettre le passage de ce qui est vécu à l'intérieur et ce qui s'exprime à l'extérieur, dans un échange où l'autre est reconnu différent et séparé »²¹.

Le sentiment d'enveloppe sécurisante permet d'accéder à la représentation d'un corps unifié.

Didier Anzieu et Catherine Potel s'accordent à dire que le rôle de la peau est primordial lors des interactions précoces et dans le processus d'attachement. Le bébé est manipulé, touché, porté via les interactions corporelles. Catherine Potel décrit une « vraie nourriture de la peau : chaleur, sensation d'enveloppement, sécurité »²² reçue par le bébé. Selon Didier Anzieu, l'attachement durant lequel « les soins de la mère produisent des stimulations

¹⁹ SCIALOM, GIROMINI et ALBARET, 2011, p. 95

²⁰ <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMobs/POLY.Chp.1.html> consulté le 03-04-12

²¹ POTE, 2010, p. 139-140

²² *Ibid.*, p. 78

involontaires de l'épiderme, à l'occasion des bains, des lavages, des frottements, du portage, des étreintes »²³, permet la constitution du Moi, donnant lieu au Moi-peau.

Le bébé dépend entièrement de sa mère qui le protège de l'extérieur, apaise ses tensions et lui procure des stimulations. René Spitz nomme cette relation duelle symbiotique la « dyade »²⁴. A travers le dialogue tonique et les manifestations du bébé, sa mère interprète le comportement de son enfant, donne du sens et propose une réponse. Julian de Ajuriaguerra considère que la parentalité est le premier agent qui permet la subjectivité du corps, par la fonction maternante et paternante. En effet, la mère reconnaît la subjectivité de son enfant, de ses vécus corporels et lui permet de s'inscrire en tant qu'individu. Daniel Stern évoque le phénomène d'intersubjectivité et d'harmonisation affective pour décrire ces interactions : le parent répond à une expression affective du bébé pour partager avec lui son expérience subjective²⁵. Pour Henri Wallon, les agitations impulsives du bébé sont des signes pour l'entourage, conditionnant les réactions, représentant la première forme de compréhension et devenant un moyen d'expression. Les réponses variées de l'enfant sont interprétées par la mère comme des refus ou des invitations à la poursuite d'échange.

Le bébé peut exprimer des émotions dans les interactions à travers un dialogue non-verbal : les mimiques, le regard, le ton, la mélodie de sa voix et sa gestualité.

Il existe différents types d'interactions. Les interactions comportementales correspondent aux comportements de la mère et du bébé, leur manière de s'harmoniser. Elles peuvent être :

- Corporelles, via le dialogue tonique et des ajustements corporels interactifs. Donald Winnicott parle de *handling* ou « maniement » en français, pour désigner les soins maternels pour répondre aux besoins physiologiques du bébé. Il évoque également le *holding*, provenant de *to hold* ou « porter » en français, pour qualifier les soins maternels : les soins du corps, les manipulations, la tenue.
- Visuelles, permettant une communication par le regard, mode d'échange privilégié entre la mère et son enfant (notamment lors de la tétée ou du biberon). La mère qui regarde son enfant joue un rôle de miroir qui favorise la constitution de l'image de soi car son regard renvoie au bébé son propre reflet. Selon Marc Jeannerod, l'image de soi est une composante de l'image du corps, qui « permet de se sentir soi, propriétaire

²³ ANZIEU, 1985, p.60

²⁴ <http://www.universalis.fr/encyclopedie/psychanalyse-et-concept-d-opposition/8-de-la-psychanalyse-du-jeune-enfant-a-lacan/>, consulté le 20/02/17

²⁵ <http://www.cairn.info/revue-devenir-2003-4-page-309.html> consulté le 10/03/17

d'un corps et auteur d'actions »²⁶. La mère se voit également dans le regard de son enfant. Le visage de la mère est le précurseur du stade du miroir. Le bébé voit les sentiments que lui portent sa mère, ce qu'il représente pour elle et son impact sur la vie affective de sa mère. Selon Donald Winnicott, « la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit »²⁷. La mère renvoie à son enfant son individualité et le regard mutuel permet la constitution d'une image de soi.

- Vocales, première forme de langage chez le bébé, exprimant ses besoins et affects. Par ses cris et ses pleurs, il peut déclencher l'interaction avec sa mère qui s'ajustera et répondra aux besoins de son bébé. John Bowlby parle de « cordon ombilical acoustique » et considère ces interactions comme primordiales dans le processus d'attachement²⁸. Le bébé est influencé par la prosodie : l'intonation de la voix, le volume, le timbre et le rythme. Il peut lui aussi moduler son expression vocale. Daniel Stern évoque la « prosodie maternelle » et démontre que le langage utilisé par la mère (aussi appelé le *babytalk* ou « parler bébé » en français) évolue intuitivement au gré du développement de son enfant²⁹.

Les interactions affectives représentent l'atmosphère émotionnelle de la mère et son bébé pendant les interactions (plaisir, bien-être, inconfort, etc.). Les interactions fantasmatiques quant à elle concernent la vie psychique de la mère et du bébé, induisant une confrontation entre l'enfant réel et l'enfant imaginé.

En conclusion, les interactions précoces soutiennent la construction de l'individuation par la reconnaissance des parents de la subjectivité de l'enfant et par les interactions corporelles qui permettent l'intégration d'une enveloppe sécurisante.

Si les interactions précoces permettent la constitution de l'image du corps, il m'a semblé que les interactions entre Mme A et la psychomotricienne ont participé à la *re-construction* de l'image du corps. Les représentations du corps de Mme A ont pu être enrichies par le discours de la psychomotricienne, son toucher sur la blessure, et par ses croquis.

²⁶ JEANNEROD, 2010, p. 185

²⁷ <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMobs/POLY.Chp.1.html> consulté le 12/02/17

²⁸ SCIALOM, GIROMINI et ALBARET, 2011, p. 96

²⁹ <http://pourunatlasdesfigures.net/articles/images-du-corps/la-chair-du-monde/les-affects-primordiaux/laccordage-affectif.html>, consulté le 11/04/17

2. Image spéculaire et identité

Alex Mucchielli, docteur en sciences humaines cité par Alicia Foix, définit l'identité comme « un ensemble de critères, de définitions d'un sujet et un sentiment interne. Ce sentiment d'identité est composé de différents sentiments : sentiment d'unité, de cohérence, d'appartenance, de valeur, d'autonomie et de confiance organisés autour d'une volonté d'existence »³⁰. Comment l'image spéculaire, soutien de l'identité, participe-t-elle à la construction de l'image du corps ?

a. Le stade du miroir

Le stade du miroir est énoncé par Jacques Lacan, bien que sa théorie soit souvent comparée à celle du rôle du miroir de la mère de Donald Winnicott. Ces deux théories permettent le développement d'un narcissisme primaire qui désigne l'investissement libidinal du corps chez le jeune enfant.

L'image spéculaire permet une identification et favorise le sentiment d'unité corporelle. Jacques Lacan considère l'expérience du miroir déterminante pour la constitution du corps propre, de l'individualité mais aussi pour l'accès au langage. Selon lui, l'enfant s'identifie à son reflet dans le miroir, alors qu'il n'a encore qu'une perception morcelée de son corps. Face à ce corps unifié et différent d'autrui, il pourra s'approprier son corps, correspondant au processus de construction de l'image de soi.

On observe trois temps durant ce stade : l'enfant voit en son reflet l'image d'autrui, puis il réalise qu'il s'agit d'une image et enfin reconnaît cette image comme lui-même. Jacques Lacan souligne l'importance de l'autre pendant cette étape, qui reconnaît et soutient la découverte de l'enfant.

Tout cela permet la construction de l'image du corps de l'enfant qui débute dès la naissance, déjà sous-tendue par son schéma corporel. L'image du corps étant liée à l'individu et à son histoire, l'enfant pourra investir son corps par ses expériences. Des parties du corps pourront être surinvesties ou moins investies que d'autres. Le regard de l'autre a également une incidence non négligeable sur l'image du corps d'un individu

³⁰ FOIX, 2015, p. 65

b. Le rôle du miroir chez l'adulte

L'image spéculaire dans le stade du miroir est un facteur primordial dans la construction du schéma corporel et de l'image du corps, permettant à l'enfant d'avoir une représentation de son propre corps. Jacques Lacan considère que cette étape participe également à la constitution du narcissisme primaire et donc de l'identité.

Ce lien entre l'image spéculaire et le narcissisme m'évoque la figure de Narcisse qui, tombant amoureux de son reflet, se tue par désespoir de ne pouvoir assouvir sa passion pour son double. On peut alors se questionner sur le rôle de l'image spéculaire chez l'adulte.

David Le Breton évoque la dominance du regard et de la surexposition de l'espace social dans notre société³¹. La prolifération des images, dans les domaines de la mercatique et de l'audio-visuel incite les gens à s'observer. Ainsi, on peut supposer que l'image spéculaire tient également une place importante. Le miroir est un médiateur qui allie l'identique et le différent, permettant de rendre compte de l'identité, l'altérité, l'unicité et la de multiplicité.

« A notre époque où le corps est hautement valorisé, [...] on peut se demander si l'évolution technique autant que culturelle n'a pas modifié plus ou moins le sentiment d'identité corporelle et l'image de soi ; il y aurait ainsi selon l'expression de V. Nahoum un "stade du miroir en histoire", lié au rôle privilégié de la vue comme mode de perception du corps propre et d'appréciation de sa possible beauté »³².

Le regard d'autrui « confirme ou non l'expérience de notre miroir, fortifiant ou mortifiant notre image du corps, lieu très sensible de notre identité »³³. L'être humain étant un être social, se construit dans son rapport à l'autre et l'autre peut également matérialiser le rôle de miroir.

Dans la reconstruction de son image de soi, Mme A passe par un processus en lien avec son image spéculaire que l'on pourrait comparer au stade du miroir chez l'enfant. Ne pouvant ni toucher son dos ni le regarder, la représentation du dos de Mme A devait s'en trouver appauvrie. Découvrir ses miroirs et ne plus appréhender la vue fortuite de son reflet a été une étape préliminaire à ce processus. Elle a ensuite regardé son dos, nu, avec son oncologue, puis seule à son domicile. Lors d'un voyage, elle a pu observer les détails de ses cicatrices et a intégré leur conformation. Par la suite, Mme A s'est mise face au miroir en salle de psychomotricité, et a exploré visuellement et tactilement son dos avec l'aide la psychomotricienne à la recherche d'une écorchure. Elle a pu voir l'entièreté de son dos

³¹ LE BRETON, 2008, p. 162-163

³² MAISONNEUVE et BRUCHON-SCHWEITZER, 1999, p.24-25

³³ *Ibid.* p.27

lorsqu'elle s'est regardée, chez elle, en levant le bras gauche. Enfin, elle s'est regardée en maillot de bain en salle de psychomotricité.

L'utilisation du miroir en psychomotricité, notamment lors de cette dernière étape à l'occasion du *challenge* maillot de bain a permis à Mme A de constater que son apparence ne correspondait pas exactement à la représentation qu'elle s'en faisait, notamment par rapport à la hauteur présumée de ses épaules. Ce temps lui a permis de partager son ressenti, mettre des mots sur son vécu d'être en maillot de bain pour la première fois depuis l'opération. Avec ce médiateur que représente le miroir, la psychomotricienne a pu travailler sur le lien entre la perception que Mme A avait de son corps avec la représentation de celui-ci, à travers son image spéculaire. Ce travail sur l'image spéculaire m'évoque la construction du schéma corporel selon Ajuriaguerra, basé sur le corps vécu, perçu puis représenté.

3. Schéma corporel

L'image du corps étant indissociable du schéma corporel, il me paraît primordial de le définir, de développer son rôle dans la construction de l'image du corps et les conséquences d'un remaniement corporel.

Anciennement appelé cœnesthésie par le psychologue William James au 19^{ème} siècle, le schéma corporel est la perception que chacun a de son propre corps, de ses différentes parties du corps, de sa position dans l'espace au cours des déplacements. C'est un modèle perceptif du corps, permanent est évolutif qui arrive à maturité vers 6-7 ans³⁴. Julian de Ajuriaguerra définit le schéma corporel : « édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, 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 significations »³⁵. En intégrant les schèmes de base, l'enfant pourra intégrer son schéma corporel. Julian de Ajuriaguerra distingue trois étapes du développement psychomoteur de l'enfant que suit aussi la construction du schéma corporel :

- Le corps vécu (jusqu'à 3 ans) : l'enfant prend conscience de son corps, d'abord de manière morcelée puis globale, par des expériences sensorielles et motrices.
- Le corps perçu (de 3 à 6 ans) : l'enfant passe par la structuration perceptive et la régulation tonique pour arriver à la maîtrise globale de son corps. Une fois que le corps est perçu dans sa globalité, l'enfant peut affiner ses perceptions et différencier les

³⁴ POTEL, 2010, p. 144

³⁵ <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/relaxation1/POLY.Chp.3.4.html>, consulté le 25/03/17

différentes parties de son corps, les localiser, les désigner, d'abord sur lui, puis sur autrui.

- Le corps représenté (de 6 à 12 ans) : l'enfant peut se représenter son corps de façon réaliste. Cette étape est identifiable si l'on observe le dessin du bonhomme de l'enfant.

Dans l'ontogenèse du schéma corporel on peut également citer le corps subi présenté par Harrow, durant les premiers mois du bébé qui a des réflexes archaïques et ne maîtrise pas encore son corps.

La construction du schéma corporel, est un processus neurologique qui dépend de l'intégrité et de la maturité neurosensorielle, notamment celle du thalamus et de l'hémisphère droit.

Si le schéma corporel est la représentation de notre corps et de la place qu'il occupe dans l'espace, il existe une autre représentation qui cartographie l'organisation des parties du corps projetées sur le cortex, appelée l'*homonculus*³⁶. Cette organisation est la même pour chaque individu de l'espèce humaine, néanmoins il peut y avoir des différences au sein de l'espèce, à l'échelle individuelle. L'individu peut remanier cet agencement par ses apprentissages, ses expériences, motrices et sensorielles. Ainsi, un adulte pianiste professionnel n'aura pas la même organisation au niveau du cortex qu'un autre adulte, danseur professionnel par exemple. Ce phénomène de remaniement cortical, à moindre échelle, correspond à la plasticité cérébrale*.

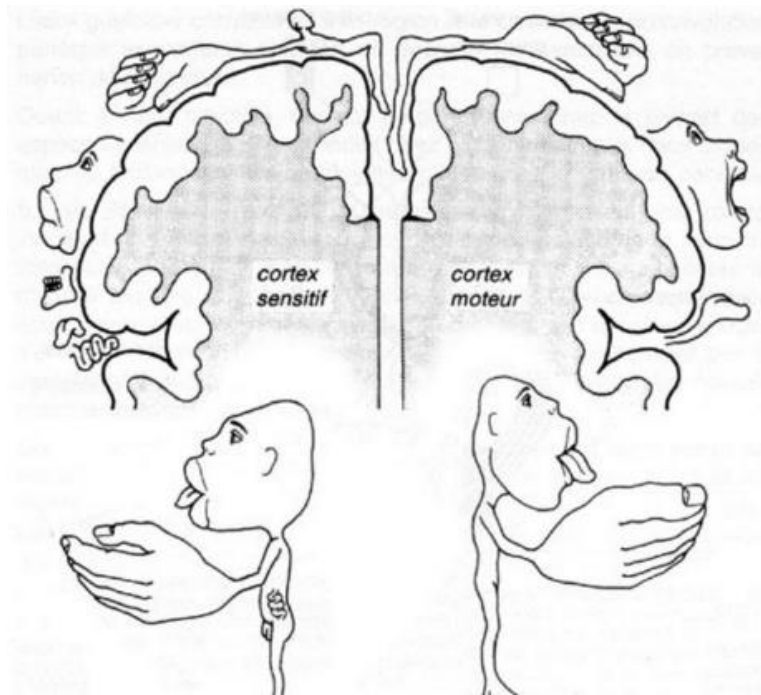


Figure 1 : Représentation de l'homonculus sensitif et de l'homonculus moteur

³⁶ Cf. Figure 1, p.38

L'homonculus de Penfield a été réalisée pour la première fois par Wilder Penfield, neurochirurgien canadien, en 1950³⁷. Après avoir réalisé des expériences de stimulations corticales sur des personnes épileptiques, il a pu réaliser une carte de la répartition des différentes parties du corps sur le cortex.

L'homonculus est une représentation de l'organisation des parties du corps projetées sur le cortex, proportionnellement à l'importance qu'elles occupent dans le cerveau. Pour l'homonculus sensitif, la représentation d'une partie du corps est d'autant plus étendue sur le cortex que la sensibilité est fine. Pour l'homonculus moteur, la représentation d'une partie du corps est d'autant plus étendue sur le cortex que la commande motrice est précise.

Une *re-construction* de l'image du corps implique que celle-ci ait déjà été construite auparavant et qu'un événement l'ait bouleversée, affectant le schéma corporel et la représentation de soi.

³⁷ https://www.sciencesetavenir.fr/sante/l-homonculus-de-penfield-ne-ressemble-plus-a-ca_29179, consulté le 25/03/17

II. LES BOULEVERSEMENTS PSYCHOCORPORELS DE LA MALADIE

La maladie grave telle que le cancer survient comme une rupture dans le sentiment d'existence et bouleverse le sujet à différents niveaux. Le diagnostic peut être vécu comme un évènement traumatique, puis l'enchaînement des traitements, l'intervention chirurgicale entraînent des conséquences psychocorporelles auxquelles le patient doit faire face et qui demandent un long travail de reconstruction.

1. Les premiers symptômes et le diagnostic

D'après l'article 1111-2 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé [...] Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission »³⁸.

Les premiers symptômes peuvent précéder le diagnostic ou le succéder. Dans le premier cas, le temps de l'attente du diagnostic est anxiogène car la personne peut déjà envisager un bouleversement de son projet de vie. Dans le second cas, le diagnostic retentit d'autant plus comme un choc, car la personne ne s'y attend pas et ne s'y prépare pas.

a. Le traumatisme du diagnostic

Le corps est habitué à l'alternance entre maladie temporaire et la bonne santé. Lors de l'annonce du diagnostic, la personne est face à une maladie grave, d'une durée indéterminée, qui menace son intégrité corporelle. Etre confronté à la mort et être dans l'incertitude concernant l'avenir nourrit la thanatophobie³⁹. O. Raballand compare l'annonce du diagnostic à un « temps qui s'arrête » ainsi qu'à un « tremblement de terre intérieur »⁴⁰. Tomber malade, c'est être comme « arraché du monde des bien-portants, avec le désir fou de pouvoir revenir en arrière, de guérir à la seule force de sa volonté. »⁴¹. Cette évènement peut être vécu

³⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>, consulté le 04/04/17

³⁹ La thanatophobie est la peur de la mort. Ce terme contracte les mots « phobie » qui signifie la peur et « Thanatos », la personnification de la mort.

⁴⁰ RABALLAND, 2007, p. 54

⁴¹ LIARTE et BROCCQ, 2014, p. 37

comme un traumatisme, une rupture dans la vie de la personne pour qui il y aura désormais un avant, et un après.

Freud considère que l'appareil psychique est un « volume limité par une membrane, qu'il appelle "pare-excitation" »⁴². Ainsi, l'enveloppe de pare-excitation tient à distance l'excitation excessive, dans un contexte normal. Dans un contexte de stress, la quantité d'énergie extérieure, plus importante, écrase l'enveloppe et la déforme, entraînant de l'angoisse voire une souffrance psychique mais la membrane ne cède pas. Le traumatisme quant à lui, transperce l'enveloppe de pare-excitation sous l'effet de surprise, s'incise en soi et provoque une perturbation du fonctionnement psychique⁴³.

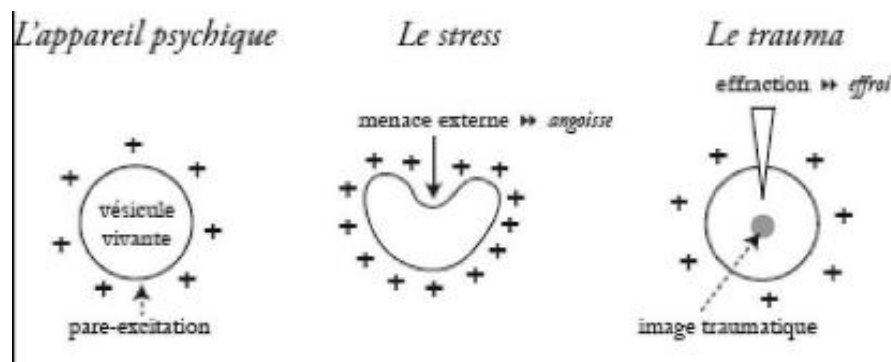


Figure 2: L'appareil psychique face au stress et au trauma

On distingue le traumatisme direct qui est une répercussion émotionnelle majeure (choc, violence, surprise) du traumatisme secondaire qui est un mécanisme d'après-coup, et dépend de l'histoire familiale (réactivation de blessure passées, non cicatrisées).

Face au traumatisme que peut représenter le diagnostic pour une personne atteinte d'un cancer, la mesure 40 du plan cancer 2003-2007 vise à « permettre aux patients de bénéficier de meilleures conditions d'annonce du diagnostic de leur maladie » et définit « les conditions de l'annonce du diagnostic au patient, incluant le recours possible à un soutien psychologique et à des informations complémentaires »⁴⁴. La souffrance peut entraîner un sentiment de morcellement, une perte d'unité psychosomatique.

Selon E. Ferragut, l'annonce de la maladie est double : maladie organique et maladie anxieuse. Elle décrit l'importance de la relation à l'autre dans le vécu d'effroi et de sidération suite à l'annonce du diagnostic : « la parole [...] permet un remaniement cognitif des émotions

⁴² FERRAGUT, 2005, p. 67

⁴³ Cf. Figure 2, p.41

⁴⁴ <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>, consulté le 04/04/17

ce qui change la manière d'éprouver et de ressentir ces émotions »⁴⁵. Elle ajoute que ce « nouage inter-relationnel et inter-subjectif précoce s'avère capital pour le déroulement de la prise en charge à venir »⁴⁶, permettant à la personne d'exprimer sa peur viscérale de la mort et de la maladie. Cela peut expliquer le besoin de parler de Mme A, d'exprimer ses émotions et de partager son vécu avant de commencer l'approche corporelle.

b. La représentation de la maladie

La maladie grave représente une faille dans la biographie de la personne. Chez l'enfant comme chez l'adulte, on utilise communément l'expression « tomber malade », ce qui souligne également la rupture dans le cadre du développement de l'enfant, ou dans le cadre du quotidien de l'adulte.

En France métropolitaine, 3 millions de personnes de plus de 15 ans en vie en 2008, ont fait face à un cancer au cours de leur vie⁴⁷. Le cancer est une maladie répandue et fortement médiatisée. Au vu de la prévalence du cancer en France, elle a sa place dans les programmes politiques, on retient notamment les plans cancer 2003-2007, 2009-2013 et 2014-2019.

Le cancer est perçu au sein de la société comme une maladie longue, grave et souvent mortelle, dont les traitements sont lourds. « Certaines représentations populaires du cancer issues de l'inconscient collectif, renvoient à l'invasion du corps par la maladie et les métastases annonciatrices d'une mort prochaine, au fantasme de dévoration par le "crabe" qui va se nourrir à l'intérieur de ce corps malade, à la pourriture qui va en résulter avec les conséquences sur l'autonomie et la perte du rôle social, familial et professionnel. Ce corps atteint par cette "longue" maladie va progressivement conduire à la déchéance et à une mort vécue comme lente et douloureuse »⁴⁸.

Hormis celui contre le cancer du col de l'utérus, il n'existe pas de vaccin et l'étiologie du cancer reste floue et multifactorielle. Ainsi, la plupart des français estiment de pas être à l'abri d'un cancer. A l'heure actuelle, ils sont de mieux en mieux traités, certains cancers sont moins mortels que d'autres, cependant la mortalité reste élevée : on relève près de 150 000 décès en 2015.

⁴⁵ FERRAGUT, 2005, p. 35

⁴⁶ *Ibid.* p. 36

⁴⁷ <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>, consulté le 05/04/17

⁴⁸ REICH, 2009, p. 249

Le cancer est un paradoxe : un excès de vie qui peut causer la mort. La multiplication anarchique de cellule est induite par la mutation d'un gène, dont l'étiologie est rarement identifiée. Le corps qui jusqu'à maintenant faisait face aux maladies temporaires et dont l'immunité se défendait d'infections virales et bactériennes se voit assujetti par ces cellules surnuméraires qui font partie de soi, résultant de notre ADN. S'il est encore abstrait parfois de comprendre pourquoi le cancer s'est développé, le corps semble être à l'origine d'une trahison : « l'intégrité du corps est 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 »⁴⁹. Comment mon propre corps peut-il se retourner contre moi ? Comment ces cellules qui sont les miennes peuvent me donner la mort ? De manière ambivalente, si le cancer peut être vécu comme provenant de soi, la représentation de la maladie peut également apparaître comme un « non-moi, "l'alien" qu'il faut rejeter au dehors de son corps »⁵⁰. Le corps devient le territoire de la maladie, qui continue à se multiplier et s'enracine. Entre les mains des soignants, le corps est perçu au-delà des limites de l'intimité car ces derniers traitent l'intérieur du corps. Le corps est comme exproprié.

La maladie fait d'autant plus écho lorsque la personne ou un de ses proches y a déjà fait face. Selon E. Ferragut, « le présent réactualise le passé »⁵¹. Le cancer que vit Mme A en 2016 est une réactivation de l'expérience de sa première maladie, dont les traitements ont été semblables. Dans le cas de son cancer, l'étiologie est connue. Le terme post-radique utilisé dans le diagnostic signale qu'il est la conséquence du traitement de radiothérapie* subie par Mme A à 19 ans. Elle est face à une situation qu'elle a déjà vécue : une maladie grave qui nécessite un traitement lourd. Le vécu d'un cancer post-radique* est particulier. Il ne s'agit pas d'une rechute dont l'origine serait la multiplication de cellules malignes mais bien de la conséquence du traitement qui lui a sauvé la vie à 19 ans. Les cas de cancers secondaires étant rares, les avantages du traitement de radiothérapie* surpassent généralement le risque d'en développer un.

Cela peut faire surgir un sentiment d'injustice et une incompréhension : à quoi bon se faire soigner s'il faut revivre la même épreuve par la suite ? Pourquoi être obligé de vivre toutes ces épreuves ? Mme A fait face, mais le contexte familial semble participer à une impression que la vie s'acharne : « alors, qu'est-ce qu'on va tirer cette fois-ci ? Cancer de quoi ? Chaque année il y a quelque chose ».

⁴⁹ REICH, 2009, p. 249

⁵⁰ LIARTE et BROCCQ, 2014, p. 39

⁵¹ KORFF-SAUSSE, 1996, p. 40

c. Les mécanismes de défense

« Contraints de regarder en face ce qui ne saurait se voir, ils sont pétrifiés ou détournent le regard »⁵². Lors de l'annonce du diagnostic, le choc est tel que la personne met en place des mécanismes de défense, afin de préserver l'intégrité de son psychisme.

Le DSM-IV définit les mécanismes de défense comme des « processus psychologiques automatiques qui protègent l'individu de l'anxiété ou de la perception de dangers ou de facteurs de stress internes ou externes »⁵³ mais précise que les personnes ne sont pas toujours conscientes d'y avoir recours.

Les mécanismes de défense sont organisés en sept niveaux selon l'échelle de fonctionnement défensif du DSM-IV⁵⁴. Nous ne nous intéressons ici qu'aux principaux mécanismes de défense susceptibles d'être mis en place par un patient dans la cadre du diagnostic d'une maladie grave.

- Isolation : la personne semble détachée de son diagnostic, elle se focalise sur les termes techniques et médicaux afin de se mettre à distance et de ne pas s'effondrer.
- Déplacement : la personne accepte le diagnostic mais ne peut lui faire face. L'objet de son anxiété ne sera pas la maladie mais déplacé sur un substitut, l'entourage par exemple, permettant une expression plus directe de l'affect.
- Projection agressive : la personne vit le diagnostic comme une agression et attribue son vécu douloureux de la maladie à son entourage ou à l'équipe médicale.
- Régression : La personne n'a pu développer d'autres mécanismes de défense que la régression. Elle va alors entrer dans une passivité et se laisse complètement prendre en charge par son entourage ou par l'équipe médicale.
- Dénier : la personne refuse d'admettre les aspects douloureux de la réalité. C'est une exclusion active et inconsciente de certaines informations.
- La maîtrise : la personne va rationaliser sa maladie et va tenter d'expliquer son origine et peut mettre en place des comportements obsessionnels en lien avec la maladie, comme le traitement par exemple.

⁵² *Ibid.*, p. 34

⁵³ <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2009-3-page-133.htm>, consulté le 20/03/17

⁵⁴ <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-31.htm>, consulté le 20/03/17

Il est important de « soutenir les défenses psychiques du malade pour ne pas faire violence à une personne déjà fragilisée et qui tente, avec ses moyens propres, de se reconstituer, autrement, différemment, avec sa maladie »⁵⁵.

2. Les traitements et les effets secondaires

a. Des soins invasifs

Il existe différents moyens pour dépister un cancer. La radiographie notamment, permet au médecin de voir qu'il y a une anomalie, mais il ne s'agit pas encore d'un diagnostic. Seule la biopsie permet d'affirmer ou d'infirmer l'hypothèse d'un cancer. Lorsqu'un cancer est diagnostiqué, le médecin décide du traitement : radiothérapie*, chimiothérapie*, hormonothérapie, et certains peuvent être associés.

Tout le monde ne réagit pas de la même manière à un traitement, il est donc difficile de prévoir les effets secondaires. Il est cependant important d'informer la personne malade sur les conséquences que peuvent avoir les traitements anti-cancéreux. La plupart des effets secondaires sont transitoires et se manifestent à la suite du traitement.

La chimiothérapie* lutte contre les cellules cancéreuses mais endommage également les cellules saines. C'est pourquoi des pauses sont instaurées entre les cures, afin de leur permettre de se régénérer et donc de limiter les effets secondaires. Ces derniers peuvent se manifester classiquement par une alopecie*, des nausées et vomissements, des troubles digestifs, des douleurs musculaires et articulaires, d'un trouble du cycle menstruel chez la femme, d'une fatigue, une aplasie médullaire*, une anémie, des troubles cutanés, entre autres.

Dans le cas de la radiothérapie*, il peut y avoir des effets secondaires persistant à long terme ou apparaissant plusieurs mois voire plusieurs années après le traitement. En irradiant une tumeur, la radiothérapie* irradie également les tissus avoisinants. Elle peut provoquer des séquelles neurologiques lorsque le cerveau ou les nerfs sont irradiés, et plus rarement, un cancer secondaire. Les effets secondaires dépendent de la localisation de la zone à traiter, de son volume, de la dose délivrée et de la radiosensibilité individuelle du patient. Les effets secondaires immédiats de la radiothérapie* sont classiquement des réactions cutanées (rougeurs), des difficultés à la déglutition, de la fatigue, des troubles urinaires et digestifs, une

⁵⁵ LIARTE A. et BROCCQ H., 2014, p. 37

alopécie*, un mal des rayons caractérisé par une perte d'appétit, des nausées et vomissements.

Paradoxalement, les traitements qui soignent peuvent aussi faire du mal et participe au vécu douloureux de la maladie.

Aussi, « la découverte du cancer, l'appréhension des examens et des traitements, les déplacements quotidiens, l'attente lors des rendez-vous et le traitement lui-même peuvent provoquer une fatigue physique ou morale »⁵⁶.

La radiothérapie* et la chimiothérapie* sont des traitements lourds. Lorsqu'ils sont associés, une hospitalisation est souvent préconisée car il est nécessaire d'avoir un suivi médical pendant les cures. Les perfusions et les prises de sang à répétition peuvent donner lieu à la mise en place d'un PAC* permettant de limiter les douleurs liées aux piqûres et de préserver le capital veineux.

b. Les incidences sur l'image du corps

Le cancer et les traitements anti-cancéreux impliquent une métamorphose du corps plus ou moins rapide. Ainsi, « les troubles de l'image corporelle en oncologie résultent donc du diagnostic de cancer, des pertes fonctionnelles et des mutilations, des symptômes, des douleurs, des effets secondaires des traitements, de la modification du vécu corporel avec pour les patients le sentiment de perdre le contrôle et d'être trahi par son propre corps »⁵⁷. La personne n'a pas le temps de s'accommoder à ses bouleversements, qui arrivent généralement brutalement. Elle ne se reconnaît pas, ne reconnaît pas son corps.

La féminité est mise à mal par l'alopécie, la perte ou le gain de poids, les troubles cutanés et les perturbations hormonales. Le corps peut ne plus être perçu comme un corps objet de désir et « le cancer va transformer le regard au corps pour le sujet lui-même mais aussi pour les autres »⁵⁸. De plus, le traitement peut entraîner un vécu de corps comme objet de soin et la maladie est parfois soignée avant le malade. La négligence de la subjectivité de celui-ci peut empirer le vécu de sa maladie et ne favorise pas sa reconstruction.

⁵⁶ <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-poumon/Radiotherapie/Effets-secondaires>, consulté le 05/04/17

⁵⁷ REICH, 2009, p.249

⁵⁸ *Ibid.*, p. 248

3. L'intervention chirurgicale

a. L'enjeu

L'intervention chirurgicale représente un enjeu vital pour la personne atteinte d'une maladie grave. L'opération est annoncée par le médecin qui prévient le patient du déroulement de l'opération, des risques et des conséquences possibles. Le patient attend de l'opération que l'ensemble des cellules cancéreuses soient retirées, mais la frontière entre ces cellules et les cellules saines est parfois floue et des cellules cancéreuses peuvent subsister.

La représentation de l'intervention chirurgicale est parfois magique parfois terrifiante. Elle dépend des personnes, selon leurs antécédents médicaux, si elles ont déjà connu une opération ou pas. Elles ne se rendent pas forcément compte de ce qu'implique l'opération au niveau psychocorporel, car elles sont plus focalisées sur l'enjeu de la guérison.

b. La perforation de l'enveloppe et l'intrusion dans l'intimité du corps

La peau est constituée de trois couches superposées. La plus profonde est l'hypoderme, interface entre la peau et les organes (muscles, tendons), où se trouve la réserve énergétique du corps : la graisse. Le derme est un tissu conjonctif composé de collagène et d'élastine procurant à la peau les qualités de solide et épaisse. L'épiderme est une fine couche protectrice, la plus superficielle de la peau, en contact direct avec l'extérieur. La peau représente la limite, la contenance, est sensible aux vibrations sonores, mais est aussi un lieu d'immunité, de pare-excitation et de thermorégulation. Didier Anzieu considère la peau comme une enveloppe corporelle psychique.

Le Moi-Peau pensé par Didier Anzieu garantit l'intégrité du corps, permet un sentiment d'unité corporelle et a un rôle d'organisateur psychique. L'intervention chirurgicale, accompagnée des soins (perfusions, piqûres), trouent la peau. De ce fait, la fonction contenante du Moi-Peau, qui protège l'intérieur du corps est mise à mal. Chez l'adulte, le vécu d'hospitalisation complète peut être mal vécu : « en tant qu'adulte, il nous est bien difficile de confier de nouveau notre corps aux médecins ou infirmiers qui nous soignent, à l'hôpital par exemple, dans un mouvement régressif, pourtant nécessaire, voire salutaire. C'est toute notre intimité qui est mise à mal »⁵⁹.

L'intimité, c'est la perception d'avoir un corps qui nous appartient, distinct d'autrui, sur lequel on peut s'appuyer. L'intimité du corps se construit, « elle ne va pas de soi. Elle est liée

⁵⁹ POTEL, 2010, p. 77

de façon indissoluble à la capacité de chaque individu à investir son corps comme sien, différencié, individualisé, séparé du corps de l'autre. C'est donc toute la question de la construction identitaire, qui est contenue dans cette accession de l'intime de soi »⁶⁰.

Dans le cas de Mme A on peut se demander si le fait d'avoir vu la reconstitution de son dos n'a pas été vécu comme une intrusion du corps. Elle s'est dite contente dans un premier temps, puis perturbée, sans pouvoir mettre des mots sur ce vécu. L'intrusion du corps peut être un effet secondaire de l'imagerie médicale, qui représente l'intériorité du corps, dans une transparence de l'enveloppe et parfois des « morceaux » du corps, isolés sur reste du corps. Rémy Potier souhaite alerter quant à l'impact de l'imagerie auprès du patient : « il semble temps de se réveiller pour prendre acte de ce qui échappe aux examens, non seulement ce qu'a de problématique le cadre en tant que tel, mais encore ce que produit cette modélisation de l'intime sur le sujet »⁶¹. Il ajoute également que « l'image le concerne, elle représente des données que ses cellules renseignent [...] mais c'est de son corps qu'il s'agit et l'examen témoigne du fait qu'il n'en sait rien et que le spécialiste, lui, sait tout. La réalité de l'examen médical plonge le patient dans un virtuel non familier dans lequel il n'a aucun repère. »⁶².

c. Un remaniement corporel

Durant l'intervention chirurgicale de Mme A, deux tiers de la scapula, les parties postérieures de quatre côtes ainsi qu'un monobloc à grand spectre ont été retirés. On peut alors se questionner sur les remaniements du schéma corporel suite à son opération.

Mme A n'a plus la même capacité d'amplitude de mouvement car des parties osseuses, des muscles et de la chaire ont été retirées.

D'une part, les connexions qui étaient établies entre le cerveau et ces parties du corps ne sont plus efficaces, et d'autres connexions vont se mettre en place par le biais de la plasticité cérébrale*, afin que le cerveau *ré-intègre* ces parties du corps dans le schéma corporel. C'est notamment l'objectif de la rééducation fonctionnelle, où on emprunte les « réseaux secondaires » lorsque la voie principale n'est plus opérante. D'après le neurochirurgien Hugues Duffau, « le fonctionnement du cerveau repose sur des réseaux parallèles capables de se compenser les uns les autres en cas de problème »⁶³.

⁶⁰ *Ibid.*, p. 73

⁶¹ POTIER, 2007, p. 80

⁶² *Ibid.*, p. 81

⁶³ http://www.lexpress.fr/actualite/sciences/hugues-duffau-le-cerveau-se-repare-lui-meme_1578825.html, consulté le 08/04/17

D'autre part, l'articulation des os entre eux permet à la fois une amplitude de mouvement mais aussi une limitation, notamment grâce aux butées osseuses. Les muscles et la chair permettent également une mobilité. La difficulté de Mme A à effectuer certains mouvements peut donc être expliquée par ces remaniements chirurgicaux. Cependant, cette gêne fonctionnelle n'est pas que physique et a une incidence sur le regard que Mme A porte sur elle-même. Elle a des difficultés à se mouvoir et appréhende le mouvement, craignant l'échec et de ressentir ses sensations internes qu'elle ne peut expliquer (craquement articulaire par exemple), semblable à un sentiment d'étrangeté. Ainsi, Mme A manque d'aisance corporelle, ne se sent pas capable de se mouvoir et sa confiance en elle et en son corps diminue.

d. Les douleurs liées à l'opération

L'intervention chirurgicale entraîne une réorganisation tissulaire douloureuse. Les douleurs post-opératoires sont liées à l'incision de la peau, aux remaniements chirurgicaux, aux lésions tissulaires et à l'anxiété. Elles sont aiguës et systématiques à la suite de l'opération et diminuent au cours de la cicatrisation.

La douleur est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes »⁶⁴. C'est un système de défense de l'organisme, un signal d'alarme et c'est souvent le point de départ de la maladie, incitant à consulter un médecin. La douleur a un impact sur le schéma corporel, l'image du corps et le tonus musculaire.

Sur le plan du schéma corporel, la douleur à l'intérieur du corps rend conscient une transparence du corps et entraîne une modification dans la représentation des proportions du corps. Ainsi, les zones douloureuses peuvent être surinvesties (focalisation sur la douleur) ou désinvesties, face à une douleur trop envahissante.

Concernant l'image du corps, la douleur peut entraîner une dévalorisation du corps, perçu comme un fardeau, un espace de souffrance et non plus comme une enveloppe qui contient et protège. De plus, les stigmates provenant de la maladie, comme la cicatrice par exemple, véhiculent une image du corps dépréciée.

⁶⁴ <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/douleur>, consulté le 18/04/17

La douleur entraîne une modification de l'état tonique. La réponse classique, face à la douleur, est l'hypertonie. Lorsqu'il y a un vécu douloureux, le corps le vit comme une agression, et pour y faire face, il met en place une carapace tonique.

4. Les conséquences psychocorporelle post-opératoires

Une intervention chirurgicale nécessite un suivi pré-opératoire et post-opératoire. Les conséquences de l'opération sont multiples et la blessure physique peut avoir un impact sur les capacités de mobilité mais aussi le psychisme, l'image du corps, le schéma corporel. Ainsi, le suivi pluridisciplinaire paraît primordial dans l'accompagnement post-opératoire. Selon les besoins de la personne opérée, le médecin peut prescrire par exemple de l'ergothérapie, de la kinésithérapie, de la psychomotricité, une pratique d'APA, un suivi psychologique.

a. La cicatrisation et le processus de deuil

La cicatrisation de la blessure post-opératoire, qui peut être perçue comme une mutilation est une étape importante dans la reconstruction de la personne car il s'agit de se rétablir physiquement. Dans un premier temps, la douleur est présente, la mobilité est réduite et la sensibilité est affectée. La blessure doit être surveillée afin de vérifier si elle ne s'infecte pas, si elle cicatrise bien, et elle est entretenue : changement de pansement, soins cutanés (crèmes). C'est dans ce contexte là que Mme A ne pouvait plus faire de câlins à sa fille à la suite de son hospitalisation, afin de préserver sa cicatrisation.

Cependant, « 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. »⁶⁵. L'identité est fortement corrélée à la représentation de soi, « on comprend que l'atteinte à l'image corporelle puisse être également radicale. Par-delà la construction du soi, c'est en effet tout "l'idéal" du moi qui est blessé et remis en cause lorsque le corps défaille »⁶⁶. Ainsi, l'acceptation du *nouveau* corps et l'acceptation irréversible de l'*ancien* corps passe par un processus de deuil. La cicatrisation laisse une trace qui ne peut être oubliée, qui devient une réalité et qui doit être acceptée.

Le deuil est la perte d'un objet d'attachement fortement investi. Le processus de deuil est l'état affectif lié à la perte, « le processus intrapsychique consécutif à la perte d'un

⁶⁵ REICH, 2009, p. 249

⁶⁶ LIARTE et BROCCQ, 2014, p. 40

objet d'attachement et par lequel le sujet réussit progressivement à se détacher de celui-ci »⁶⁷.

Si le traumatisme du diagnostic marque une rupture dans l'histoire de la personne, celle-ci idéalise souvent l' « avant » et décrit l' « après » dans le cadre d'une souffrance, d'angoisse. Le travail de deuil permet à la personne de se rendre compte que l'avant n'était pas aussi beau qu'il est décrit.

Elisabeth Kübler-Ross décrit cinq phases dans le processus de deuil mais insiste sur la singularité des individus. Chaque personne ne vit pas le deuil de la même manière ni dans la même chronologie, ainsi, on observe souvent une hétérogénéité des réactions.

- Le choc et le déni : Le choc peut s'exprimer sous forme de sidération et dure généralement peu de temps, le temps de l'annonce du diagnostic par exemple. Le déni est un mécanisme de défense qui permet à une personne de rejeter la réalité, trop douloureuse pour être acceptée et de se protéger contre l'impact de la nouvelle.
- La colère fait souvent suite au déni, face à la perte, à la réalité qui n'était pas acceptée jusqu'à présent. La personne vit cette épreuve comme une injustice. La personne en colère peut s'exprimer contre l'entourage, contre le corps médical, et peut parfois prendre une dimension religieuse.
- Le marchandage est une phase de négociation et de chantage durant laquelle la personne, confrontée à la réalité, souhaite gagner du temps sur sa maladie et revenir en arrière.
- La dépression est caractérisée par une grande tristesse et suit généralement la phase de marchandage car la personne a compris qu'il lui était impossible de revenir en arrière. Elle peut se replier sur elle-même et se questionner sur son avenir. Cette phase est différente de la dépression au sens psychiatrique, dont la sémiologie et le diagnostic sont précis. C'est une étape clef qui prépare l'acceptation.
- L'acceptation permet de reconnaître la réalité telle qu'elle est sans chercher à lutter contre. La personne pourra progressivement faire des projets de vie, et se réorganiser selon sa perte.

⁶⁷ http://psycha.ru/fr/dictionnaires/laplanche_et_pontalis/voc320.html, consulté le 02/04/17

La personne fait le deuil du corps sain et de l'illusion d'immortalité afin d'accepter sa nouvelle situation, son nouveau corps et ses nouvelles possibilités, d'autant que la maladie peut laisser des traces qui perdurent. Le stigmate rappelle le vécu de la maladie, c'est une trace permanente et définitive qui renvoie « en quelque sorte à des failles somatiques, qui fragilisent l'identité »⁶⁸. Porter l'empreinte de la maladie peut entraîner un manque de confiance en soi, une honte de son corps perçu comme une bizarrerie voire une monstruosité.

J'ai pu observer chez Mme A un cheminement semblable au processus de deuil. Suite à son opération, elle ne pouvait plus se regarder dans un miroir, elle rejetait en quelque sorte la réalité, encore trop douloureuse à accepter. Mme A passe ensuite par une phase où elle proteste contre les remarques de son entourage, elle se dit « vexée », « exaspérée » et « dépitée »⁶⁹. Puis, elle s'inquiète de l'avenir, se demande si elle sera assez solide dans sa « charpente », mais également dans la reprise du travail. Mme A finit par accepter la réalité de son corps et de son handicap lorsque vient la fin de l'hôpital de jour et que s'éloigne la date de reprise du travail.

b. L'atteinte du schéma corporel

La chirurgie bouleverse les fondations sur lesquelles le schéma corporel se construit. On peut alors parler d'une atteinte dans les bases du schéma corporel.

La maladie grave affecte le corps mais modifie également la structure psychique de la personne malade et de ses accompagnants. Tout a été impacté par le traumatisme de la maladie et de la chirurgie qui associent la douleur, la déformation physique et la perte du mouvement.

Mme A est touchée dans son être psychomoteur, c'est à dire à tous les niveaux de la *boucle sensori-psycho-motrice*. Au début, Mme A ne semble pas en capacité d'investir son corps vécu, perçu et représenté. On peut ainsi reprendre le modèle décrit par Ajuriaguerra en lien avec la construction du schéma corporel⁷⁰.

Mme A vit son corps comme « désarticulé ». Ce vécu de morcellement s'explique par la greffe et les changements dans la structure osseuse, entraînant une rupture au niveau articulaire, des tensions musculaires et une respiration qu'on peut qualifier de « saillante ».

⁶⁸ LIARTE et BROCCQ, 2014, p. 40

⁶⁹ Cf. supra p. 22

⁷⁰ Cf. supra p. 37

Le mouvement est bloqué, verrouillé, l'exploration du mouvement est difficile et non investie. De plus, son attention est fixée sur cette partie du corps, symbole de la maladie aux dépens du reste du corps qui va bien.

Mme A perçoit son corps comme un objet de soins. Son corps devient un *corps-cobaye* qu'on observe et qu'on regarde, on peut parler d'expropriation du corps. Elle ne peut ni toucher ni regarder son corps qui semble ne plus lui appartenir, telle une dépossession de son corps.

Mme A voit son corps comme monstrueux, difforme, au point d'avoir des difficultés à se regarder dans le miroir. La représentation de son dos provient de son imaginaire fantasmatique du corps abimé.

Au cours des séances de psychomotricité, Mme A a créé des liens là où, au départ, elle voyait une rupture. Elle a réinvestit son corps en passant par la sensorialité et la motricité. Mme A a pris conscience de son *nouveau* corps au travers d'expériences motrices et sensorielles, notamment lors des mouvements de Feldenkrais, des moments de toucher-massage. Cela a également pu enrichir sa relation affective à son corps et la représentation qu'elle se faisait de son corps.

C'est ce processus qui permet à Mme A de passer de la sensation à la représentation, puis à l'image du corps, et enfin à l'image de soi.

c. La mémoire du corps et l'empreinte émotionnelle

Dès le plus jeune âge, l'enfant imprime en lui des traces corporelles, « la façon dont le nourrisson est porté, la manière dont il est nourri, touché, marquera son être, tant sur le plan psychique que corporel sans qu'il soit possible de distinguer toujours ces deux aspects »⁷¹.

Les connexions entre les neurones sont modifiées par l'expérience. Ainsi, « des traces s'inscrivent, s'associent, disparaissent, se modifient, tout au long de la vie par le biais des mécanismes de plasticité neuronale »⁷². De plus, « le corps enregistre systématiquement tout ce qui blesse [...] et le garde en mémoire, ne serait-ce que pour s'en protéger à la prochaine agression. Il porte en lui l'impact des blessures et de toutes crispations qu'elles ont provoquées »⁷³. La plasticité relève d'un processus individuel, résultat d'expériences

⁷¹ BELLANGER, 2008, p.181

⁷² ANSERMET et MAGISTRETTI, 2004, p. 14

⁷³ BROUSSE, 2007, p. 40

singulières et participe à la construction d'une identité particulière. Cette dernière « apparaît dans notre posture, dans notre geste, qui en modelant notre corps fait de nous un être original. Cette façon particulière d'être au monde appartient à la mémoire du corps »⁷⁴. Les traces corporelles peuvent être réactivées par des afférences olfactives, gustatives et sonores, ainsi, « une émotion particulière que nous avons éprouvée en un lieu donné sera ré-éprouvée à l'identique lors d'un nouveau passage au même endroit et, comme Proust lorsque le goût de la madeleine lui rappelle sa tante, l'éprouvé corporel du passé est revécu au présent »⁷⁵. La perception s'appuierait donc non seulement sur la mémoire cognitive mais aussi sur la mémoire émotive. Selon Catherine Potel, l'histoire de la personne s'inscrit également au niveau tonique, le tonus étant la toile de fond historique du corps⁷⁶.

Mme A évoque son vécu traumatique de son hospitalisation en service de réanimation en décrivant les « douleurs terrifiantes » qu'elle a vécues. Les douleurs entraînant un changement de l'état tonique, on peut supposer que cette tonicité, ait pu laisser des traces dans la répartition tonique de Mme A. Au cours de sa prise en soin, j'ai pu observer d'importantes tensions au niveau de la mâchoire, des cervicales et des trapèzes. Il est possible que ces tensions soient présentes depuis plusieurs années, mais elles peuvent également provenir de ce vécu douloureux, s'expliquant par le phénomène de mémoire corporelle.

Mme A parle elle-même d'« empreinte émotionnelle » à propos de l'endroit où est installé le PAC*. Cette zone sous-claviculaire droite ayant déjà accueilli ce dispositif il y a 20 ans, on peut supposer le contexte du traitement de son cancer réactive le vécu du traitement de sa maladie antérieure. Le fait qu'elle ait éclaté en sanglot lorsque le kinésithérapeute a touché cet endroit témoigne de sa difficulté à être touchée et semble lui faire revivre cet éprouvé corporel passé. Le vécu du présent semble réactualiser le vécu du passé.

d. Une impression de vide suite à l'excision

Une intervention chirurgicale qui consiste à exciser les tissus cancéreux consiste également par extension à exciser une partie de soi. Cette problématique reprend l'ambivalence de la représentation de la maladie : elle provient du corps tout en étant un *non-moi*.

⁷⁴ BELLANGER, 2008, p. 181

⁷⁵ *Ibid.*

⁷⁶ POTEL, 2010, p. 177

Dans le cas de Mme A, une résection* aux dimensions importantes a été faite afin d'enlever le plus de tissus cancéreux possible. C'est l'ablation aux dépens de la matière, pourtant nécessaire pour augmenter les chances de guérison.

Au cours de sa prise en soin, Mme A utilise à plusieurs reprises le champ lexical du vide, de la rupture, témoignant de son inquiétude face aux bouleversements corporel qu'elle a subis : « je me sens désarticulée », « mon corps n'est pas relié », « il y a comme une absence de perception, là où il n'y a rien, là où les os s'arrêtent ». La perception du vide qu'elle a dans son corps, qu'elle exprime comme un manque de « consistance » peut provenir tout d'abord de la représentation que ce fait Mme A de l'opération. Le compte rendu opératoire énumère tout ce qui a été enlevé, sectionné et l'élément qui a été déplacé. Le fait que Mme A s'interroge sur « ce qu'il reste et ce qui a été retiré » illustre le vécu d'incertitude et la difficulté de représentation suscitée par l'ablation.

Le vécu de vide intérieur de Mme A a certainement été renforcé par la vue de l'image de synthèse sur laquelle le vide est représenté au niveau de la scapula. Eric Pireyre parle d'ailleurs de « vide articulaire »⁷⁷ chez le nouveau-né et le prématuré, au niveau de l'épaule notamment, via l'imagerie médicale. Cette observation démontre que le vide peut être souligné par l'imagerie. Jusqu'à présent, Mme A vivait le vide dans son corps, en sentant qu'allongée, l'épaule ne touchait pas le matelas, ou simplement en explorant le dos, où un creux est palpable là où devrait se trouver l'omoplate. Cette image a été construite en trois dimensions, mais Mme A ne peut voir que la partie postérieure de son dos. Elle a donc une vision partielle de l'anatomie de son dos. Bien qu'elles soient rattachées au sternum sur la face antérieure, les côtes qui ont été sectionnées semblent dans le vide, accroché à rien, tout comme l'omoplate, qui apparaît seulement tenue par l'acromion. Cette image qui a sans doute alimenté la représentation de son dos semble avoir également renforcé son impression de vide intérieur, et d'avoir un corps qui n'est pas relié.

5. Le handicap

a. L'origine du mot

Le Larousse définit le handicap comme un « désavantage quelconque ; infirmité ou déficience congénitale ou acquise [...] Le handicap peut être sensoriel (visuel, auditif), physique (neurologique, musculaire, etc.), ou encore mental (déficience intellectuelle, trouble psychiatrique). Les causes, très variées, en sont surtout les traumatismes, les malformations,

⁷⁷ PIREYRE, 2011, p. 91

les anomalies génétiques, les infections, les maladies cardiovasculaires, respiratoires ou rhumatismales »⁷⁸.

Autrefois, les personnes handicapées étaient nommées en fonction de la nature de leur infirmité (borgne, estropié, cul-de-jatte) et stigmatisées.

Durant l'Antiquité, les personnes handicapées étaient exclues de la société. Le handicap était considéré comme impur, lié aux péchés et à la punition divine. Lorsqu'un enfant naissait avec une malformation, il était soit « exposé », c'est-à-dire offert au dieu et abandonné dans la nature, soit il devenait mendiant⁷⁹.

C'est à partir du Moyen-Age que les personnes handicapées commencent à être prises en charge par la société, notamment par la charité chrétienne. Des hospices sont mis en place pour les accueillir mais elles y sont également enfermées, afin qu'elles n'effraient plus la population⁸⁰. C'est la création d'un premier système caritatif, fondé sur l'exclusion.

Au 18^{ème} siècle, le mouvement philosophique des Lumières basé sur la croyance dans le progrès de l'humanité, se bat contre l'obscurantisme et l'intolérance. Cependant, des controverses persistent à propos du handicap. Denis Diderot considère les aveugles comme des personnes pourvus d'intelligence et le démontre dans sa « lettre sur les aveugles à l'usage de ceux qui voient »⁸¹ tandis que Jean-Jacques Rousseau considère qu'éduquer un infirme est inutile. L'Abbé de l'Épée et Valentin Haüy créent quant à eux, les premières institutions qui visent à éduquer les sourds-muets et les aveugles. Les personnes souffrant d'un handicap sensoriel peuvent alors avoir accès à la culture.

Le mot handicap est un terme datant de 1827 provenant de l'expression anglo-saxonne *hand in cap* qui signifie littéralement « la main dans le chapeau »⁸².

Henri-Jacques Stiker propose une théorie contemporaine de l'infirmité qu'il nomme la *nouvelle figure de l'infirmité*⁸³. Il scinde différentes périodes qui ont participé à l'évolution de la représentation de l'infirmité.

- *New Fair* ou « nouvelle foire » en français (14^{ème} siècle) : Deux concurrents se disputent deux objets de valeur inégale sous l'œil d'un arbitre et misent de l'argent. Les trois individus décident d'une somme d'argent qui égalisera la valeur des deux

⁷⁸ LAROUSSE, 2008, p. 491

⁷⁹ <https://informations.handicap.fr/art-histoire-874-6026.php>, consulté le 16/03/17

⁸⁰ *Ibid.*

⁸¹ <http://www.deslettres.fr/lettre-de-diderot-sur-les-aveugles-combien-nos-sens-nous-suggerent-de-choses-et-nous-aurions-de-peine-sans-nos-yeux-a-supposer-quun-bloc-de-marbre-ne-pense-ni-ne-sent/>, consulté le 16/03/17

⁸² REY, 2010, p. 1004

⁸³ Cours d'anthropologie du handicap d'Olivier Grim en deuxième année de Psychomotricité

objets. Les deux concurrents tirent aléatoirement dans un chapeau un objet et une somme d'argent.

- Maquignonnage (16^{ème} et 17^{ème} siècle) : En Irlande, lors d'une vente de chevaux, il est mal vu de marchander le prix, pourtant le vendeur et l'acheteur n'ont pas le même prix en tête. Ils s'en remettent à un tiers et lorsque celui-ci a décidé d'un prix, l'acheteur tire la somme d'argent convenue dans un chapeau et le marché est conclu. C'est de cette époque que date l'expression *hand in cap*.
- Courses de chevaux (18^{ème} siècle) : Une convention permet d'égaliser les chances de gagner par des poids, lors d'une course de chevaux. Un cheval connu pour son mérite sera alors *handicapé* par le double du poids convenu pour un cheval médiocre. C'est de cette convention que provient le sens d'entrave, de gêne, ou d'infériorité du mot handicap.
- Sport à handicap (19^{ème} siècle) : Il s'agit d'un élargissement du procédé d'égalisation des chances, pas seulement en sport hippique mais dans d'autres sports. Le plus fort est désavantagé ou le moins fort est avantagé. L'arbitre est nommé handicapeur à partir de 1854 et la prise en charge vient de ce désavantage du plus fort, de la charge qui lui a été imposée.
- Du cheval à l'infirme (20^{ème} siècle) : glissement de l'égalisation des chances du sport hippique vers la santé mais ne se réfère plus aux forts mais aux désavantagés.

Le concept de handicap est ancien, en lien avec l'infirmité à l'époque de l'Antiquité. Le mot n'apparaît que bien plus tard, au 17^{ème} siècle. Il est tout d'abord perçu comme une tare qui désavantage puis s'est élargi à la santé au 20^{ème} siècle.

b. Le regard actuel sur le handicap

A l'heure actuelle, la notion de handicap a évolué et continue à se transformer. Le handicap est devenu un enjeu dans la société et trouve sa place dans les programmes politiques. Comment le handicap est-il perçu au sein de notre société actuelle ?

La loi du 11 février 2005 présente le handicap comme : « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions

physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant»⁸⁴. Cette loi est pour l'égalité des chances, des droits, et la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et a instauré une obligation d'emploi des travailleurs handicapés. Afin de lutter contre les discriminations à l'embauche et contre l'exclusion des personnes handicapées, un quota de 6% de travailleurs handicapés a été décrété pour toute entreprise d'au moins vingt salariés⁸⁵ sous peine de sanctions juridiques. Malgré ces mesures, « le taux d'emploi global des personnes handicapées demeure nettement inférieur à celui de l'ensemble de la population active (35 % contre 65 %), et le taux de chômage est le double (20 % contre 10 %)»⁸⁶. L'exemple exposé ici est celui de l'emploi, mais la place du handicap dans l'éducation, dans l'accessibilité serait également intéressante à développer. Bien que l'exclusion des personnes handicapées ait évolué depuis l'Antiquité, comment expliquer leur mise à l'écart persistante ?

Certains auteurs ont émis des théories expliquant pourquoi l'intégration des personnes handicapées et l'égalisation des chances n'ont pas été résolues par la société⁸⁷. Dans la *théorie du stigmat*, Erving Goffman évoque le marquage de l'infirmité induisant une identité sociale encombrante et un évitement de la part de la société. Robert Murphy explique dans sa *théorie de la liminalité* que les personnes infirmes se trouvent dans des limbes sociaux, isolées partiellement car elles ne sont ni mortes ni pleinement vivantes. Pour Simone Korff-Sausse, l'infirmité serait matérialisée par un miroir brisé qui révélerait les imperfections des bien-portants. Henri-Jacques Stiker quant à lui, explique que la personne infirme représente l'ombre du bien-portant, la société ne peut donc ni l'accepter, ni la rejeter. Enfin, Olivier Grim pense que les personnes infirmes sont perçues par la société comme symbolisant la mort, tout en étant vivant et représentant de ce fait des émissaires de l'inconnaissable.

Selon Simone Korff-Sausse, le regard que l'on porte sur les personnes handicapées serait influencé par la crainte de la contamination. Elle explique que « la transmission par contamination est un mode de pensée qui est présent, aussi bien chez les parents que chez les enfants, et même chez les soignants »⁸⁸ et ajoute que « la contamination passe non seulement par le toucher, mais aussi par le regard [...] cela pourrait être une explication de la tendance générale à détourner son regard d'un être dont l'anormalité inspire une terreur »⁸⁹. Elle évoque également la représentation de l'individu handicapé qui « par sa blessure, blesse

⁸⁴<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006684802&cidTexte=LEGITEXT00006057203&dateTexte=20071108>, consulté le 17/03/17

⁸⁵ <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F1651>, consulté le 13/04/17

⁸⁶ <http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maisons-departementales-des-personnes-handicapees/insertion-professionnelle>, consulté le 05/04/17

⁸⁷ Cours d'Olivier Grim sur l'anthropologie du handicap en deuxième année de Psychomotricité

⁸⁸ KORFF-SAUSSE, 1996, p. 116

⁸⁹ *Ibid.*, p.117-118

le regard de l'autre [...] L'atteinte à l'intégrité, physique ou mentale, dont il témoigne, est une atteinte de l'image de l'intégrité humaine, qui est intolérable. D'anormal il devient impur, intouchable, voire monstrueux »⁹⁰.

Il me semble important de préciser que la situation des personnes handicapées évolue encore aujourd'hui. Pour continuer sur l'exemple de l'emploi, le nombre d'insertion professionnelle a augmenté de 6% sur l'année 2015⁹¹.

c. Le handicap invisible

Le handicap invisible est un trouble ou une lésion qui ne se remarque pas d'un prime abord. Il peut découler d'un trouble sensoriel, psychique, cognitif ou d'une maladie invalidante. Le handicap est souvent associé à un appareillage, à une « reconnaissance » visuelle de l'invalidité. Ainsi, lorsqu'une personne handicapée ne présente aucun signe témoignant de son handicap, cette situation peut susciter une incompréhension et donc des difficultés relationnelles.

Selon Simone Korff-Sausse, même si une personne sans stigmat visible doit affronter avec difficulté le regard des autres, le handicap invisible n'est pas une situation plus facile à vivre suscitant « en réalité un malaise plus durable et dont les effets sont plus insidieux. De plus le handicap physique rend visible l'anomalie [...], ce qui est parfois plus facile à supporter [...] que de se heurter à des questions indiscretes »⁹².

Si le handicap invisible peut engendrer une ambiguïté quant à la reconnaissance du handicap, il peut néanmoins passer la frontière de l'intelligible car certains contextes peuvent témoigner du trouble. Par exemple, lorsqu'on rencontre une personne malentendante, le trouble de l'audition n'apparaît pas de prime abord. Mais si l'on est amené à communiquer avec elle tout en lui tournant le dos et qu'ainsi la personne n'entend pas, son trouble peut être deviné.

Dans le cas de certains troubles qui peuvent être compris (un trouble du langage par exemple), le regard peut devenir insupportable, « inquisiteur ou fuyant, toujours en défaut ou en excès, jamais à la bonne distance »⁹³. Semblable à un « *trop* de regard qui renvoie à une fascination impudique. Un *pas assez* du regard qui signe le rejet »⁹⁴, la personne est comme

⁹⁰ *Ibid.*, p.118

⁹¹ http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cnh_2016_chiffres_bd.pdf, consulté le 07/04/17

⁹² KORFF-SAUSSE, 1996, p. 59

⁹³ *Ibid.*, p. 57

⁹⁴ *Ibid.*

réduite à son handicap. La primauté du regard fragilise la personnalité et « le narcissisme –à savoir la confiance en soi, la certitude de son monde intérieur et la solidité des assises de l'identité »⁹⁵.

Mme A verbalise clairement sa crainte du handicap invisible dans le milieu de son travail. Elle se doute que ses collègues connaissent la raison de son arrêt maladie mais redoute que ceux-ci soient intolérants envers ses difficultés. De plus, leurs comportements dépendent de leur propre représentation fantasmatique de la maladie. Selon Michel Reich, « la relation au corps est bouleversée pour le sujet lui-même et aussi dans la façon dont son corps est vu et investi par les autres »⁹⁶.

Le handicap de Mme A est à la fois visible et invisible. Le stigmate de sa maladie est physiquement présent, mais il n'est pas visible dans le contexte de son travail (il l'est en revanche lorsque Mme A est en maillot de bain). La dimension invisible de son handicap se trouve donc dans sa fatigabilité, son manque de mobilité et son vécu douloureux de la maladie.

d. La situation socio-professionnelle de la personne en situation de handicap

La phase d'insertion socio-professionnelle représente une étape importante dans le cycle de la vie d'un adulte. On estime que trois mois après le diagnostic, seulement 24% des personnes atteintes de cancer continuent à travailler⁹⁷. L'arrêt de travail témoigne de la gravité de la maladie, auprès de l'entourage, de la famille et du milieu professionnel. Le traumatisme du diagnostic représente une rupture temporelle, une discontinuité dans la biographie de la personne. L'arrêt de travail réitère cette rupture dans la vie socio-professionnelle. La personne malade est alors confrontée « à temps plein » à sa maladie, son évolution, à ses symptômes, à ses difficultés. Une ambivalence règne autour de l'arrêt de travail, à la fois bénéfique pour la convalescence mais favorisant également l'isolement social.

L'arrêt de travail peut parfois participer à un repli sur soi, un sentiment de mise en quarantaine voire d'exclusion. Le travail peut représenter un soutien, un objectif, un repère dans ce bouleversement psychique et identitaire, et permet de penser à autre chose qu'à la maladie. Cependant l'arrêt de travail est favorable à la guérison. Après le choc de l'annonce

⁹⁵ *Ibid.*

⁹⁶ REICH, 2009, p. 249

⁹⁷ <http://www.inserm.fr/thematiques/cancer/dossiers/cancer-et-travail-travailler-avec-ou-apres-un-cancer>, consulté le 07/04/17

du diagnostic, les premiers symptômes et les effets secondaires des traitements, il permet une convalescence dans un environnement familial et rassurant.

La reconnaissance du handicap ne succède pas immédiatement à l'arrêt de travail, il faut attendre plusieurs mois avant d'obtenir le statut de personne handicapée. Cette procédure s'explique en partie par le fait qu'une maladie grave telle qu'un cancer n'entraîne pas nécessairement des séquelles justifiant ce statut. La reconnaissance du handicap est déterminée par « l'importance des déficiences, incapacités fonctionnelles et désavantages »⁹⁸, reprenant ainsi le modèle de Classification Internationale des Handicap (CIH) créé par Philip Wood en 1980⁹⁹.

Face au discours ambivalent de Mme A concernant la reconnaissance de son statut de personne handicapée, je me suis questionnée. D'une part, la reconnaissance du handicap confronte directement à la situation de handicap aux yeux de la personne mais également aux yeux de la société. Cette exposition du handicap n'est pas toujours acceptable en fonction du chemin parcouru dans le deuil de l'image idéale du corps. De plus, je me suis demandée si le fait que la réponse ait été si rapide et sans vérification médicale n'a pas induit chez Mme A une représentation de ses séquelles comme flagrantes et incontestables.

6. La reconstruction

a. La résilience et la présence de l'entourage

L'annonce de la maladie grave peut être vécue comme un traumatisme. Comment résister face au choc que représentent le diagnostic de la maladie et ses conséquences ? Comment rester soi-même dans un milieu qui heurte le corps et le psychisme ? La capacité individuelle de résilience, étayée par l'accompagnement de l'entourage et/ou médical permet de mobiliser ses propres ressources afin de continuer à se développer tout en faisant face à une situation traumatique.

Le terme de résilience désigne l'aptitude d'une personne à survivre après un événement particulièrement douloureux et traumatisant, « plus qu'une simple capacité de résistance, c'est également une dynamique qui permet à la personne de réagir positivement, de construire une existence relativement satisfaisante »¹⁰⁰. La personne fait face à une situation

⁹⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006057203>, consulté le 07/04/17

⁹⁹ <https://informations.handicap.fr/art-definition-classification-handicap-cih-oms-874-6029.php>, consulté le 23/03/17

¹⁰⁰ https://www.scienceshumaines.com/la-resilience-resister-aux-traumatismes_fr_11193.html, consulté le 10/04/17

extrême qui la transforme, bien qu'elle ait à surmonter les stigmates. Cependant, « on n'est pas résilient tout seul, sans être en relation »¹⁰¹ et le soutien des proches apparaît essentiel dans la reconstruction.

Il existe trois facteurs de protection, favorisant le phénomène de résilience¹⁰². Tout d'abord, le facteur affectif concerne la qualité relationnelle avec les proches, la proximité et le caractère chaleureux qui s'en dégage. Ensuite, le facteur cognitif permet à la personne de rebondir en se fixant des buts, c'est une stratégie pour lutter et pour avancer. Certaines personnes vont jusqu'à avoir l'objectif de retranscrire leur vécu en un livre, sous forme de témoignage, comme l'envisage Mme A à la fin de son suivi en psychomotricité. Enfin, le facteur conatif représente la détermination de la personne, et ses motivations.

Les personnes résilientes peuvent ressentir un sentiment de *re-naissance* à la suite de l'épreuve qu'elles ont affrontée, elles « s'étonnent et s'émerveillent du chemin parcouru » et expriment « à quel point cette aventure a été bouleversante »¹⁰³.

b. La réinsertion dans la vie professionnelle

Le processus de reconstruction permet à « un nouveau sujet d'émerger, dans une nouvelle vie ; d'importants changements accompagnent le plus souvent cette renaissance »¹⁰⁴. Tout comme l'arrêt de travail, la reprise du travail représente un événement important, parfois très attendu et parfois redouté. On estime qu'une personne sur trois perd ou quitte son emploi dans les deux ans qui suivent le diagnostic du cancer¹⁰⁵.

Le retour dans le monde du travail représente un retour dans la « communauté des vivants » et dans la normalité. Il permet de reprendre le cours de la vie quotidienne, de retrouver un sentiment d'utilité sociale, mais aussi une revalorisation par l'exercice des capacités intellectuelles. Le cadre du travail favorise également la socialisation et cet aspect est important car le congé maladie peut renvoyer à une vie « entre parenthèse », un isolement social, voire un repli sur soi. Mme A parle d'ailleurs d'un « temps hors du temps » à propos de son arrêt maladie.

La reprise du travail peut entraîner des questionnements : quels aménagements sont possibles ? Comment justifier une longue absence auprès des collègues de travail, sans

¹⁰¹ *Ibid.*

¹⁰² *Ibid.*

¹⁰³ FERRAGUT, 2005, p. 94

¹⁰⁴ *Ibid.*

¹⁰⁵ <https://www.ligue-cancer.net/vivre/article/27761-le-retour-lemploi-apres-un-cancer-un-combat>, consulté le 07/04/17

forcément en dévoiler la raison ? Comment les difficultés seront-elles perçues ? Le travail sera-t-il effectué de manière aussi efficace qu'auparavant ?

Selon les besoins de la personne, des aménagements peuvent être envisagés afin de préparer la reprise du travail, généralement progressive. Au niveau du temps de travail, un temps partiel thérapeutique peut être mis en place, ainsi qu'une flexibilité des horaires et des temps de pause. Un aménagement des moyens techniques, humains et organisationnels peut également être possible.

Mme A a commencé à appréhender la reprise du travail en novembre, car celle-ci était prévue début mars. Elle redoutait alors le « handicap invisible », et percevait son lieu de travail comme « un milieu hostile ». Elle s'est préparée progressivement à la reprise, tout d'abord au niveau administratif, puis en reprenant contact avec des collègues afin qu'ils l'informent sur les nouveautés de l'entreprise. Mme A a appris la prolongation de son arrêt de travail trois semaines avant la date qui était prévue initialement. Jusqu'à ce changement, elle était très inquiète à propos de la reprise et en parlait beaucoup lors des séances, au point qu'elle dise que cette situation « lui bouffe même la rééducation ». A son domicile, elle semblait recréer le climat d'une journée de travail en mettant un réveil chaque matin, en faisant des listes de tâches à faire, en se plongeant régulièrement dans les procédures administratives de sa reprise et en conservant les activités de loisirs le week-end. Je pense que cela lui a permis de recréer un sentiment d'utilité et d'efficacité.

L'inquiétude de Mme A concernait d'une part l'aspect financier que représente le temps partiel thérapeutique, et d'autre part l'attitude que ses collègues auront vis-à-vis d'elle à son retour. Elle redoutait les questions indiscretes, se demandait quoi répondre et craignait que l'aménagement de son temps de travail soit mal perçu.

Il est également probable que Mme A associe la reprise du travail avec l'arrêt de sa prise en soin en hôpital de jour, ce qui expliquerait son anxiété partagée dans le cadre des séances de psychomotricité. Lorsque la reprise était prévue en mars, elle ne se disait pas prête à retourner travailler, et peut-être ne se sentait-elle pas prête à arrêter son suivi en rééducation non plus. Lorsque la date de reprise a été repoussée en septembre, Mme A est devenue sereine, bien que l'hôpital de jour se termine fin mars. Ainsi, elle a le temps de transition qu'elle souhaite, entre la fin de son suivi et sa reprise du travail.

c. La reconstruction identitaire

La maladie grave ébranle l'identité et a des conséquences physiques telles que l'alopecie*, la pâleur, l'amaigrissement qui affectent l'image du corps et la sexualité. Lorsque les changements physiques sont rapides, il est souvent difficile de se reconnaître : de reconnaître son corps, son quotidien, son état émotionnel. L'atteinte est physique, mais également narcissique. Les transformations psychiques et physiques occasionnées par la maladie sont parfois accompagnées d'un vécu de perte d'une partie de soi. La reconstruction identitaire nécessite donc que la personne fasse le deuil de l'ancien corps et accepte le nouveau.

Pendant le processus d'acceptation du nouveau corps, Mme A a réinvesti son identité en tant que femme, mère et en tant qu'être social. Cela a pu être observé lors de son dernier jour en hôpital de jour, lorsqu'elle est arrivée maquillée, en robe. Auparavant coquette, elle a pu réaffirmer son image de femme. Elle a également retrouvé son rôle de mère en recommençant à faire des câlins à sa fille, et en la rassurant sur la contenance du corps. Sur le plan social, elle est sortie de plus en plus avec ses amis et ses collègues.

III. LA RELATION EN PSYCHOMOTRICITE

1. La rencontre

a. **Accueillir les représentations de la blessure**

« Dans l’instant de la rencontre avec la personne handicapée, mon premier regard ne sait se poser : ou il cherche à fuir ou au contraire il se fige. Ce regard me confronte à la réalité de l’incontournable précarité de la vie, il m’impose l’insoutenable fragilité de mon être. La peur ancestrale et viscérale de la « contagion » se profile dès la première rencontre : « je pourrais devenir comme lui. »¹⁰⁶

Lorsque je rencontre Mme A en septembre, elle me raconte son parcours et ses difficultés. Dans un premier temps, je suis à la fois curieuse de voir à quoi peut ressembler son dos après autant de bouleversements et impressionnée par la représentation que je m’en fais. J’apprends que Mme A ne montre son dos qu’à la psychomotricienne, je me résigne alors à l’idée de ne pas le voir, pensant qu’une relation de confiance s’est installée avec le temps, entre elles deux.

Je suis surprise par la question d’Eva qui demande à Mme A si je peux voir son dos. Je me trouve désarçonnée lorsque Mme A accepte, et j’appréhende la vue de son dos, me rappelant être sensible à la vue de blessures. A travers mes yeux, son dos semble avoir un caractère difforme, et sa greffe me fait penser à des écailles de poisson. Eva a jusqu’à lors utilisé des termes poétiques pour décrire le dos de Mme A et je n’arrive pas à les retrouver en posant le regard sur sa blessure. Je suis mal à l’aise car mes pensées ne coïncident pas avec la description d’Eva. Sur le moment, je culpabilise également d’avoir des représentations de l’ordre de la monstruosité alors que Mme A souffre de son nouveau corps, et de l’image qu’il renvoie.

A la suite de cette rencontre, j’ai pensé qu’il fallait *surmonter* ses propres représentations de la blessure. Mais en échangeant avec la psychomotricienne et avec d’autres professionnels, j’ai finalement compris qu’il s’agissait en fait d’*accueillir* ses

¹⁰⁶ Intervention de Yolande Fradet-Vallée sur le vécu de violence chez les professionnels engagés au quotidien dans l’aide aux personnes, à l’occasion des 16èmes journées d’études de l’APF au Palais de l’Unesco à Paris, en janvier 2003.

représentations. Il a été important que je mette en mots mon vécu et que j'accepte mes limites plutôt que d'essayer de les maîtriser.

b. Créer une alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est un terme utilisé par Sigmund Freud à partir de 1913 décrivant une alliance forte entre le patient et le thérapeute, indispensable dans le cadre d'une thérapie. Il décrit quatre étapes dans le processus thérapeutique : « l'alliance thérapeutique ; l'analyse fonctionnelle [...] ; l'application de méthode et l'évaluation des résultats »¹⁰⁷. L'alliance thérapeutique est la première étape de ce processus et doit être maintenue tout au long de la thérapie. Elle désigne une collaboration entre le patient et le thérapeute, qui travaillent ensemble, activement¹⁰⁸. D'après Louise Gaston, l'alliance thérapeutique est composée de quatre constituants : le lien affectif entre le patient et le thérapeute, l'alliance de travail, la compréhension empathique du thérapeute, l'accord des deux partis sur les buts de traitement, sur les tâches à accomplir en thérapie.

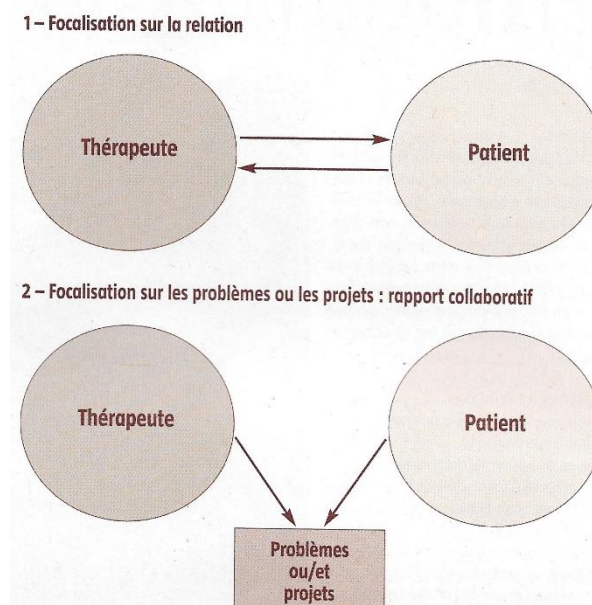


Figure 3 : Le rapport collaboratif entre le patient et le thérapeute

Etablir une alliance thérapeutique est nécessaire avant que Mme A ne dévoile son dos et ses ressentis. Sans cette relation thérapeutique qui l'étaye, Mme A n'accepterait peut-être pas les objectifs proposés en séance : se mettre de la crème, montrer son dos à ses proches, essayer les mouvements de Feldenkrais qui peuvent paraître compliqués, se mettre en maillot de bain, d'abord en balnéothérapie puis à l'extérieur de l'hôpital. Lorsque Mme A ne réussit

¹⁰⁷ CUNGI, 2011, p.82

¹⁰⁸ Cf. Figure 3, p.66

pas, elle peut mettre en mot son vécu et la psychomotricienne l'accompagne dans ce processus en ajustant ses propositions.

2. Le regard du psychomotricien

a. La fonction d'étayage en psychomotricité

Selon Suzanne Robert-Ouvray, l'étayage psychomoteur est un système complexe basé sur quatre grands niveaux d'organisation, permettant à l'enfant d'établir des liens entre son corps et son psychisme : le niveau tonique, sensoriel, affectif, représentatif. Il sert de « base narcissique de sécurité »¹⁰⁹ et « met en scène des jeux d'oppositions à différents niveaux de l'organisation de l'enfant »¹¹⁰. Face aux différentes stimulations, l'enfant bénéficie d'un double étayage qui lui permet de passer du sensori-moteur au symbolique : l'étayage interne provenant de son équipement neuro-moteur et l'étayage externe mettant en lien l'enfant avec son environnement. La parentalité a sa place dans l'étayage psychomoteur du tout-petit, lorsque le parent, suffisamment empathique, s'ajuste au vécu de l'enfant lui permettant de se sentir soutenu, reconnu, compris.

De la même manière que le parent met des mots sur le vécu affectif du bébé, donnant un sens symbolique et corporel à ce que vit l'enfant, le psychomotricien a une fonction d'écoute, de contenance, d'étayage et de renarcissisation. Ainsi, « le psychomotricien est particulièrement attentif à la parole ainsi qu'au langage corporel. Il accorde aux gestes, à la posture, aux attitudes et aux autres manifestations corporelles leur valeur de communication »¹¹¹.

Eva peut étayer le vécu de Mme A par le biais de ses verbalisations. Lorsque Mme A n'est pas encore capable de se regarder et qu'elle n'a qu'une représentation fantasmatique de son dos, la psychomotricienne s'ajuste. Elle enrichit ses représentations par des descriptions orales et dessine sur les draps jetables. Par le toucher, elle peut également stimuler le corps au niveau sensoriel.

¹⁰⁹ ROBERT-OUVRAY, 1999, p. 26

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 24

¹¹¹ BALLETT, 2015, p. 45

b. Le dialogue non-verbal

Le dialogue non-verbal est défini par Jacques Corraze comme « l'ensemble des moyens de communications existant entre les individus vivants n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores »¹¹². Le corps est donc un outil de communication.

Le psychomotricien utilise sa présence en permanence et est attentif aux *feed-back* (ou « retours d'informations » en français) que peut renvoyer la personne par le dialogue non-verbal : la gestuelle, la tonicité, la posture, le regard, le toucher, les mimiques, etc.

Il utilise le toucher comme un outil de lecture du corps via la communication non-verbale et comme médiateur. Le toucher nécessite de l'empathie et qu'une relation de confiance se soit installée au préalable. Il permet au psychomotricien de percevoir par le dialogue tonico-émotionnelle les manifestations corporelles de la personne (respiration, regard, tonus) et les ressentis (malaise, détente, inconfort). Le toucher humanise la relation entre le thérapeute et le patient, il permet de prendre en compte la subjectivité de ce dernier et donc de valoriser le corps comme sujet et non plus comme objet des soins. Il favorise la conscience corporelle et étaye le sentiment d'identité.

Le fait que Mme A n'autorise que très peu le contact sur son dos illustre la nécessité d'une relation thérapeutique préalablement établie. Mettre de la crème sur son dos a un intérêt thérapeutique dans le cadre des séances de psychomotricité : cela nourrit Mme A sur le plan sensoriel et nourrit aussi son schéma corporel et son image du corps.

Le psychomotricien doit également être attentif à son propre vécu vis-à-vis de la personne¹¹³. En effet, dans une relation thérapeutique, les deux partis sont actifs dans les interactions et il y a une notion de réciprocité dans les échanges : l'un peut influencer l'autre et inversement.

¹¹² MARTELOT, 2015, p. 6

¹¹³ Cf. figure 4, p. 69

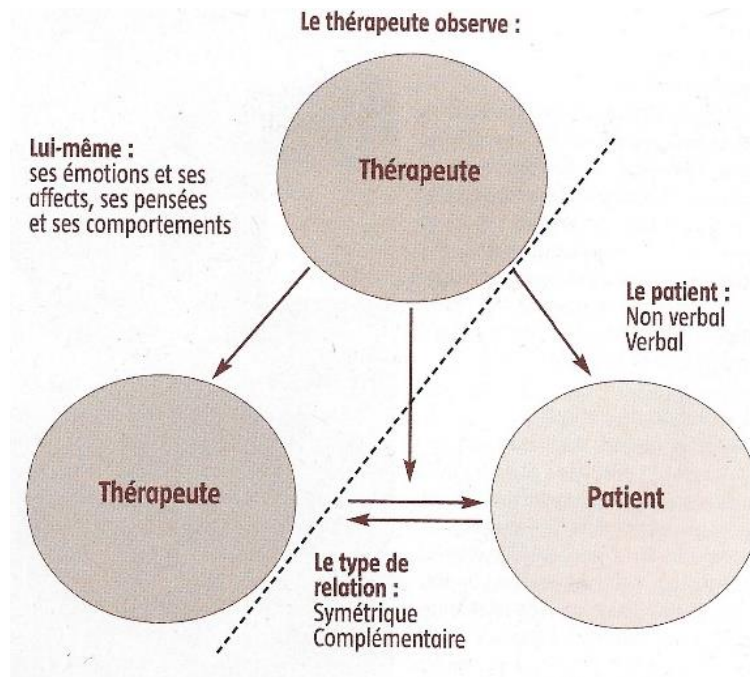


Figure 4 : Technique du "petit vélo" consistant à l'auto-observation du thérapeute, l'observation du type relationnel et l'observation du patient

Pour des raisons qui lui sont personnelles, il peut parfois être difficile pour le thérapeute de se rendre disponible, de rester attentif à ce qu'il renvoie à la personne et à ce que la personne lui renvoie. Cependant, « face et auprès de ce patient fragilisé, notre regard est d'une importance capitale, médiateur de respect, vecteur de reconnaissance, déjà lien, déjà parole »¹¹⁴.

3. Empathie et sympathie

Alain Berthoz distingue la sympathie de l'empathie. Selon lui, la sympathie fait appel aux neurones miroirs et au système limbique et consiste à « éprouver les émotions de l'autre sans se mettre nécessairement à sa place, c'est une contagion d'émotion »¹¹⁵. L'empathie quant à elle permet de « se mettre à la place de l'autre sans forcément éprouver ses émotions »¹¹⁶. Pour cela, il faut être capable « d'inhiber cette émotion, qu'elle soit due à une résonance ou à un changement de point de vue »¹¹⁷. Etre empathique c'est donc se mettre à la place d'autrui et avoir de la sympathie c'est s'identifier à autrui, être à la place de l'autre sans changer de

¹¹⁴ GOMAS, 1997, p. 109

¹¹⁵ BERTHOZ, 2004, p. 20

¹¹⁶ *Ibid.*

¹¹⁷ BERTHOZ, 2015, p. 22

point de vue. Ainsi, « on peut être empathique sans éprouver de sympathie de même qu'on peut avoir de la sympathie sans être empathique »¹¹⁸.

L'empathie est une faculté propre à l'être humain, car eux seuls « ont la capacité d'épouser la perspective subjective d'autrui »¹¹⁹. Il ne s'agit pas seulement de répondre affectivement à l'état émotionnel d'autrui mais de reconnaître et comprendre les états mentaux d'une personne, qu'on pourrait mettre en lien avec la théorie des esprits¹²⁰ bien qu'il ne s'agisse pas de la même faculté. Cette reconnaissance repose donc sur la distinction entre soi et l'autre, sans confusion.

Alain Berthoz distingue 3 degrés d'empathie¹²¹. Le premier degré est la compréhension de l'émotion éprouvée par l'autrui, par l'expression faciale et vocale par exemple. Le second est la compréhension de l'objet de cette émotion ressentie par l'autre. Le dernier est de saisir les intentions de l'autre dans l'observation de ses actions.

Serge Tisseron établit un autre modèle de l'empathie qu'il représente sous la forme d'une pyramide à trois étages¹²².

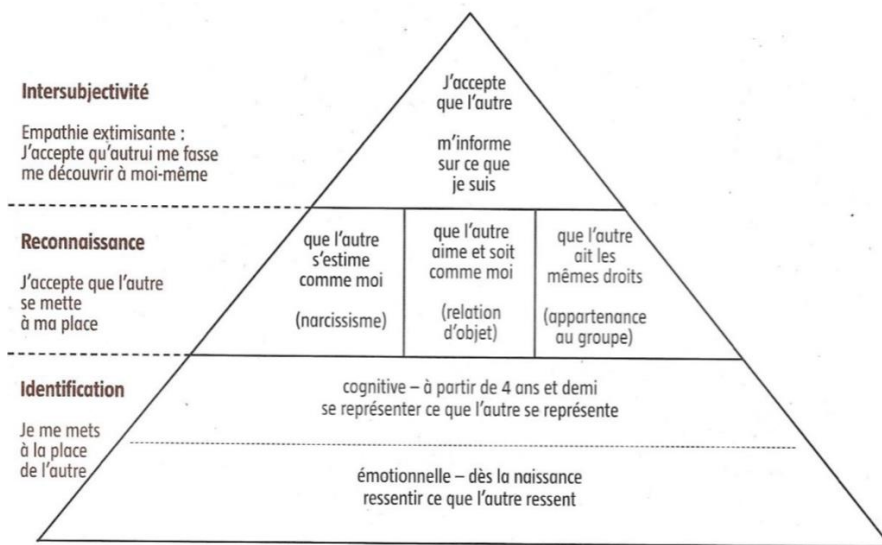


Figure 5 : Les trois étages de l'empathie selon Serge Tisseron (2010)

L'identification est le premier étage de l'empathie. Elle consiste à comprendre ce que ressent l'autre, et son point de vue. La reconnaissance mutuelle est le second étage. Elle se fonde sur une réciprocité : on peut s'identifier à autrui et on peut être l'objet d'identification d'autrui. Le dernier étage de l'empathie est l'intersubjectivité.

¹¹⁸ BERTHOZ, 2004, p. 21

¹¹⁹ *Ibid.*, p. 53

¹²⁰ La théorie des esprits est la capacité à reconnaître les intentions, les croyances et les états mentaux d'autrui.

¹²¹ *Ibid.*, p. 166

¹²² Cf. Figure 5, p. 70

L'empathie « en tant que perception de la réalité d'autrui est centrale pour établir une bonne alliance thérapeutique »¹²³ tout au long du suivi de la personne. Cependant, « comment ne pas se laisser envahir par la souffrance de l'autre et l'impossibilité de la soulager ? Comment gérer les émotions des patients que l'on finit par faire sienne ? Certains y parviennent en se coupant émotionnellement de leur travail. Se couper émotionnellement est un contrôle : on s'empêche de ressentir les émotions de peur qu'elles nous rendent moins efficaces. »¹²⁴. L'empathie nécessite d'être « capable d'entrer en résonance avec un autre sans s'en sentir menacé »¹²⁵. Elle a donc un intérêt thérapeutique et permet d'adopter une juste distance vis-à-vis du patient.

Primordiale dans la relation entre le thérapeute et le patient, l'alliance thérapeutique permet à celui-ci d'être acteur dans sa prise en soin. La relation de confiance peut ainsi favoriser l'investissement d'une approche corporelle, telle que la méthode Feldenkrais.

¹²³ CUNGI, 2011, p. 86

¹²⁴ <http://www.cygnification.com/relation-soignant-soigne/>, consulté le 12/04/17

¹²⁵ <http://www.ripph.qc.ca/revue/journal-19-01-2011-06>, consulté le 29/04/17

IV. L'INTERET DE LA METHODE FELDENKRAIS EN PSYCHOMOTRICITE

Au cours de mon stage, j'ai pu observer la pratique d'Eva et ses propositions de mouvements issus de la méthode Feldenkrais. Cette méthode m'a semblée intéressante par sa qualité d'adaptabilité aux patients, et par la progression des mouvements.

1. Les prérequis du mouvement

L'organisation du mouvement est sous-tendue par l'intégrité du système locomoteur, la gravité et la tonicité musculaire. Le mouvement est possible grâce à la forme de l'os, la conformation des articulations, et les insertions musculaires.

Dans le cas de Mme A, les mouvements proposés sont essentiellement centrés sur la ceinture scapulaire. Il me semble important de décrire l'articulation de l'épaule au niveau anatomique, et ses potentialités en matière de mobilité.

L'épaule est un « ensemble anatomique et fonctionnel permettant de relier le membre supérieur au thorax »¹²⁶. Elle est au service de l'orientation du membre dans l'espace, permet une stabilité et une mobilisation à grande amplitude du bras. L'épaule est constituée de plusieurs liens articulaires interdépendants : rapport de la ceinture scapulaire avec le thorax (articulation sterno-claviculaire et scapulo-thoracique), rapport interne à la ceinture elle-même (articulation acromio-claviculaire), rapport de la ceinture scapulaire avec le membre supérieur (articulation scapulo-humérale). S'ajoute également à ces trois articulations la mobilité en glissement de l'omoplate sur le thorax.

Au niveau de la mobilité, la ceinture scapulaire permet des mouvements dans les trois plans de l'espace : le plan frontal, sagittal et transversal.

- L'articulation sterno-claviculaire permet à la clavicule des mouvements d'avancée et de recul, d'élévation, d'abaissement et de rotation.
- L'articulation scapulo-thoracique peut réaliser une élévation, un abaissement, une abduction, une adduction, le mouvement de sonnette interne et externe.
- L'articulation acromio-claviculaire permet surtout des mouvements de glissement et d'ouverture-fermeture.

¹²⁶ CALAIS-GERMAIN, 1999, p. 102

- L'articulation scapulo-humérale peut réaliser une antépulsion, une rétropulsion, une abduction, une adduction, une rotation interne et externe.

Il me semble important de connaître les possibilités anatomiques du corps pour proposer des mouvements de Feldenkrais. Cela permet d'une part d'expliquer au patient ce qu'il se passe dans son corps lorsqu'il se meut et d'autre part de connaître les incidences des mouvements dans le reste du corps et donc de travailler indirectement sur une partie du corps qui pose problème.

2. Présentation de la méthode Feldenkrais

a. Présentation de la méthode

La méthode Feldenkrais a été élaborée par Moshe Feldenkrais, un ingénieur et docteur en sciences physiques. Ceinture noire de Judo, il a participé à l'introduction de ce sport en Europe. Alors qu'il était blessé au genou, il s'est intéressé à l'anatomie, la physiologie, le développement de l'enfant, les sciences du mouvement et a pensé sa propre rééducation, en alternative à la chirurgie. De par ses connaissances théoriques et pratiques, il a développé une méthode qu'il a nommée la méthode Feldenkrais et a élaboré deux versants : l'intégration fonctionnelle et la prise de conscience par le mouvement, que je développerai dans cette partie.

Basée sur l'exploration de mouvements simples mais peu usuels, la méthode Feldenkrais est ciblée sur la conscience corporelle. Prendre conscience des mouvements, les explorer permet de les habiter de façon optimale et de tirer parti de nos potentiels en matière de mobilité.

La méthode Feldenkrais a une incidence au niveau neurologique. Notre gestuelle corporelle est guidée par nos habitudes corporelles, mais « des réorganisations massives peuvent se produire, le cerveau peut d'une certaine façon changer sa façon de fonctionner. On parle de neuroplasticité. Ainsi, l'organisation d'un mouvement n'est jamais figée et peut se modifier. Cette possibilité permet de modifier des schémas [...] résultant d'une situation passée, pour en faire apparaître d'autres qui sont adaptés aux situations présentes »¹²⁷. Selon Moshe Feldenkrais, « si on sait ce que l'on fait, on peut faire tout ce qu'on veut »¹²⁸.

¹²⁷ <http://www.feldenkrais-france.org/?p=524>, consulté le 26/04/17

¹²⁸ *Ibid.*

Cette méthode est indiquée pour toute personne quelle que soit la condition physique et l'âge, souhaitant améliorer son bien-être et approfondir sa conscience corporelle. Elle est particulièrement indiquée dans le cas de douleurs (articulaires et musculaires), de tensions, de troubles posturaux et dans le cadre de réhabilitation de personne blessée, entre autre. Il n'existe pas de contre-indication pour suivre une séance de Feldenkrais mais il est cependant important pour le praticien de savoir si la personne a des appareillages ou des restrictions dans l'amplitude des mouvements.

b. L'intégration fonctionnelle

L'intégration fonctionnelle est un enseignement individuel par le toucher. Elle est efficace car « une personne blessée – à la suite d'une intervention chirurgicale, de l'amputation d'une jambe, d'une paralysie cérébrale ou d'un autre des innombrables troubles possibles – a perdu la capacité de s'aider elle-même. Les personnes qui se trouvent dans ce genre de situation perdent leur assurance »¹²⁹.

Essentiellement non-verbale, elle « atteint les sensations kinesthésiques les plus profondes, celles qui datent de la petite enfance. La personne oublie le monde extérieur pour se laisser complètement absorber par les changements qui interviennent à l'intérieur d'elle-même »¹³⁰. Par son toucher, le praticien induit des directions dans le mouvement et perçoit les résistances en cas de tension. Les mouvements proposés permettent ainsi de libérer la personne de ces résistances, et de ces tensions.

c. La prise de conscience par le mouvement

La prise de conscience par le mouvement est généralement proposée en séance collective durant laquelle le praticien décrit verbalement des mouvements, sans proposer de modèle. Le fait de ne pas montrer comment l'effectuer permet de travailler sur la représentation mentale du mouvement et invite le groupe à l'explorer, à être attentif aux sensations. Les mouvements proposés ont été pensés pour être simples, inhabituels et progressifs¹³¹. Ils peuvent être proposés allongé, debout ou assis et chaque personne le répète à son propre rythme, avec sa singularité : souplesse, limites, amplitude. Cet apprentissage permet de trouver une organisation optimale des mouvements, pouvant être repris dans les

¹²⁹ http://www.feldenkrais-france.org/?page_id=23, consulté le 26/04/17

¹³⁰ <http://www.idmouvements.com/adultes/seances-individuelles-adultes/>, consulté le 27/04/17

¹³¹ Cf. Figure 6, p.75

gestes de la vie quotidienne, devenant plus conscients. Selon Moshe Feldenkrais, « si on sait ce que l'on fait, on peut faire tout ce qu'on veut »¹³².



Figure 6 : Exemple d'un mouvement issu de la méthode Feldenkrais

Les mouvements permettent de mettre en lien les différentes parties du corps, ainsi les personnes peuvent percevoir la diffusion des mouvements et leurs incidences dans le reste du corps.

3. Un outil en psychomotricité

L'entretien psychomoteur permet d'appréhender le rapport qu'entretient le patient avec son corps¹³³. En fonction de ce qu'il évoque au cours de la séance, ses douleurs, ses difficultés, ses besoins, la prise de conscience par le mouvement issue de la méthode Feldenkrais peut être indiquée.

Afin d'illustrer l'intérêt de la méthode Feldenkrais en psychomotricité, je m'appuierai sur la pratique d'Eva, que j'ai pu observer durant mon stage.

Eva propose les mouvements Feldenkrais sur le plan Bobath. La position allongée permet de réduire l'incidence de la gravité et favorise le relâchement musculaire, le corps peut ainsi déposer son poids sur le matelas. Pendant la première séance, elle décrit des mouvements simples. Au début, les éprouvés corporels peuvent être assez pauvres, le patient touche, palpe et explore son corps pour compenser. En parallèle, Eva explique l'anatomie du squelette, illustrant ses descriptions par un croquis et/ou un livre d'anatomie afin de montrer comment les os s'articulent entre eux. Elle insiste sur la solidité de la charpente osseuse comme sécurité de base. Cela permet déjà de retisser les connexions entre le cerveau et les

¹³² <http://www.feldenkrais-france.org/?p=524>, consulté le 26/04/17

¹³³ Cf. supra p. 10

différentes parties du corps et insuffle l'idée que l'on peut avoir confiance en son corps. Par la suite, la conscience du corps s'affine.

En guidant verbalement les mouvements, Eva crée une enveloppe sonore et contenant pendant la séance. Elle peut également proposer un toucher soutenant et rassurant si le patient appréhende le mouvement. La guidance orale et le contact peuvent aider la personne à percevoir son corps et à prêter attention à ses sensations. Eva invite également le patient à s'intéresser à ses points d'appuis sur le matelas, l'orientation du corps dans l'espace, les zones de confort, de tensions. Selon les patients et les propositions, elle suggère parfois d'introduire la respiration afin d'accompagner et de soutenir le mouvement.

Différentes sphères psychomotrices sont abordées lors des séances de Feldenkrais. La spatialité est travaillée car le corps a une orientation spatiale, les mouvements ont une direction et peuvent être réalisés de manière homolatérale, controlatérale et parfois bilatérale. La notion de temporalité est également présente dans l'organisation du mouvement qui possède un début, une fin, une vitesse, une trajectoire. Les appuis sont travaillés, notamment les appuis plantaires lors de mouvement impliquant un repoussé du sol. Enfin, l'axe corporel est abordé par la coordination et la dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne. Ces deux derniers axes sont essentiels afin de préparer la verticalisation, l'extension et le redressement et la marche après une longue période d'alitement ou dans le cadre d'un syndrome post-chute.

Lorsque le patient est en difficulté il existe des alternatives. Si un mouvement est appréhendé ou bien qu'il est difficilement réalisable, il est préférable de commencer par un mouvement homolatéral, du côté qui va le mieux, le moins douloureux, afin de réduire l'appréhension. Il est également possible de passer par la représentation mentale. Imaginer le mouvement permet de « travailler l'intention du geste en stimulant les schèmes moteurs, même sans que le mouvement ne soit réalisé »¹³⁴. C'est notamment intéressant lors de la rééducation de trouble neurologique (la maladie de Parkinson* par exemple), afin d'enrichir les connexions neuronales entre le corps et le cerveau et d'alimenter l'image du corps et le schéma corporel. Egalement, lorsqu'un patient n'est pas encore prêt à se mouvoir du fait d'une atteinte psychocorporelle envahissante, il est possible de commencer par une réappropriation des ressentis corporels en passant par un travail de l'enveloppe, de l'image de soi et du toucher contenant.

Bien qu'il n'y ait pas véritablement de contre-indications de la méthode Feldenkrais, la proposition de mouvements peut avoir des limites. Lorsqu'une personne parle une langue

¹³⁴ Intervention d'Alice Baylot sur la dynamique Feldenkrais au cœur du soin psychomoteur, à l'occasion de la 3^{ème} rencontre des psychomotriciens de l'AP-HP, en avril 2017.

étrangère ou qu'elle souffre de troubles cognitifs, cela peut faire obstacle à la compréhension des consignes orales. Pour pallier cette difficulté, il est possible de proposer une démonstration afin que la personne reproduise le mouvement par imitation, ou de la guider manuellement afin qu'elle le ressente. Il y a également d'autres cas de figure où le patient ne peut investir les mouvements : s'il est sur la défensive et dans une optique de refus de soin, s'il n'est pas prêt à investir sa mobilité du fait d'importants bouleversements psychocorporels, ou bien s'il n'est pas disponible psychiquement.

L'ajustement et l'adaptabilité sont des mots clefs dans la proposition de cette médiation. Il est important de prendre en compte l'état du jour du patient, sa disponibilité, sa personnalité afin de cibler les propositions au plus près de ses besoins. Les séances sont faites sur-mesure et les mouvements étant progressifs, il est possible d'adapter leur évolution au gré de l'évolution du patient.

4. Le corps en mouvement

Dans le cadre d'une atteinte psychocorporelle, le patient doit intégrer les nouvelles dimensions de son corps. Un accompagnement dans les bouleversements du schéma corporel et de l'image du corps peut être nécessaire. Travailler sur la mobilité permet de reprendre le contrôle du corps qui a été défaillant et ainsi de reprendre confiance en lui et en soi.

Le psychomotricien propose des mouvements variés qui peuvent être ciblés sur une partie du corps ou bien sur une direction, par exemple l'enroulement, la rotation, l'inclinaison, l'extension. Le patient reste acteur et par sa subjectivité, il retient parfois spontanément les mouvements qui correspondent le plus à ses besoins. Il peut alors se les approprier, les expérimenter seul, permettant de développer son autonomie et son investissement dans la prise en soin. A la séance suivante, le psychomotricien peut inviter le patient à réaliser les mouvements dont il se souvient, et les enrichit, les complexifie.

Les mouvements s'effectuent dans la lenteur afin d'affiner la conscience du corps et de percevoir les tensions qui peuvent le gêner. Il ne s'agit pas de les réaliser dans la douleur, l'effort et la performance. Si le seuil douloureux est bas, le patient peut faire les mouvements moins amples, moins vite et peut passer par la représentation mentale. Les pauses entre ou pendant les mouvements sont importantes car elles « permettent l'intégration, l'enregistrement cérébrale des expériences motrices vécues »¹³⁵. Au fur et à mesure, il pourra peut-être avoir plus d'aisance corporelle tout en allant plus loin dans le mouvement.

¹³⁵ *Ibid.*

Lorsqu'un patient a connu son corps bloqué, la réalisation des mouvements et leur réussite peuvent procurer un « plaisir sensori-moteur, plaisir à percevoir de nouvelles possibilités de mouvement »¹³⁶ et favorisent la confiance en soi.

Mme A apparaît fière lorsqu'elle réussit un mouvement complexe alors qu'elle pensait échouer. Elle reparle à plusieurs reprises de la réussite d'un mouvement qu'elle trouvait complexe, et le trouve beau, lui associant l'image d'un levé de soleil. Le schéma de pensée de Mme A m'évoque la pensée de Moshe Feldenkrais : « l'impossible devient possible, le possible devient facile, le facile agréable et l'agréable élégant »¹³⁷. Trouver son geste beau permet la renarcissisation de son corps et de valoriser l'image de soi. C'est une étape clef dans le processus de reconstruction, semblable à une transition entre le bouleversement psychocorporelle et le regain de confiance en soi.

En conclusion, la prise de conscience par le mouvement favorise un réinvestissement du corps et de l'image du corps. Elle valorise également le regard porté sur soi lorsque la personne se sent capable de réaliser des mouvements complexes et les effectue harmonieusement. Ce réinvestissement corporel permet une réappropriation du corps et de développer l'aisance corporelle et la sécurité interne.

¹³⁶ *Ibid.*

¹³⁷ *Ibid.*

CONCLUSION

La maladie grave malmène l'équilibre de la personne à tous les niveaux, bouscule la relation qu'elle entretient avec son corps et nécessite un long travail de reconstruction. Le sentiment de trahison du corps, qui développe la maladie et les bouleversements psychocorporels qu'elle induit, peuvent entraîner un désinvestissement du corps.

L'image du corps influence l'investissement corporel, c'est pourquoi ces deux notions semblent évoluer conjointement depuis l'enfance. Ainsi, lorsque l'une est ébranlée, l'autre s'en trouve affectée.

Par l'étayage psychomoteur et l'approche corporelle, le psychomotricien peut consolider les bases de l'image du corps, alors fragilisées par le cataclysme de la maladie. Il permet au patient de retrouver une certaine sécurité dans le cadre de la relation thérapeutique et le prépare ainsi à réinvestir son corps. Parfois, la mise en mot du vécu est nécessaire avant d'envisager la proposition d'une approche corporelle. Cette dernière, illustrée ici par la méthode Feldenkrais, permet au patient de vivre son corps, de le *redécouvrir* en passant par la sensorialité, l'exploration et le mouvement, lui permettant ainsi de se le réapproprier, avant de pouvoir le réinvestir.

Dans le cheminement de ce mémoire, j'ai abordé la relation thérapeutique entre le psychomotricien et le patient et ai évoqué l'influence du toucher dans le cadre d'une atteinte psychocorporelle. Le toucher comme médiation, favorise la conscience du corps, nourrit l'image du corps, le schéma corporel, étayant ainsi le sentiment d'identité.

Avec le recul de mon expérience clinique et l'approfondissement de mes connaissances théoriques sur le réinvestissement du corps, j'ai compris que l'identité pouvait être soutenue par le toucher. Il serait donc intéressant de se demander quelle est la place du toucher-thérapeutique dans la reconstruction identitaire d'une personne ayant subi une atteinte psychocorporelle.

BIBLIOGRAPHIE

ANDRE L. (2015), *Quand l'atteinte corporelle marque l'historicité du sujet*, mémoire dans le cadre du DE de Psychomotricité, Paris

ANSERMET F. et MAGISTRETTI P. (2004), *A chacun son cerveau*, Paris, Edition Odile Jacob

ANZIEU D. (1985), *Le Moi-Peau*, Paris, Edition Dunod (1995)

BACQUE M. F. (2008), Reconstruire le corps... une complexité inouïe, *Psycho-oncologie*, volume 2, pages 69-70

BALLET A. (2015), *La fonction d'étayage du psychomotricien dans la relation parents-enfant*, mémoire dans le cadre du DE de Psychomotricité, Bordeaux

BELLANGER D. (2008), Quand la trace corporelle empêche la dynamique du sujet : tentative de réaménagement par le soin psychomoteur, *Evolutions Psychomotrices*, volume 20 n°82, pages 180-185

BERTHOZ A. (2004), *L'empathie*, Paris, Edition Odile Jacob

BERTHOZ A. (2015), Empathie : un regard scientifique sur les bases de la relation à l' « autre », *Diasporiques*, n°29, pages 22-29

BROUSSE M. (2007), *Votre corps a une mémoire*, Edition Marabout (2013)

CALAIS-GERMAIN B. (1984), *Anatomie pour le mouvement : Introduction à l'analyse des techniques corporelles*, tome 1, Edition Anatomie pour le mouvement (1999)

CUNGI C. (2011), Alliance thérapeutique et empathie, *Santé mentale*, n°158, pages 82-87

FERRAGUT E. (2005), *Emotion et traumatisme*, Paris, Edition Masson

FOIX A. (2015), *Ni tout à fait le même, ni tout à fait un autre : intérêt de l'approche psychomotrice dans la reconstruction identitaire des patients ayant eu un Accident Vasculaire Cérébrale*, mémoire dans le cadre du DE de Psychomotricité, Paris

GOMAS J.M. (1997), Soutenir le regard du malade, *La revue Agora*, n°39, pages 109-110.

JEANNEROD M. (2010), De l'image du corps à l'image de soi, *Revue de neuropsychologie*, 2010/3 volume 2, pages 185-194

- KORFF-SAUSSE S. (1996), *Le miroir brisé*, Edition Hachette Pluriel (2011)
- LAROUSSE (2007), *Le petit Larousse*, Edition Larousse
- LE BRETON D. (1990), *Anthropologie du corps et modernité*, Edition Puf (2008)
- LIARTE A. et BROCCQ H. (2014), Les corps à l'épreuve de la maladie grave, *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 2014/3 n°188, pages 35-44
- MAISONNEUVE J. et BRUCHON-SCHWEITZER M. (1999), *Le corps et la beauté*, Paris, Edition Puf
- MARTELOT C. (2015), *Dialogue corporel et ajustement relationnel*, mémoire dans le cadre du DE de Psychomotricité, Bordeaux
- PIREYRE E. (2011), *Clinique de l'image du corps*, Paris, Edition Dunod
- POTEL C. (2010), *Etre psychomotricien*, Toulouse, Edition Erès (2013)
- POTIER R. (2007), L'imagerie médicale à l'épreuve du regard, *Cliniques méditerranéennes*, 2007/2 n°76, pages 77-90
- RABALLAND O. (2007), L'annonce du handicap : d'un pourquoi à un autre, *Reliance*, 2007/4 n°26, pages 54-58
- REICH M. (2009), Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique, *L'information psychiatrique*, 2009/3 volume 85, pages 247-254
- REY A. (2010), *Dictionnaire Historique de la langue française*, Paris, Edition Le Robert
- ROBERT –OUVRAY S. (1999), Le système d'étayage psychomoteur, *Thérapie Psychomotrice*, n°118, pages 22-30
- SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.M. (2011), *Manuel d'enseignement de Psychomotricité*, Edition De Boeck Solal (2014)
- TISSERON S. (2011), L'empathie soignant-soigné : un chemin semé d'épines, *Santé mentale*, n°158, pages 32-36
- VERT E. (2015), *Du corps à l'image et de l'image au corps : l'utilisation de l'image photographique dans la pratique psychomotrice*, mémoire dans le cadre du DE de Psychomotricité, Bordeaux

SITOGRAPHIE

Faculté de médecine Pierre et Marie Curie :

<http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMobs/POLY.Chp.2.html>, consulté le 15/02/17

Faculté de médecine Pierre et Marie Curie :

<http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMobs/POLY.Chp.1.html>, consulté le 12/02/17

Universalis encyclopédie :

<http://www.universalis.fr/encyclopedie/psychanalyse-et-concept-d-opposition/8-de-la-psychanalyse-du-jeune-enfant-a-lacan/>, consulté le 20/02/17

Cairn :

<http://www.cairn.info/revue-devenir-2003-4-page-309.html>, consulté le 10/03/17

Atlas des figures :

<http://pourunatlasdesfigures.net/articles/images-du-corps/la-chair-du-monde/les-affects-primordiaux/laccordage-affectif.html>, consulté le 11/04/17

Faculté Pierre et Marie Curie :

<http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/relaxation1/POLY.Chp.3.4.html>, consulté le 25/03/17

Sciences et avenir :

https://www.sciencesetavenir.fr/sante/l-homonculus-de-penfield-ne-ressemble-plus-a-ca_29179, consulté le 25/03/17

Legifrance :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id> consulté le 04/04/17

Institut National du Cancer :

<http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>, consulté le 04/04/17

Institut National du Cancer :

<http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>, consulté le 05/04/17

Cairn :

<https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2009-3-page-133.htm>, consulté le 20/03/17

Cairn :

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-31.htm>, consulté le 20/03/17

Institut National du Cancer :

<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-poumon/Radiotherapie/Effets-secondaires>, consulté le 05/04/17

L'express :

http://www.lexpress.fr/actualite/sciences/hugues-duffau-le-cerveau-se-repare-lui-meme_1578825.html, consulté le 08/04/17

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) :

<http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/douleur>, consulté le 18/04/17

Bibliothèque de psychanalyse :

http://psycha.ru/fr/dictionnaires/laplanche_et_pontalis/voc320.html, consulté le 02/04/17

Handicap.fr :

<https://informations.handicap.fr/art-histoire-874-6026.php>, consulté le 16/03/17

Des lettres, sites de correspondances et des lettres :

<http://www.deslettres.fr/lettre-de-diderot-sur-les-aveugles-combien-nos-sens-nous-suggerent-de-choses-et-nous-aurions-de-peine-sans-nos-yeux-a-supposer-quun-bloc-de-marbre-ne-pense-ni-ne-sent/>, consulté le 16/03/17

Legifrance :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006684802&cidTexte=LEGITEXT000006057203&dateTexte=20071108>, consulté le 17/03/17

Service Public :

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F1651>, consulté le 13/04/17

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) :

<http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maisons-departementales-des-personnes-handicapees/insertion-professionnelle> consulté le 05/04/17

Ministère des affaires sociales et de la santé :

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cnh_2016_chiffres_bd.pdf, consulté le 07/04/17

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) :

<http://www.inserm.fr/thematiques/cancer/dossiers/cancer-et-travail-travailler-avec-ou-apres-un-cancer>, consulté le 07/04/17

Legifrance :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006057203>, consulté le 07/04/17

Handicap.fr :

<https://informations.handicap.fr/art-definition-classification-handicap-cih-oms-874-6029.php>, consulté le 23/03/17

Sciences humaines :

https://www.scienceshumaines.com/la-resilience-resister-aux-traumatismes_fr_11193.html, consulté le 10/04/17

La ligue contre le cancer :

https://www.ligue-cancer.net/vivre/article/27761_le-retour-lemploi-apres-un-cancer-un-combat, consulté le 07/04/17

Cygnification :

<http://www.cygnification.com/relation-soignant-soigne/>, consulté le 12/04/17

Réseau International sur le Processus de Production du Handicap (RIPPH) :

<http://www.ripph.qc.ca/revue/journal-19-01-2011-06>, consulté le 29/04/17

Feldenkrais France :

<http://www.feldenkrais-france.org/?p=524>, consulté le 26/04/17

Feldenkrais France :

http://www.feldenkrais-france.org/?page_id=23, consulté le 26/04/17

Méthode Feldenkrais et Body-mind centering :

<http://www.idmouvements.com/adultes/seances-individuelles-adultes/>, consulté le 27/04/17

Encyclopédie Larousse :

<http://www.larousse.fr/>, consulté le 29/03/17

GLOSSAIRE

Acromégalie : Maladie rare, non congénitale, caractérisée par des modifications morphologiques hypertrophiques des mains, des pieds et de la tête, associées à des troubles cardiaques. Cette affection est due à une hypersécrétion de l'hormone de croissance. Chez le sujet jeune pouvant encore grandir, ce dérèglement hormonal provoque un gigantisme. Chez l'adulte, la croissance osseuse étant terminée, il entraîne une acromégalie.

Alopécie : Chute totale ou partielle des cheveux ou des poils due à l'âge, à des facteurs génétiques ou faisant suite à une affection locale ou générale. Elle peut survenir chez l'homme et la femme.

Aplasia médullaire : Maladie caractérisée par une insuffisance de production de moelle osseuse entraînant une diminution des globules rouges, des globules blancs et des plaquettes.

Arthrodèse : Intervention chirurgicale consistant à bloquer définitivement une articulation afin de la rendre indolore et stable¹³⁸.



Figure 7: Schéma d'une arthrodèse

Arthrose : Affection articulaire, d'origine mécanique et non inflammatoire, caractérisée par des lésions dégénératives des articulations, associées à une atteinte du tissu osseux sous-jacent. Les localisations les plus fréquentes de l'arthrose sont le genou, la main, le pied, la hanche, le cou et la colonne vertébrale lombaire.

¹³⁸ Cf. Figure 7, p. 85

Cancer post-radique : Cancer provenant du traitement d'un premier cancer, pouvant apparaître plusieurs années après celui-ci. L'irradiation par radiothérapie élimine les cellules cancéreuses mais nuit également aux cellules saines. La complication tardive de la radiothérapie est souvent un sarcome radio-induit.

Chimiothérapie : Traitement médicamenteux qui a pour but d'éliminer les cellules cancéreuses dans l'ensemble des tissus. Les médicaments anticancéreux n'agissent pas uniquement sur les cellules tumorales. Ils sont également toxiques pour les cellules normales à renouvellement rapide (cellules sanguines ou digestives) et pour certains organes.

Hémophilie : Maladie héréditaire liée au chromosome X, caractérisée par un trouble de la coagulation du sang et des saignements, souvent prolongés. Seuls les garçons développent la maladie, les femmes sont porteuses du gène. L'hémophilie entraîne des hémorragies dont la répétition et la gravité sont proportionnelles à l'importance du déficit en facteur sanguin.

Maladie de Hodgkin : Affection maligne du tissu lymphatique touchant essentiellement les ganglions lymphatiques et caractérisée par une cellule très particulière, dite cellule de Sternberg. L'affection apparaît d'abord aux ganglions lymphatiques puis s'étend de proche en proche aux chaînes ganglionnaires et parfois à la rate, qui augmente de taille et plus tardivement, d'autres organes, comme le foie, le poumon ou la moelle osseuse, sont touchés. La maladie de Hodgkin est rare chez l'enfant et présente deux pics de fréquence, entre 20 et 30 ans et au-delà de 50 ans. La maladie s'accompagne fréquemment de signes généraux tels que fièvre, sueurs nocturnes et amaigrissement, avec des signes biologiques d'inflammation.

Maladie de Parkinson : Maladie neurologique chronique caractérisée par un tremblement, une raideur et une lenteur des mouvements. Il s'agit d'une dégénérescence atteignant les cellules nerveuses d'un noyau gris central (substance grise située à l'intérieur de l'encéphale), le *locus niger* ; celle-ci entraîne une insuffisance de sécrétion de dopamine, un neurotransmetteur qui agit sur le striatum, ou corps strié (autre noyau gris central qui intervient dans la régulation motrice).

Myélopathie : Maladie de la moelle épinière. Les myélopathies dépendent de causes variées : compression, infection, accident, tumeur, carence en vitamine B12, affection dégénérative, etc. Il existe 3 types de symptômes : diminution (parésie) ou abolition (paralysie) de la force musculaire ; diminution (hypoesthésie) ou abolition (anesthésie) de la sensibilité, pouvant atteindre séparément la sensation tactile, la sensibilité à la température et à la douleur et la sensibilité profonde (conscience de la position du corps) ; troubles vésicaux. La nature des signes dépend de la localisation des lésions dans la moelle.

Ostéosynthèse : Intervention chirurgicale consistant à utiliser des matériels divers (plaques, clous, vis, broches, fils métalliques, agrafes ou fixateurs externes) pour assurer la réduction et la contention d'une fracture¹³⁹. Ce procédé permet une meilleure reconstitution de l'anatomie et rend également possible une utilisation plus précoce du membre, ce qui facilite la récupération des articulations adjacentes.



Figure 8 : Schéma d'une ostéosynthèse

Plasticité cérébrale : Capacité cérébrale à remanier des connexions neuronales en fonction de l'environnement et des expériences vécues par un individu. Les connexions commencent à se mettre en place dès l'âge fœtale, puis selon les expériences elles disparaîtront ou seront conservées.

¹³⁹ Cf. Figure 8, p. 87

Porte à cathéter : Aussi appelée chambre implantable, c'est un boîtier de petite dimension inséré sous la peau reliée à un cathéter (introduit dans une veine ou dans le péritoine) et destiné à l'injection de médicaments, utilisé notamment lors de chimiothérapies¹⁴⁰.

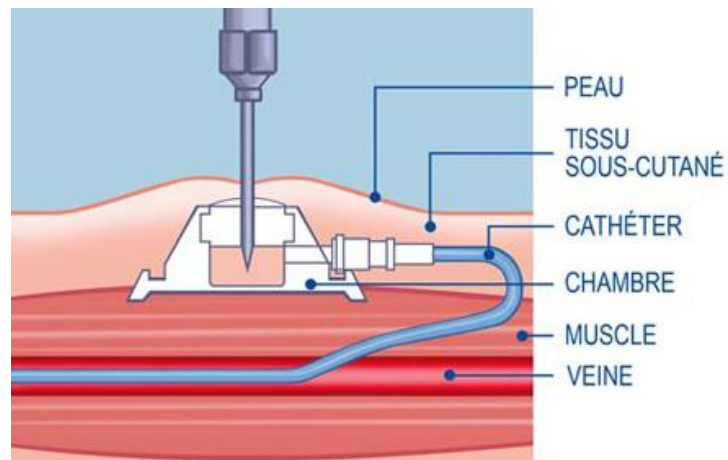


Figure 9 : Schéma d'un PAC

Prothèse orthopédique : Pièce de remplacement d'une articulation posé lors d'une intervention chirurgicale¹⁴¹. Les prothèses internes remplacent une articulation malade ou détruite et permettent de lui restituer sa mobilité.



Figure 10 : Schéma d'une prothèse orthopédique

¹⁴⁰ Cf. Figure 9, p. 88

¹⁴¹ Cf. Figure 10, p. 88

Radiothérapie : Méthode thérapeutique consistant à administrer un médicament qui contient un élément radioactif destiné à se fixer dans le tissu ou dans l'organe qu'il doit sélectivement irradier pour le soigner, en épargnant les organes voisins. La dose de rayonnement nécessaire à la destruction des cellules cancéreuses est variable selon le type de tumeur. L'indication principale de la radiothérapie est le cancer.

Résection : Ablation chirurgicale d'un fragment d'organe ou de tissu. Les résections ont des indications très diverses : infection, traumatisme, tumeur, obstruction d'un organe creux. La résection est dite carcinologique lorsqu'on enlève une tumeur cancéreuse volumineuse.

Sarcome pléomorphe : Tumeur des tissus mous de la famille des sarcomes (tumeur maligne qui se forme aux dépens du tissu conjonctif ou des tissus qui en dérivent comme le tissu cartilagineux ou le tissu osseux). Il s'agit d'une tumeur agressive de croissance rapide, et qui atteint principalement le membre inférieur et la cuisse. Le traitement de référence des sarcomes pléomorphe est la chirurgie, basée sur la résection complète de la tumeur en un seul bloc. Les tumeurs non opérables peuvent être traitées par radiothérapie et chimiothérapie.

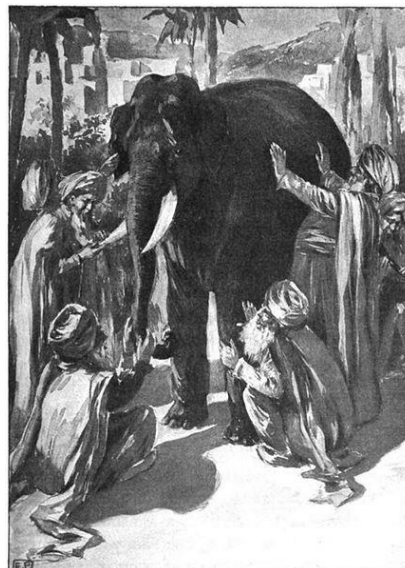
Syndrome d'Ehlers-Danlos : Affection héréditaire caractérisée par des anomalies du tissu élastique de la peau et des vaisseaux sanguins provenant d'une altération du collagène liée à des mutations génétiques. Affection héréditaire caractérisée par des anomalies du tissu élastique de la peau et des vaisseaux sanguins. Le syndrome d'Ehlers-Danlos est dû à une altération du collagène liée à des mutations génétiques.

ANNEXES

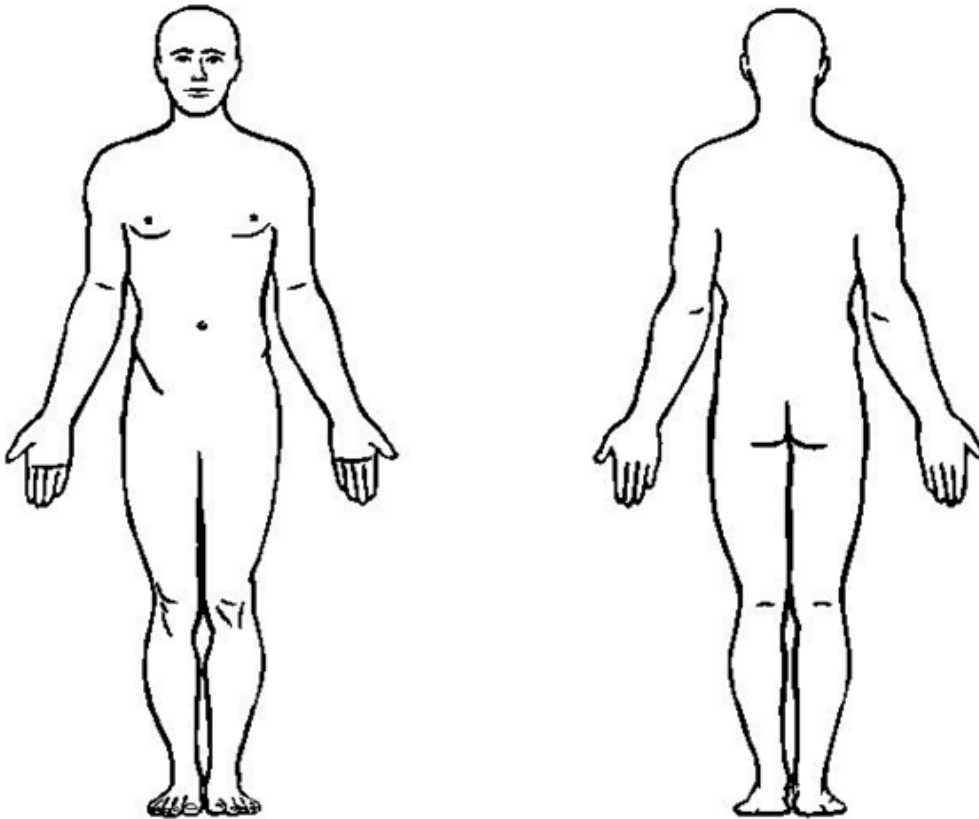
ANNEXE 1 : Le conte des six aveugles et de l'éléphant

Extrait du livre « Contes Derviches » de Idries Shah

Il était une ville, au-delà de Ghor, dont tous les habitants étaient aveugles. Un roi, ses courtisans et ses hommes d'armes arrivèrent un jour à proximité. Ils établirent un camp dans le désert, aux portes de la ville. Ce roi possédait un éléphant qu'il lançait dans la bataille pour terrifier et écraser l'ennemi. Nos aveugles brûlaient de voir l'éléphant. Quelques-uns se précipitèrent comme des idiots à sa découverte. Puisqu'ils ne savaient pas quelle forme ni quelle allure cela avait, ils cherchèrent à l'aveuglette, recueillant des informations en palpant telle ou telle partie du corps de l'animal. Chacun crut avoir découvert ce que c'était parce qu'il en avait touché un élément. Quand ils furent de retour parmi leurs concitoyens, des groupes avides se rassemblèrent. Ces gens étaient impatients d'apprendre la vérité de la bouche des égarés. Ils posèrent des questions sur la forme et l'apparence de l'éléphant, écoutèrent ce que les palpeurs leur en dirent. Celui dont la main avait atteint une oreille fut interrogé sur la nature de l'étrange créature. « C'est une grande chose rugueuse, large et ample, dit-il. Ça ressemble à un tapis. » « Moi, je sais de quoi il s'agit : c'est une sorte de tuyau, affreux et destructeur ! » s'exclama celui qui avait posé la main sur la trompe. « C'est une sorte de pilier vivant », déclara celui qui avait palpé une patte. Chacun avait touché une partie du corps de l'éléphant. Tous l'avaient mal perçu. Aucun ne connaissait le tout : la connaissance n'est pas la compagnie des aveugles. Tous imaginaient quelque chose, tous se trompaient.



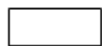
ANNEXE 2 : « Etat des lieux corporels » proposé au patient lors du bilan psychomoteur



Parties du corps **douloureuses**



Parties du corps **gênantes**



Parties du corps **agréables, qui vont bien**

ANNEXE 3 : Test TINETTI

NOM :

Date :

Évaluation de l'équilibre et de la marche selon TINETTI

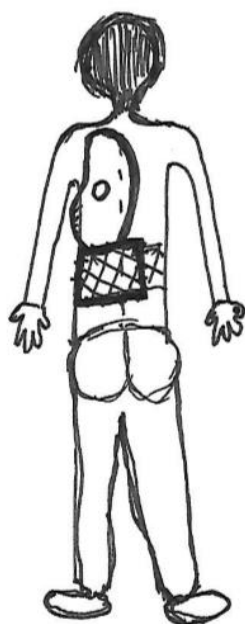
Score total : ... /28

ÉQUILIBRE	Score : ... /16		MARCHE	Score : ... /12
<u>Instructions</u>	Assise sur une chaise dure, sans accoudoirs donc, la personne testée effectue les manœuvres suivantes.		<u>Instructions</u>	Debout avec l'examineur dans un couloir ou une chambre, la personne marche d'abord à un rythme ordinaire, puis revient d'un pas plus rapide mais sûr (en utilisant ses propres aides : par ex. canne ou cadre de marche).
1. équilibre en position assise	- penche ou s'affale	0	10. se mettre en marche au premier signal	- hésitation ou diverses tentatives - sans hésitation
	- position assise stable et sûre	1	11. longueur et hauteur du pas pied D en mouvement	- ne dépasse pas le pied G au repos - dépasse le pied G au repos
2. se mettre debout	- impossible sans aide	0	pied G en mouvement	- ne se détache pas du sol - se détache du sol
	- possible à l'aide d'un appui des bras	1		- ne dépasse pas le pied D au repos - dépasse le pied D au repos
	- possible sans l'aide d'un appui des bras	2		- ne se détache pas du sol - se détache du sol
3. tentatives pour se mettre debout	- impossible sans aide - possible > 1 tentative - possible après 1 tentative	0 1 2	12. symétrie du pas	- inégalité des pas G et D - égalité des pas G et D
4. équilibre debout (5 premières sec.)	- instable (vacille, bouge les pieds et le tronc) - stable avec appui (déambulateur, canne ou autre) - stable sans le moindre appui	0 1 2	13. continuité du pas	- arrêts ou discontinuité des pas - les pas semblent continus
5. équilibre debout	- instable	0	14. marche déviante	- nette déviance - déviance moyenne ou utilisation d'une aide à la marche - marche droite sans aide
	- stable, écart entre les pieds > 10 cm ou appui des bras	1		
	- pieds joints, sans appui des bras	2		
6. poussée sur le sternum (3x) (pieds joints)	- commence à vaciller	0	15. tronc	- mouvement prononcé du tronc ou utilisation d'une aide à la marche - pas de mouvement du tronc mais flexion des genoux, du dos ou écartement des bras - droit sans aide à la marche
	- vacille mais se redresse	1		
	- stable	2		
7. yeux fermés (pieds joints)	- instable	0	16. écartement des pieds	- talons séparés - talons se touchant presque lors de la marche
	- stable	1		
8. rotation de 360°	- petits pas irréguliers	0		
	- petits pas réguliers	1		
	- instable (vacille)	0		
	- stable	1		
9. s'asseoir	- peu sûr (tombe, calcule mal la distance)	0		
	- utilise les bras	1		
	- mouvements sûrs et aisés	2		

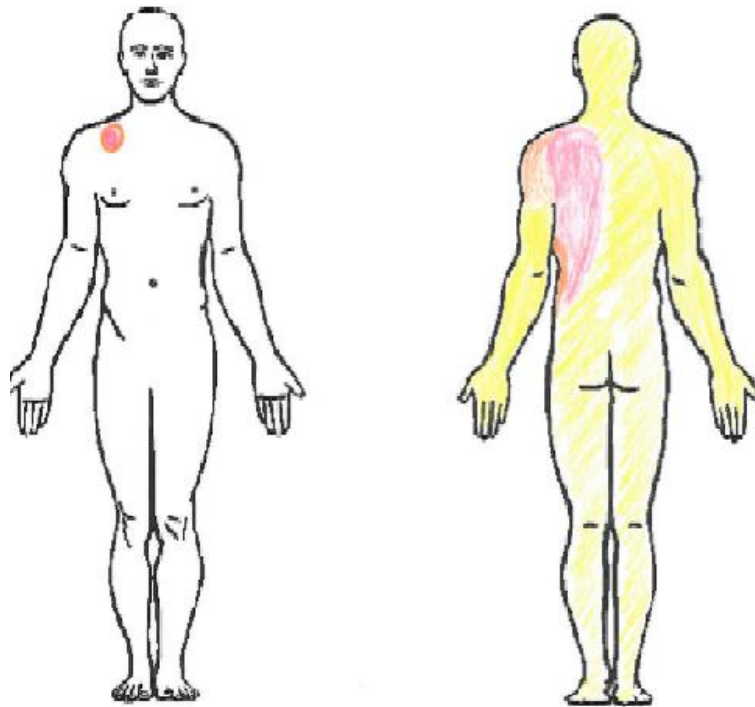
Un score inférieur à 26 signifie généralement qu'il y a un problème ; plus le score est bas, plus le problème est important. Un score inférieur à 19 signifie que le risque de chute est multiplié par cinq.

Échelle adaptée d'après Tinetti M. : « Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients ». *Journal of the American Geriatric Society*, 34 : 119 – 128, 1988.

**ANNEXE 4 : Représentation de soi de Mme A lors du bilan
psychomoteur, le 27 avril 2016**



ANNEXE 5 : Etat des lieux corporels réalisés par Mme A lors du bilan psychomoteur le 27 avril 2016



Parties du corps douloureuses

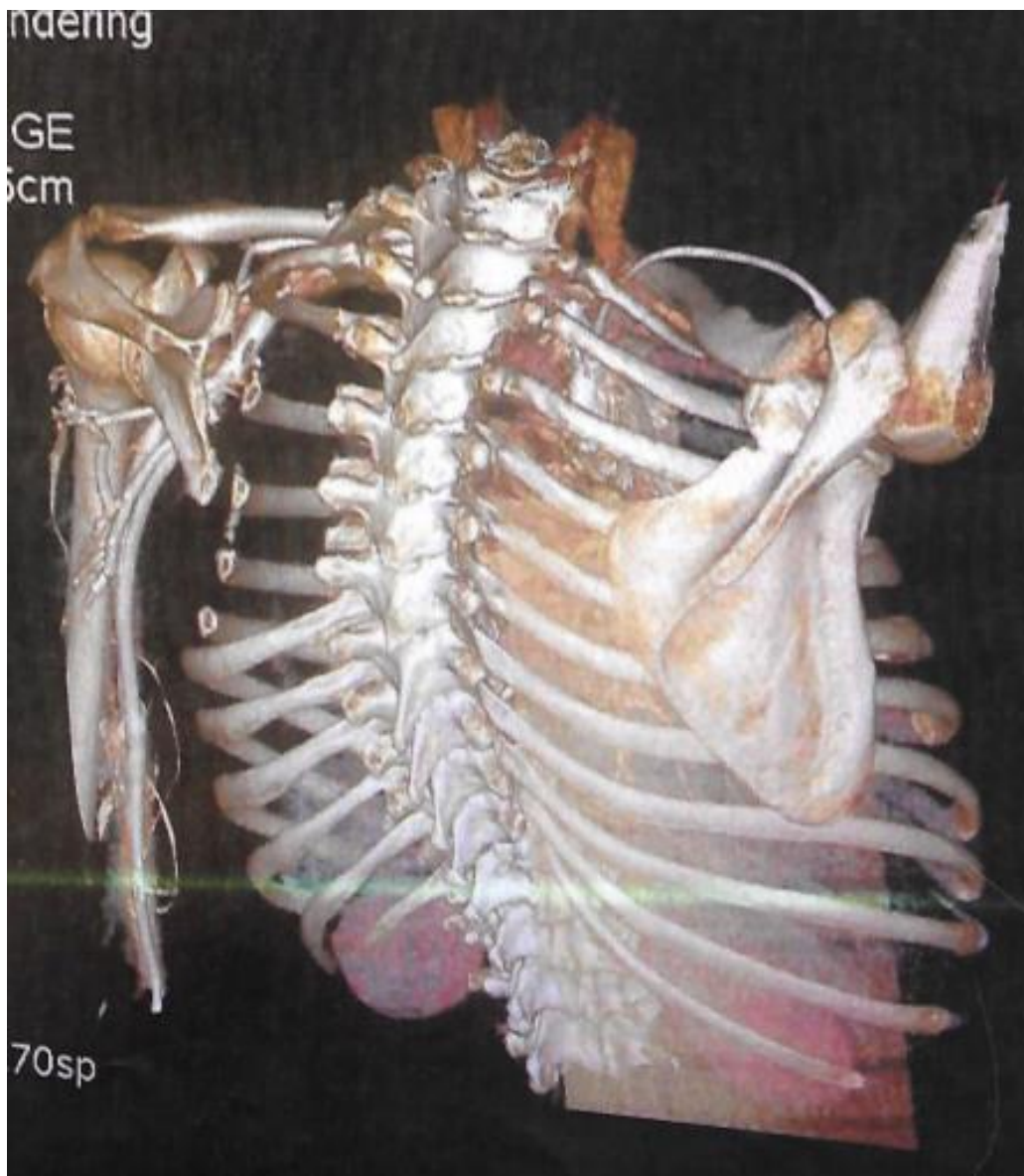


Parties du corps gênantes



Parties du corps agréables, qui vont bien

**ANNEXE 6 : Image de synthèse du dos de Mme A, réalisée par les
médecins**



Résumé

La maladie grave est une rupture dans la vie d'une personne et menace son intégrité. Elle laisse des traces, qu'elles soient psychiques ou corporelles et l'acceptation du *nouveau* corps est primordiale avant d'entamer un processus de reconstruction.

Au travers l'évolution d'une patiente, Mme A, qui a fait face à un cancer, j'aborde dans ce mémoire les bouleversements psychocorporels que traversent les patients atteints d'une maladie grave, à la suite de l'annonce du diagnostic, de l'intervention chirurgicale et des traitements. Comment l'approche psychomotrice et la relation thérapeutique peuvent-elles favoriser le réinvestissement du corps et la réappropriation de celui-ci ? Je m'interroge notamment sur l'intérêt de la méthode Feldenkrais dans l'accompagnement de la reconstruction de la personne.

Mots-clefs

Psychomotricité – maladie grave – handicap – atteinte psychocorporelle – image du corps – relation thérapeutique – méthode Feldenkrais

Summary

Serious illness is a difficult challenge in anyone's life and threatens to his integrity. Illness leaves its marks, psychological and physical. For this reason, a complete acceptance of his *new* body is essential to begin a process of reconstruction.

Throughout the evolution of a patient, Mrs A, who faced with cancer, I talk in my report about psycho-corporal upheavals which patients who suffer a serious illness are confronted, after the announcement of their diagnosis, their surgical intervention and medical treatments. How psychomotor approach and the therapeutic relationship can encourage corporal re-appropriation and the involvement of body ? Particularly, I wonder about benefits of the Feldenkrais method to support patients to their reconstruction.

Keywords

Psychomotricity – serious illness – disability – psychocorporal injury – body image – therapeutic relationship – Feldenkrais method