



HAL
open science

Réflexion sur la relation soignant-soigné dans un service d'oncologie adulte

Sophie Pougnaud

► **To cite this version:**

Sophie Pougnaud. Réflexion sur la relation soignant-soigné dans un service d'oncologie adulte. Psychologie. 2019. dumas-02178321

HAL Id: dumas-02178321

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02178321v1>

Submitted on 9 Jul 2019

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

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

UNIVERSITE DE BORDEAUX
Collège Sciences de la santé
Institut de Formation en Psychomotricité

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

Réflexion sur la relation soignant-soigné
dans un service d'oncologie
Point de vue d'un psychomotricien

Pougnand Sophie
Née le 10 janvier 1970 à La Rochelle (17)

Directeur de mémoire : Anaïs Eudier

Mai 2019

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tous ceux qui m'ont amené vers ce sujet de mémoire, et en particulier toutes les personnes rencontrées au cours de mon stage, patients et soignants pour leur humanité et leur générosité.

Merci à Anaïs Eudier, mon maître de mémoire, pour sa confiance, sa patience, ses remarques toujours pertinentes et constructives qui m'ont aidées à cheminer.

Merci à l'ensemble de mes maîtres de stage, et en particulier à Isabelle Marcos pour son accompagnement, sa présence toujours bienveillante et son soutien indéfectible, grâce auquel je suis allée au bout de cet écrit. A Séverine Abignon attentive et disponible tout au long de mon stage.

Merci à mon mari pour son soutien et sa patience sans faille durant ces quatre longues années, et sans qui cette aventure n'aurait pas été possible. Merci au delà des mots. Merci à ma famille pour leurs encouragements et leur relecture.

A tous ceux que j'ai délaissés, mais qui m'ont soutenue par leur présence discrète

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
INTRODUCTION.....	5
I. Du fondement de la relation à ce qui se joue de chaque côté du miroir dans un service hospitalier d'oncologie adulte.....	8
I. A. Origine et construction de la relation.....	8
a) Définitions et étymologie.....	8
La relation.....	8
Une rencontre.....	9
b) Comment la relation se construit-elle au cours de l'ontogenèse ?.....	10
Les premières interactions au travers la préoccupation maternelle primaire.....	10
Le concept d'attachement de Bowlby.....	11
Les apports de Spitz sur les effets de la séparation.....	12
De l'éprouvé au pensable.....	13
De la capacité d'être seul de Winnicott.....	14
I. B. Le contexte de la relation pour le patient adulte hospitalisé en cancérologie.....	16
a) Une temporalité différente.....	16
L'entrée à l'hôpital.....	16
Le patient cancéreux est dans une temporalité parallèle, hors du temps.....	17
b) La contribution du temps au sentiment d'exister.....	19
L'immersion dans le temps est nécessaire pour exister.....	19
L'absurdité du temps confrontée à la mort.....	20
c) La solitude, une perception singulière.....	21
L'immense solitude dans ce temps de la maladie.....	21
Une perception subjective et singulière.....	22
I. C. Le cadre d'exercice de ces métiers de la relation.....	24
a) le service hospitalier : un système particulier.....	24
La relation au cœur d'une approche systémique de l'équipe de soin.....	24
L'équipe : porteuse de la qualité des soins par la qualité de ses liens.....	25
La temporalité de l'équipe soignante : une organisation codifiée.....	26
b) Le prendre soin.....	27
Il y a de l'amour et du respect dans le soin.....	28
Une vigilance de chaque instant pour le soignant.....	28
L'attention portée au langage.....	29
II. La co-construction de la relation thérapeutique.....	31
Le cadre de cette relation, portée par les valeurs du service.....	31
II. A. La relation passe avant tout par l'infra-verbal.....	32
a) Le tonus dans la relation.....	32
Le tonus comme fondement de l'expressivité corporelle.....	32
Le lien inconditionnel entre tonus et émotion.....	33
Le toucher dans la relation.....	34
b) Le vécu du patient.....	35
Le tonus porteur de communication chez le patient.....	35
L'approche corporelle : favoriser la disponibilité dans la relation.....	36
L'ajustement corporel.....	38
c) Hypothèses de sens de la communication infra-verbale pour le soignant.....	38
Une tonicité à rude épreuve dans la journée du soignant.....	38
Le tonus comme mode de communication infra-verbale.....	39
L'interaction affective.....	41
II. B. La qualité de présence pour induire le sentiment d'exister.....	43
a) Réflexions sur la présence, l'écoute attentive, la bienveillance ou l'empathie.....	43
Qu'est-ce qu'être présent ?.....	43

Explorer les mots empathie, bienveillance, écoute, pour envisager la contribution de la qualité de présence au processus thérapeutique.....	44
Accepter l'autre dans sa singularité.....	45
b) Hypothèses sur le vécu de l'instant présent par le patient.....	46
Comment le patient vit-il l'instant de la rencontre avec le soignant ?.....	46
Vignette clinique : l'accompagnement à la douche de Madame A.	47
La possibilité d'exister par le récit.....	49
c) La présence du soignant : une exigence de qualité ?.....	50
Peut-on protocoliser la bonne manière d'être et d'agir pour soigner ?.....	50
Une qualité de présence, induite par le soignant, qui construit le processus thérapeutique.....	51
Le soignant a-t-il l'occasion d'être présent à lui-même ?.....	52
III. Une pratique psychomotrice à destination du personnel soignant : un bénéfice pour le patient.....	55
III. A. Les risques d'un épuisement professionnel : et après ?.....	55
a) Soigner dans un service d'oncologie : un stress permanent.....	56
La notion de stress pour le soignant.....	56
L'épuisement professionnel et ses conséquences.....	57
b) Une démarche institutionnelle nécessaire.....	58
Le rôle de l'institution.....	58
Le rôle de l'équipe : une atmosphère favorable ?.....	59
c) L'intérêt d'une pratique psychomotrice dans la prévention primaire.....	60
Pourquoi faire intervenir un psychomotricien ?.....	60
Quel bénéfice pour le soignant d'une pratique psychomotrice sur son lieu de travail ?	61
III. B. Vignette clinique : une non prise en soin qui induit le mouvement.....	63
a) Description de la situation de Monsieur A.	63
Présentation du service.....	63
Première rencontre le 8/11.....	64
Anamnèse.....	65
Bilan social.....	65
Bilan psychologique.....	66
Evolution de la maladie.....	67
Nouvelle proposition psychomotrice.....	67
b) Observations psychomotrices.....	68
Observations autour du patient.....	68
Observations liées à l'équipe.....	70
III. C. Propositions psychomotrices et retour réflexif sur cette expérience.....	72
a) Propositions d'ateliers à destination des professionnels du service.....	72
Un atelier court, sur le temps de travail.....	72
Un atelier de relaxation hors temps de travail.....	73
b) Retours et réflexion sur cette expérience.....	74
Bilan de cette expérience sur 3 mois.....	74
Questionnaire complété par les professionnels du service.....	74
c) Observations psychomotrices.....	75
Observations autour de ces ateliers.....	75
Pour aller plus loin.....	76
Ce que ce stage m'a apporté.....	77
CONCLUSION.....	78
BIBLIOGRAPHIE.....	80
ANNEXE : Questionnaire.....	84

INTRODUCTION

La relation est au cœur de l'identité humaine. Le bébé ne peut se développer que dans la relation à l'autre où le portage et l'affection sont aussi élémentaires que l'alimentation ou l'hygiène. La qualité des liens que nous entretenons tout au long de notre vie construit la personne que nous sommes. Pourtant nous interagissons souvent machinalement, en mode automatique. Qui n'a pas fait l'expérience de passer à la caisse du supermarché, pressé, sans même regarder la caissière ou lui adresser la parole, sans la voir peut-être ? Est-ce que nous pouvons parler alors de relation ?

Sensible à la naissance de ce lien, j'ai observé la complexité des interactions au cours de mes différents stages en institution, et je me suis beaucoup questionnée sur ce qui faisait relation et sur les bénéfices pour chacun des protagonistes, en particulier pour le soignant et le soigné.

La relation soignant-soigné participe du soin via l'alliance thérapeutique. Cependant, l'alliance thérapeutique, par son origine psychanalytique ne correspond pas au lien que je souhaite explorer. Une alliance fait référence à un accord, un contrat, un pacte formel, qui peut sonner comme une injonction de partenariat. Ludovic Gadeau décrit l'alliance thérapeutique comme « fondé sur le désir conscient du patient de coopérer avec l'analyste » (12, p138). Dans un service d'hospitalisation, le patient n'a pas toujours choisi d'être là, et parfois il n'est pas non plus très coopératif. L'aide soignant ou l'infirmier, que nous appellerons soignant pour ne pas alourdir la lecture, est confronté à la souffrance, à des personnes abîmées dans leur chair, dans un contact de proximité intime avec elles. Nous pouvons imaginer toute la difficulté de cette rencontre. Pour explorer plus librement le lien entre le soignant et le soigné, je préférerai le terme de relation thérapeutique.

En stage dans un service d'hospitalisation en oncologie adulte, je me suis interrogée sur la relation entre une personne dans une grande vulnérabilité, et une personne dont le métier est de prendre soin. Il y a une forme d'étrangeté, de faillite du corps pour la personne malade du cancer, avec une pathologie et des traitements susceptibles de modifier l'apparence physique et les ressentis. Ça participe d'une défaillance de l'intégrité physique, et de l'enveloppe corporelle, qui peut entraîner une perte de l'identité et du sentiment d'exister. La pathologie cancéreuse apporte l'incertitude qui fragilise l'individu. La personne malade du cancer perd le contrôle de sa vie, et souvent se réfugie, temporairement ou non, dans l'immobilité, tant

physique que psychique. Cette situation vient perturber la relation du sujet avec son environnement.

Le soignant, lui, doit faire face à la douleur du patient, à la détresse, au deuil et à la perte. Son statut exige un savoir être, auquel il n'est peut-être pas assez sensibilisé, et qui n'est pas toujours compatible avec les injonctions institutionnelles, la charge de travail, le manque de temps, ou les problématiques personnelles. Cette confrontation permanente à la souffrance conduit parfois à l'épuisement.

Cette situation est prise très au sérieux par les autorités, notamment par la Haute Autorité de Santé dans sa fiche mémo de mars 2017 (37), pour qui il s'agit d'un enjeu de santé publique. Par ailleurs, une étude récente (29) sur les arrêts maladie dans le secteur hospitalier montre qu'ils touchent plus fortement les établissements de santé que la plupart des autres secteurs d'activité. Les exigences émotionnelles arrivent comme 2^{ème} cause de ces arrêts. Les aides-soignants et les infirmiers sont les plus touchés.

Cet échange soignant-soigné, asymétrique par nature, se joue essentiellement sur un plan infra-verbal, essence même de la communication. De plus, le sujet malade n'est pas toujours en capacité de s'exprimer ou de traduire verbalement ses ressentis. Il peut être submergé par ses émotions, parfois contradictoires ou chaotiques sur l'instant. Le dialogue tonico-émotionnel est donc là au premier plan de la relation. En être conscient permet d'être plus juste dans l'échange. Cette relation soignant-soigné, codifiée, asymétrique et réciproque, impacte les deux partenaires, au travers du dialogue tonico-émotionnel décrit par Julian de AJURIAGUERRA, et fondement de la psychomotricité.

Les soignants sont très impliqués corporellement, mais quelle attention est portée à leur vécu corporel au quotidien, et par quel moyen en prendre soin ? Est-ce que cette prise en compte peut améliorer l'état de bien être du soignant et avoir une incidence, voir un bénéfice pour le patient ? Je fais l'hypothèse que le psychomotricien pourrait servir de médiateur, dans l'objectif d'une meilleure communication entre le patient et le professionnel du soin. Cet accompagnement aiderait le patient à se réapproprier son corps, et permettrait au soignant de mieux se connaître, pour favoriser une mise en mouvement vers la construction de la relation thérapeutique.

Afin d'analyser et légitimer ces questionnements et hypothèses, je vais tenter de réfléchir et de théoriser sur la problématique suivante :

En quoi une réflexion sur les fondamentaux de la relation peut valoriser la pratique psychomotrice au sein d'une équipe hospitalière en cancérologie adulte ?

Pour tenter de répondre à ce questionnement et de valider ces hypothèses, nous aborderons, dans un premier temps, les fondements de la relation et les contextes spécifiques du patient et du soignant. Ensuite nous analyserons la co-construction de la relation thérapeutique. Enfin, nous verrons comment l'idée d'une pratique psychomotrice à destination des personnels soignants a émergé et quel peut en être le bénéfice pour le patient.

I. Du fondement de la relation à ce qui se joue de chaque côté du miroir dans un service hospitalier d'oncologie adulte

Ce qui se joue dans un service hospitalier, c'est d'abord une modification identitaire. Le sujet malade devient le patient. L'étymologie latine du mot patient ramène à « celui qui souffre », qui subit, qui endure, avec une notion de passivité. Les vertus qui découlent de l'étymologie latine sont : résistant, persévérant et calme. On peut se demander si ce n'est pas là la représentation que la société, et aussi le soignant, se fait du patient. Et au delà, n'est-ce pas ces vertus que chacun attend de celui qui souffre, pour ne pas être trop affecté, contaminé émotionnellement ?

En face du patient, la personne dont c'est la profession endosse le costume de soignant.

La relation entre les deux s'en trouve modifiée et codifiée par rapport à une rencontre dans un autre contexte.

Mais avant d'aborder le contexte pour chacun des partenaires, voyons l'étymologie du mot et comment l'ontogenèse de la relation peut éclairer cette construction entre le soignant et le patient.

I. A. Origine et construction de la relation

a) Définitions et étymologie

En médecine, la vie de l'homme se compose de deux vies : la vie organique et la vie en relation. La sociologie et la psychologie définissent la vie de relation comme un mode de vie tourné vers l'extérieur.

➤ La relation

L'étymologie latine de la **relation** est le mot « relatio » : action de rapporter un fait, un témoignage... mais à qui ?

La relation sous entend un prérequis sans lequel elle ne peut exister : un autre, humain ou non humain, une autre entité différente de moi. Mais si l'existence de cet autre est nécessaire, ce

n'est pas suffisant pour parler de relation. Deux entités distincts, isolées, ne font pas la relation.

Une relation est une liaison qui existe entre deux choses, deux grandeurs, ou deux phénomènes (35). La relation implique un lien, donc une interaction avec le milieu, entre 2 êtres par exemple. Mais la définition va plus loin, notamment celle rapportée aux sciences : « rapport d'interdépendance entre deux ou plusieurs variables, défini sur la base d'un principe commun tel que toute modification de l'une d'entre elles entraîne la modification des autres (d'après Thinès-Lemp 1975). » (35)

Le relation humaine aurait donc à voir avec ce qui lie des personnes entre elles, avec une notion d'**interdépendance** ou d'influence réciproque (35).

➤ Une rencontre

La relation c'est avant tout une **rencontre**, qui est définie comme le fait de se trouver pour la première fois en présence de quelqu'un, débouchant généralement sur une relation (35). La rencontre peut être fortuite ou intentionnelle. Portons plutôt notre attention sur la seconde, celle qui va nous permettre de faire connaissance en allant volontairement au devant de l'autre.

Cette rencontre, dans laquelle s'origine la relation, induit deux éléments :

- **L'intention** : il faut avoir envie de communiquer, d'entrer en relation. C'est l'initiateur du mouvement, un précurseur, comme un pré-mouvement virtuel.
- **Le mouvement** : pour aller vers, il faut se mettre en mouvement, physiquement se déplacer. Pour pouvoir se mettre en mouvement, il faut déjà être solide sur ses appuis, dans sa posture. Le bébé met du temps à apprendre à se déplacer, à acquérir les coordinations nécessaires. Cela nécessite la maturation du système nerveux, perceptif, musculaire, bien sûr, mais aussi l'expérience sensorielle et motrice en présence, en relation. Les coordinations à l'origine du mouvement s'inscrivent dans la construction du corps. Pour Benoît Lesage, l'engagement du corps va venir « mobiliser l'économie psychique et relationnelle du sujet » (22, p22). Le corps est le vecteur de l'intersubjectivité.

La relation ne peut exister sans le mouvement (virtuel ou physique), et le mouvement a besoin de la relation pour se construire, dans l'ontogenèse comme sur l'instant.

On voit bien là combien la relation prend appui sur le corporel. Cécile Pineau le détail dans son mémoire, le corps, en particulier au travers des perceptions sensorielles, est le support des interactions avec l'environnement, dès in utero (28, p6).

On entrevoit là combien l'histoire du sujet, au travers son vécu corporel, va orienter la relation, en fonction des événements de vie, agréables ou désagréables, des traumatismes.

b) Comment la relation se construit-elle au cours de l'ontogenèse ?

Il ne s'agit pas de décrire chronologiquement l'aspect relationnel du développement de l'enfant, mais plutôt de reprendre certains concepts qui pourront par la suite éclairer les enjeux de la relation soignant-soigné.

Chaque nourrisson naît avec une maturation neurologique et des compétences qui lui sont propres. C'est l'environnement qui va s'adapter à la spécificité de chaque sujet, l'environnement maternel tout d'abord. Pauline Cluzeau développe cette approche dans son mémoire (3, p12).

➤ **Les premières interactions au travers la préoccupation maternelle primaire**

Donald Winnicott a conceptualisé le rôle maternel primaire dans la construction du sujet dans ses premiers mois de vie. Il a théorisé l'aspect primordial des soins maternels dans le développement de l'enfant, avec le concept de « good enough mother » (13, p328). Dans la suite de ce mémoire, l'évocation de la mère sera toujours entendue comme figure maternelle. Dans ce concept de Winnicott, le Holding désigne la façon dont l'enfant est porté, tant sur le plan corporel que psychique. Cet accordage tonique de la mère envers son nourrisson apporte à ce dernier un sentiment de sécurité au travers cet aspect contenant répété. Le Handling est la manière dont le bébé est soigné, la manière dont la figure maternelle s'occupe de lui dans tous les actes du quotidien. Ces manipulations permettent au nourrisson de se constituer une intériorité et des limites corporelles. L'object presenting de Winnicott correspond au bon ajustement de la figure maternelle au besoin de l'enfant. La mère va offrir le sein ou le biberon pour satisfaire l'enfant au bon moment. (13, p328)

La « good enough mother » apporte à l'enfant un sentiment de sécurité. Ce sentiment de sécurité est nécessaire pour que l'enfant prenne confiance et puisse aller vers son environnement.

Winnicott va distinguer 3 phases progressives constitutives de la relation entre la mère et l'enfant :

- Une phase de dépendance absolue, dans les premiers mois où la relation est fusionnelle,
- Une phase de dépendance relative (entre 6 et 12 mois). L'enfant va faire l'expérience de l'absence de sa mère à laquelle il va devoir s'adapter. Petit à petit il intègre que sa mère peut être à la fois celle qui le frustre et celle qui lui apporte de l'affection, une même personne extérieure à lui. Il est très important que la mère soit fiable. La répétition d'expériences apaisantes (après la crise, l'enfant retrouve sa mère) amène l'enfant à la certitude qu'il ne perd pas ce lien, que ce dernier est indestructible.
- Une phase d'indépendance : l'enfant peut quitter sa mère si l'attachement a été suffisamment solide.

Les diverses relations que le sujet va rencontrer au cours de sa vie, en particulier avec ses figures d'attachement, vont contribuer à son développement. Ce développement s'inscrit dans une perspective d'évolution dynamique toujours présente.

➤ Le concept d'attachement de Bowlby

L'attachement pour Bowlby est un lien spécifique, participant des « liens affectifs ». Il est instinctuel, à l'origine d'un besoin biologique premier au même titre que l'alimentation. (13, p329) Mistycki V. et Guedeney N., médecins psychiatres, décrivent « un système génétiquement programmé qui met à contribution l'environnement pour se développer. » (25, p44) Cet environnement, représenté par la figure d'attachement, doit offrir une disponibilité émotionnelle et physique harmonieuse, afin de permettre une relation dans laquelle les deux protagonistes trouvent satisfaction et plaisir. La mère doit être sensible aux signaux du nourrisson et s'y adapter en respectant ses rythmes. C'est dans ce contexte que le bébé pourra développer un attachement sécurisé.

L'attachement serait nécessaire à l'établissement des relations sociales (13, p329). Les travaux de Mary Ainsworth, psychologue canadienne, ont enrichi cette théorie : L'attachement permettrait à l'enfant de partir en exploration et de revenir à son point de départ, dès qu'il se sent menacé ou en alerte. Point de départ, la figure d'attachement, est

vécue par l'enfant comme une base de sécurité. Ces allers et retours, vécus comme une prise de risque, renforcent le phénomène d'attachement dans lequel l'enfant est de plus en plus participatif, et lui permettent d'expérimenter un sentiment de sécurité interne. L'attachement serait alors une motivation pour l'exploration.

Il ne s'agit pas ici de reprendre l'ensemble des apports concernant la théorie de l'attachement, mais de retenir que le type d'attachement développé par l'enfant peut conditionner le rapport au stress du sujet qu'il sera plus tard, qu'il fonde son fonctionnement adaptatif. Carlson en 2005 souligne « l'importance que revêt pour l'enfant la présence réconfortante d'une figure relationnelle significative qui pourra l'aider à affronter le stress et la douleur » (25, p44). Pour un enfant avec un type d'attachement insécure, les séparations peuvent être extrêmement stressantes et les bébés peuvent alors confondre la recherche de contact avec l'agressivité, la tension corporelle, voir les pleurs, lorsqu'ils se retrouvent en présence de leur figure d'attachement.

Un attachement sécure se traduit par l'utilisation active de la figure d'attachement par l'enfant et par la confiance que ce dernier lui porte pour réguler ses émotions.

La confiance que porte l'enfant à sa figure d'attachement et à la disponibilité de cette dernière est donc essentielle.

Bowlby décrit un accroissement du comportement d'attachement lors du vieillissement ou de la maladie. Ce comportement est porté par un besoin de sécurité affective et émotionnelle, face à cette rupture qu'est la maladie et en particulier la période d'hospitalisation. Le soignant représente souvent une ressource pour le patient isolé, que ce dernier peut avoir besoin d'investir affectivement, dans ce retour à une dépendance relative. Ce nouveau type d'attachement va être déterminant dans le processus thérapeutique.

➤ Les apports de Spitz sur les effets de la séparation

Nous avons vu l'importance du lien d'attachement, et René Spitz par ses observations et ses recherches montre à quel point une séparation avec la mère et une absence de lien affectif peut être délétère pour l'enfant. (13, p330) Il décrit en 1945 le syndrome d'hospitalisme et montre que le bébé a un besoin vital d'affection. Il a besoin d'être aimé, bercé, qu'on lui porte de l'attention, et pas seulement au travers de soins techniques. Il a besoin d'affection au travers des interactions, et particulièrement avec la mère, que Bowlby nomme la figure d'attachement primaire.

Ce syndrome peut également s'expliquer par le fait que la figure maternelle aide l'enfant à mieux comprendre ce qui lui arrive et évite ainsi que chaque stimulus ne soit vécu comme une

agression. Par son rôle de pare-excitation, elle détoxifie les éprouvés pour les rendre pensables.

La description de cette relation mère-enfant peut faire écho à ce qui se joue entre le patient hospitalisé en oncologie et le soignant. Le patient vulnérable va avoir besoin d'une relation maternante qui pourra venir l'aider à intégrer dans son corps ce qu'il vit comme un débordement et une agression.

➤ **De l'éprouvé au pensable**

La figure maternelle va donc porter l'enfant, autant physiquement que psychiquement, et lui permettre au travers du holding et du handling d'éprouver sa surface corporelle et d'intérioriser ce portage (13, p331). En partant des idées de Bowlby sur l'attachement, Didier Anzieu développe le concept du « moi-peau ». Cette fonction, à l'instar de l'enveloppe corporelle qui protège le squelette, les muscles et les viscères, aide la psyché à se développer et la contient.

La fonction de moi-peau joue, comme dans la théorie de Bion, un rôle de pare-excitation, contre les excès d'excitations externes.

Wilfrid Bion, psychiatre anglais, développe des modèles abstraits pour expliquer la construction de la vie psychique de l'enfant. Pour lui, la mère va accueillir les impressions sensorielles et les émotions de son enfant à l'état brut. Il nomme Bêta ces éléments qui ne peuvent pas être intégrés, pensés, par le bébé, qui sont vécus comme angoissants et déstructurant. Et « par sa capacité de rêverie », la mère va les transformer en élément Alpha, assimilable par l'enfant. La mère va « détoxifier » les stimuli pour les transformer en une pensée. « Ainsi la fonction Alpha constitue la première forme de travail de représentation. » (13, p331)

Cette fonction de pare-excitation amène la mère à doser les moments d'excitation et d'apaisement qu'elle apporte à son bébé. Par des jeux, elle va le stimuler, et à d'autres moments le bercer. Elle accompagne son enfant dans tout ce qu'il vit et permet de donner du sens. Cette fonction va aider ce dernier, extrêmement vulnérable, à se construire un rythme interne.

Ce vécu d'excitations informelles et impensables peut être proche de celui de la personne vulnérable hospitalisée en oncologie, qui se sent débordée par ce qu'elle vit, dans un milieu qu'elle ne connaît pas. Dans ce contexte, l'enveloppe corporelle pourra être une bonne approche pour amener le sujet à ressentir ses limites, donnant ainsi un appui interne à la psyché. En effet, le patient est touché au travers d'actes de soin, dans lesquels ses ressentis

corporels sont peu mobilisés, sauf au travers de la douleur ou de l'inconfort. L'immobilisation, les traitements de chimiothérapie, perturbent les sensations. La pratique psychomotrice peut être aidante pour amener le sujet à retrouver une unité au travers l'investissement de sa corporéité. Les bénéfices de cette pratique seront illustrés en seconde partie.

Le psychomotricien, et plus largement le soignant, doit accompagner son patient, comme le garant de sa sécurité tant physique que psychique. Il doit, comme la mère, veiller à moduler les excitations, alterner soins intrusifs et moments de plaisir ou d'apaisement. Le patient a besoin de ces temps calme pour apaiser la tempête ou la détresse intérieure, et lui permettre de se retrouver un peu lui-même. Il ne s'agit pas de mettre le patient dans une position infantilisante, mais de lui laisser le temps, de l'accompagner dans la mobilisation de ses propres ressources.

➤ De la capacité d'être seul de Winnicott

La première relation duelle est celle de l'enfant avec sa mère (ou sa figure maternelle).

Pour Donald Winnicott, le fondement de la capacité d'être seul réside dans la possibilité pour le nourrisson d'être seul en présence de sa mère. Il ne s'agit donc pas de parvenir à s'isoler de l'autre, mais plutôt de la capacité à vivre la solitude au milieu des autres.

La capacité d'être seul nécessite d'avoir intériorisé le bon objet, d'avoir une relation positive à ses objets internes pour avoir confiance dans le présent et dans l'avenir. C'est par des soins maternels « suffisamment bons » que le sujet pourra acquérir la maturité que cela implique. Ainsi il pourra vivre sa solitude et « être heureux, même en l'absence d'objets et de stimulations externes. » (34, p53) Il s'agit là d'une forme élaborée de solitude puisque l'enfant a déjà débuté sa construction du moi et a réalisé son unité. Il sait qu'il va retrouver sa mère. Cet environnement suffisamment sécuritaire lui permet de savourer le moment de solitude qu'il sait limité dans le temps.

Pour pouvoir être seul pleinement et sans souffrance, il faut avoir acquis la permanence de l'objet, mais aussi que rien ne vienne faire effraction dans cette intégration de l'existence ininterrompue de l'autre.

Une hospitalisation pour une maladie grave vient bouleverser le système qu'est la famille dans sa continuité. La place de chacun au sein de ce système est remise en cause par la possible disparition de la personne malade. Touchés dans leur identité, les proches peuvent ne pas être très disponibles pour la personne hospitalisée. Or la qualité du soutien affectif est déterminante pour l'état de santé du patient. S'il vit une carence dans ce domaine, tant qualitative que quantitative, le patient peut amener les soignants à jouer ce rôle de soutien. Il

faut alors offrir au patient un cadre relationnel suffisamment contenant et sécurisant, afin de réactiver sa capacité à être seul au sens de Donald Winnicott. Le patient est capable d'être seul, sans que ça ne génère de l'angoisse, parce qu'il sait le personnel soignant disponible et à l'écoute. Il se sent alors en sécurité sur le plan affectif, ce qui lui permet d'éprouver sa « relation au moi » de façon positive. La capacité d'être seul traduit une maturité affective. (34, p64)

Savourer la solitude en compagnie de l'autre, ou en le sachant à proximité, est une expérience saine.

On se rend bien compte dans cette description des premiers échanges, que le bébé se construit en interaction avec son environnement sur lequel il s'appuie pour expérimenter et intégrer ses sensations. Cet environnement a un rôle primordial, et la réciprocité d'échanges adaptés est donc essentielle et nécessaire au bébé pour se développer harmonieusement.

L'enfant s'appuiera sur ses sensations pour vivre ses perceptions du monde et pouvoir ensuite se le représenter.

Après avoir décrit certains fondements de la construction de la relation, voyons ce qui se joue pour le patient adulte hospitalisé en cancérologie. Nous pourrions envisager ensuite les enjeux de la relation pour le soignant dans son contexte professionnel.

I. B. Le contexte de la relation pour le patient adulte hospitalisé en cancérologie

L'annonce de la pathologie cancéreuse est un traumatisme. C'est un cataclysme qui entraîne un bouleversement identitaire d'abord, corporel ensuite. Dans la majorité des cas, le mot « cancer » quand il est posé fait basculer le sujet dans un autre monde, il est projeté littéralement comme hors de sa vie. Le cancer est souvent une maladie silencieuse, la personne ne se sent pas malade. Ce sont les médecins qui « rendent » malade par les mots qu'ils mettent sur des images ou des analyses. Le plus souvent ce sont les traitements qui apportent leur lot d'effets secondaires induisant un vécu désagréable voir douloureux et invalidant.

La pathologie cancéreuse induit une rupture et génère souvent de l'insécurité : insécurité sur l'avenir avec la mort qui plane, insécurité dans les relations familiales qui s'en trouvent déstabilisées, insécurité affective renforcée parfois par un sentiment de honte, de culpabilité et d'impuissance. La culpabilité peut venir de la souffrance infligée aux proches, ou de l'impuissance à faire face aux activités du quotidien. La honte peut venir du reflet dans le miroir quand le corps lâche, ou de l'image que la personne malade pense renvoyer aux autres.

L'objet n'est pas ici de décrire précisément cette maladie, mais d'essayer de mieux cerner le ressenti du sujet pour comprendre comment il pourra aborder la relation avec le soignant.

a) Une temporalité différente

➤ **L'entrée à l'hôpital**

Le sujet adulte va être hospitalisé en cancérologie principalement pour les raisons suivantes :

- confirmation du diagnostic ou bilan d'extension,
- en post-chirurgie pour la mise en place des traitements ou une surveillance suite à une complication,
- pour une cure de chimiothérapie,
- Pour un accompagnement des traitements avec une « éducation thérapeutique » (retour à la maison avec une cassette pour la fin de la chimio par exemple),
- pour une aggravation de la maladie et de l'état général
- pour une situation palliative

Il ne s'agit pas de dresser la liste exhaustive des raisons d'une hospitalisation dans un service d'oncologie, mais de prendre conscience des états émotionnels possibles dans lesquels se trouve un patient qui vient pour une hospitalisation dans un tel service.

Essayons de nous mettre à la place du patient qui « entre » à l'hôpital. Ces propos ont été recueillis auprès de Madame A.

L'odeur est particulière dans ce type d'établissement. Et souvent, un sentiment étrange surgit, une anxiété mêlée de méfiance. Le sujet sait dans quel état physique il arrive, mais consciemment ou non, il ignore comment il sera en sortant.

Une fois dans le hall, parfois imposant, il faut s'enregistrer, justifier de son identité. Alors commence l'attente. Puis, les étiquettes en main, vient le moment de rejoindre le service. L'entrée dans le service peut être angoissante : c'est un lieu fermé, habité uniquement par des blouses blanches... il faut trouver celle qui me prendra en charge. Je passe devant des portes fermées, une succession de chambres. Qui se trouve derrière ces portes ? Des patients c'est sûr. Mais sont-ils plus mal en point que moi, ou bien ont-ils la chance de sortir aujourd'hui ? Une porte est entrouverte, je tente un coup d'œil, juste le temps de ne rien voir de précis mais de raviver l'angoisse. Je passe devant une blouse blanche, qui dit bonjour, ou pas, mais qui passe vite son chemin, indifférente à la détresse qui me ronge de l'intérieur. La scène peut paraître surréaliste ou au contraire complètement irréaliste. Puis vient la prise en charge d'un soignant, gentil, qui m'introduit rapidement dans la chambre « je vous laisse vous installer ». Alors commence une nouvelle attente, souvent longue, comme un passage initiatique... ça y est, je suis devenu un PATIENT.

Et cette attente va s'égrainer tout au long des journées, seulement entrecoupées par les interventions des soignants, c'est le rythme si particulier du service hospitalier.

➤ **Le patient cancéreux est dans une temporalité parallèle, hors du temps**

La patience s'impose au patient comme un exercice nécessaire et obligatoire, subi le plus souvent avec fatalisme et résignation.

On peut alors se demander : que représente le temps qui passe face à la maladie ? Est-ce que le temps a la même valeur pour tout le monde et en toute circonstance ? Le temps du patient est-il le même que celui du soignant ? En ont-ils la même perception ? (Le vécu du soignant au sein du système qu'est le service de soins sera abordé dans le C/ de cette première partie).

Avant même l'annonce de la maladie, le patient subit une distorsion du temps.

Sylvie Froucht Hirsch, médecin anesthésiste, mais également malade touchée par le cancer, témoigne de cette distorsion dès la période de doute et d'angoisse qui précède l'annonce du diagnostic, celle de l'attente des résultats d'examen. (11, p27)

« Un nouveau temps d'attente. Quelquefois on voudrait bien planter l'attente ! Tromper l'attente, est-ce occuper le temps différemment ou lui attribuer d'autres unités de temps susceptibles de réduire le temps d'attente qui, à peine débuté, apparaît déjà trop long ? C'est ce temps déformé qui débute, déformé par l'angoisse, temps holographique de la maladie. » Elle exprime à quel point, confrontée à ces moments difficiles, le temps n'est pas le même pour tout le monde. « Evaluation du temps qui passe en attente d'un diagnostic redouté. Temps de l'horloge différent de la durée d'attente du diagnostic. Temps du médecin, temps du patient. Angoisse liée au mot cancer, incertitude face à l'avenir ; fabuleux rappel à la vie immédiate. »

Son mari décrit de son point de vue une attente sans fond, dans laquelle il semble que rien ne peut être maîtrisé. (11, p163)

On observe plusieurs comportements face à cette distorsion du temps. Certains sont très impatients et demandeurs, face aux examens médicaux, aux résultats, on doit leur prodiguer des actes pour qu'ils aillent mieux, pour donner du sens à leur hospitalisation. « Le temps peut être alors pour lui (le patient) une véritable épreuve, vide, inutile et dégradante » rapporte Clotilde Oudot (27, p51). D'autres sujets vont au contraire se conformer au rôle du patient patient, dans « un mouvement forcé », ils subissent un processus physique sur lequel ils n'ont pas de prise. Il peuvent ressentir alors « la pesanteur de chaque minute » (27, p51).

D'autres enfin cherchent à fuir. Et comme il n'y a pas d'issue à la chambre d'hôpital lorsqu'on a du mal à tenir sur ses jambes, « Le temps du sommeil refuge est un gommage du temps qu'on ne veut pas vivre ». (11)

Dans notre société, le sentiment d'exister est associé à l'action ; comme si l'homme avait besoin de se divertir pour ne pas penser à sa condition mortelle. Nous nous présentons souvent par notre fonction, notre profession, notre place dans la famille, nos avoirs. Mais qui sommes nous quand il ne reste plus rien de tout ça ? Clotilde Oudot, infirmière à l'Institut Curie, pose la question « le danger de notre société est d'être dans l'activisme : on ne fait qu'agir, être en projet, tendu vers. Savons-nous simplement être ? » (27, p52)

Le patient sur son lit n'est plus dans l'action, il est immobile, avec pour seul déplacement possible, un mouvement intérieur. Le psychomotricien a là toute sa place pour amener le patient vers ses propres sensations, ses éprouvés corporels. Il peut stimuler ses ressentis, par le contact physique, au travers le toucher-massage par exemple. Il peut aussi les réactiver par des réminiscences, en incitant le patient à replonger dans ses souvenirs et les sensations perçues dans ce vécu antérieur. La pratique psychomotrice, par l'éprouvé, peut stimuler le

patient et susciter une dynamique intérieure, « remettre en mouvement ». Par son action, le psychomotricien invite le patient dans sa temporalité, celle des ressentis, dans l'ici et maintenant.

b) La contribution du temps au sentiment d'exister

➤ **L'immersion dans le temps est nécessaire pour exister**

Pierre Le Coz, philosophe, fait le lien entre temporalité et conscience de soi : « Exister, c'est être arraché à la paisible insouciance du temps présent par le souvenir du passé ou le souci de l'avenir ». (21, p59) Pour lui c'est cette promesse d'un avenir qui donne sens à ma présence au monde. C'est ce qui est « à venir » qui donnera la clé du mystère de ma vie. Cet espoir est retiré à la personne incurable ou sous le choc de l'annonce. Elle ne peut plus exister à travers le temps, ne peut plus se projeter dans un avenir (elle est sans projet). L'avenir c'est la mort, elle est condamnée à vivre dans l'instant. Le monde suit son cours, il n'est pas affecté par ce qui lui arrive, cette sensation d'être hors du temps est très violente pour la personne sous le choc de l'annonce. Alors, une distorsion du temps s'impose à elle. Devant ses yeux défile le temps des autres, celui du monde en général, duquel elle est exclue. S'en suit un sentiment d'injustice, une incompréhension, un isolement et une souffrance, que les autres « ne peuvent pas comprendre ».

Cette distorsion, Pierre Le Coz l'explique par une rupture entre deux éprouvés. Il distingue le temps naturel, de la temporalité. Le temps naturel se définit comme le temps objectif, celui du cosmos et de l'horloge. La temporalité se rapporte au temps « vécu du dedans », le temps psychique, subjectif. Nous expérimentons parfois des distorsions entre ces deux perceptions du temps, en fonction du vécu rencontré, agréable ou désagréable. La maladie provoque elle une rupture entre ces deux notions du temps. « Le temps vécu de la souffrance est l'épreuve d'une démesure. » (21, p62) Au sens littéral, le temps ne peut plus être mesuré. Le temps est alors vécu comme interminable, qui « se refuse à passer ».

Habituellement, le regret lié au temps qui passe fait l'objet d'une compensation, « je ne suis plus jeune mais j'ai gagné en maturité », mais pas dans le cas de la maladie grave, vécue comme absurde. Autre absurdité pour la personne malade, « les soignants disent souvent aux malades de « bien se reposer » mais le repos forcé de la maladie ne libère des fatigues du quotidien que pour ouvrir cette fatigue lié au poids de l'existence. » (21, p62) Le repos de la maladie, la mise à distance de celle-ci est impossible. C'est bien ce qui rend le temps incohérent et sans fin, à l'image de l'insomnie qui touche souvent ces patients, et qui revient à vivre une vigilance sans aucun but.

Sylvie Froucht Hirsch exprime qu'au cours de la maladie, même si le patient est en arrêt maladie, qu'il ne fait rien de ses journées, il n'a pas de « temps libre ». La maladie ne laisse pas de temps libre. Le « temps libre » est parasité par les contraintes ou les effets secondaires des traitements, de la chirurgie. (11, p120) Pour elle, la maladie définit « le nouvel espace-temps du quotidien ».

Pierre Le Coz parle lui de structure diachronique du temps vécu par le patient sans espoir de guérison. Il entend par là une temporalité fragmentée, des éléments de vie juxtaposés sans fil conducteur, « une succession d'instant qui se suivent sans s'enchaîner. ... L'instant, n'étant plus l'indice d'un projet existentiel d'ensemble, devient un élément ponctuel insignifiant. » (21, p70)

➤ **L'absurdité du temps confrontée à la mort**

Cette absurdité du temps de la maladie est liée également à la peur de la mort.

Au départ, cette peur de la mort est la condition même de la survie de l'espèce. C'est elle qui nous permet d'avoir cet « instinct de survie » qui nous éloigne des conduites addictives par exemple. Cependant, si chacun sait qu'il va mourir un jour, nous vivons comme si ce n'était pas le cas, nous n'y croyons pas, nous remplissons nos vies encore et encore pour éloigner la mort certaine. Mais dès l'instant que le mot « cancer » est prononcé, un mur se dresse, et cette fin définitive, la mort, apparaît dans le champ de la pensée. La personne bascule alors dans un monde qui a une fin. Chacun va réagir différemment à cette effraction, par le déni, l'effondrement, l'acceptation, ou en passant par différentes étapes ; mais toutes les personnes à qui on annonce une maladie potentiellement incurable y sont confrontées.

« La guérison morale apparaît avec l'acceptation de l'idée de mort et la compréhension qu'indépendamment de la maladie nous sommes mortels. On retrouve cette notion dès lors qu'est assimilé le sentiment que la maladie ne peut faire mourir, puisque du simple fait de ma condition d'humain je suis un être mortel. » (11, p104). Cette approche de Sylvie Froucht Hirsch n'est possible que rétrospectivement, alors qu'elle est en rémission ou a l'espoir de s'en sortir. Le malade au cœur de la tourmente se sent le plus souvent désœuvré, perdu, pour lui la maladie c'est la mort.

Pierre Le Coz reprend la théorie d'Elisabeth Kübler-Ross pour qui un rapport apaisé à la mort est possible si tant est que l'annonce ait été faite avec tact et prévenance. Elle décrit cinq phases « du mourir », qui sont également les phases du deuil : le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Pour laisser une chance au patient d'aller vers cet apaisement et de retrouver une conscience de soi, il faudrait lui permettre de traverser ces cinq

phases, ce qui sous-entend d'être sincère et authentique avec lui, sans mensonge ni faux semblants.

Le psychomotricien, par sa présence non contingentée par un acte technique ou de nursing peut se laisser happer par la temporalité du patient. Au travers la communication non verbale, le dialogue tonico-émotionnel (qui sera décrit plus loin), il s'engage corporellement dans une présence soutenante qui peut aider à rompre l'isolement.

Cette distorsion du temps évoquée plus haut renvoie à la solitude et fait écho à la capacité d'être seul. En effet, la personne malade voit les autres poursuivre leur vie, se sentant « à côté », avec beaucoup de difficultés à prendre part au temps qui se déroule devant ses yeux, y compris parfois une fois l'annonce passée.

c) La solitude, une perception singulière

➤ **L'immense solitude dans ce temps de la maladie**

« Etre malade, même bien entouré, c'est être seul. Seul face à l'angoisse de l'avenir, sentiment très fort au début et qui s'estompe plus le temps passe. Seul à subir ou à bénéficier des traitements ; on n'est pas au cinéma... (il) n'y a pas de doublure lumière ! ... La maladie déforme le temps, pousse le patient à faire l'expérience de la solitude.» (11, p131-132) C'est ainsi que Sylvie Froucht Hirsch témoigne de sa solitude.

La maladie pousse le patient dans l'angoisse du temps présent, l'incertitude du futur, le regret du passé. Il n'y a plus de réconfort possible dans un demain plus radieux, le temps de la maladie est celui de l'angoisse et de la souffrance du présent.

A plusieurs reprises dans son témoignage, Sylvie Froucht Hirsch fait part de l'obsession que constitue la solitude face à la maladie.

Emmanuel Hirsch, son mari, Directeur de l'Espace Ethique Ile de France et Professeur d'éthique médicale à la faculté de médecine Paris-Sud, s'exprime en ces termes sur le sujet : « La solitude du malade ne se limite pas à la perte de l'estime de soi. Elle marque la séparation, l'exclusion du lieu qu'habitent les vivants. Cette renonciation contrainte est à tant d'égards assimilable à une perte de vie, à une injustifiable diminution de la faculté de penser la survie, d'envisager la guérison » (11, p149).

Les proches sont également touchés par cette solitude, qui s'associe au sentiment d'impuissance et le majeure.

La réponse face cette détresse que représente le sentiment d'être seul est l'engagement de non-abandon, en premier lieu du personnel soignant dans un contexte d'hospitalisation, et particulièrement dans la phase palliative, qui marque l'arrêt des traitements curatifs.

Mais la solitude est avant tout un ressenti subjectif de la part de la personne malade. En effet, certaines personnes peuvent être isolées sans pour autant souffrir de solitude ; quand d'autres éprouveront une solitude insondable en étant très entourés.

Une explication est approchée par Sylvie Froucht Hirsch qui parle du temps anamorphose, déformé par les émotions. (11, p133) Le temps serait plus difficile à vivre en fonction des ressentis, comme la douleur, la tristesse, l'angoisse, prismes majorant la distorsion du temps. Il s'agit bien là d'être vigilant et de prendre soin du contexte émotionnel du patient, contexte éminemment subjectif car il est le résultat d'une perception singulière.

➤ Une perception subjective et singulière

La phénoménologie édicte que le sujet se construit au travers de ses expériences. Cette pensée philosophique sur laquelle Julian de Ajuriaguerra s'appuie est un rapport de soi au monde, une science de l'expérience corporelle (15, p202).

Chaque expérience va être éprouvée de façon unique par chacun, car elle met en jeu les organes sensoriels propres à chaque sujet. La sensation est ensuite analysée par le sujet au travers le filtre de ses expériences précédentes, de son histoire chargée d'affects, de sa culture. Nous voyons bien là combien le filtre de la perception est éminemment subjectif. Chaque situation va donc être vécue de façon singulière, par deux personnes différentes, mais aussi par un même sujet suivant le contexte.

Chaque rencontre va donc être unique, le contexte et l'état interne des deux partenaires étant différent suivant le moment.

Pour Merleau Ponty le corps existe parce qu'il perçoit, mais aussi parce qu'il est perçu, visible de l'autre. Cela sous-tend un réajustement permanent des ressentis de l'un et de l'autre au travers cet espace d'échange qu'est la relation.

Ce réajustement peut être soutenu par le psychomotricien, qui va proposer des expériences corporelles (relaxation ou toucher-massage par exemple).

Françoise Giromini précise que « l'expérience corporelle construit la conscience, la temporalité et la spatialité » (15, p203). Cette vision des choses est au cœur de la pratique psychomotrice. Accompagner et stimuler la diversité des sensations agréables peut restaurer, chez le sujet hospitalisé, une conscience de soi unifiée dans un vécu temporel partagé.

Le patient a donc sa propre perception du service de soin hospitalier, qui représente un cadre à la fois effrayant et contenant, protecteur. « il y a toujours quelqu'un pour moi s'il m'arrive quelque chose de grave ».

Ce cadre est perçu différemment par les soignants. Ils évoluent eux dans leur cadre professionnel, au sein de leur propre espace temps. Nous voyons bien là le chevauchement de deux vécus, diamétralement différents. Mais avant d'observer cet espace de rencontres et d'interactions entre soignant et soigné, voyons les contraintes, pour le professionnel de santé, qui vont influencer la relation.

I. C. Le cadre d'exercice de ces métiers de la relation

Il ne suffit pas de dire que l'essence des métiers du soin est de prendre soin pour qu'il en soit ainsi. Ces métiers sont des métiers de la relation. Ce n'est jamais simple d'aller à la rencontre de l'autre, surtout quand il souffre, ou pire, quand les actes à réaliser « pour son bien », pour le soigner, sont susceptibles de lui apporter des souffrances supplémentaires.

Le cadre qu'offre le service hospitalier, les valeurs communes, vont permettre à ces professionnels de santé d'élaborer ensemble et d'éviter l'isolement.

a) Le service hospitalier : un système particulier

Les professionnels de santé évoluent dans un cadre, le service, qui fait partie d'une organisation plus importante, le pôle, au sein d'un établissement hospitalier. Chaque professionnel participe à un système : l'équipe de soin.

➤ **La relation au cœur d'une approche systémique de l'équipe de soin**

L'équipe soignante est un ensemble cohérent d'éléments organisés en interaction, avec en plus un objectif commun et partagé : apporter les meilleurs soins possibles à la personne malade.

Le tout est plus que la somme des parties. Cette phrase illustre le concept de globalité, propriété spécifique du système complexe. Il ne s'agit pas de penser l'équipe comme la somme des individus, mais bien de considérer que le bien être du patient est davantage la résultante des interactions au sein de l'équipe, dans un objectif commun. On trouve ici l'idée d'une interdépendance des éléments du système et d'une cohérence de l'ensemble. Chaque soignant intervient en fonction des soins de l'autre. L'aide soignant peut avoir besoin que l'infirmier donne un antalgique pour éviter des douleurs pendant une toilette par exemple. Ou encore, pour que les soins soient réalisés en toute sécurité, il faut que les locaux soient propres et bien entretenus.

Ce système cohérent est avant tout dynamique. En son sein, la relation entre les constituants du système pris deux à deux, l'interaction, se déploie dans un rapport d'influence et d'échange. Le système se réajuste en permanence au travers de boucles de rétroaction. Ces boucles sont dites positives, quand elles portent la dynamique de changement, ou elles sont dites négatives, quand l'enjeu est le maintien du système en l'état.

Les lois qui régissent le groupe vont être à la fois explicites (code de déontologie, règlement intérieur, règles de bonnes pratiques par exemple) et à la fois implicites (valeurs de l'équipe). Elles viennent se confronter aux valeurs, aux croyances et aux représentations individuelles, qui peuvent venir mettre le système en tension.

D'autant que dans cette approche constructiviste, l'observateur est co-auteur du système. L'observateur est forcément en interaction, donc il va avoir une action sur le système, qu'il va venir influencer, modifier. Le patient va être un observateur qui va être inclus dans le système « équipe de soin », et le soignant va être un observateur pour le système familial du patient, avec une possible inclusion quand l'hospitalisation dure et que des liens affectifs se mettent en place.

On voit bien là se dessiner un espace de relation soignant-soigné, à la frontière de deux systèmes qui interagissent entre eux et qui s'influencent inmanquablement.

Dans cette approche systémique, le psychomotricien, comme tout autre professionnel, est à la fois dedans et dehors. Son attention portée aux éprouvés corporels en fait sa spécificité. Par sa présence à la fois impliquée et distanciée, à l'écoute de ses propres ressentis, il est au plus près de l'expressivité des corps. Par ce regard spécifique sur le sujet dans son corps, il peut aider à comprendre ce qui se joue dans la relation pour chacun des protagonistes.

➤ **L'équipe : porteuse de la qualité des soins par la qualité de ses liens**

Une étude de Marc Dumas et al. de 2016 (5) place la notion d'équipe comme socle « pour agir sur les leviers de la qualité des soins que sont l'échange d'information et le partage des savoirs » (5, p47). Le décroisement entre les professionnels de santé, dans une unité d'objectifs et de valeurs, permet le partage d'expériences et de savoirs.

Pour la Haute Autorité de Santé (HAS), « une équipe est composée de plusieurs professionnels de santé qui collaborent, s'entraident et se coordonnent pour atteindre des objectifs partagés, centrés sur la prise en charge du patient, et dont ils se sentent collectivement responsables » (36). Les mots utilisés, comme échange, partage, collaboration, entraide, montrent bien que le bon fonctionnement de l'équipe dépend des relations en son sein. L'HAS reprend également la littérature scientifique pour montrer que la qualité du travail en équipe impacte la sécurité du patient. (36)

Il ne s'agit pas ici de rentrer dans une analyse du fonctionnement d'une équipe de soin, mais d'insister sur les enjeux des interactions, sur l'atmosphère de confiance, et l'importance de la proximité cognitive, favorisée par une unité de lieu.

La coordination des membres de l'équipe, cependant, peut s'avérer difficile et coûteuse. Par contre « si les liens sont forts, on observe un sentiment d'appartenance communautaire » (5, p48). Ce qui peut apporter le soutien nécessaire susceptible de contrebalancer une charge mentale et émotionnelle élevée. Madeleine Estryn-Béhar le confirme, « le soutien et la solidarité sont des conditions favorables pour améliorer la sécurité et la sérénité des soignants, et la qualité du travail qu'ils réalisent. » (6, p13) Cependant Marc Dumas et al. signalent des travaux indiquant qu'un groupe trop soudé, refermé sur lui-même, pourrait être moins performant (5, p51).

L'équipe, dans un processus dynamique, est en perpétuel ajustement. L'équilibre de ce système nécessite à la fois une ouverture et du soutien. Nous verrons par la suite comment le psychomotricien peut soutenir ce processus au travers une pratique corporelle.

➤ **La temporalité de l'équipe soignante : une organisation codifiée**

L'organisation du service de soin est un cadre contenant mais aussi contraignant. La relation de soin est très codifiée. Elle nécessite que chacun connaisse son rôle, lié à une identité sociale préétablie. Les actes infirmiers par exemple, répondent à des techniques apprises et strictes, qui nécessitent une chorégraphie précise avec un comportement attendu de la part du professionnel comme du patient. On attend par exemple du patient qu'il ne bouge pas le bras pendant une prise de sang, et de l'infirmière qu'elle pique correctement du premier coup, et sans faire mal si possible.

Il en va de même pour les autres professionnels de santé.

Cette codification et cette répétition des actes de soins, qui rythment la journée du patient et stabilisent la relation soignant-soigné, apportent de la sécurité aux professionnels et favorisent leur efficacité.

Monique Formarier distingue l'interaction de la relation. « Si des situations de soins ne nécessitent que des interactions entre le patient et les soignants, la plupart des prises en charge des patients devraient être basées sur des relations. » (10, p35)

On trouve beaucoup plus d'affects et de représentations dans la relation. Ces représentations ont un ancrage à la fois psychologique (au travers la construction et l'histoire du sujet) et social (lié à l'élaboration de savoirs ou valeurs partagés par un groupe). La sensation d'être un « objet de soin » sera d'autant plus renforcée si les interactions sont de type informatif ou éducatif.

On en demande beaucoup aux soignants, et la priorité, ce qui est quantifiable, ce sont les actes techniques. La quantité de tâches à accomplir nécessite une hiérarchisation dans un temps

défini, qui ne rencontre pas toujours la temporalité du patient. Pour Claire Marin, « le soin, comme l'éducation, sont des domaines où idéalement le temps ne devrait pas être quantifié » (24, p136). Bien sûr cette comptabilité du temps est dictée par des exigences financières. Mais prendre le temps, permet au patient comme à l'équipe d'intégrer les événements. Certains vont penser que ça va trop vite, d'autres pas assez. C'est une difficulté pour le soignant, soumis au rythme de l'institution, que de respecter le plus possible le temps singulier du patient. Ce dernier est souvent contraint de s'habituer au rythme du service, au rythme des soins (17). Le soignant en est conscient, et ce manque de temps à consacrer au patient peut engendrer de la souffrance.

Pour Clotilde Oudot, « le temps vécu à l'hôpital par le soignant est d'abord relatif à celui mesuré par une montre » (27, p47). Les journées sont une succession de mouvements, voir une course contre la montre, dont le soignant doit rendre compte (par des transmissions écrites et orales). Ce rythme externe, parfois dans une temporalité d'urgence, se retrouve alors en inadéquation avec le rythme interne du soignant, ce qui a des conséquences sur sa qualité de vie au travail. Le bien-être au travail et la disponibilité psycho émotionnelle du soignant a des répercussions sur les patients.

On voit bien là l'opposition entre le temps objectif du professionnel et le temps subjectif du patient. Pourtant, ces deux temporalités se croisent dans l'intimité de la relation, dans la rencontre. C'est là que l'implication personnelle du soignant n'est pas mesurable. Certains professionnels, comme le psychomotricien ou le psychologue, ont le luxe de prendre le temps. Ce qui leur confère une place particulière dans l'équipe, avec pour contrainte de s'adapter au temps des uns et des autres.

Mais malgré les contraintes temporelles qui s'imposent à lui, les nombreux actes de soin à réaliser, on exige du soignant qu'il prenne soin du patient. Mais qu'est-ce que recouvre ce « prendre soin » ?

b) Le prendre soin

« Le prendre soin » est l'essence du savoir être du soignant, l'arrière fond de sa pratique (l'acte technique de soin). Ce « prendre soin » se concrétise dans chaque rencontre pour le psychomotricien, et il s'agit là de sa pratique tout entière.

➤ **Il y a de l'amour et du respect dans le soin**

Eric Fiat reprend l'étymologie du mot « amour » et fait le lien avec le soin. Pour lui, « on ne peut pas aimer sans soigner et on ne peut pas soigner sans aimer » (9). En français, un seul mot, « amour », décrit des sentiments bien différents. En grec il existait plusieurs mots : Eros (le désir), Philia (l'amitié), Agapè (l'amour universel). Ce dernier, Agapè, fut traduit par caritas en latin, qui donna le mot charité. Hors jusqu'au XXème siècle, le mot charité désignait à la fois un sentiment et un bâtiment (établissement tenu par des religieuses où on accueillait les personnes malades et où on leur prodiguait des soins). Aujourd'hui, on a substitué à l'amour du prochain (le premier venu), le respect de la dignité de la personne humaine. Le respect universel est plus facile que l'amour universel, et l'exigence sur les épaules du soignant s'en trouve moins lourde.

Mais le respect passe par l'attention à ce qui fait la singularité de l'autre, dans ce qu'il a d'irremplaçable et d'unique. C'est aussi lui redonner un sentiment de dignité, lui « redonner, par des petits gestes, le sentiment que l'existence est encore un cadeau » (9). C'est dans ce souci de l'autre que le prendre soin se déploie.

➤ **Une vigilance de chaque instant pour le soignant**

Le prendre soin ou l'éthique du soin, au delà des mots, se perçoit dans le soin que reçoit le patient tous les jours, dans chaque contact. Walter Hesbeen parle d'une « éthique concrète qui imprègne le quotidien des pratiques » (19). Il est attendu du soignant qu'il mesure l'impact de son comportement sur sa relation au patient. Il est important qu'il prenne conscience de l'importance du choix des mots qu'il utilise. Pour que le patient puisse se vivre comme sujet, il convient de l'associer à ce qui le concerne, en lui demandant son autorisation pour chaque soin : « est-ce que je peux vous faire votre pansement ? » plutôt que « je viens vous faire votre pansement ». Respecter le choix du patient c'est lui redonner une place de sujet autonome, qui peut décider par lui-même (quand il est en mesure de la faire). Quand le patient accepte, l'adhésion au soin proposé est alors facilitée.

L'autre n'est pas l'objet des bonnes pratiques du professionnel. Le soignant est souvent considéré et se considère comme un expert de savoirs et de techniques de soin, ce qui est vrai. Mais personne n'est l'expert de l'existence de l'autre. L'équipe doit permettre à chacun de faire preuve de vigilance, de se montrer soucieux de l'impact de ses manières de faire et d'être dans la relation à autrui, envers le patient, mais aussi envers ses collègues, la famille ou les intervenants extérieurs. Ce qui pose la question de la culture de l'établissement, du service. Comment les rapports humains sont perçus, vécus ? La communication, la parole est-elle fluide, facilitée, ou bien existe-t-il des non-dits ? Quelle importance est donnée à chacun,

dans une organisation plutôt hiérarchique ou coopérative ? La culture, l'atmosphère du service, vont avoir un impact sur la relation soignant-soigné.

Walter Hesbeen rappelle que « le prendre soin n'est la propriété de personne, mais relève bien de la responsabilité de chacun » (19)

➤ **L'attention portée au langage**

Le patient est avant tout un sujet, il est préférable d'éviter de parler de « malade », mais plutôt de « personne malade ». La maladie est l'objet qui requiert l'attention du médecin. Le rapport qu'on entretient à l'objet et le rapport qu'on entretient au sujet n'est pas de la même nature (19). C'est pourquoi il convient de se méfier du piège langagier du verbe être. Le patient n'est pas la maladie. De même il vaut mieux éviter de dire qu'un patient « est difficile », pour éviter de le stigmatiser et ainsi se dédouaner de tout questionnement. Le patient a une sensibilité exacerbée, et donc il ne réagit pas comme habituellement. Il est important que le soignant préserve cette vigilance qui lui permet de s'interroger sur la difficulté qu'il ressent avec le patient. Sa difficulté n'est pas de la responsabilité de l'autre. Les mots ont un impact que nous mésestimons et auquel il convient de porter une grande attention.

Patient et soignant évoluent dans deux mondes très différents, pourtant au sein d'un même espace partagé. Leurs perceptions, leur temporalité, leur vision de la situation, semblent diamétralement opposées. Ils sont pourtant contraints de se rencontrer dans une situation donnée, de par son activité professionnelle pour l'un, de par l'altération de son état de santé pour l'autre.

Le patient subit la situation. Et si, de fait, il est acteur de la relation, sa détresse, sa souffrance, lui rendent difficile toute prédisposition positive. C'est le soignant qui doit faire la démarche d'aller vers, de s'engager dans cette relation. Relation qui va devenir thérapeutique parce qu'elle est porteuse de soin, du souci de l'autre.

Au delà du contact physique imposé par les soins, il faut une intention, un respect de l'autre dans ses croyances et ses représentations. Les représentations sociales influencent les relations de soins. Prenons la notion de bon ou de mauvais malade. Le soignant, s'il s'arrête à la non-compliance du patient par exemple, sans prendre en compte son contexte culturel ou sa compréhension de la situation, pourrait se sentir heurté, mettre le patient à distance et le voir comme un objet de soin.

La prise en compte des théories profanes (croyances, représentations) est un élément clé dans la mobilisation des ressources de la personne. Ressources du patient pour aller mieux, ressources du soignant pour investir la relation sans s'épuiser. Le souci de l'autre doit intégrer ses croyances, son contexte culturel et familial, son histoire, même si celle-ci nous est étrangère. Ce qui implique de toujours remettre en perspective la réaction du patient, à défaut de pouvoir en comprendre le contexte global. L'agressivité n'est pas destinée personnellement au soignant, mais la douleur, le manque d'intimité, une parole vécue comme déplacée par le patient, peuvent générer une réaction difficile à comprendre. Le choc des cultures et des représentations est parfois violent. Accepter le patient tel qu'il est n'est pas si simple, demande une ouverture d'esprit et une grande humilité.

Après avoir posé le contexte du rapport entre soignant et soigné, intéressons-nous plus spécifiquement à la construction de la relation qui va se nouer entre les deux. Une relation est souvent qualifiée : relation affective, professionnelle, cordiale, étroite, tendue, mauvaise... Celle qui va nous intéresser est la relation dite thérapeutique.

II. la co-construction de la relation thérapeutique

Nous allons maintenant nous intéresser à la construction de la relation thérapeutique entre le patient adulte hospitalisé en oncologie, et le soignant qui exerce dans ce service.

On a vu à quel point le patient cancéreux est bousculé, meurtri, affecté jusque dans son identité. C'est au-delà d'une perte de repères, et on entrevoit combien, dans cette situation, son adaptation dans la relation risque d'être difficile. Le soignant, lui, est dans son cadre professionnel. Il peut offrir au patient un support salvateur pour l'aider à mettre du sens, lui offrir un accompagnement de l'impensable (l'annonce ou l'aggravation de sa pathologie).

Le cadre de cette relation, portée par les valeurs du service

Cette relation, toujours entre deux singularités, va s'épanouir grâce aux valeurs qu'offre le cadre du service hospitalier. Le souci de l'autre, la dignité, le respect, la compassion, définissent aussi des limites qui préservent la qualité de la relation. Ce cadre relationnel contenant représente un environnement malgré tout sûr pour le patient, où il pourra être écouté, se reposer et trouver des ressources.

Mais cette relation entre le soignant et le soigné ne va pas de soi. A minima, et de fait, on assiste à des interactions entre les deux. Pour que ces interactions deviennent relation, il faudra une intention de la part des deux protagonistes. Chacun apporte de lui-même et interagit avec l'autre pour collaborer, dans une interdépendance étroite, à l'élaboration d'une relation. Il en est de même pour toute relation, et donc pour la relation thérapeutique qui caractérise les échanges harmonieux entre soignant et soigné. D'autant que petit à petit, le patient va développer des compétences sur sa maladie et le système de soin. Il va pouvoir apporter ses éléments de construction s'il est reconnu comme co-acteur, sur un pied d'égalité, par le soignant.

Nous allons tenter, dans cette deuxième partie, d'explorer certains éléments de cette co-construction et montrer qu'elle est au cœur du processus thérapeutique pour le patient. Il ne s'agit pas là d'être exhaustif, mais d'apporter des éléments de réflexion. Cette partie sera abordée à l'image d'une co-construction, en apportant tout d'abord des matériaux nécessaires à

la compréhension de cette relation, puis en explorant à chaque étape chacun des points de vue, celui du patient, puis celui du soignant.

Bien sûr, la famille, l'ensemble de l'équipe, parfois des intervenants extérieurs interagissent également avec cette relation. Nous avons vu précédemment l'approche systémique de ces interactions. Ce mémoire s'attache davantage à la construction de la relation duelle, en essayant à chaque pas, de montrer la plus value du regard du psychomotricien et en quoi sa présence dans une équipe hospitalière en oncologie adulte peut soutenir cette co-construction de la relation thérapeutique.

II. A. La relation passe avant tout par l'infra-verbal

L'essentiel du message délivré ou reçu passe par la communication infra-verbale. Le décryptage de ce langage corporel, qui ne se limite pas à l'observation, est donc essentiel à la compréhension de l'autre. Le tonus est le fondement de cette expressivité.

a) Le tonus dans la relation

➤ **Le tonus comme fondement de l'expressivité corporelle**

Le corps subit en permanence des modifications de son tonus, au travers des contractions et des relâchements qui permettent un ajustement au contexte, externe comme interne. Le sujet doit réagir à une situation, s'arrêter, se mettre en mouvement, ou simplement maintenir son homéostasie face au champ terrestre, ou encore s'adapter à ses sensations internes (fonctionnement des organes, douleur, émotions...).

Ces variations de tensions nous intéressent particulièrement quand elles concernent les muscles posturaux et les muscles d'expression. Elles s'étayent des affects et des représentations du sujet pour assurer une fonction de communication.

Suzanne Robert-Ouvray et Agnès Servant-Laval attribuent 3 fonctions principales à la tonicité (30, p175) :

- rencontrer l'autre en soi
- se rencontrer soi-même
- rencontrer le bébé qui n'a pas encore de langage parlé.

La rencontre avec le bébé pourrait sembler hors de propos mais elle permet de mieux comprendre l'implication du tonus dans les échanges qui nous intéressent.

Pour Pierre Delion, la « maîtrise par l'enfant de son tonus et de sa muscularité » est un véritable effecteur des émotions. Il explique que dès in utero, il y a des interactions toniques et émotionnelles. Les parois utérines assurent une fonction contenant. A la naissance, le bébé va exprimer ce besoin d'être porté, contenu dans les bras de sa mère. Si ce besoin n'est pas satisfait, il va se tendre. Pour Pierre Delion, cette fonction messagère du tonus est fondamentale (4, p85). Il propose de rajouter le tonus comme signe d'appel de la théorie de l'attachement décrite par Bowlby (le pleur, le regard, le cri). L'hypertonie serait à la fois un signal d'appel, et parfois pour le bébé une manière d'exister par lui même quand la figure maternelle ne joue pas son rôle de mère suffisamment bonne. C'est une façon de se rencontrer soi-même. Suzanne Robert-Ouvray et Agnès Servant-Laval décrivent la tonicité comme un « baromètre interne », sur le mode agréable ou désagréable, dans l'hypo ou dans l'hypertonicité (30).

De par sa formation et ses pratiques corporelles, le psychomotricien est sensibilisé à observer ses propres variations toniques, autant que le tonus chez son interlocuteur.

➤ **Le lien inconditionnel entre tonus et émotion**

Revenons sur une des fonctions principales du tonus décrites par Suzanne Robert-Ouvray : aller vers l'autre. Le tonus a une dimension relationnelle (30). Marie-Sophie Bachollet et Daniel Marcelli reprennent le concept de dialogue tonico-émotionnel de Julian de Ajuriaguerra, qui « serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre » (2, p14).

L'étymologie du mot émotion raconte ce partage, puisque qu'il vient du latin « motio », le mouvement et « e », « qui vient de ». L'émotion pourrait ainsi venir de l'autre et me toucher, et réciproquement. Elle est avant tout un mouvement.

Si « les mots manquent aux émotions » (Victor Hugo, *le dernier jour d'un condamné*, 1829), « les émotions se prêtent souvent mal aux mots » (1, p9). Elles se trahissent cependant au travers la prosodie, le rythme de la voix, le rythme cardiaque ou respiratoire, la sudation, et sont perceptibles au travers les variations de la tonicité musculaire. Le sujet va ressentir une émotion qui va immédiatement se traduire dans le corps, au travers de l'organisation chimique

cérébrale, puis va se transmettre aux muscles. Mais cette réaction est liée à l'histoire du sujet, à la manière dont il perçoit le monde, à ses expériences de vie. « L'émotion est la face visible des affects du sujet » (1, p10) qu'il va exprimer dans son corps.

« Le tonus soutient en permanence le système émotionnel. Il est la chair de l'émotion » (30, p175).

Si l'ensemble des signes infra verbaux corrobore ce qui est dit, si l'ensemble de ces éléments sont congruents, alors un sens, une signification peut en émerger. Si les signes perçus sont incohérents, voir contradictoires, alors le message est confus, à l'image d'une cacophonie. « La discordance entre les divers canaux de communication brouille l'émergence d'un sens » (2, p17). Il arrive qu'un patient agace fortement un soignant. Peu importe les circonstances. Si le soignant est au prise avec une lutte interne, entre empathie et rejet, même s'il fait l'effort de rester courtois, poli et agréable, son langage corporel risque de perturber son message oral, et le patient le ressentira, consciemment ou non. Ce concept dit des « injonctions paradoxales » a été mis en lumière par les chercheurs de Palo alto. Il peut en résulter de l'agressivité, un agacement partagé, une rencontre manquée qui n'aboutira pas à une relation thérapeutique, au sens d'une relation bénéfique et apaisante pour le patient.

Les émotions vont modifier le tonus, mais la réciproque est aussi envisageable, le corps, parce qu'il est malmené par une pathologie ou un traitement, peut se retrouver en hypo ou en hypertension, et risque de bloquer l'expression des émotions. Le toucher thérapeutique peut alors aider à libérer les émotions.

➤ **Le toucher dans la relation**

Le toucher est un mot polysémique, qui peut porter à confusion, et nous interroge sur son sens dans la relation.

Le tact est le premier sens à se développer in utero et le dernier à mourir. « Cependant, comme pour les autres sens, il est nécessaire de le stimuler pour garder sa sensibilité. Le toucher permet la conscience de l'unité corporelle, de la continuité du corps. » (14, p100).

Le toucher évoque la peau, et au delà. En effet, celle-ci est fondamentalement soutenue par la chair, les muscles, et donc le tonus.

Le toucher est à la fois un contact physique et une émotion partagée. Ne dit-on pas « je suis touché » pour exprimer l'une ou l'autre de ces composantes ? Odile Gaucher-Hamoudi nous incite à prendre des précautions avec cette approche. « Face à cette implication émotionnelle, le soignant doit faire preuve d'une grande prudence quant à l'instauration de la relation qui commence. » (14, p95)

Le soignant doit d'abord préserver la bonne distance (distance sociale) pour reconnaître l'autre dans son individualité. Puis il se rapproche progressivement en s'ajustant en fonction de ce que le patient lui donne à voir. Ce dernier doit manifester l'envie d'être touché, il doit explicitement donner son accord. « Le toucher semble redevenir un mode de communication particulièrement privilégié pour les patients en fin de vie, tout comme le timbre de voix. (...) Le besoin relationnel du patient en fin de vie montre que ce qui est essentiel au début de la vie, l'est tout autant à la fin. » (14, p95). La maladie grave peut entraîner une forme de carence sensori-tactile, ces patients sont moins touchés par leur entourage. « Pourtant être touché est toujours un besoin pour ces personnes malades, tout comme pour les personnes saines » rappelle Marc Guiose (18, p681). S'en suit une forme de dépendance où cette préoccupation maternante du soignant est appréciée.

Le toucher possède également une caractéristique fondamentale, par rapport aux autres perceptions sensorielles : la réciprocité. En même temps que je touche, je suis touché par l'autre. De fait, celui qui touche s'engage corporellement. C'est vrai pour le psychomotricien, mais aussi pour l'aide-soignant ou l'infirmier, qui sont tous les trois dans un contact intime.

b) Le vécu du patient

➤ **Le tonus porteur de communication chez le patient**

Nous l'avons vu, le corps de la personne atteinte d'un cancer est mis à rudes épreuves. La douleur, l'angoisse, vont mettre les muscles en tension. Cette tension va se traduire par des postures, des mimiques, des mouvements qui vont exprimer l'état tonique de la personne. Ce que dit le corps est un élément de communication essentiel pour le psychomotricien, attentif à son expression. Le soignant sera vigilant à la douleur, mais ne cherchera pas forcément à identifier l'ensemble des messages du langage corporel. Certaines postures par exemple peuvent favoriser l'inconfort et la hausse tonique sans qu'il soit encore question de douleur.

Bernard Golse (16) rappelle qu'il n'y a pas d'un côté le corps et de l'autre l'esprit, La psychomotricité se fonde dans l'approche globale du sujet. Pour de nombreux auteurs, la psyché s'origine dans le corps. C'est un concept encré également en psychomotricité dans le sens où le symbolisme, les représentations, se construisent à travers les perceptions et les interactions du corps avec son environnement. Nous comprenons ainsi que l'expressivité du corps reflète qui nous sommes.

Au delà de la communication unidirectionnelle, le dialogue tonique est comme une contagion qui passe d'un corps à l'autre. Il utilise différents canaux, conscients et inconscients : les tonalités de la voix, la lumière du regard ou au contraire un regard fuyant, les silences. Les modalités d'expression sont très nombreuses et parfois subtiles.

Lorsque le corps ne répond plus au point de devenir dépendant d'un tiers, pour la toilette, les déplacements, l'intervention de l'autre peut être vécue comme une effraction. Il existe alors un risque que le patient se réfugie dans la psyché et abandonne son corps au soignant, renonçant par là à investir la relation.

➤ **L'approche corporelle : favoriser la disponibilité dans la relation**

C'est la qualité émotionnelle du tonus qui donne vie et sens à ce que le patient est en train d'éprouver. Le psychomotricien peut faire une narration affectée de ces éprouvés, pour leur donner du sens, et ainsi rendre possible l'intégration du vécu corporel du patient. Cette narration emprunte d'émotions remet le patient en mouvement vers une relation.

Cette approche corporelle pour favoriser les éprouvés peut prendre différentes formes, comme par exemple :

- **Stimuler les sensations**, explorer les perceptions pour induire le mouvement.

Le dialogue tonique, en utilisant le corps du psychomotricien comme médiateur de la relation à l'autre, permet l'intégration des sensations. Ce sont ses expériences corporelles personnelles (relaxation, travail d'expressivité du corps) qui permettent au psychomotricien de s'impliquer corporellement dans la relation avec son patient en utilisant toutes les ressources dont il dispose dans une perspective créatrice et structurée, en utilisant le mouvement, le son, la voix, le toucher ou le regard, par exemple. L'objectif étant de valoriser le patient dans ses sensations et ses perceptions, pour lui donner un support de représentations positives.

Nous devons particulièrement être vigilants en tant que psychomotricien à la question des enveloppes, à la dimension du tonus : tout ce qui mobilise les expériences corporelles chez le

patient peut participer à la constitution de ce sentiment d'enveloppe (d'être compris, relativement différencié) ; mais il faut encore le raconter.

- la relaxation

Suzanne Robert-Ouvray décrit les bénéfices de la relaxation en ces termes : « L'abaissement du niveau tonique s'accompagne donc d'une relaxation psychique et permet de rencontrer et moduler le ressenti affectif » (30, p171)

La respiration, « mouvement primaire d'échange et de relation dedans/dehors » (30, p171), est un support intéressant en relaxation pour permettre au sujet de prendre conscience de son intériorité. L'accompagnement du thérapeute est alors déterminant « pour que l'expérience affective puisse être rencontrée puis vécue et intégrée » (30, p171) par le patient.

- le toucher - massage

La personne malade du cancer est confrontée à la perte, perte des fonctions corporelles, perte du lien avec l'entourage, perte de la vie d'avant. Ces pertes entraînent possiblement une carence, des sentiments de frustrations et d'abandon. « Le toucher aurait alors une fonction de soutien psycho-corporel contre l'effondrement dépressif, il serait métaphoriquement un « maternage » et renforcerait les défenses du type « réparation » des carences. » selon Marc Guiose (18, p681).

Pierre Le Coz qualifie « d'éthique », « toute conduite accomplie en vue de rendre le monde « habitable » pour ceux que la maladie empêche d'habiter leur propre corps en même temps que la chaleur de leur foyer. » (21, p66) Dans ce contexte, comment aider le patient à « habiter son corps » ? Comment lui permettre d'exister dans un corps qu'il ne reconnaît plus ?

C'est certainement la relation, dès lors qu'elle est thérapeutique, qui pourra accompagner le patient dans cette découverte de ce moi différent.

Le toucher-massage est une approche qui peut donner l'occasion au patient de vivre différemment son corps, de retrouver des sensations agréables. Il n'est pas seulement question de bien être ou d'image de soi, mais bien d'apporter une qualité de présence et un contact favorisant l'échange et le sentiment d'exister. Le toucher-massage aurait alors une fonction identitaire. L'approche psychomotrice redonne au patient le sentiment d'être acteur de la relation. Le psychomotricien peut aider en mettant en mots ce qu'il perçoit des émotions de son patient, cette part qui fait écho en lui, et ainsi aider la personne gravement malade à identifier l'émotion qui la traverse.

➤ **L'ajustement corporel**

Le handling de Winnicott trouve ici écho. En effet, le sujet atteint d'une maladie cancéreuse est touché dans son corps, souvent très durement. L'approche du corps du patient par chaque soignant est donc en elle-même une approche thérapeutique, dans le sens où elle peut permettre au patient de vivre son corps, ses limites corporelles, à condition de poser un cadre contenant. Cette approche par le corps peut aussi participer de la reconstruction de l'intériorité, et donc de l'identité. Le soignant prend alors le rôle de la « good enough mother », et chacun de ses gestes est porteur de sens pour le sujet malade. La relation peut alors être vécue comme valorisante ou au contraire renvoyer au sujet sa maladie et la déchéance physique. Cécile Pineau (28) l'évoque concernant la posture du psychomotricien, qui pour elle « doit être « suffisamment bon » pour être un support étayant au patient mais pas parfait pour l'aider à faire ses propres expériences, comme la mère avec son enfant. »

Je fais l'hypothèse que cette posture n'est pas du seul fait du psychomotricien, mais que cet étayage peut être porté par l'ensemble des soignants, dès l'instant qu'ils sont formés ou accompagnés dans cette conscience posturale.

c) Hypothèses de sens de la communication infra-verbale pour le soignant

➤ **Une tonicité à rude épreuve dans la journée du soignant**

On a vu précédemment que l'environnement s'adapte aux spécificités de l'enfant, puis par ses expériences, l'enfant s'adaptera également à son environnement.

Cet accordage existe également entre le soignant et le soigné. Si le rôle de l'infirmière par exemple est codifié, défini par des gestes techniques, chaque relation avec le patient est unique et nécessitera un ajustement, dans un espace et un temps donné. Deux patients n'auront pas la même qualité de peau par exemple, l'infirmière devra donc adapter son geste technique (prise de sang, pansement, etc) au patient qu'elle touche. Elle devra aussi tenir compte de l'état émotionnel de son patient, de la qualité de la relation sur le moment. Elle est parfois préoccupée, stressée par l'acte qu'elle doit pratiquer, fatiguée par la charge des tâches à accomplir. Concentrée sur l'acte de soin à réaliser, elle n'est pas toujours consciente de l'impact que peut avoir son état émotionnel sur le patient.

Pour se protéger, le soignant peut mettre les émotions à distance, ne plus se laisser contaminer par les émotions du patient. Cette cécité émotionnelle peut mettre le patient en tension car il se sentira dans une insécurité, comme le bébé quand le parent ne répond pas à ses besoins et à ses angoisses.

En abordant un soin, une séance, avec une grande réceptivité, une grande disponibilité (à laquelle le psychomotricien s'entraîne), le soignant devient plus sensible à ce que le patient manifeste. Alors des états émotionnels prennent forme en lui, qui sont en réalité le résultat de la rencontre avec ce patient là. Ces états, émotionnels et toniques, qu'il perçoit en lui doivent être utilisés comme des indices de la situation clinique de rencontre avec le patient. Ils lui appartiennent mais sont en liaison étroite avec ce que le patient manifeste. Et donc à ce titre, ils appartiennent à la situation clinique. Cette auto-observation se cultive et se fait dans l'après coup, par un auto-questionnement sur nos propres ressentis de soignant dans cette rencontre précise.

Anne Gatecel et al. précisent : « le psychomotricien va également percevoir chez le patient des signes corporels et émotionnels avec lesquels il va entrer en résonance afin de pouvoir y apporter une réponse tant au niveau sensoriel et corporel qu'au niveau du langage » (13, p334).

Le psychomotricien, libéré de l'acte technique est attentif à cette disponibilité, et entraîné à cette auto-observation. Dans une équipe pluridisciplinaire, il pourra partager cette compétence et surtout, à l'occasion d'un co-soin par exemple, partager ses auto-observations qui peut-être feront écho à celle du soignant qu'il accompagnera.

Les signes et indices non-verbaux, en particulier liés au tonus, sont donc à relever à la fois chez le patient (contexte externe) et à la fois dans le ressenti propre du soignant (contexte interne) car ils racontent quelque chose du moment de la relation, même si cette conscience arrive dans l'après coup.

➤ **Le tonus comme mode de communication infra-verbale**

Chez le bébé comme chez l'adulte, les deux pôles extrêmes du tonus (trop dure ou trop mou) mettent mal à l'aise la personne qui interagit. « C'est dans un juste milieu tonique, entre hypo et hypertension, que l'humain trouve son équilibre sensoriel et affectif et une certaine

sérénité » (30, p177). La relation est plus facile à s'installer quand le tonus des partenaires est adapté, nuancé. Mais cet équilibre est malmené dans un service hospitalier.

Un bébé qui capte le regard, qui s'intéresse à son environnement, « qui engage ou poursuit le dialogue tonique convoque chez l'adulte des sensations et des affects agréables de complicité, d'empathie, une confiance dans les capacités de donner, de recevoir et d'échanger. La tonicité se sent, se ressent, se transmet. » (30, p177)

Par similitude, le tonus du patient va engager et modifier celui du soignant, et réciproquement. Ce dialogue tonico-émotionnel est d'autant plus prégnant que le patient hospitalisé est vulnérable et dépendant, dans une forme de régression psychique. La disponibilité du soignant va être impactée par la disposition ou non du patient à communiquer. Un soignant défensif, en hypertonie, peut rendre inconfortable un soin, une situation. Un patient absent, fatigué, lassé, peut amener un sentiment d'invisibilité, d'inexistence, d'inconsistance. D'où la nécessité d'être conscient et de savoir gérer son tonus et ses émotions pour rendre hommage à l'humanité sous jacente des patients, dans l'équilibre de la relation de soin. De même, un patient qui a un tonus excessif dans l'un ou l'autre des extrêmes peut être mobilisé via le dialogue tonico-émotionnel par le soignant. Un soignant passif ne donnera pas d'énergie à quelqu'un d'hypotonique. Une tonicité soutenue et douce, adaptée à chaque patient bien évidemment, est la plus juste et aidante.

Cet **impact du tonus** se fait au travers de deux modalités principales :

- **par le regard** : à regarder l'autre, en fonction de son allure, de sa posture, de sa démarche, on éprouve des sensations diverses et des sentiments associés. Ces images regardées passent par le filtre de nos perceptions, qui se construisent au fur et à mesure de nos expériences de vie. Telle posture va nous évoquer un pantin, un trouble mental, une autre fera naître une sensation de malaise, de dégoût, ou encore de compassion.
- **par le tact** : il en va de même pour les contacts physiques. Le tact nous renseigne sur l'autre et suscite des émotions. Un corps qui n'a plus que la peau sur les os va provoquer une attention particulière, une délicatesse, dans la manipulation liée aux soins. Peut-être qu'on ne va pas oser toucher la personne.

Ce mode de communication prend sa source dans les émotions. Le psychomotricien peut sensibiliser le soignant sur la reconnaissance de ses émotions, l'aider à les mettre en sens pour les mettre à distance, et ainsi permettre un tonus plus adapté à la relation.

➤ **L'interaction affective**

Les idées développées dans ce paragraphe s'inspirent d'un article de Misticky V. et Guedeney N., médecins psychiatres, publié en 2007 (25).

Nous avons abordé la théorie de l'attachement de Bowlby, mais ses successeurs ont exposé un système motivationnel réciproque, celui de l'adulte, « le système de caregiving, lequel conduit l'adulte à répondre aux besoins d'attachement de l'enfant en lui fournissant protection et réconfort ». La représentation que se fait l'adulte de son rôle parental de protection se construit à partir de ses propres expériences et notamment son rapport à ses propres figures d'attachement.

Le comportement de caregiver du soignant va donc dépendre également de son histoire et de son vécu personnel, en particulier sa construction affective en lien avec ses figures d'attachement. Il semble par conséquent important d'être sensibilisé à ses propres mécanismes pour identifier quel soignant nous sommes au regard de l'attachement, et se demander si notre comportement est bien ce dont à besoin le patient. L'intérêt du travail en équipe est de pouvoir échanger et éventuellement « passer la main » lorsque l'ajustement est ressenti comme trop compliqué de la part du soignant, ou dans ce que renvoie le patient.

Mistycki et Guedeney, précisent que « le fonctionnement optimal du système de caregiving peut être entravé par des représentations « insécures » des soins parentaux, issues des expériences passées ». Et pour eux l'attachement constitue l'une des théories des liens interpersonnels à l'âge adulte. Ils renvoient à la classification de Bartholomew et Horowitz qui définissent 4 styles d'attachement chez l'adulte : sécure, préoccupé, détaché, craintif. Pour eux, « le style d'attachement représenterait une variable individuelle interagissant avec la régulation émotionnelle et le « coping » (mode d'ajustement au stress). »

Ainsi, le modèle d'attachement interviendrait, en complément d'autres modèles, en faveur de la vulnérabilité ou de la résilience d'un individu.

Le patient en oncologie, et particulièrement s'il est en perte d'autonomie (suite à une chirurgie, une aggravation de la maladie, un traitement de chimiothérapie), va avoir un sentiment de vulnérabilité qui va activer le système d'attachement, et inmanquablement influencer son comportement, vis à vis du personnel soignant en premier lieu. Le patient va être soit coopératif et se comporter comme le patient « idéal », ou bien être très demandeur de la présence des soignants et sonner souvent, ou encore refuser toute proposition hors les soins, voir être dans l'opposition. Il ne s'agit pas d'extrapoler un style d'attachement en fonction du

comportement du patient, mais de considérer que ce comportement est aussi le fruit d'une histoire et jamais (en principe) dirigé personnellement contre le soignant.

On peut même émettre l'hypothèse que ce comportement est influencé également par le comportement du soignant, lui même le fruit de sa propre histoire. En effet, l'accroissement du besoin d'attachement du fait de la vulnérabilité et de l'anxiété peut se porter sur le soignant si le patient n'a pas les ressources suffisantes dans son entourage (rappelons que certaines hospitalisations en oncologie peuvent être longues, voir palliatives). L'attachement va alors s'établir aussi suivant le style de caregiver du soignant, et la façon dont il répond aux sollicitations du patient.

On voit bien là que c'est un système de régulation mutuelle qui se développe dans cette relation.

Pour Suzanne Robert-Ouvray, « le tonus constitue la trame-support de l'existence ». Elle parle « d'enveloppe tonique » (30, p173) support de l'enveloppe-peau et ancrage corporel. Le tonus vient faire le liant dans le corps et soutient l'unité corporelle. Le toucher ne peut s'intégrer comme quelque chose de structurant et satisfaisant que s'il y a des qualités particulières de fermeté et de consistance, et si l'on vient mobiliser les récepteurs de pression (le tonus). En ce sens, le tonus soutient le sentiment d'exister, et au delà, « cette contenance tonique participe de la qualité de présence » (30, p173).

II. B. La qualité de présence pour induire le sentiment d'exister

Nous avons décrit l'impact du tonus dans la construction de la relation, de manière consciente ou inconsciente. Mais s'engager dans la relation est d'abord un acte volontaire qui nécessite d'être présent à la rencontre.

a) Réflexions sur la présence, l'écoute attentive, la bienveillance ou l'empathie

➤ Qu'est-ce qu'être présent ?

Le présent est éphémère, c'est un concept. A l'instant où nous voulons le connaître il appartient déjà au passé. Anila Trinlé, moniale bouddhiste, décrit la présence comme une attention à ce que nous sommes en train de vivre sur le moment. « Cela suppose une qualité d'attention et une ouverture à ce qui se passe, tant en nous qu'à l'extérieur de nous-même » (32, p7). Cette notion rejoint les propos du Docteur Jon Kabat-Zinn, médecin fondateur de la pratique de la pleine conscience (MBSR) pour qui cette présence se cultive (20).

Beaucoup d'actes de la vie quotidienne sont réalisés en mode automatique. Nous nous lavons machinalement, nous marchons comme des automates. Même si notre marche est fluide, nous n'avons pas conscience sur l'instant de toutes les coordinations qui se déploient et qui s'organisent pour permettre cette action complexe. Notre cerveau est merveilleux de sophistication et nous permet de faire plusieurs choses à la fois : marcher, en discutant, tout en contemplant le paysage, ou bien faire à manger en se déplaçant dans la cuisine tout en planifiant le programme de la journée du lendemain. A bien y réfléchir, nous fonctionnons essentiellement en mode automatique dans une temporalité diluée. Combien de fois dans la journée nous arrêtons-nous tout simplement pour nous écouter respirer ?

Etre présent à soi c'est être pleinement conscient des mouvements corporels, de ses ressentis, de ses affects, mais sans juger ni commenter, simplement dans l'observation avec bienveillance.

Qu'en est-il de cette présence dans l'instant de la relation ? Les notions de bienveillance, d'empathie, d'écoute, sont souvent associées à la qualité de présence, mais de quoi ces mots parlent-ils pour le patient, et pour le soignant ?

Nous proposerons quelques pistes de réflexion sans pour autant avoir l'ambition de répondre totalement à ces questions qui dépassent le cadre de ce mémoire.

➤ **Explorer les mots empathie, bienveillance, écoute, pour envisager la contribution de la qualité de présence au processus thérapeutique**

Difficile de trouver une définition universelle de l'**empathie**. Ce serait la capacité de s'identifier à autrui, d'éprouver ce qu'il éprouve (35). Cette première définition s'approche de celle de la compassion « sentiment qui incline à partager les souffrances d'autrui ». Cependant, on retrouve la notion d'apitoiement et de pitié dans la compassion, qui n'est pas dans l'empathie. Dans l'empathie, il ne s'agit pas de se mettre à la place de. Anila Trinlé le dit justement avec humour « la place est déjà prise » (33). Il s'agit de percevoir le cadre de l'autre, « comme si » nous étions cette personne, dit Carl Rogers selon les propos rapportés par Geneviève Odier (26).

L'empathie aurait deux dimensions (33) :

- Elle est d'abord saturée par le cognitif : comprendre l'autre. Mais si elle n'est que cognitive, elle peut devenir manipulatrice, même avec les meilleures intentions. C'est l'exemple de l'infirmière, pourtant perçue comme très empathique, et qui, soumise à un timing serré, utilisera l'empathie pour sortir de la chambre au plus vite, préoccupée par le soin suivant. L'empathie est alors détournée pour un bénéfice personnel.
- Comprendre la situation de l'autre, c'est aussi comprendre l'écho émotionnel de l'autre en moi (33). Il convient de distinguer ce qui relève de mon état émotionnel de ce qui relève de l'écho émotionnel de l'autre. Il ne s'agit pas de contagion émotionnelle.

Il semblerait que l'empathie n'aille pas de soi, et nécessiterait, comme la présence, un entraînement.

L'empathie est un mot récent mais qui évoque des notions plus anciennes, comme la bienveillance, l'écoute, ou encore la relation d'aide, le transfert et contre-transfert déjà évoqué plus haut.

La **bienveillance** est souvent évoquée dans le prendre soin. Il s'agit de bien veiller (au sens d'être attentif), de vouloir le bien, et de bien vouloir (bonne volonté). C'est une attitude, une attention, qui demande un effort et doit être entretenue. La bienveillance porte en elle un

dilemme éthique : la limite entre bienveillance et maltraitance (même s'il n'y a pas intention de nuire). A trop vouloir bien faire, parfois sous prétexte d'agir pour le maintien de l'autonomie de la personne, on en oublie le ressenti de cette dernière, son désir, jusqu'à la rendre finalement dépendante. Ce qui amène à la notion d'**écoute**, que Néma Stadelmaier, psychologue clinicienne, décrit en 3 niveaux (33) :

- l'écoute de ce qui se dit dans la relation (la parole),
- le positionnement de celui qui écoute dans l'espace, la place que lui donne le patient ou la famille,
- l'écoute de soi-même pendant qu'on écoute l'autre. Il est là encore question de contre-transfert. Par exemple si je m'ennuie dans la relation, qu'est-ce que ça dit de ce qui se passe ?

Cette écoute particulière correspond à celle du psychomotricien, qui va chercher à être en lien avec l'autre pour ce qu'il est et pas pour ce qu'il dit.

Pour être thérapeutique, la relation doit intégrer ces notions.

➤ **Accepter l'autre dans sa singularité**

Néma Stadelmaier s'inspire de Carl Rogers pour décrire la relation d'aide, celle qui relève d'une attitude professionnelle, et qui répondrait à une quadruple disponibilité :

- disponibilité temporelle : prendre le temps avec le patient, mais en s'interrogeant sur ce que le contexte du service hospitalier me permet de faire.
- Disponibilité morale : ne porter aucun jugement.
- Disponibilité affective.
- Disponibilité intellectuelle : accepter les opinions de l'autre. Essayer d'être conscient de sa propre opinion pour tenter de s'en distancier en acceptant que l'autre puisse avoir un positionnement qui possiblement me heurte.

Pour Néma Stadelmaier, comme pour Anila Trinlé, la relation devient thérapeutique, propre à soulager le malade, lorsque ce dernier est accepté dans sa singularité, au travers d'un échange authentique et désintéressé (33).

Cette singularité s'applique aussi à l'instant présent, forcément unique. Cette prise de conscience du temps qui passe renvoie à l'impermanence de l'homme. Et de la même façon, toute relation est de fait impermanente, elle change en fonction de chaque situation unique, et finit inmanquablement par cesser.

Etre présent à l'autre dans ce cadre, c'est lui permettre d'exister, de trouver son autonomie, c'est l'autoriser aussi à être présent à ce qui se passe dans l'instant.

b) Hypothèses sur le vécu de l'instant présent par le patient

➤ **Comment le patient vit il l'instant de la rencontre avec le soignant ?**

Il convient de toujours se souvenir que le patient a subi un traumatisme au moment de l'annonce du diagnostic, ou de l'aggravation de la maladie. Cette effraction psychique modifie sa perception temporelle. Nous l'avons vu, une hospitalisation peut également s'apparenter à un traumatisme. Puis, le patient hospitalisé subit une forme d'acculturation, aux symptômes corporels en premier lieu. Tant que c'est étrange, la personne malade du cancer a des sensations inconnues, il va ensuite y avoir une forme d'habituación. Par exemple, « je sais qu'après la chimio je suis fatigué 3 jours ». Il va aussi y avoir une forme d'acculturation au système hospitalier qui peut amener à l'attentisme ou à l'anticipation.

Madame A le décrit ainsi : « je sais que vers 8h, si on frappe à ma porte c'est pour m'apporter le petit déjeuner. Si l'aide soignante est venue pour la toilette, la personne suivante qui va frapper c'est l'infirmière pour le pansement ou des soins. Puis vers midi c'est le repas. L'après-midi c'est plus long. »

En fonction du soignant qui entre, le patient peut également montrer une anticipation, « cette infirmière est très douce, quand c'est elle je ne sens jamais rien ». Ce qui sous-entend qu'avec une autre infirmière cela peut être différent. Madame A exprime également que pour la toilette elle n'aime pas que ce soit un homme qui vienne l'aider. « Dans ce cas, je préfère me débrouiller toute seule, même si c'est une toilette de chat. Et si je suis obligée, je fais comme si je n'étais pas vraiment là. »

Ces remarques montrent que le patient n'investit pas toujours le moment qu'il partage avec le soignant. S'il est absent du moment partagé, la rencontre n'aura pas lieu. Les raisons d'un tel retrait sont diverses : le patient peut ressentir une lassitude, une fatigue extrême, une douleur qui le rend indisponible, un manque d'envie, une contrariété. Il peut aussi ne pas se sentir à l'aise avec le soignant présent, ou bien ne pas avoir envie d'être avec celui-ci. Si ce retrait s'installe, le patient risque de se figer, de s'enfermer dans l'immobilité.

➤ **Vignette clinique : l'accompagnement à la douche de Madame A.**

Je vois Madame A, une fois par semaine, depuis 2 mois au moment où je la rencontre ce matin là, dans ce service d'oncologie digestive.

J'arrive dans sa chambre avec l'aide soignant pour lui proposer de l'aide pour la toilette. Madame A est habituellement autonome, mais ce matin elle se dit fatiguée et avec un petit moral. Elle refuse l'aide de l'aide-soignant, qui s'inquiète d'un risque de chute. Compte tenu de notre relation chargée d'affects et déjà emprunte de beaucoup d'intimité corporelle, je propose à Madame A de l'accompagner dans sa toilette et de l'aider pour laver ses cheveux, elle accepte. C'est la première fois, au cours de ce stage, que j'accompagne seule une patiente pour la toilette.

C'est un moment d'intimité, mais déséquilibré. Le soignant est dans un rôle presque d'autorité de par sa tenue, habillé en blouse blanche, et sa posture, debout, penché sur la personne. Le patient lui est nu et vulnérable.

Madame A se déshabille, s'installe assise pour une douche. Je prends quelques précautions en faisant suivre la poche du drain qu'elle a au niveau de l'estomac et le pied à perfusion relié à sa chambre implantable percutanée. Elle adore l'eau chaude sur sa peau. Madame A se lave rapidement. Je ressens un malaise, je suis habillée quand Madame A est nue, au dessus d'elle ; je m'active, quand elle finit par exprimer qu'elle a froid. Je lui propose alors la chemise de l'hôpital pour la couvrir et la dépose sur l'avant de son corps. « c'est très bien » dit-elle. Je me détends et peux ainsi me consacrer au lavage des cheveux. Madame A n'a pas la force de le faire elle-même et avoue qu'ils n'ont pas été lavés depuis longtemps. Le moment du rinçage dure, Madame A apprécie l'eau sur la tête et dans son dos, je verbalise ses possibles ressentis de détente, de délasserment après le massage du cuir chevelu, de la chaleur sur son visage, ses épaules, elle acquiesce. Et peu importe si la chemise est mouillée.

Je ne pense pas que la chemise ait seulement réchauffé Madame A, si tant est qu'elle l'ait réchauffée. Elle a probablement rétabli un peu plus d'égalité dans notre échange. Comme si pour moi sa nudité, qui ne me pesait pas habituellement, renvoyait là à la dépendance. Ce n'est pas l'image que j'avais jusque là de Madame A. Et elle mettait un point d'honneur à faire sa toilette seule, même entravée par la fatigue, les nausées, ou la sonde naso-gastrique à un moment donné.

Ce matin là, j'avais envie de me positionner dans une relation d'aide bien sûr, mais surtout dans une rencontre singulière. Je pense que cette chemise m'a permis de me repositionner dans l'interaction que nous avons toutes les deux jusque là, et lui a permis de rester actrice de sa douche, disponible aux sensations corporelles. J'ai pu alors être à nouveau pleinement

présente à la relation, et observer toutes les compétences de Madame A, les lui exprimer pour l'aider à en prendre conscience.

Ce matin là Madame A est très fatiguée, elle a peu dormi, à cause d'un « chat dans la gorge » qui la gênait. Elle exprime à la fois l'envie de guérir, mais dans le même temps l'envie que « tout s'arrête vite », « j'ai envie de partir ». J'accueille sa détresse, simplement en déposant ma main sur sa jambe, et en l'écoutant un moment. Je la sollicite autant que possible pour l'habillage. Elle est très fatiguée.

L'infirmière interrompt notre échange.

Un peu plus tard dans la matinée, je reviens pour lui proposer un toucher-massage des jambes et de l'épaule qui la fait souffrir. Son mari est présent. Je partage alors avec lui ce que j'ai observé le matin, la souplesse de sa femme capable debout de venir toucher ses pieds pour les essuyer, son équilibre malgré la fonte des muscles, son autonomie malgré la maladie et la douleur. Madame A présente alors un large sourire, oui elle a toujours été souple. Son mari raconte alors les exploits de sa femme avant. Il semble fier. L'ambiance est joviale et plus légère que l'heure précédente. Madame A a un sourire sur les lèvres et dans le regard quand je sors de la chambre.

Je pense que si je n'avais pas proposé la chemise, la rencontre ce matin là n'aurait pas été possible. Cet enveloppement a rendu Madame A disponible à ce moment partagé autour de la douche et de ses sensations, tout en prolongeant ma propre disponibilité.

Des ajustements sont souvent nécessaires pour adapter la proposition à la personne à qui elle s'adresse, en fonction également de son état émotionnel, de son ressenti du moment.

On sent bien dans ce descriptif qu'il n'est pas toujours simple pour le patient d'être présent, disponible à la relation. La personne hospitalisée est vulnérable, débordée par la situation, par ses émotions, parfois par la douleur. Son ressenti varie en fonction des situations. Il convient de tenir compte de ses sensations, de ses perceptions et de ses représentations, tout en favorisant son envie et sa curiosité. C'est le désir, pour Martine Rusziewski, qui va permettre au patient de continuer de se vivre comme sujet. « C'est probablement sur cette partie encore désirante que nous pouvons permettre au malade de ne pas mourir psychiquement avant sa mort physique. » (31, p68). Ce désir il peut aussi le réactiver au travers le récit de sa vie, pour rendre le présent plus supportable.

➤ **La possibilité d'exister par le récit**

Pour Pierre Le Coz, la « mise en intrigue de soi » au travers le récit permettrait de se projeter à nouveau dans une temporalité, dans laquelle se réaffirmerait une identité. « Le patient se réapproprie une « identité narrative » (Paul Ricoeur) en rassemblant les moments vécus dans une histoire où il se présente à titre de personnage. »(21, p73). Ce récit, l'histoire de sa vie, entraînerait un travail psychique d'unification pour le patient.

En effet, le mot en lui-même est organisateur, dans le sens où il unifie un certain nombre de perceptions. Par exemple, plusieurs sensations peuvent nous permettre de désigner une pomme : sa couleur, sa forme, son poids, son goût, les sensations tactiles si on la découvre sans le regard. Le mot « pomme » à lui seul ne décrit pas précisément l'objet, mais il évoque tellement de sensations que chacun sait ce qu'il représente. « Le mot crée une continuité et même une permanence là où la réalité a déjà changé » (21, p74), une pomme reste une pomme qu'elle soit toute petite et pas encore mûre, bien grosse et succulente, ou toute flétrie et pourrie. Dans ces différentes phases, elle est très différente, et pourtant c'est le même mot pour la décrire. Le mot permet à la pomme d'exister en toute circonstance, même quand elle n'est pas présente, nous parvenons à nous la représenter.

Au-delà du mot, dans la construction d'une phrase ou d'un récit (avec un début, un milieu et une fin), il faut retenir le début (rétention) et se projeter dans les derniers mots à dire (protention). Cette gymnastique est en quelque sorte une synthèse du passé proche, de l'instant, et du futur proche. Il s'agit d'une réactivation du sentiment d'exister par une possible projection dans l'avenir. Le patient « se met en intrigue, réactivant le sentiment de la permanence de son identité dans le temps ». Il se vit à nouveau comme étant dans l'action, capable de prendre des responsabilités, de trouver des solutions. Il retrouve un peu d'estime de lui-même dans « le récit de ses exploits », aussi infimes soient-ils. Comme la pomme, le sujet continue d'exister aussi pour ce qu'il a été, pour ce qu'il peut être, au-delà du corps affaibli dans un lit d'hôpital. Il semble donc important que le patient hospitalisé puisse vivre ces moments où il se raconte, pour sortir de ce vécu où le temps est interminable, sans but, et ainsi s'enraciner dans le présent de la narration, partagé avec le soignant. Mais pour cela il est tributaire du temps et de la qualité du temps que pourra lui accorder le soignant.

c) La présence du soignant : une exigence de qualité ?

Le soignant, au sein du service hospitalier, est lui davantage dans son élément, dans un contexte connu et maîtrisé. Il est payé pour soigner, comme une injonction de bien faire.

➤ **Peut-on protocoliser la bonne manière d'être et d'agir pour soigner ?**

Dans notre société, le patient hospitalisé est dans l'attente, voir même dans l'exigence d'une qualité des soins. Les soins techniques font l'objet de protocoles, de fiches de bonnes pratiques, d'un suivi stricte et traçable. Mais est-ce suffisant pour parler de qualité des soins ? La thérapie passe-t-elle seulement par le soin technique ? Il semble aujourd'hui évident que non. Martine Formarier redéfinit ainsi la relation entre infirmière et patient : « la relation d'aide, qui s'appuie sur la confiance et l'empathie, est une relation à visée thérapeutique qui a pour but d'aider, de façon ponctuelle ou prolongée, un patient à gérer une situation qu'il juge dramatique pour lui » (10, p38).

Pour Carl Rogers le « client » (pour nous le patient) est le mieux habilité à savoir ce qui est juste pour lui. C'est à lui de trouver sa propre maïeutique. Carl Rogers « ne le considère pas comme quelqu'un qu'il doit guérir, mais comme une personne qu'il accompagne dans sa quête de compréhension. Il y a un échange, entre deux individus, ce qui renforce l'idée d'être sur un même plan, sans échelle de valeurs qui donnerait l'ascendant à l'un des protagonistes. » (26)

On retrouve chez Sylvie Froucht Hirsch, à la fois médecin et patiente, cette idée d'une réciprocité dans la relation. Mais pour elle la relation est obligatoirement asymétrique, le médecin détient le savoir, malade et médecin ne sont donc pas sur un pied d'égalité. Cependant il doit s'établir une relation de confiance. Et dans ce cadre, « Le prendre soin est affaire de réciprocité » (11, p127).

Quelque soit l'approche, nous sommes bien dans une co-construction de la relation thérapeutique, relation obligatoirement singulière, nous l'avons vu. Dans ces conditions, une adaptation à la relation, dans l'instant, est de fait nécessaire. Le suivi d'un protocole au sens strict, comme pour les soins techniques, semble donc difficile, voir impossible. Nous sommes là confrontés à un savoir être qui ne relève pas seulement d'un savoir théorique mais aussi d'une expérience.

➤ **Une qualité de présence, induite par le soignant, qui construit le processus thérapeutique**

Claire Marin réaffirme cette nécessaire présence dans la relation thérapeutique d'une manière différente. « L'attention à l'autre, comme disponibilité sensible, doit être réaffirmée comme une part décisive du soin. Elle en est peut-être même la condition préalable » (24, p128).

Dans cette vision, partagée par d'autres auteurs, c'est au travers d'une présence réelle que la rencontre est possible et que l'acte technique peut prendre sa valeur de soin. Si le patient se sent considéré comme un objet de soin, alors il ne pourra prendre part à la relation qui restera au stade de l'interaction. C'est la qualité de présence du soignant, et la considération qu'il porte à la personne hospitalisée, qui va redonner la place de sujet au patient. Ce dernier est vulnérable, un seul échange dans lequel il va se vivre comme objet va suffire à lui renvoyer une image déshumanisée. Chaque patient doit être considéré dans sa singularité pour se vivre comme sujet et donc exister (32).

L'induction de la relation thérapeutique est avant tout du côté du soignant.

Pour autant, il semble que la relation soit une subtile co-construction, dans un aller-retour où chacun va apporter son savoir et son savoir être, et s'ajuster à l'autre avec bienveillance. Le patient place souvent le soignant dans une position de sachant. Cependant, Geneviève Odier rappelle que dans l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers, la personne malade est la mieux habilitée à savoir ce qui est juste pour elle (26). Le soignant ne doit donc pas se cantonner à une relation de type informatif.

Le vécu de chacun est si particulièrement singulier qu'il est parfois très difficile de le partager. Geneviève Odier parle alors de la seule possibilité d'accueillir le mouvement interne de l'autre (26). Cette notion de mouvement est à la fois très importante dans l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers, et à la fois elle est au cœur de la pratique psychomotrice. Pour ces deux approches, le mouvement implique le vivant, le fluide, le changement, le processus, l'adaptation. Il s'agit de percevoir une sensation, un sentiment à peine décrit, pour essayer d'être présent à la réalité de l'autre, essayer de soutenir son voyage intime. Par sa pratique, cette mise en mouvement, le psychomotricien va permettre au patient de contacter ses ressentis, trouver ses références, constituer ses repères. Il valide les ressentis du patient, l'accepte dans sa vérité, le reconnaît dans son identité propre. Le psychomotricien

veillera à cet équilibre subtil entre lien et dépendance pour toujours garantir l'autonomie du patient, en lui offrant un cadre sécurisant.

La personne malade du cancer possède ses propres ressources, le psychomotricien va seulement chercher à les faire émerger. En partageant cette approche avec l'équipe, au quotidien, même sur ce qui peut sembler être des détails, il peut amener le soignant à faire un pas de côté, à se poser quelques secondes, pour revisiter sa vision du patient.

Après la douche de Madame A, j'ai fait part de mes observations sur les capacités de cette dernière à l'aide-soignant. Il a semblé redécouvrir la patiente « ah oui c'est vrai ». Dans un quotidien souvent surchargé et très sollicitant sur le plan émotionnel, les habitudes professionnelles s'automatisent. C'est parfois compliqué de remettre la distance nécessaire à l'observation. Ce regard croisé permet la valorisation de l'autre dans sa corporalité.

➤ **Le soignant a-t-il l'occasion d'être présent à lui-même ?**

« Prendre soin est au cœur de la relation thérapeutique, soin de soi et de l'autre dans une réciprocité souvent négligée » (26).

Pour comprendre et intégrer les mécanismes en jeu dans la relation thérapeutique, et être suffisamment disponible sur l'instant de la rencontre pour en prendre conscience, il faut bien connaître ses propres mécanismes.

« Sans bienveillance envers soi, difficile d'être réellement bienveillant envers les autres ! » (32, p62).

Le prendre soin est un processus dynamique, dans lequel le soignant mérite de s'engager en conscience, c'est à dire en étant présent à lui-même, pour être disponible à l'autre. Mais cette opportunité de prendre le temps d'être présent à soi-même est-elle offerte au soignant ? Certes, les journées de travail sont de plus en plus contraintes, mais malgré ces contingences, l'institution incite-t-elle et permet-elle aux soignants d'expérimenter ces moments pour se retrouver avec soi-même, dans son corps et dans l'instant ?

Quelques initiatives peuvent voir le jour ça et là, parfois par la présence d'une stagiaire, mais ces propositions sont rares et peu institutionnalisées. Le soignant n'a d'autre recours qu'une

pratique corporelle personnelle (yoga, sport...), qui si elle est nécessaire, ne répond pas exactement au besoin décrit plus haut. Les groupes de paroles du type analyse des pratiques ou supervision, quand ils existent, éclairent partiellement l'importance de la qualité de présence, mais sans l'expérimenter corporellement, pour « voir ce que ça fait ». Un chef de service au CHU de Bordeaux a permis récemment aux soignants de son service d'être formés à la méditation pleine conscience. Mais cette pratique nécessite un entraînement quasi quotidien. Sera-t-il mis en place si l'institution ne porte pas ce type de projet ?

Pourtant, la pratique de la méditation pleine conscience nous entraîne à être présent à nos ressentis dans l'instant, et nous permet d'expérimenter « que chaque instant est neuf, que chaque jour est une aventure » (20, p652), au delà d'un enseignement théorique ou d'une guidance.

Le psychomotricien, par sa formation, est sensible à différentes pratiques psychocorporelles (méditation, relaxations, diverses activités artistiques...). Il en connaît les bienfaits, par son expérience personnelle. Il mesure l'importance, voir la nécessité, d'un vécu régulier de ces activités pour nourrir ses réprouvés, son imaginaire et in fine sa pratique professionnelle psychomotrice.

Il est à même, dans une équipe pluridisciplinaire, de partager cette expérience, fondement de ses compétences.

Nous voyons bien comment la relation thérapeutique s'appuie sur le soignant.

Pourtant, lui aussi a besoin d'être reconnu comme un sujet singulier ; il a besoin d'une reconnaissance professionnelle. Si cette attente semble légitime, elle vient interroger la motivation à exercer le métier de soignant. Ce questionnement éminemment subjectif a besoin d'être continuellement revisité : à quel point, en tant que soignant, j'ai besoin d'être un bon objet (au sens de Mélanie Klein) ? Quelle est la part, la place du don dans les pratiques de soin et dans le savoir être soignant (pratique de soin et savoir être étant indissociables pour parler de relation thérapeutique) ? Cette reconnaissance professionnelle, auprès de qui le soignant va-t-il pouvoir la trouver, sa hiérarchie, ses collègues, les patients ?

Si le soignant attend cette reconnaissance du patient, il est dans un lien de dépendance à l'autre. C'est alors un lien qui entrave (33).

On peut supposer que plus le soignant bénéficiera de reconnaissance en équipe, moins il recherchera la reconnaissance immédiate du patient. Et alors, sans attente, désintéressé, il sera plus libre d'aborder la relation et d'être vraiment disponible à la personne malade d'un cancer. Cette présence à l'autre renforcera la relation thérapeutique, pour un bénéfice, à la fois pour le patient, nous l'avons vu, mais aussi pour le soignant, valorisé en tant que sujet, au même titre que le patient.

Nous voyons bien qu'il y a quelque chose de dynamique dans cette relation, comme dans toute relation, elle n'est pas figée, elle évolue en permanence.

Au cours d'une même journée, le soignant doit gérer de multiples interactions, dans sa vie professionnelle, dans sa sphère privée. Il est assailli par diverses émotions, agréables ou désagréables. Et sa capacité d'être dans un lien empathique avec le patient est extrêmement teintée de ce qu'il vit, à titre personnel comme en équipe.

III. Une pratique psychomotrice à destination du personnel soignant : un bénéfice pour le patient

Nous avons vu tout l'enjeu de la co-construction de la relation thérapeutique pour la personne hospitalisée dans un service d'oncologie adulte. Compte tenu de sa vulnérabilité, l'initiation de cette relation repose en premier lieu sur le soignant, qui doit être dans une disponibilité positive pour que l'alchimie opère. Et il ne s'agit pas seulement du langage employé et du choix des mots. L'engagement est avant tout corporel.

Au travers le nombre de tâches à accomplir dans une journée de travail, la charge émotionnelle inhérente à un service d'oncologie, sans compter les préoccupations personnelles, le professionnel de santé est soumis à de nombreux stress.

Je fais l'hypothèse que tenir compte de ce contexte et prendre soin du soignant est bénéfique pour le patient.

L'idée ici est d'évoquer les contraintes professionnelles qui peuvent entraver la disponibilité du soignant envers le patient, et la fatigue qui en découle. J'évoquerai ensuite le cas de Monsieur A qui m'a conduit à faire une proposition d'ateliers psychocorporels aux professionnels du service. J'entamerai enfin une démarche réflexive sur le déroulement de ces ateliers.

III. A. Les risques d'un épuisement professionnel : et après ?

L'exploration de la relation soignant-soigné montre combien la situation peut-être difficile pour le professionnel de santé, confronté à la souffrance et à la mort au quotidien. Il doit assumer et justifier de ses tâches, dans un temps imposé, mais également se rendre disponible sur l'instant, avec une qualité de présence qui permette au patient d'exister, en lien et dans la bienveillance avec l'équipe soignante, sans être débordé par ses préoccupations et ses émotions personnelles... rien que la lecture de cette phrase semble insurmontable.

a) Soigner dans un service d'oncologie : un stress permanent

➤ **La notion de stress pour le soignant**

Le mot stress vient du latin « stringere » qui traduit l'action de serrer fortement, de comprimer. Il est employé pour désigner tout autant l'agression que l'adaptation du sujet, ou encore la conséquence de cette agression extérieure.

Cette notion de stress, participant des risques psychosociaux, a été analysée par Anaïs Eudier dans son mémoire (7). « Le stress normal est une phase adaptative de l'organisme. Il invite à réagir, à produire une action efficiente face à un événement alarmant. Le but n'est pas de le supprimer. Mais quand la restauration ultérieure n'est pas possible, le stress dit dépassé devient chronique et inadapté. » (7, p32). C'est parce que la personne ne perçoit pas ses ressources comme suffisantes qu'elle va ressentir un stress inadapté (ou overstress).

Cette phase d'alarme de l'organisme qu'est le stress, va provoquer inmanquablement une élévation du tonus, des tensions, susceptibles de se chroniciser. Il peut s'ensuivre une hyper vigilance qui va rendre la personne sensible principalement aux signaux d'alerte. Sa sensorialité ne sera plus disponible aux autres signes, ni à la relation. Dans le cas d'un professionnel de santé soumis de façon chronique à des situations stressantes, et compte tenu de ce qui a été décrit précédemment à propos du dialogue tonico-émotionnel, nous pouvons aisément imaginer que le stress va induire une hypertonicité chez le soignant, qui va faire mur. Une brique touchée par un ballon ne change pas de forme, ne l'intègre pas à son expérience, le rejette. Mais un ballon qui touche une toile de tissu en modifie la forme, la faisant exister en soi. Plus la personne est tendue, moins elle ressent de choses. Pour que la relation soit, la disponibilité tonique permettant l'émergence des sensations et des émotions relationnelles doit être présente.

La relation et le savoir être associé sont déterminés de façon innée. Le bébé sait lire dans le corps de l'autre, puis l'homme perd cette capacité en grandissant. Pour retrouver cet instinct relationnel, permettant de nous adapter à l'autre avec justesse, il faut recontacter une forme de détente, une écoute multidimensionnelle, ouverte et sans attente : une disponibilité tonique.

Dans le cas contraire, le patient va percevoir et subir ces émotions stressantes que lui envoie le soignant malgré lui. Et ce stress va venir majorer celui déjà éprouvé par le patient dans sa situation de personne malade du cancer. Nous assisterons alors possiblement à une forme de

contamination dont chacun aura du mal à s'extraire seul, pour accéder à ses propres ressources. Par ailleurs, de nombreuses études montrent aujourd'hui l'incidence néfaste du stress sur la santé, à fortiori pour une personne déjà vulnérable, avec un système immunitaire déficient.

L'approche corporelle psychomotrice a ici toute sa place, dans la prévention primaire ou secondaire (une fois l'apparition des premières manifestations physiques ou psychiques) auprès des professionnels de santé. La pratique psychomotrice, par exemple au travers la relaxation, va amener à lâcher les tensions, et donc à réduire le stress. Elle va permettre au sujet de se retrouver, se recentrer, pour se connecter à ses propres ressources, et ainsi faire face, s'adapter plus facilement à la situation stressante. Ces stratégies de « coping » sont aujourd'hui bien documentées (7).

➤ **L'épuisement professionnel et ses conséquences**

Travailler dans le milieu de la santé est reconnu comme particulièrement stressant et usant, du fait d'un engagement émotionnel inévitable (7, p29). Un service d'oncologie, confronté à la souffrance et à la mort au quotidien est une source de stress durable. De plus, le soignant est régulièrement face à son impuissance à soigner ou soulager. Cette impuissance est souvent vécue comme une agression qui vient questionner sur ce que le fait de soigner peut venir apaiser en lui (33). La vignette clinique qui suit en III.B. est une illustration de ce vécu difficile pour le soignant.

La fatigue professionnelle ainsi accumulée, parfois jusqu'à ne plus pouvoir, peut conduire à un syndrome d'épuisement des ressources physiques, mentales et émotionnelles : le burn-out. Et bien sûr, nous l'avons vu, cette saturation émotionnelle qui ne peut s'exprimer va s'imprimer dans le corps. Les troubles musculo-squelettiques sont alors fréquents et peuvent être un motif d'arrêt, plus acceptable parfois que la fatigue ou la dépression, qui met le salarié à l'index et surajoute au malaise. Qui n'a pas rencontré cette situation, d'un collègue qui s'arrête pour épuisement, sans que le motif puisse être prononcé ? Et dans ces non dits, c'est parfois difficile de lui apporter un soutien, de peur d'une contamination, ou d'être confronté à son propre malaise peut-être ?

Le professionnel de santé se sent de moins en moins compris dans une institution dont la gestion est dictée par les contraintes financières. Par exemple, dans les services d'oncologie

en centre hospitalier, on trouve très peu, voir pas, de professionnels qui prennent soin spécifiquement du corps, comme les socio-esthéticiennes ou les psychomotriciens. Et les autres professionnels de santé ne sont pas formés ou manquent de temps pour une approche plaisir du corps, pourtant indispensable dans la valorisation de l'image de soi, le sentiment d'unité corporelle ou identitaire. Ces notions qui peuvent paraître secondaires à certains, participent des ressources propres du patient, à mobiliser dans ce nécessaire processus adaptatif. Elles sont indispensables au processus thérapeutique.

Le soignant, se sentant incompris, ne ressent plus le cadre contenant de l'institution, et peut se retrouver démuné face au patient auquel il va avoir lui-même du mal à offrir un cadre. Pour pallier à cette carence, il peut alors chercher à compenser, en étant plus poreux aux émotions, ou bien chercher à se protéger dans une relation distanciée, en se coupant des émotions de l'autre (33). Ces deux réactions éloignent d'une relation authentique et donc thérapeutique, et induisent de la souffrance pour le soignant.

b) Une démarche institutionnelle nécessaire

Nous pouvons légitimement nous interroger sur la prise en compte par l'institution du bien-être de ses salariés, et de la conscience que peuvent avoir ses dirigeants de l'impact de ce bien-être sur le patient.

➤ **Le rôle de l'institution**

Il ne s'agit pas là de vouloir dénoncer ou changer un système ou une vision sociétale de la santé. Mais de s'intéresser au soignant en tant qu'individu, qui n'a aucune prise sur les circonstances qu'il rencontre. Son seul pouvoir est dans le comment interagir avec ces circonstances.

Les staffs, la supervision, plusieurs temps peuvent permettre la verbalisation. Mais cet accompagnement des soignants est presque toujours exclusivement verbal. Aucun lieu ni temps n'est accordé au corps du soignant. « On n'a pas le temps » de s'occuper de soi, de prendre soin de son corps, et surtout pas sur le lieu de travail. Si les autorités de santé s'interrogent sur les risques psychosociaux et la souffrance au travail, la prévention primaire

de ces risques est très peu présente, voir inexistante dans les entreprises (7, p13), et dans le milieu hospitalier en particulier. Il existe des actions isolées, mais rarement portées par l'institution.

Une réelle prévention primaire, efficace, et acceptée par les personnels, devrait être portée par l'institution, et organisée, dans un premier temps sur le temps de travail, même sur un temps très court. L'objectif de cet investissement nécessaire serait d'initier chez le professionnel de santé cette envie de poursuivre une pratique corporelle. La présence à soi, et donc la disponibilité à l'autre, ne peut résulter que d'un entraînement régulier, nous l'avons vu.

Cette prise de conscience collective doit également se retrouver au sein de l'équipe.

➤ **Le rôle de l'équipe : une atmosphère favorable ?**

La question de la perception des rapports humains procède d'une culture d'établissement, et se pose autant au niveau de l'établissement que du service. Elle concerne tout le monde : comment une équipe va être capable de permettre à chacun de faire preuve de vigilance, de se montrer soucieux de l'impact de ses manières de faire et d'être dans la relation à autrui.

Marc Hesbeen l'explique au cours de ses interventions : « le prendre soin n'est la propriété de personne, mais relève bien de la responsabilité de chacun » (19).

L'équipe est plus qu'un groupe du fait du nombre de liens entre ses membres. Elle est à la fois une ressource et un risque.

- c'est avant tout une ressource où les autres sont là pour moi. L'équipe peut à la fois être un moteur et entraîner le soignant dans sa dynamique, et à la fois réguler le comportement des uns et des autres (33). Le soignant a besoin de retrouver au sein de l'équipe, les valeurs d'entraide, de prévenance, de renfort mutuel, de solidarité. Hors les soignants, comme les autres salariés des établissements de santé font l'expérience/ont l'objet d'une évaluation individualisée des performances. « il est donc nécessaire que règne un climat de bienveillance, de confiance et de respect entre collègues » (7, p24). Cette cohésion est normalement soutenue par le cadre de santé, qui malheureusement aujourd'hui est avant tout sollicité par des tâches administratives et des réunions.
- L'équipe peut être aussi une source de souffrance ou un risque. Il faut veiller à l'équilibre du groupe à travers le respect des limites de chaque individu. Il ne doit pas y avoir d'injonction du groupe sur le plus faible par exemple. Ce qui peut arriver

lorsqu'une partie de l'équipe est très soudée au point de se voir à l'extérieur, comme une famille. Une personne, plus vulnérable, qui ne ferait pas partie de ce cercle fermé pourrait alors être mise à l'écart dans une négation de son identité professionnelle, voir servir de bouc émissaire.

Chaque individu dans l'équipe, doit avoir à l'esprit que son comportement engage le reste de l'équipe. La manière dont l'individu s'engage dans une relation avec un patient aura des répercussions sur ses collègues. Parfois il vaut mieux se retenir de trop en faire, parce que les plannings changent, et peut-être que les autres membres de l'équipe ne pratiquent pas de la même façon, n'ont pas le temps, pas les mêmes priorités ni les mêmes représentations. Mais se rendre compte de l'impact de nos actes sur l'équipe demande une certaine maturité relationnelle (33). C'est déjà difficile de prendre conscience de l'impact de ses actes sur la personne en relation (là le patient) ou sur soi-même. Le plus souvent, une intervention extérieure est nécessaire.

L'approche psychomotrice, par un accompagnement corporel, au plus près des préoccupations des soignants, peut contribuer, non seulement à la compréhension empathique du patient, mais aussi à la compréhension des liens relationnels au sein de l'équipe.

L'équipe doit donc être un cadre pour l'exercice professionnel du soignant, contenant, aidant et bienveillant, pour ainsi participer de la qualité de la relation entre soignant et soigné.

c) L'intérêt d'une pratique psychomotrice dans la prévention primaire

➤ **Pourquoi faire intervenir un psychomotricien ?**

Ce cadre contenant permet également d'aborder la notion de « bonne distance », souvent posée comme un dogme. Mais cette distance entre soignant et soigné ne se mesure pas en centimètre, et ne relève pas non plus d'un contrôle. Toute relation s'accompagne d'une charge émotionnelle qui s'impose au soignant. Il ne peut pas la contrôler, mais il peut prendre conscience de ce qu'il éprouve. Le soignant peut développer la conscience de l'émotion, saisir son impermanence, et s'entraîner à ne pas la suivre, au travers par exemple la pratique de la méditation pleine conscience (20). Et cette émotion, ou cette absence d'émotion, comment

pousse-t-elle le soignant à agir ? Nous agissons le plus souvent en réponse à ce que nous ressentons. Mais est-ce que cette réaction correspond vraiment au besoin de l'autre, du patient ?

La plupart du temps, nous n'avons pas ce questionnement réflexif, auquel le psychomotricien s'entraîne de par sa formation mais aussi ses activités psychocorporelles.

Le psychomotricien peut aider le soignant à porter son attention sur son corps propre, au travers de pratiques centrées sur les sensations. Par le décryptage du langage du corps, au cours de co-soins par exemple, il peut émettre des hypothèses sur l'identification de ces émotions. Et ainsi, il peut aider le soignant à mieux se connaître, en tentant de donner du sens à ses éprouvés corporels. Cette perception d'un ancrage interne permettra au soignant de se mettre en mouvement vers l'autre, de laisser de l'espace à la relation.

« Le psychomotricien est un expert dans la lecture des comportements et sait combien la gestion de l'espace, du temps et des relations a des influences sur le niveau de stress de chacun » (7, p17). Lorsqu'il est présent au sein d'un service, il connaît le contexte, les interactions, et sait décrypter corporellement les situations, les liens, les conflits, qui existent entre les membres de l'équipe. En cela, il peut parfois jouer le rôle de conseil auprès du cadre de santé, au même titre que le psychologue, et jouer un rôle dans l'accompagnement de l'équipe, au quotidien ou à travers la formation continue. L'approche phénoménologique de la formation pour adultes replace le corps au centre de l'apprentissage, s'intéressant ainsi à « une connaissance d'expérience corporalisée » (23, p188).

➤ **Quel bénéfice pour le soignant d'une pratique psychomotrice sur son lieu de travail ?**

Il y a une focalisation sur le corps du patient, abimé par les stigmates de la maladie. Mais le corps du soignant n'est pas vraiment pris en compte, ni comme outil du soin, ni comme participant à la relation. Pourtant, les soignants ont un engagement corporel fort dans leur profession. Qu'ils soient ou non disponibles à eux-mêmes et aux autres, ils n'ont pas le choix et doivent affronter tous les jours ce contact avec le patient. Si une toilette peut être une intrusion pour le patient, par la réciprocité du toucher, cette situation n'est pas non plus anodine pour le soignant, et peut également être vécue comme une effraction. Il est alors important pour le soignant d'entendre ce que son corps lui dit, et pour cela de ne pas rester seul face à des ressentis qui peuvent être ou engendrer une souffrance.

La pratique psychomotrice peut apporter apaisement, souplesse, respect, créativité aux salariés (7, p18). Mais il faut que ce soit une impulsion institutionnelle. Si l'initiative reste un cas isolé, elle s'essouffera, face à une institution souvent rigide qui contraint les salariés dans leur épanouissement au travail.

Le soignant, en ayant accès à ces temps pour soi sur son lieu de travail, sera plus sensible à ce nécessaire entraînement de la présence à soi, et à la pratique d'activités psychocorporelles à titre personnel (MBSR, Qi gong, relaxation, Yoga...).

Une étude en 2013, menée auprès des aides-soignants d'un EHPAD dans le cadre de la formation continue, a permis de valoriser un travail psychocorporel proposé lors de séances de psychomotricité. Sur 3 mois, 13 séances se sont déroulées, à raison d'une séance par semaine, en petit groupe de 3 ou 4 personnes. « Les différents médiateurs utilisés ont visé à favoriser la compréhension du dialogue corporel par le soignant lui-même » (23, p186). L'objectif de l'étude était la « recherche des solutions pour favoriser les échanges lors du corps à corps soignant-soigné pendant la toilette » explique Elsa Mariani, psychomotricienne (23, p186). L'analyse de cette étude a montré notamment, que les séances de psychomotricité ont apporté aux aides-soignants « des capacités d'adaptation en termes de distance relationnelle par rapport au résident ; (...) une amélioration de l'ancrage au sol, cet ancrage en lien avec sa corporéité et sa socialité participe à son ouverture à l'environnement et son ouverture à la relation (Santiago Delefosse, 2002) ; (...) une meilleure assurance dans leurs capacités professionnelles ; une meilleure régulation tonico-émotionnelle et une diminution du tonus global qui leur permet de mieux gérer leurs émotions pendant la toilette ; une diminution du stress professionnel ressenti ; (...) une plus grande richesse des échanges relationnels notamment par le regard » (23, p198).

Cette étude montre que le patient est le premier bénéficiaire de cette nouvelle disponibilité du soignant. La Santé Publique a donc tout à gagner dans cette prévention psychomotrice.

Quelle pratique psychomotrice peut permettre de cultiver ce savoir être de bienveillance et d'empathie ? Quoi proposer au sein d'un service d'oncologie digestive par exemple ?

III. B. Vignette clinique : une non prise en soin qui induit le mouvement

Il me paraissait important de présenter ici le cas clinique de Monsieur A, rencontré au cours de mon stage expérimental de 3^{ème} année, **dans un service d'oncologie digestive** au sein d'un établissement hospitalier. Ces différentes rencontres entre le 8/11 et le 20/12, ont eu lieu durant ma période d'observation. Ces trois premiers mois, j'ai accompagné les différents professionnels de l'équipe, afin de découvrir l'organisation du service et le rôle de chacun. Monsieur A a suscité chez moi beaucoup de questionnements, qui ont orienté mes propositions ultérieures. Sa prise en charge et son projet de vie ont également beaucoup interrogé l'équipe.

a) Description de la situation de Monsieur A

➤ **Présentation du service**

Dans ce service, les patients sont accueillis en hospitalisation complète, pour une confirmation de diagnostic, une chimiothérapie, une aggravation de leur état général, voir une fin de vie. La durée de séjour va de quelques jours à plusieurs mois. Les patients sont souvent suivis plusieurs années dans le service avec des hospitalisations récurrentes, plus ou moins longues. Un lien s'établit alors avec l'équipe soignante, très stable, malgré les difficultés rencontrées dans un tel service. Ce service de 28 lits compte 8 lits identifiés soins palliatifs (LISP). Il est divisé en 3 secteurs géographiques, dans chacun desquels est affecté un binôme infirmier(e) - aide soignant(e). Trois internes, en permanence présents dans le service viennent compléter l'équipe médicale qui partage son temps également entre consultations, hôpital de jour et interventions. Le service demande assez régulièrement l'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs.

D'autres professionnels interviennent dans le service : Agents de service, psychologues, diététicienne, assistante sociale, socio-esthéticiennes. Il n'y a ni kinésithérapeute, ni psychomotricienne affecté au service.

Cette description du service est importante pour comprendre mon cadre d'intervention, une journée par semaine, depuis novembre. Mon maître de stage est l'une des psychologues du service, et mon superviseur est une psychomotricienne avec une grande expérience en soins palliatifs. L'objet de mon stage est centré sur le patient, mais aussi dirigé vers les professionnels, au travers la mise en place d'ateliers de ressourcement, partant de l'hypothèse que l'apaisement du soignant peut avoir un bénéfice pour le bien-être du patient au travers la relation soignant-soigné.

➤ **Première rencontre le 8/11**

Lors de notre première rencontre, en observation, j'accompagne une aide soignante qui vient lui proposer une aide à la toilette. Monsieur A est assis dans son fauteuil, en pyjama, dans une très grande chambre qui me semble vide et très froide. A 60 ans, il présente une maigreur importante, avec un IMC à 17,04. Il pèse 54kg pour 178 cm. Je note une pauvreté des couleurs dans cette chambre et sur Monsieur A (uniquement du sombre, gris, bleu foncé, noir).

Son regard est peu expressif et ses gestes lents, il paraît parfois absent, tout en répondant aux sollicitations de l'aide soignante. Après lui avoir débarrassé son petit déjeuner et écarté l'adaptable, elle le sollicite pour choisir ses vêtements. Monsieur A se lève lentement de son fauteuil, avec un appui. Son ancrage au sol, peu sûr, nécessite un réajustement de sa part. Il fait quelques pas qui lui demandent un effort, hésitant, comme dans une recherche permanente d'équilibre, le buste penché en avant. Il vient s'asseoir au bord du lit, et guide verbalement l'aide-soignante pour le choix de ses vêtements avec une certaine apathie.

L'aide-soignante le sollicite à nouveau pour se rendre à la salle de bain. Il s'y rend sans aide, d'un pas un peu plus assuré que les premiers. Monsieur A étant très pudique, je n'assiste pas à la toilette. Il a besoin d'une aide pour le dos, les jambes, les pieds, et l'habillage du bas du corps.

—

Monsieur A dans cette situation de vie s'est peu exprimé, sauf pour répondre brièvement aux questions qui lui étaient posées.

Cette première rencontre, 3 jours après le début de l'hospitalisation de Monsieur A, a suscité chez moi un sentiment de vide, sans que je sois capable sur l'instant de décrire pourquoi ou de mettre en mots. Je ne connaissais alors rien de l'histoire et de la pathologie de ce patient.

➤ **Anamnèse**

Monsieur A est hospitalisé le 5/11/2018 dans le service pour un bilan en vue d'une immunothérapie. Il était préalablement suivi dans un autre établissement pour une tumeur neuroendocrine du pancréas métastatique au niveau hépatique, à grandes cellules de grade III, diagnostiquée en avril 2017. Il a subi plusieurs lignes de chimiothérapie depuis, sans résultat. La tumeur a toujours progressé. Le dernier protocole de chimiothérapie a été interrompu le 19/09/2018, après un scanner de contrôle qui montrait une nouvelle progression de la maladie. Lors de son entrée dans le service le 5/11, Monsieur A est anémié. Il bénéficie alors d'une transfusion sanguine.

D'autre part, il a été prescrit du Lexomil à Monsieur A pour une tristesse de l'humeur, une anxiété et des envies suicidaires. Il est dans l'opposition, le refus des soins et des médicaments « qui ne servent à rien » dit-il.

Un suivi diététique est mis en place dès son entrée. Le poids habituel de Monsieur A est de 75 kg, il a perdu 21 kg en 19 mois. Il dit pourtant avoir de l'appétit et faire 3 repas par jour. Des compléments nutritionnels lui avaient été prescrits fin 2017 mais il ne les prend plus du fait d'un dégoût des produits lactés. Il n'a pas mis en place les conseils sur l'enrichissement de son alimentation. La diététicienne intervient pour un suivi nutritionnel en tenant compte des goûts alimentaires et des envies de Monsieur A.

➤ **Bilan social**

Monsieur A est célibataire sans enfant. Il vivait seul dans son logement qu'il a vendu un peu avant son hospitalisation, avec pour projet de retrouver un logement en location. Depuis, il vivait chez son frère. Il est le troisième d'une fratrie de 6 très unie. Il est particulièrement proche du frère qui l'hébergeait, il dit « qu'ils ont toujours été là l'un pour l'autre » et qu'il a déjà hébergé son frère quand celui-ci était dans le besoin. Une sœur l'aide également et lui rend visite très souvent.

Monsieur A est en arrêt maladie, il vit des indemnités journalières, et n'a pas de souci financier. Il travaillait dans une société privée de recouvrement.

Le bilan social est réalisé le 9/11, alors que le patient vient d'avoir l'annonce de mauvais pronostic. Il souhaite retourner vivre chez son frère dès que possible, en attendant de retrouver un logement. Un HAD est envisagé.

Lors d'un entretien de l'interne avec le frère et les sœurs, hors la présence de Monsieur A, le frère fait part de son impossibilité immédiate de l'accueillir. Il est angoissé à cette idée, souhaite un étayage et du temps pour se préparer à cet accueil. Monsieur A ne veut qu'une chose, sortir de l'hôpital et retourner vivre chez son frère. Il ne semble pas entendre la difficulté de son frère.

➤ **Bilan psychologique :**

J'assiste au deuxième entretien de Monsieur A avec la psychologue, le 15/11. Je suis toujours en observation, auprès de la psychologue ce jour là. C'est la 3^{ème} fois que je rencontre Monsieur A.

C'est la première fois que la psychologue revoit le patient depuis l'annonce du mauvais pronostic. Elle intervient à la demande de l'infirmière pour une thymie basse. Le Lexomil a été augmenté.

Monsieur A se décrit comme une personne réservée, plutôt solitaire, angoissé régulièrement. Il dit qu'on s'occupe bien de lui dans le service mais qu'il n'a pas sa place ici. Il souhaite avoir son espace, dans un appartement à lui où il pourrait peindre, faire des projets. A l'hôpital, il se sent enfermé, dans l'impossibilité de faire quoi que ce soit. Il souhaite quitter l'hôpital le plus vite possible, retourner d'abord chez son frère qui prendra soin de lui, puis retrouver un petit logement.

Il répète inlassablement ce discours, avec des moments d'absence, le regard dans le vague, figé.

A la fin de l'entretien, après échange avec la psychologue, je lui propose de revenir l'après-midi passer un moment avec lui autour d'une activité de mise en couleurs de mandalas. Il accepte « pourquoi pas ».

Des échanges informels s'organisent, dans le couloir, dans la salle de soins, avec l'interne et la psychologue, puis avec l'infirmière et l'aide-soignante qui s'occupent de Monsieur A. La proposition d'un moment autour des mandalas semble pertinente, « il faut lui proposer quelque chose ».

➤ **Evolution de la maladie**

L'après-midi du 15/11, l'activité mandalas est impossible pour Monsieur A, l'aide-soignante le recouche. Cette hypovigilance pourrait être liée à l'augmentation du Lexomil.

L'état de santé du Monsieur A se détériore très rapidement.

Dans les jours suivants, on note la présence de fièvre et une aggravation de l'état général, amaigrissement, cachexie. Le médecin annonce au patient l'impossibilité de l'immunothérapie, dernier traitement spécifique envisagé.

Le lendemain, le patient a des difficultés à s'alimenter et à boire, avec un risque important de fausses routes. Cette dysphagie haute d'apparition brutale entraîne un changement de régime et la mise en place d'une alimentation lisse.

Un avis est demandé à l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) sur l'évaluation, le traitement de la douleur et des autres symptômes, ainsi que sur l'évaluation et le soutien psychologique. Le traitement contre la douleur est ajusté et le suivi psychologique est poursuivi.

L'état de santé de Monsieur A s'améliore légèrement, il s'alimente à nouveau davantage, et parvient à se déplacer à l'aide d'un déambulateur.

Lors de la visite de l'EMSP le 21/11, Monsieur A évoque des troubles du sommeil liés à une anxiété importante. Il dit être encore sous le coup de l'arrêt des traitements spécifiques. Il se sent en manque d'information, mais refuse de discuter de son état. Il présente une asthénie qui le gêne et des oedèmes des membres inférieurs.

L'infirmière de l'EMSP comme la psychologue du service notent une aggravation de la souffrance psychique avec une détresse et des crises d'angoisse. Il décrit la situation actuelle comme étant insupportable, il exprime des idées suicidaires, mais à la fois cette confrontation à sa finitude est source d'angoisse.

Il est identifié comme étant en soins palliatifs (LISP) à cette date, et cette information lui est expliquée. Il refuse d'être transféré en Unité de Soins Palliatifs en attendant une autre solution, peut-être un EHPAD.

➤ **Nouvelle proposition psychomotrice**

A la demande de l'aide-soignante et de l'infirmière, je rencontre Monsieur A le 22/11. Elles pensent qu'un toucher-massage au niveau des jambes lui ferait du bien. Le dessin ou la mise en couleur de mandalas, à ce stade, est impossible, il est trop faible pour tenir un crayon.

C'est la 4^{ème} fois que je le vois, il ne m'a pas identifiée. Le silence règne dans sa chambre, sans télé, ni radio. Son visage est paisible, un peu absent. Il n'exprime pas de douleur ni d'inconfort, si ce n'est cette absence de force qui le gêne. Je dois le solliciter, il répond très brièvement à mes questions.

Il est au fauteuil, je suis assise en face de lui, l'adaptable entre nous. Je ressens un malaise, comme si la relation ne s'établissait pas, le contact est difficile. Il semble faible, j'ai du mal à accrocher son regard.

Je lui propose malgré tout de lui masser les jambes. Il n'a pas envie, il est fatigué. Il manifeste son refus d'un geste faible et tourne la tête. Ce qui met fin à cette tentative d'échange.

Le 4/12 le patient est alité et ne se lève plus. Il est communicant et signale une fatigue importante. L'équipe veille à ce qu'il soit non douloureux.

Le 19/12 Monsieur A est aréactif, il semble confortable, pas de signe de douleur exprimé. Les soins prodigués sont des soins de bouche et des soins de confort (positionnement, toucher-massage pour éviter les escarres). La famille est prévenue et présente.

Monsieur A décède le 21/12.

b) Observations psychomotrices

➤ **Observations autour du patient**

J'ai tenté à deux reprises de proposer ma présence à Monsieur A :

- Au travers la mise en couleur de mandalas quand il a été un peu plus vigilant et disponible. Je pensais l'aider à se retrouver dans un moment de plaisir autour d'une activité proche de ce qu'il affectionnait, la peinture.
- Au travers du toucher-massage, un autre jour. Par le contact, la présence, je pensais l'aider à recontacter son corps via des sensations agréables, pour nourrir son schéma corporel, son image du corps, d'expériences positives.

A chaque fois, Monsieur A a refusé « non merci, je suis fatigué », « je n'ai pas envie ».

Ce refus a entraîné pour moi une remise en question : peut-être n'avais-je pas assez écouté le patient, pas assez réfléchi à ma proposition et à mes objectifs dans ce choix de séance ? Peut-

être m'y étais-je mal pris ? Peut-être la relation thérapeutique ne s'était pas établie ? En partageant avec l'équipe, aides-soignantes et infirmières m'ont fait part de réponses similaires de la part de Monsieur A. Il n'était pas opposant, mais refusait systématiquement toute proposition en dehors des soins à proprement parler.

La psychologue, suite à l'un de ses entretiens avec le patient, met en mots ainsi un ressenti partagé par l'équipe : « Monsieur A semble être dans une demande face à laquelle nous ne pouvons pas répondre, qui nous renvoie à nos propres limites. Comme si par cette demande il nous faisait vivre un peu ce qu'il vit à l'intérieur de lui (confrontation aux limites). Cependant, cette demande nous pouvons l'entendre, tenter d'y mettre un sens. Tout en l'entendant nous restons près de lui, il y a aussi peut-être une peur de l'abandon qui pourrait venir alimenter la souffrance actuelle de Monsieur A. »

Pierre Le Coz fait le lien entre la temporalité et la conscience de soi. Pour lui, la promesse d'un avenir donne sens à ma présence au monde (21). Cet espoir est retiré à la personne incurable. Elle ne peut plus exister au travers le temps, ne peut plus se projeter dans un avenir (elle est sans projet). Il s'en suit un sentiment d'injustice, d'incompréhension, et possiblement un sentiment d'abandon.

Par ailleurs, Marc Guiose observe une inhibition de l'action liée à la souffrance du patient face à la mort. « On fait le mort pour éviter d'être mort » (14, p41).

La solitude de ce patient toute la journée m'a touchée, et a beaucoup ému l'équipe : peu de temps de visite (même si son frère et ses sœurs se relayaient pour passer tous les jours), pas de télévision, pas de radio, ni de lecture. Instinctivement, j'ai projeté mon ressenti. Il a fallu que je m'oblige à une observation réflexive pour m'en rendre compte et identifier mon malaise, et ce sentiment de vide au sortir de sa chambre. L'équipe de soin était également perdue face à la pauvreté des échanges avec Monsieur A. Je pense que les soignants se sont sentis inutiles et impuissants. M'inciter à proposer quelque chose a revêtu peut-être une fonction symbolique, déculpabilisante pour l'équipe. J'étais dans ma période d'observation, avec peu de recul et des difficultés à mettre en mots et exprimer ce que pouvait apporter une pratique psychomotrice dans un tel service.

D'après ce que donnait à voir Monsieur A depuis le début de son hospitalisation, et au regard de son histoire personnelle, ce repli dans la solitude semblait à posteriori une réaction attendue.

Cette rencontre, déstabilisante et inconfortable en premier lieu, m'a permis de redoubler de vigilance quant à mes propositions à destination des personnes hospitalisées. Pour chacun des patients que je suis allée voir par la suite, sur suggestion d'un aide-soignant, d'une infirmière ou d'une interne, ou sur proposition de ma part, j'en ai toujours discuté de façon informelle avec les autres soignants en charge du patient. J'ai échangé autant que possible avec la psychologue quand le patient était suivi dans ce cadre. Et avant chaque première séance, j'ai validé mon intervention avec l'interne en charge du patient.

➤ **Observations liées à l'équipe**

J'ai observé rétrospectivement le comportement de l'équipe et le mien. Monsieur A rejetait systématiquement les propositions des soignants en général, même les plus simples en dehors de la toilette et des actes infirmiers. L'équipe a fini par passer très peu de temps auprès de ce patient. Un soignant passait le voir régulièrement, mais souvent seulement quelques secondes pour lui demander s'il avait besoin de quelque chose.

Cette situation me renvoie au commentaire d'Odile Gaucher-Hamoudi lorsqu'elle évoque la nécessaire acceptation par le soignant de ne pouvoir soulager toutes les souffrances : « c'est l'acceptation de notre impuissance qui nous permet de poursuivre notre projet de soin dans la créativité de nos rencontres » (14, p37). Cette impuissance est souvent compliquée à vivre pour le professionnel du soin formé à soulager.

Les refus répétés de Monsieur A n'ont pas permis la valorisation des professionnels dans leur rôle de « bon soignant ». Certains auteurs, dont Marc Guiose (14), parlent de clivage du bon et du mauvais objet chez le patient en fin de vie : tantôt le soignant va représenter le bon objet, celui qui apaise et qui renvoie à l'acceptation, tantôt il va représenter le mauvais objet, qui renvoie au refus et à la colère du patient. Cette manière d'aborder la relation soignant-soigné en soins palliatifs renvoie à la théorie de Mélanie Klein : la motivation à soigner viendrait de ce besoin de réparer. Le professionnel, dans un service confronté quotidiennement à la fin de vie, est investi du pouvoir de « savoir accompagner ». Un patient comme Monsieur A met en échec ce savoir et engendre angoisse et culpabilité. Pourtant, l'attitude thérapeutique juste serait de répondre aux besoins exprimés par le patient, sans anticiper, ni extrapoler, et d'accepter et de respecter ses besoins, ou ses absences de besoin. Vouloir donner plus qu'une réponse adaptée et simple à une demande, c'est détruire une part

du libre arbitre, de l'humanité, de la confiance en soi de la personne. Accepter de ne rien faire, c'est déjà faire quelque chose.

Pour ne pas rester sur ce sentiment d'impuissance partagé, je me suis interrogée : comment cette rencontre déstabilisante, pouvait nourrir l'intervention du psychomotricien dans cette équipe ? Comment la pratique psychomotrice pouvait apaiser le soignant, et donner de l'espace à la relation soignant-soigné ?

Il semble évident de dire qu'un accompagnement de qualité nécessite une certaine disponibilité. Et se rendre disponible à soi favorise la disponibilité à l'autre. Eric Fiat, philosophe, va plus loin. Pour lui, prendre soin du soignant l'amènerait à prendre conscience de sa dignité d'être. Il serait alors en mesure de prendre soin de la dignité d'autrui (9). Côté la souffrance au quotidien engendre une fatigue compassionnelle qui peut évoluer en épuisement. Quelles ressources offrir aux soignants, qui bénéficient déjà par ailleurs de divers soutiens au travers des staff ou des réunions d'analyse de la pratique ?

III. C. Propositions psychomotrices et retour réflexif sur cette expérience

J'ai profité de mon stage en oncologie digestive pour proposer deux pratiques psychomotrices aux professionnels. Certains soignants avaient déjà eu l'expérience d'approches corporelles comme la relaxation, et semblaient demandeurs. C'est pourquoi, compte tenu de mes observations et des recherches pour ce mémoire, j'ai proposé, depuis janvier, deux types d'ateliers. Sur une période de trois mois, il n'est pas possible de dire si l'expérience peut être probante ou non. Le docteur Kabat-Zinn le montre en méditation pleine conscience, une mise en mouvement pour un bénéfice tant psychique que physique demande un entraînement très régulier sur du long terme (20). Mais des observations peuvent être faites sur cette courte expérience et les retours des soignants sont intéressants.

a) Propositions d'ateliers à destination des professionnels du service

➤ **Un atelier court, sur le temps de travail**

J'ai discuté avec les soignants pour affiner ma proposition. Et la même phrase revenait toujours « on n'a pas le temps ». Se dégager du temps, ou se l'autoriser était compliqué, notamment vis à vis des collègues. D'autant que les infirmières finissent leur service régulièrement très en retard, et beaucoup n'ont pas envie de rester sur leur temps personnel pour une séance de relaxation.

J'ai alors eu l'idée d'un atelier très court, de 7 minutes, le temps d'une pause. Après avoir observé l'équipe fonctionner, le moment le plus opportun a semblé être en milieu de journée, juste avant les transmissions, à 13h30. Ainsi, les 2 équipes de la journée pouvaient en bénéficier.

Cette formule très courte a éveillé la curiosité des soignants.

Cette séance se déroule debout, et se répète tous les jours où je suis présente, une fois par semaine. Il s'agit de ramener l'attention dans le corps, sur ses ressentis, de ramener de la présence à soi. L'option debout a été réfléchi, tout d'abord compte tenu de la durée très courte de la séance, pour limiter le temps d'installation. Mais également, ce choix permet le maintien d'un certain niveau de vigilance. Les professionnels doivent être immédiatement

opérationnels et disponibles au sortir de la séance. Il ne s'agit donc pas d'abaisser le tonus comme au cours d'une séance de relaxation plus classique, allongée. Les exercices proposés consistent en un scan corporel appuyé par des micros mouvements, et sont basés sur la respiration et l'ancrage au niveau des appuis. Ils sont empruntés de mes propres pratiques : la relaxation, le Qi gong, la méditation pleine conscience ou la sophrologie. La séance débute toujours par des secousses des membres supérieurs et inférieurs puis du corps entier, et se termine par des percussions corporelles sur l'ensemble du corps pour redynamiser.

➤ **Un atelier de relaxation hors temps de travail**

Certains soignants, qui avaient déjà bénéficié d'ateliers de ressourcement plus long, ont souhaité que l'expérience soit renouvelée. Ces ateliers de 45 minutes, à la fin de la journée de travail (14h30), ont lieu deux fois par mois. Une inscription au préalable est demandée. Il leur est proposé d'expérimenter diverses techniques de relaxation, allongé : relaxation dynamique psychomotrice, de type Jacobson, Schultz, visualisation. Là encore la séance est ritualisée, avec un temps de verbalisation très apprécié en fin de séance.

L'objectif est double :

- expérimenter sur soi les bénéfices d'une approche psychocorporelle, susceptible d'amener de la détente dans le corps.
- Sensibiliser les soignants à leur ressentis, au travers d'expériences simples. Mettre des mots sur ce vécu corporel et les accompagner afin de leur donner envie de partager certaines expériences avec les patients, ou tout au moins d'être plus sensible à ce que peuvent vivre les patients. Une séance leur a notamment été proposée autour des sens, en portant une attention particulière aux odeurs, au goût, au toucher, ou aux bruits environnants

L'objectif de ces deux propositions est de permettre aux professionnels d'expérimenter une qualité de présence à eux-mêmes, qui soit une ressource, afin d'être ensuite dans une qualité de présence et une disponibilité à l'autre.

b) Retours et réflexion sur cette expérience

➤ **Bilan de cette expérience sur 3 mois**

J'ai été présente 11 fois sur ces 3 mois, à raison d'une journée de présence par semaine.

L'atelier court a suscité beaucoup de curiosité et d'intérêt. J'ai du m'adapter en fonction de la disponibilité des soignants. Certaines fois, la charge de travail était trop importante et ne leur laissait pas 5 minutes de disponible. Mais le plus souvent, ils avaient une courte pause avant les transmissions. 7 séances ont ainsi été possibles, dans une salle de réunion au sein du service. 12 professionnels y ont participé, à raison de 2 à 6 personnes par séance. Au plus, 15 aides-soignant(e)s (AS) et infirmier(e)s (IDE) sont présents en journée dans le service, entre l'équipe du matin et celle de l'après-midi. Plusieurs professionnels ont été assidus à ces séances, qui ont touché 2 des 3 internes, des infirmières, des étudiants, et des aides-soignants. Deux de ces derniers ont eu envie ensuite d'essayer les ateliers longs de relaxation, alors qu'ils n'y étaient précédemment pas sensibles.

L'atelier long de 45 minutes, hors temps de travail, a pu avoir lieu à 4 reprises. Les 2 annulations sont dues à une absence de candidat et à une réunion déplacée exceptionnellement sur le créneau de l'atelier et prioritaire pour tous. Ces séances ont concerné 5 personnes (dont 3 d'entre elles ont également participé à au moins 1 atelier court), aides-soignants et infirmières. 1 à 3 personnes étaient présentes à chaque atelier (une seule séance s'est déroulée avec une personne). 2 des 5 personnes sont venues plusieurs fois à ces ateliers.

➤ **Questionnaire complété par les professionnels du service**

Un questionnaire (en annexe) a été proposé aux professionnels à la fin de ces 3 mois, pour mesurer leur satisfaction et leurs attentes sur ces ateliers. 18 questionnaires ont été complétés (sur un effectif de jour de 35 AS et IDE), par 9 IDE (dont 2 étudiantes), 7 AS, 1 ASH et 1 autre professionnel. Le personnel médical n'a pas répondu.

Plus de la moitié du personnel a moins de 30 ans, mais l'âge n'était pas demandé dans le questionnaire.

Les professionnels ont une satisfaction au travail globalement élevée, 14 d'entre eux ont mis une note supérieure à 7/10. Ce qui correspond à mon ressenti dans cette équipe très solidaire, où le retour des patients et des familles est très positif et valorisant. La qualité de leur sommeil varie de 0 à 9/10, avec 5 personnes qui l'estiment inférieur à 5/10.

A la question « vous sentez-vous vidé(e) ou très fatigué(e) en quittant le travail ? », 8 ont répondu parfois et 8 souvent. Si globalement les soignants sont satisfaits de travailler en oncologie, il n'en reste pas moins que c'est un service éprouvant, pour toutes les raisons décrites auparavant, notamment l'implication émotionnelle.

11 des personnes ayant répondu pratiquent régulièrement une activité physique (au moins une fois par semaine), qui, pour 5 d'entre elles leur permet d'évacuer le stress accumulé au travail.

Sur les 18 personnes ayant répondu au questionnaire, la moitié exprime le besoin d'un atelier corporel régulier sur leur lieu de travail, et souhaite la poursuite de l'atelier court, auquel 8 ont déjà participé (et 3 d'entre elles à l'atelier de 45 minutes). L'horaire de cet atelier, 13h30, semble adapté pour 11 des répondants.

Concernant l'atelier de relaxation de 45 minutes 2 fois par mois, 3 personnes sur les 18 réponses y ont participé et 9 souhaiteraient pouvoir le faire si leur planning le leur permet.

Globalement, une seule personne n'a pas trouvé de bénéfice lors de sa participation à ces ateliers, et une autre dit utiliser les exercices proposés dans son quotidien (elle a participé plusieurs fois aux ateliers).

c) Observations psychomotrices

➤ **Observations autour de ces ateliers**

Les professionnels ayant bénéficié de ces ateliers de ressourcement ont exprimé qu'ils n'avaient pas l'habitude de ce genre d'exercice, de s'accorder une telle présence consciente à eux-mêmes, surtout aussi précise. Pour Benoît Lesage, le psychomotricien doit inviter son patient (là le soignant) à éprouver son corps dans la relation. « Clarifier le corps, c'est mettre de l'ordre dans les éprouvés. Beaucoup sont noyés dans des perceptions vagues et indifférenciées de leur corps » (22, p32). Ainsi apprendre à identifier ses ressentis permet par la suite une prise de conscience du contre-transfert dans le soin. Le soignant sera alors plus à

même, au cours d'un soin, de percevoir dans son ressenti ce qui relève de la relation au patient. Cette sensibilité apporte plus de justesse dans la relation et une meilleure adaptabilité.

Les participants aux ateliers longs ont pris conscience de leurs tensions musculaires, ce qui a peu été exprimé par ceux ayant participé aux ateliers courts. Ces derniers par contre ont fait part d'un apaisement, d'une détente, d'une déconnexion ressourçante. « C'est fou en quelques minutes, ça fait du bien ». Les visages de certains étaient plus détendus, avec un sourire dessiné, d'autres laissaient venir des bâillements. Une soignante a dit la surprise de porter son attention sur ses pieds et de prendre conscience des sensations s'y rapportant. Cette découverte, en tournant l'attention vers soi, ouvre à la bienveillance et au respect de soi, donc de l'autre. Elle ouvre aussi à la curiosité et aux petits détails capables de surprendre, de donner du plaisir, d'amener de la présence et donc le sentiment d'exister. Une soignante m'a dit un après-midi avoir eu l'impression de se recentrer, et d'être ensuite plus efficace dans son travail, en allant à l'essentiel. Elle était contente d'avoir ainsi eu plus de temps pour ses patients, de s'être sentie vraiment avec eux. Ce retour ne m'a été fait qu'une seule fois, mais beaucoup ont exprimé se sentir mieux après cette pause pour soi.

Les personnels ont exprimé une décontraction importante, un lâcher prise et une libération du stress lors des ateliers de 45 minutes. J'ai pu à cette occasion observer la respiration ralentir, les visages se détendre. Le temps de verbalisation en fin de séance a été important, avec un besoin de dire son ressenti, mais aussi le ressenti dans la rencontre avec le patient et les difficultés associées. Ce moment a également permis d'associer des réactions corporelles, rencontrées au cours de soins, à des émotions. Il a permis aux soignants de réfléchir à des postures corporelles différentes, qui auraient pu être adoptées dans les soins.

➤ **Pour aller plus loin**

L'expérience mériterait d'être poursuivie et davantage réfléchie avec les personnels intéressés, mais aussi l'encadrement médical du service et la cadre de santé.

Le projet a fait l'objet d'une présentation au Professeur chef de service, mais tardivement par rapport à sa mise en place. Il a semblé intéressé par la démarche.

De telles pratiques doivent faire l'objet d'un entraînement, une séance ou deux ne permet pas d'apporter un bien être ou un bénéfice durable. La présence d'un psychomotricien dans l'équipe serait là encore toute indiquée. Il pourrait, au travers son regard et son accompagnement, permettre aux soignants de prolonger leurs vécus en atelier, dans leur

pratique professionnelle, en leur donnant l'occasion d'intégrer cette sensibilité, cette disponibilité dans le vécu des soins donnés aux patients. Des co-soins pourraient valoriser les bénéfices psychocorporels de ce type d'ateliers de ressourcement.

Mais de tels projets ne peuvent exister que s'ils sont portés par l'encadrement et au-delà par l'institution elle-même, tant comme culture d'entreprise que comme choix financier. Quel environnement de soin veut-on offrir au patient ?

➤ **Ce que ce stage m'a apporté**

J'ai fait l'expérience du doute, et je me suis beaucoup questionnée au cours de ce stage.

La posture de psychomotricienne face au patient m'a interrogée, notamment dans ma rencontre avec Monsieur A, le premier patient à qui j'ai tenté de proposer quelque chose. Ce « quelque chose » n'avais pas été assez pensé, réfléchi, pour être une vraie proposition thérapeutique. J'aurais peut-être pu lui proposer simplement ma présence, dans le silence. Mais tellement déstabilisée par le sentiment d'impuissance renvoyé par l'équipe, je n'ai certainement pas assez écouté mes ressentis, ni pris du temps auprès de Monsieur A. J'ai davantage pris mon temps avec les autres patients rencontrés ensuite au cours de mon stage. J'ai pris le temps de les entendre, de les accompagner dans leur vécu corporel, en acceptant de ne pas savoir et de me tromper, notamment avec Madame A que j'ai vue à plusieurs reprises (vignette clinique plus haut sur un accompagnement à la douche).

Ce stage m'a aussi beaucoup bousculée quant à ma posture dans l'équipe, mon positionnement physique, ma place professionnelle. Les ateliers proposés à l'équipe sont le fruit d'échanges, de réflexions, d'élaboration, y compris avec d'autres étudiantes ou psychomotriciennes, dans une mobilisation des ressources à ma disposition. Inlassablement, j'ai porté ce projet, motivé les professionnels à venir essayer, je leur ai montré, en les aidant que ces 7 minutes étaient possible à trouver sur leur matinée de travail. Et puis je me suis essouffée aussi, gagnée certains jours par la démotivation des soignants. Pourtant ils ont exprimé que cette courte pause en milieu de journée leur faisait du bien, et finalement elle a été aussi très ressourçante pour moi.

Cette expérience m'a confortée dans la nécessité d'une pratique corporelle régulière.

CONCLUSION

Ce mémoire a abordé toute la complexité de la relation thérapeutique, la singularité des individus et de leurs interactions, la richesse d'une rencontre. La relation se nourrit par un enrichissement mutuel, dans un échange dynamique en construction permanente. Chaque élan vers l'autre aura des répercussions qui influenceront les deux partenaires, soignant et soigné. Il s'agit bien là d'une co-construction, comme une danse qui peut être harmonieuse ou chaotique, entre deux sujets contraints d'évoluer ensemble.

Le psychomotricien est à la fois acteur de la relation thérapeutique, mais aussi observateur de ce qui se joue dans l'échange auquel il participe. Tout comme il est observateur des relations qui se tissent autour de lui et dans lesquelles il peut interagir. Il peut contribuer à la construction de la relation soignant-soigné par sa communication infra-verbale, par la mise en mots de ses observations et de ses éprouvés, par un retour bienveillant au soignant. Le psychomotricien peut à la fois servir de support à la lecture des ressentis, mais également accompagner corporellement les soignants dans une meilleure connaissance d'eux-mêmes, au travers d'expériences corporelles. Les ateliers qu'il propose peuvent donner un cadre à l'expérience corporelle, qui peut amener plus d'espace intérieur et une disponibilité au soignant. Cet état interne contribue à une qualité de présence plus authentique, dans l'espoir d'une relation thérapeutique plus harmonieuse. Cette qualité de la relation participe au processus thérapeutique, à l'adhésion du patient, à son observance des traitements, et à la manière dont il va vivre sa maladie.

Parce que les mots parfois ne suffisent pas, revenir aux fondamentaux des sensations et du vécu corporel peut permettre de voir ce qui nous échappe au premier abord.

Le psychomotricien, de par sa formation et ses compétences, est un expert de la relation, et peut accompagner la construction de la relation thérapeutique. Il peut intervenir auprès du patient, en collaboration ou non avec le soignant, mais également auprès du soignant, pour l'aider à mieux se connaître et ainsi mieux appréhender les enjeux et l'implication du corps dans la relation. « Son but (à la psychomotricité) est de permettre de mieux se sentir, et ainsi, par un meilleur investissement de sa corporalité, de se situer dans l'espace, dans le temps, dans le monde des objets et de parvenir à un remaniement et à une harmonisation de ses modes de relation à autrui. » (8, p7) Serge Fauché, au travers cette citation de Julian de

Ajuriaguerra, nous laisse entrevoir que l'action du psychomotricien peut être tout aussi bénéfique dans le cadre de l'intervention préventive auprès des professionnels de la santé.

Toujours en conservant le patient au centre des préoccupations, il est possible d'aller plus loin dans la prévention primaire des risques psycho-sociaux en établissement de santé.

Le patient aura les meilleurs soins si tous les salariés de l'établissement œuvrent dans le même sens. Tous participent et sont importants. De l'administratif au responsable technique, tout comme le technicien de laboratoire (...), ils permettent par leurs multiples interactions, d'améliorer l'état de santé ou à minima l'état de bien être du patient. Et par conséquent, tous méritent que collectivement l'établissement prenne soin d'eux, comme un tout prend soin de chaque unité. Cette approche de la globalité correspond précisément à l'approche psychomotrice : prendre soin du tout, mais aussi de chaque élément et des interactions complexes de ces éléments pour former le tout.

Et cette vision des choses relève d'une gestion à long terme, totalement compatible avec la vision économique. Au delà, il s'agit là d'une vision écologique : prendre soin de l'humain pour rendre le système économiquement plus sûr. La démarche de ce mémoire m'amène à penser qu'en préservant autant que possible le bien être et donc la santé des professionnels hospitaliers, on peut certes limiter l'absentéisme et les coûts médicaux liés à cet absentéisme, mais également améliorer l'état de bien être des patients, au travers la relation soignant-soigné, et donc l'autonomie de ces derniers.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Apter G., Mellier D., Saint-Cast A. (2010). *Introduction. L'émotion, un mouvement vers l'autre ?*. Revue *Enfances & psy*, 2010/4, n°49, pp 9-13. Paris, France : Eres.
- (2) Bachollet MS., Marcelli D. (2010). *Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements*. Revue *Enfances & psy*, 2010/4, n°49, pp 14-19. Paris, France : Eres.
- (3) Cluzeau P. (2014). *Sur les chemins de la relation patient-psychomotricien : éléments de réflexion sur la genèse et les fondements de la relation thérapeutique*. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien. Paris, France : Dumas.
- (4) Delion P. (2010). *Enjeux cliniques autour de la grande bifurcation du musculaire au langage*. *Thérapie psychomotrice - et Recherches*, n°162, pp 82-91. IVRY, France : SNUP.
- (5) Dumas, M., Douguet, F. & Fahmi, Y. (2016). *Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ?*. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 2016/1, n°20, pp 45-67.
- (6) Estryn-Béhar M., Le Nezet O. (2006). *Insuffisance du travail d'équipe et burnout, deux prédicteurs majeurs dans l'intention de quitter la profession infirmière*. *Soins Cadres*, n°2, pp 2-14.
- (7) Eudier A. (2017). *Réflexion sur la prévention des risques psychosociaux en entreprise : Quelle place pour la psychomotricité ?*. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien. Paris, France : Dumas.
- (8) Fauché S. (1993). *Du corps au psychisme : Histoire et épistémologie de la psychomotricité*. Paris, France : Presses Universitaires de France, p 7.
- (9) FIAT E. (2019). *Conférence du Colloque Prendre soin, soigner, soigner autrement*. Organisation CHU de Bordeaux – CFPPS.

- (10) Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, vol. 89 (n°2), pp 33-42.
- (11) Froucht Hirsch, S. (2012). *Le temps d'un cancer: Chroniques d'un médecin malade*. Toulouse, France: ERES.
- (12) Gadeau, L. (2002). *Voies de l'alliance thérapeutique: Pacte narcissique et temporalité*. Dans *Le Divan familial*, vol. 9 (n°2), pp 137-150.
- (13) Gatecel A. Giromini F. Massoutre-Denis B. Moyano O. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 1. Concepts fondamentaux*, pp 327-339. Paris, France : De Boeck solal.
- (14) Gaucher-Hamoudi O., Guiose M. (2007). *Soins palliatifs et psychomotricité*. Paris, France : Heures de France.
- (15) Giromini F. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 1. Concepts fondamentaux*, pp 202-209. Paris, France : De Boeck solal.
- (16) Golse B. (2010). *Du concept de dialogue tonique au concept d'interactions*. *Thérapie psychomotrice - et Recherches*, n°162, pp 6-17. IVRY, France : SNUP.
- (17) Guimerchain-Bonnet M. (2010). *Les perceptions du temps à l'hôpital*. *Revue L'aide soignante*, n°117. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.
- (18) Guiose M. (2014). Dans : *Manuel de soins palliatifs*, pp 675-685. Paris, France : Dunod.
- (19) Hesbeen W. (2019). Conférence du *Colloque Prendre soin, soigner, soigner autrement*. Organisation CHU de Bordeaux – CFPPS.
- (20) Kabat-Zinn, J. (1990). *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience (Le manuel complet de MBSR, ou réduction du stress basée sur la mindfulness)*. Paris, France : J'ai lu collection bien être.

- (21) Le Coz, P. (2004). *Maladie et temporalité*. Dans : Patrick Ben Soussan éd., *Le cancer : approche psychodynamique chez l'adulte*, pp. 57-78. Toulouse, France: ERES.
- (22) Lesage B. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 2. Méthodes et techniques*, pp 22-58. Paris, France : De Boeck solal.
- (23) Mariani E. (2013). *L'apport de séances de psychomotricité dans le développement professionnel continu d'aides-soignants*, *Revue Evolution psychomotrice*, vol. 25, n°102, pp 185-199.
- (24) Marin C. (2010). « Who cares ? » L'attention au malade dans la relation thérapeutique. Dans : Lazare Benaroyo éd., *La philosophie du soin: Éthique, médecine et société*. pp. 127-140. Paris, France: Presses Universitaires de France.
- (25) Mistycki, V. & Guedeney, N. (2007). *Quelques apports de la théorie de l'attachement : clinique et santé publique*. *Recherche en soins infirmiers*, vol. 89, n°2, pp 43-51.
- (26) Odier, G. (2012). *Carl Rogers : être vraiment soi-même: Approche centrée sur la personne*. Paris, France : Eyrolles.
- (27) Oudot, C. (2017). *Vivre la temporalité à l'hôpital: Ou quand patient et soignant ne sont plus à contretemps*. *Laennec*, tome 65, n°2, pp 45-55.
- (28) Pineau C. (2016). *La distance dans la relation en psychomotricité : rencontre avec l'autre en relaxation*. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien. Paris, France : Dumas.
- (29) Pollak C., Ricroch L. (2017). *Arrêts maladie dans le secteur hospitalier : les conditions de travail expliquent les écarts entre professions*. DREES, *Etudes & résultats* n°1038. drees.solidarites-sante.gouv.fr.
- (30) Robert-Ouvray S., Servant-Laval A. (2015) *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 1. Concepts fondamentaux*, pp 161-181. Paris, France : De Boeck solal.

- (31) Ruzzniewski, M. (2016). *Fins de vie et société. Approche psychanalytique*. Dans : Emmanuel Hirsch éd., *Fins de vie, éthique et société* (pp. 66-70). Toulouse, France: ERES.
- (32) Trinlé. (2014). *La présence, un savoir être à cultiver*. La Remuée, France : Rabssel Editions, collection Atelier des Savoirs.
- (33) Trinlé. Stadelmaier N. (2019). *L'empathie dans la relation de soin, piège ou ressource ?*. Conférence de l'Atelier des Savoirs. Dhagpo Bordeaux.
- (34) Winnicott D. (1958). *La capacité d'être seul*. Barcelona mai 2015 Petite Biblio Payot classiques.
- (35) www.cnrtl.fr
- (36) www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/fiche_dpc_gdr_equipe_2014-06-24_11-13-56_822.pdf
- (37) www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/fiche_memo_burnout.pdf

Quand vous vivez un stress au travail, comment réagissez-vous après coup ?

Vous avez besoin d'en parler vous allez vous dépenser physiquement vous faites la fête vous ne faites rien

Ressentez-vous le besoin d'un atelier corporel régulier, de type méditation ou relaxation, sur votre lieu de travail ? oui non

Deux ateliers vous sont proposés depuis début janvier :

Atelier de 5 minutes les jeudis à 13h30

Avez-vous déjà participé à cet atelier ? oui non

Si non, aimeriez-vous essayer ? oui non

Si oui, aimeriez-vous que cette formule se poursuive ? oui non

Pouvez-vous résumer en 2 ou 3 mots ce que cet atelier vous apporte :

.....
.....

Cet horaire vous semble-t-il adapté ? oui non

Atelier 45 minutes 2 jeudis par mois à 14h30

Avez-vous déjà participé à cet atelier ? oui non

Nombre de fois :

Si non, aimeriez y participer si votre planning vous le permet ? oui non

Avez-vous déjà participé à ces ateliers l'an dernier avec Orane ? oui non

Ressentez-vous un bénéfice à ces ateliers ? oui non

Si oui, lequel(s) ?

.....
.....

Vous arrive-t-il d'utiliser dans votre quotidien, des exercices vus en atelier ?

oui non

Avez-vous des attentes/suggestions quant au contenu des ateliers ? oui non

Si oui, lesquelles ?

.....
.....

Autres remarques que vous voudriez faire :

.....
.....