



HAL
open science

“ Quand la rencontre fait sens : l’essence du psychomotricien ”. Intérêt et spécificité de la relation thérapeutique en psychomotricité dans le cadre de la prise en soin de personnes atteintes de maladies graves

Alyssia Quero

► **To cite this version:**

Alyssia Quero. “ Quand la rencontre fait sens : l’essence du psychomotricien ”. Intérêt et spécificité de la relation thérapeutique en psychomotricité dans le cadre de la prise en soin de personnes atteintes de maladies graves. Psychologie. 2019. dumas-02185283

HAL Id: dumas-02185283

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02185283>

Submitted on 16 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.

UNIVERSITÉ de BORDEAUX
Collège Sciences de la Santé
Institut de Formation en Psychomotricité

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

*Quand la Rencontre fait Sens :
l'Essence du Psychomotricien*

**Intérêt et spécificité de la relation thérapeutique en
psychomotricité dans le cadre de la prise en soin
de personnes atteintes de maladies graves.**

QUERO Alyssia

Née le 12 avril 1997 à Lourdes (65)

Directeur de Mémoire : Jean-Guillaume Lavielle

Mai 2019

Remerciements :

Je remercie Jean-Guillaume Lavielle, pour son soutien, ses conseils avisés et la richesse de son regard clinique. Je suis reconnaissante d'avoir pu profiter de ses qualités de référent de mémoire.

Je remercie les maitres de stages rencontrés durant ces 3 années : Jonathan, Isabelle, Martine et Laurence. Je leur suis reconnaissante pour les temps d'élaboration partagés avec eux me permettant de développer ma capacité d'observation et mes réflexions cliniques.

Merci à l'ensemble des psychomotriciennes que j'ai rencontré lors de mes stages courts pour leur bienveillance et les temps d'échanges.

Je remercie par la même occasion tous les patients et personnels soignants que j'ai rencontré au cours de mes différents stages. Ils m'ont permis d'évoluer avec eux et ont participé à mon identité professionnelle et personnelle.

Un grand merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique et aux professeurs de l'IFP pour nous permettre de vivre ces belles années d'études.

Merci à mes amis et à ma famille pour leur présence et leur soutien tout au long de ces années d'étude.

Merci à Louise pour cette année de colocation durant laquelle tu as partagé avec passion ton expérience de psychomotricienne. Merci pour avoir su alimenter mes réflexions au cours de tant de repas partagés ensemble.

Je remercie mes amies, futures psychomotriciennes, pour leur présence et leur soutien au cours de ces quatre années d'études. Merci pour ces échanges, riches et stimulants qui nous ont permis d'évoluer ensemble.

Et enfin, merci à Quentin pour être à mes côtés à chaque instant, pour son appui et ses encouragements pendant l'élaboration de mon mémoire. *Ce mémoire est la note de fin de ma vie d'étudiante et ensemble nous allons écrire un nouveau chapitre, celui de notre famille.*

SOMMAIRE :

Remerciements

Introduction	2
--------------------	---

Chapitre I : « *Quand le Cancer déclenche les hostilités* »: Compréhension de la maladie et cadre d'intervention.

1) Qu'est ce que le cancer ?	4
2) Fonctionnement du service d'oncologie et cadre de rencontre des patients ...	14
3) La douleur, au centre de la préoccupation en oncologie.....	20

Chapitre II : « *Quand l'équilibre du sujet est bouleversé...* » Rencontre avec le patient et lecture des retentissements psychocorporels à travers la sémiologie psychomotrice.

1) Cadre d'intervention du psychomotricien.....	31
2) Indications de prise en soin en psychomotricité.....	35
3) Outils et médiations.....	47

Chapitre III : « *Rester présent à l'instant, car lorsque rien n'est sûr tout est possible.* »

Le savoir-être, fondement de l'identité professionnelle du psychomotricien dans l'accompagnement du patient.

1) Les modalités fondamentales de la relation thérapeutique en psychomotricité..	53
2) Etude de cas : Illustration du suivi en psychomotricité de Madame D.....	65
3) Les limites de la prise en soin psychomotrice auprès du patient atteint de maladie grave.....	74

Conclusion	76
------------------	----

Bibliographie	79
---------------------	----

Tables des matières	82
---------------------------	----

Annexes	84
---------------	----

Introduction

Ces dernières années j'ai rencontré et suivi au cours de mes stages, mais aussi personnellement, des personnes atteintes de cancer. Aux fils des échanges que j'ai pu partager avec ces personnes, des ressentis et des problématiques communes se sont élevés. Au travers ce travail de réflexion qu'est le mémoire, j'ai eu envie de m'intéresser à la place que pourrait occuper un psychomotricien au service de la prise en soin de ces personnes malades.

Avec la volonté d'être au plus proche de la réalité, j'ai intégré une clinique à orientation oncologique. Ce mémoire est le fruit de six mois de rencontre avec les patients du service de médecine polyvalente et du service de soin de suite et rééducation (SSR).

L'hospitalisation coupe le patient du monde et de sa vie habituelle. Le corps s'affaiblit brusquement, et devient la cause et le réceptacle de profondes angoisses et souffrances. L'irruption du cancer oblige alors le sujet, qu'il le veuille ou non, à un dialogue souvent contraint, quotidien, et permanent avec son corps.

Selon la définition de la santé par l'OMS : « *La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Or, dans une société de consommation, de rentabilité et de productivité, les personnes atteintes de maladies graves peuvent ne plus trouver leur place. L'équilibre du patient est perturbé, son quotidien rythmé par les douleurs, les traitements médicaux lourds et les examens iatrogènes.

« *La douleur physique est tellement présente qu'elle me mine le moral.* » Mme G

En service d'oncologie, la solitude du patient atteint de tumeur se fait rapidement ressentir, il peut désinvestir ses proches, se désintéresser du monde, et parfois même rompre le contact avec son propre corps. Les patients se culpabilisent, ne se le pardonnent pas et essayent de trouver un événement déclencheur responsable de la maladie. L'estime d'eux-mêmes diminue, la douleur prend le dessus et leur image du corps est dévalorisée.

« *A la suite des traitements : je ne me reconnaissais plus dans le miroir, je ne voulais même plus regarder. Le plus choquant c'est quand j'ai perdu mes cils, je ressemblais à un cadavre* ». Mme D

L'identité du sujet est mise à mal. En effet, notre sentiment d'identité est le fruit d'une unité harmonieuse entre deux polarités que sont : notre corps et notre psychisme. Lorsque le corps souffre l'élaboration psychique se trouve fragilisée.

« *Bien dans son corps, bien dans sa tête* » Citation populaire

Or, la pratique psychomotrice est basée en partie sur la proprioception (perception que l'on a de soi) qui participe au maintien du sentiment d'identité.

En psychomotricité, la personne est considérée dans une entité psycho-corporelle. Le corps étant le point d'ancrage des expériences sensorimotrices, émotionnelles, affectives, cognitives et sociales.

En partant de ce principe, mon envie première était de prouver la légitimité d'un psychomotricien à être présent dans l'accompagnement du patient atteint de cancer.

Cependant, en cherchant un terrain de stage j'ai d'abord été surprise que si peu de professionnel travaillent dans ces services. Pourquoi actuellement, le psychomotricien est-il si peu ou pas présent au sein des services d'oncologie ?

A la suite de plusieurs recherches, et ayant à coeur ce sujet, je me suis orientée vers un stage expérimental. J'ai saisi cette opportunité en ayant à l'idée que ce serait le moyen de tester ma future identité professionnelle. J'ai ainsi choisi d'orienter la problématique de mon mémoire selon mon vécu de stage et les interrogations qui ont surgit face aux expériences rencontrées sur le terrain.

En effet, au fil de ces six mois de stage expérimental, proche du patient en quête de reconstruction de son identité c'est finalement sur ma propre identité professionnelle que ma réflexion s'est orientée : en quoi ma présence et les soins que je propose aux patients peuvent les aider ? Qu'est-ce qui fondamentalement est porteur de soin dans ma pratique ?

C'est ainsi que ma problématique s'est dessinée :

En quoi les spécificités de la relation thérapeutique et l'engagement particulier du psychomotricien dans la rencontre permettent-ils de répondre aux besoins du patient atteint de maladie grave ?

Ce mémoire étant le fruit d'une réflexion élaborée au fil de mes expériences de stage, son contenu retracera chronologiquement l'élaboration de ma pensée.

Ainsi, une première partie répondra à la nécessité de comprendre la maladie, ses enjeux et le fonctionnement du service dans lequel j'ai décidé de rencontrer les patients afin d'être au plus proche de leurs besoins.

Puis, il s'agira de proposer une lecture psychomotrice des différents bouleversements que la maladie provoque chez le sujet, afin d'instaurer le cadre d'intervention et les spécificités de la psychomotricité dans l'accompagnement du patient.

Pour enfin, mettre en évidence l'importance de la manière « d'être en relation » dans la rencontre thérapeutique. Cette dernière partie tâchera de répondre à la problématique en illustrant les modalités de la création d'une relation thérapeutique en psychomotricité à travers la présentation d'un cas clinique.

Chapitre I : « Quand le Cancer déclenche les hostilités » Compréhension de la maladie et cadre d'intervention.

1) Qu'est ce que le cancer ?

1. 1 : Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le cancer est un terme général appliqué à un grand groupe de maladies qui peuvent toucher n'importe quelle partie de l'organisme ⁽³³⁾. L'une de ses caractéristiques est la prolifération rapide de cellules anormales qui peuvent essaimer dans d'autres organes, formant ce qu'on appelle des métastases. De nombreux cancers peuvent être prévenus en évitant les principaux facteurs de risque, comme le tabagisme.

Le cancer apparaît à partir d'une seule cellule. Il peut arriver qu'une cellule subisse des transformations irréversibles au niveau de son code génétique : ce sont des mutations. La transformation d'une cellule normale en cellule tumorale est un processus passant par plusieurs étapes.

Ainsi la cellule devenue cancéreuse, tumorale ou encore néoplasique va proliférer et sera caractérisée de bénigne ou maligne.

Dans le cas le plus grave, les cellules vont se développer de façon anarchique, envahissante et destructrice avec classiquement une évolution vers une lésion précancéreuse puis vers une tumeur maligne. Le cancer peut être dit « in situ » si la tumeur n'envahit que le tissu d'origine. A l'inverse, les cellules pathologiques peuvent migrer vers les tissus avoisinants donnant des cancers invasifs ou infiltrants. La pénétration rendue plus facile dans les vaisseaux lymphatiques et sanguins va permettre à certaines tumeurs de se propager au-delà du tissu d'origine et d'attaquer des organes voisins (diffusion métastatique) et les ganglions lymphatiques les plus proches (extension locorégionale). On leur donne le nom de métastases.

Nous distinguons deux grandes catégories de tumeurs : les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes. Les tumeurs malignes ont la capacité d'entraîner des métastases : foyers tumoraux secondaires, situés à distance du foyer tumoral primitif. Cela les différencie fondamentalement des tumeurs bénignes. En plus d'engendrer des métastases, les tumeurs malignes se caractérisent souvent par une agressivité locale (envahissement, récurrence après destruction) supérieure à celle des tumeurs bénignes. Les tumeurs malignes sont appelées « cancers ».⁽²⁹⁾

- **Historique :**

Contrairement à certaines idées reçues, le cancer n'est pas une maladie de notre époque. Il existe depuis toujours, chez les plantes comme chez tous les animaux. Au IV^{ème} siècle av JC, Hippocrate donne le nom de « carcinoma » aux tumeurs qu'il observe. Ce terme grec signifie : « crabe ». Il aurait établi une analogie entre l'aspect de certaines tumeurs évoquant un crabe, cet animal étranger qui vient se loger dans une partie du corps et dont les « pinces » représente la douleur et la progression inexorable du mal.

Le cancer est un terme vieux de deux millénaires, recouvrant des atteintes très diverses. Considéré pendant l'Antiquité comme une maladie générale, incurable et associée à une mort souvent douloureuse.

Au II^{ème} siècle, Galien utilise le terme grec « once » pour désigner une grosseur ou une tumeur maligne. C'est à partir du XIX^{ème} siècle que le terme « carcinoma » devient « cancer ». D'après l'institut Jules Bordet, le terme « cancer » n'a cependant pas de signification scientifique dans la nomenclature des maladies. Il est, en effet, attribué à un grand nombre de maladies différentes avec une étiologie et des manifestations très variées impliquant des soins et des traitements différents. Le pronostic après traitement, est également très différent. Le cancer a été associé pendant très longtemps à la souffrance et à la mort et possède actuellement une connotation très péjorative.

Lorsqu'on parle de : Tumeurs on entend : « Tu meurs. »

Si les termes en eux-mêmes ont peu évolué au fil des siècles, les significations qu'ils recouvrent en revanche, ce sont affinées au gré des avancées médicales.

- **Les politiques de santé :**

Le cancer est un réel problème de Santé Publique auquel les pouvoirs politiques s'intéressent depuis le début des années 2000 avec la mise en place de plusieurs actions et notamment de plusieurs Plans Cancers. Le dernier en vigueur est celui de 2014-2019.

En 2000 a eu lieu le sommet mondial du cancer et Jacques Chirac s'est engagé en signant la Charte de Paris. Puis, il a fait de la lutte contre le cancer l'une des trois priorités de son second mandat. En mars 2003, il lance le premier plan de mobilisation nationale contre le cancer. Ce plan a permis de créer une certaine dynamique dans la lutte contre le cancer en France et dans la prise en charge des personnes atteintes d'un cancer. Une des mesures phare de ce plan étant la création de l'Institut National du Cancer en 2004.

Le Plan Cancer 2014-2019 a 4 axes principaux :

- Guérir le plus de personnes malades,

- Préserver la continuité et la qualité de vie,
- Investir dans la prévention et la recherche,
- Et optimiser le pilotage et les organisations de la lutte contre les cancers.

- **Epidémiologie et Classification :**

L'évolution récente tend vers une augmentation annuelle de l'incidence des cancers associée à une diminution du taux de mortalité. Cette évolution pourrait s'expliquer par le fait que les campagnes de sensibilisation au dépistage permettent de découvrir les cancers plus tôt, à des stades moins avancés optimisant les chances de guérison.

L'Institut de Veille Sanitaire a publié en 2017 le nombre de nouveaux cas de cancers en France métropolitaine. On estime à 399 500 cas dont 214 000 chez l'homme et 185 500 chez la femme.

Chez l'homme, les trois cancers les plus fréquents sont ceux de la prostate, du poumon et du côlon-rectum. Chez la femme, il s'agit des cancers du sein, du côlon-rectum et du poumon.

Le nombre de décès par cancer en 2017 est estimé à 150 000 dont 85 000 chez l'homme et 65 000 chez la femme. Le cancer du poumon est la première cause de décès par cancer chez l'homme devant le cancer colorectal et le cancer de la prostate. Chez la femme, le cancer du sein se situe au premier rang devant le cancer de l'utérus, du poumon et le cancer colorectal.

De nos jours, 1 homme sur 2 et 1 femme sur 3 se verra diagnostiquer un cancer avant l'âge de 85 ans avec un taux de guérison global de 60% [Ligue nationale contre le cancer, 2013].

Il n'y a pas un cancer mais des cancers. Plus de trois millions de personnes vivent avec ou après un cancer en France. Chaque année, dans le monde, il y a quatorze millions de nouveaux cas de cancers et huit millions de décès dus à un cancer.

Il existe environ 200 cancers de natures différentes. On peut les classer en 2 grandes catégories :

- * **Les cancers solides :**

Les tumeurs solides peuvent se développer dans tous les tissus, notamment la peau, les muqueuses, les os et les organes. Ce sont de loin les plus fréquents ils représentent 90% des cancers humains. Il en existe 2 types :

- Les carcinomes, issus des cellules épithéliales (la peau, les muqueuses, les glandes). Par exemple, le cancer du sein, du poumon, de la prostate et de l'intestin.
- Les sarcomes, issus des tissus conjonctifs ou « tissus de soutien ». Par exemple, le cancer des os et du cartilage.

En 2013, les 4 principaux cancers solides étaient : le cancer de la prostate, le cancer du sein, le cancer du poumon et le cancer colorectal.⁽³⁰⁾

Le cancer de la prostate présente 80% de survie après 5 ans et le cancer du sein 85% de survie après 5 ans. Le cancer du poumon ne montre que 14% de survie après 5 ans et représente 20% des décès dus à un cancer.

* **Les cancers « liquides » ou sanguins :**

On distingue 2 types de cancers dits « liquides » :

- Les leucémies : ce sont des cancers du sang et de la moelle osseuse.
- Les lymphomes : sont quant à eux des cancers du système lymphatique, c'est-à-dire notamment des ganglions, de la rate, du foie.

1. 2. Etiologie et facteurs de risques :

On ignore la cause exacte du cancer, mais différents facteurs peuvent jouer un rôle dans son apparition :

- L'hérédité ?

Bien que des facteurs génétiques aient été associés à certaines formes de cancer, moins de 10 % des cancers sont héréditaires.

- La piste émotionnelle ?

Les médecins sont très sceptiques concernant l'hypothétique lien qui pourrait exister entre choc émotionnel et cancer. Cependant certains scientifiques affirment que : « les individus qui taisent leur ressenti et masquent leurs inquiétudes seraient plus exposés au risque de développer une tumeur ». L'Institut national du cancer (Inca), l'autorité chargée de coordonner la lutte contre la maladie, affiche, lui aussi, une position prudente. « Les études portant sur le rôle de la personnalité des patients dans le cancer sont contradictoires et ne permettent pas de confirmer un lien de cause à effet ».

- Les mutations génétiques ?

La majorité des formes de cancer sont causées par des mutations génétiques de cellules qui se produisent pendant la vie d'une personne, sous l'influence de facteurs environnementaux.

● Les principaux facteurs de risques susceptibles de causer un cancer :

Il existe 2 catégories de facteurs de risques : les facteurs internes et les facteurs externes.

Les facteurs de risques internes sont propres à chaque individu et varient d'un individu à l'autre. Les facteurs de risques externes sont apportés par l'individu.

Facteurs Internes	Facteurs Externes
L'âge	Le tabagisme
Les antécédents familiaux (parents, frère, soeur)	Alcool
La prédisposition génétique (héréditaire)	L'alimentation / le surpoids
Le stress	La sédentarité
	Exposition prolongée au soleil
	Déficit Immunitaire / Un virus (VIH, papillome humain...) / Bactéries / Parasites
	Exposition à des substances chimiques
	Exposition à des hormones sexuelles oestrogéniques
	Les radiations ionisantes

L'Institut national du cancer évoque plusieurs moyens de prévention qui sont :

« Limiter les traitements hormonaux, favoriser l'allaitement, éviter le soleil, suivre les recommandations nutritionnelles, pratiquer une activité physique régulière, faire de la prévention. »

Pour les risques héréditaires, il existe la chirurgie prophylactique (moyen médical mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies). De plus les pouvoirs publics ont mis un place une prévention primaire passant par le dépistage pour certains cancers comme : le cancer colorectal et le cancer du sein. Les frottis vaginaux permettent de surveiller l'apparition du cancer du col de l'utérus et peuvent être complétés par la vaccination contre les infections à papillomavirus humain avant l'entrée dans la vie sexuelle.

1. 3 : Chronologie du parcours de soin

1. 3. 1 : Annonce du diagnostic

Le diagnostic clinique se fait à partir de symptômes cliniques et d'un examen médical. Les examens d'imagerie avec les échographies, les radiographies, les mammographies, les scanners, les imageries par résonance magnétique aident à poser le diagnostic. Toute lésion suspecte doit faire l'objet d'une biopsie : prélèvement d'une très petite partie d'un organe ou d'un tissu pour effectuer des examens. C'est le

médecin anatomopathologiste qui pose le diagnostic après avoir examiné la biopsie au microscope.

L'annonce de la maladie cancéreuse provoque une rupture biographique chez le malade, il y a un avant et un après. L'annonce est souvent perçue comme un événement traumatique pour l'individu et son entourage. Elle marque l'entrée dans une vie où la maladie vient de faire son intrusion, modifiant ainsi de façon majeure les liens, places et statuts de chacun touchant le système de l'individu dans son ensemble. Marty définit ce moment « comme un temps hors du temps, un temps suspendu ». Chacun entend, vit et filtre cet instant à sa manière. L'annonce du cancer en particulier, évoque dans l'imaginaire, des « images de morts » et de traitements longs et pénibles mettant en jeu le pronostic vital. L'annonce létale peut laisser place à une sidération, un gel de la pensée qui rend très difficile d'entendre la totalité des paroles du médecin. Il est souvent difficile de se représenter de quelle manière les malades vivent cette situation.

Ruszniewski a décrit différents **mécanismes de défense** (24), qui peuvent être présents chez la personne atteinte de maladie grave :

- **L'annulation** : consiste en l'anéantissement, la personne malade est dans la négation de la parole de l'équipe médicale concernant son état de santé.
- **L'isolation** : correspond à une tentative d'intellectualisation de la maladie en la séparant de ses affects. Le malade focalise ses inquiétudes, sur une autre réalité, moins douloureuse.
- **La projection agressive** : la personne renvoie sa colère sur son entourage, le rend responsable de ses maux. Ce mécanisme peut être une forme de lutte contre un sentiment d'impuissance.
- **La maîtrise** : peut-être afin d'avoir le sentiment de contrôler encore les événements de leur vie. Ces personnes peuvent avoir recours à la rationalisation, l'humour.
- **La régression** : la personne semble adopter une posture de passivité, renoncer à son autonomie. Elle laisse son environnement faire et décider pour elle.
- **La combativité ou sublimation** : permet à la personne de trouver en elle une énergie nouvelle, qui alimente l'élan vital.

Les mécanismes de défense des patients sont transitoires, complexes et peuvent être intriqués. Les classifications comme celle de Ruszniewski ne sont ni universelles, ni exhaustives, mais peuvent nous aider à appréhender une part du vécu du patient et à cerner d'éventuels besoins.

L'annonce entraîne chez le patient l'écroulement de l'illusion d'immortalité et le bouleversement de l'idée qu'il se faisait de son futur.

1. 3. 2 : Processus d'acceptation du deuil :

La mort est un processus naturel auquel nous sommes tous destinés. Nous le savons tous et pourtant, nous vivons dans l'illusion d'être immortels. C'est cette pensée magique qui nous permet de vivre. C'est ce point final à la vie qui nous pousse à faire quelque chose de ce temps qui nous est destiné, à finaliser des projets. Selon chacun, ses représentations, ses croyances, l'idée de la mort est abordée différemment et avec plus ou moins d'inquiétude. Mais quand la maladie vient frapper et vient remettre en cause notre désir d'immortalité, la violence du choc peut-être très profonde : « c'est le début de la fin ». (13)

Le patient fait le deuil de cette illusion d'immortalité. Elisabeth Kubler-Ross, pionnière dans l'accompagnement des personnes en fin de vie, a décrit les différentes étapes du deuil :

- 1) **Choc et déni** : la première réaction à l'annonce du diagnostic est le choc. Le patient est figé, abasourdi, sa pensée est gelée. Le patient va alors nier son état, continuer ses activités habituelles, allant même jusqu'à consulter d'autres médecins dans l'espoir d'entendre un diagnostic différent.
- 2) **La culpabilité** : le patient se rend compte que la perte est réelle. D'intenses sentiments de culpabilité et de remords sont expérimentés en raison des mauvaises choses qui ont pu être faites qui semblent avoir conduit à cette perte irréversible.
- 3) **La colère** : le patient va se confronter à la réalité et se demander « pourquoi moi ? ». Il peut se mettre en colère à cause de l'injustice ressentie.
- 4) **Le marchandage** : le patient se sent frustré. Commence alors une sorte de négociation de la perte. Il peut chercher les moyens par lesquels inverser cette situation ou la compenser.
- 5) **La dépression** : Le patient accepte la perte, mais n'est pas en mesure d'y faire face. Il va mettre à distance le monde extérieur et se replier sur lui-même en refusant progressivement les visites. Il va se désintéresser des êtres qui l'entourent et des événements qui peuvent se produire.
- 6) **La reconstruction** : le patient commence à s'ouvrir de nouveau aux autres et accueille des activités afin d'échapper à la douleur. Il cherche des moyens et des solutions pour sortir de sa peine. C'est l'amorce de la prochaine et dernière étape.
- 7) Enfin le patient peut atteindre la dernière phase, celle de **l'acceptation**. Dans cette ultime étape le patient accepte la réalité. Il met de l'ordre dans sa vie. Cette étape est possible si le patient peut exprimer sa douleur, et si sa famille a cheminé vers un lâcher-prise. Le patient, si on ne prolonge pas sa vie artificiellement peut alors « mourir en paix ».

Ce déroulement n'est pas propre à tout le monde. La variabilité interindividuelle est à prendre compte : « les patients ne suivent pas nécessairement un schéma classique(...) La plupart de mes malades ont simultanément traversé deux ou trois phases ; celles-ci ne se présentent donc pas toujours dans le même ordre».

De plus, il est important de noter que ces différentes phases ne se retrouvent pas uniquement face à la mort imminente mais également lors de l'annonce de la maladie grave, de situations compliquées ou encore de réalités particulièrement difficiles.

1. 3. 3 : Traitements :

Les traitements sont variables selon la maladie et peuvent comprendre de manière isolée ou associée différents traitements. On distingue 3 grandes disciplines :

- **La chirurgie ou exérèse** : qui consiste en l'ablation de la tumeur et éventuellement de ses extensions.
- **La radiothérapie** : traitement par diverses sources et selon diverses modalités de rayonnement. Il peut s'agir de rayonnement à haute énergie d'électrons, photons, ou protons émis par des accélérateurs linéaires de particules. La radiothérapie peut également consister à des rayonnements gammas délivrés par des sources radioactives.

Comme pour la chirurgie, il s'agit d'un traitement local. La sensibilité aux rayons varie selon les différents types de tissus et cellules. La radiothérapie peut être administrée selon différentes modalités :

- par voie externe : après repérage précis de la tumeur par imagerie, des faisceaux de rayons croisés sont émis par un accélérateur de particules. Le but est de distribuer une dose maximum au niveau de la cellule malade et préserver le plus possible les tissus sains voisins.

- par voie interne : il y a alors implantations d'aiguilles, de billes ou de fils radioactifs dans le tissu tumoral. La dose délivrée est ainsi bien limitée à la tumeur.

- **Les traitements médicamenteux** : la chimiothérapie, l'hormonothérapie, les traitements ciblés et l'immunothérapie.

=> **La chimiothérapie** : comprend des traitements qui permettent de s'attaquer aux cellules disséminées dans l'organisme ou de réduire le volume de la tumeur primitive. Ces traitements permettent de réduire le risque de rechute.

Ce sont des médicaments qui agissent en altérant le mécanisme de la cellule cancéreuse, et en particulier les différentes étapes du cycle de reproduction cellulaire. Cependant, les cellules normales en cours de reproduction vont aussi être atteintes. C'est pourquoi de nombreux effets secondaires sont observés. Ces effets disparaissent après l'arrêt du traitement mais peuvent être difficilement supportables pendant celui-ci.

La **chimiothérapie** peut être administrée sous forme orale, intraveineuse ou par implants locaux.

=> **L'hormonothérapie** : elle concerne les cancers hormono-dépendants, surtout ceux du sein et de la prostate. Certaines cellules cancéreuses sont en effet sensible aux effets des hormones, qui favorisent leur croissance. Le but est de bloquer cette action en bloquant les récepteurs ou la sécrétion des hormones.

=> **La thérapie ciblée** : est une thérapie qui rentre dans l'intimité de la cellule cancéreuse pour mieux la combattre. Elle va cibler une anomalie moléculaire considérée comme impliquée dans la progression tumorale. On a donc une spécificité d'action.

Les objectifs de ces thérapies sont d'être : plus efficaces, plus spécifiques et moins toxiques (avec une amélioration de la qualité de vie)

=> **L'immunothérapie** : ce traitement va stimuler les défenses naturelles de l'organisme pour lutter contre les cellules cancéreuses. Elle est souvent associée à une chimiothérapie.

Il ne faut pas oublier qu'en plus des traitements visant à éradiquer la maladie, il existe aussi les traitements de confort, dit aussi soins de support. Ceux-ci visent à améliorer le plus possible la qualité de vie du patient au cours et à la suite de sa prise en charge.

À la suite des différents traitements deux cas de figures sont possibles :

- **Soit les traitements sont efficaces : Fin du traitement.**

La fin du traitement est à la fois un moment attendu avec beaucoup d'impatience mais qui s'accompagne de nombreuses inquiétudes : la peur d'une récurrence, des séquelles etc. Pour le cancer, le terme de guérison est rarement employé. La guérison est définie comme le recouvrement de la santé, l'action de faire disparaître la maladie. On parle, plus précautionneusement, de **rémission**. Un patient est dit « en rémission » lorsque les examens médicaux ne décèlent plus aucune cellule cancéreuse dans l'organisme. Généralement quand la rémission dure 3 ou 5 ans le patient est considéré comme guéri. Ce qui signifie que le risque qu'il (re)développe un cancer est équivalent à celui de la population générale.

L'annonce de la guérison tout comme l'annonce de la fin des traitements peut être vécue comme un abandon face à l'étayage intense du corps médical. Pour que la guérison soit totale il faut qu'elle soit à la fois somatique mais aussi psychique.

- **Soit ils ne le sont pas : Traitements palliatifs.**

La phase palliative d'une pathologie débute lorsque les traitements curatifs n'ont plus d'efficacité, ne peuvent plus mener à la guérison. Le pronostic fatal est engagé de

façon irrémédiable. Nous pouvons alors considérer quatre phases palliatives: spécifique, symptomatique, terminale, et agonique.

La phase palliative spécifique, a pour but une courte rémission, le ralentissement de l'évolution de la maladie, et l'amélioration de la qualité de vie.

Lors de la **phase palliative symptomatique**, l'objectif n'est plus la rémission mais le soulagement des symptômes. La chimiothérapie en cours est parfois poursuivie, mais dans le seul but d'agir sur certains symptômes délétères à la qualité de vie de la personne. Tous les traitements lourds et mal tolérés, ainsi que les examens invasifs sont évités. Le pronostic vital est établi en termes de quelques semaines ou mois.

La **phase palliative terminale** débute avec la défaillance d'une ou de plusieurs fonctions vitales. Le pronostic vital est évalué en jours. La conscience et les facultés de communication sont parfois préservées. Le traitement concerne les symptômes de fin de vie.

La **phase palliative agonique** est caractérisée par l'altération des fonctions neurovégétatives. Le décès est considéré comme inévitable et imminent.

1. 3. 4 : Effets secondaires :

Détruisant les cellules cancéreuses et cellules saines, les effets indésirables des médicaments sont nombreux. Ils commencent en général une dizaine de jours après le début du traitement ⁽³²⁾ :

- **L'alopécie** : chute des cheveux et/ou des poils (est réversible mais difficilement évitable).
- **L'amaigrissement** ou **surpoids**.
- **Les mucites** : ulcération des muqueuses.
- **Les nausées** et vomissements.
- **Le syndrome main-pied** : un érythème apparaît au niveau de la plante des pieds et de la paume des mains (de type brûlures). Il faut éviter les bains et les douches très chauds, les expositions au soleil. Le patient doit utiliser des crèmes très hydratantes.

Les répercussions à long terme peuvent concerner:

- **Les amputations** et **séquelles physiques** liées à certaines interventions.
- **Les cicatrices**.

- Un risque de **stérilité** provoqué par les chimiothérapies et radiothérapies : possibilité de recueil de sperme, conservation ovarienne selon l'état du patient avant le début des traitements.
- **La ménopause avancée** (conservation ovarienne plus compliquée et proposée plus rarement).
- **Des complications rénales.**

La mise en place du traitement est accompagnée par la découverte progressive du service d'oncologie. Afin de mener une réflexion quant à la rencontre entre le psychomotricien et le patient souffrant de cancer, il semble intéressant, après avoir défini cette pathologie dans son contexte et ses traitements, de s'intéresser au contexte de sa prise en soin dans lequel le patient évolue, et est soigné.

Ainsi quels sont les enjeux d'une hospitalisation en centre de Soins de Suite et de Réadaptation à orientation oncologique ? Comment est organisé le personnel pour prendre en soin les patients ? Pourquoi l'équipe fait-elle appel à un psychomotricien ?

2) Fonctionnement du service d'oncologie et cadre de rencontre des patients :

2. 1 : Présentation du service et des équipes soignantes:

1. Un S.S.R. polyvalent :

Le service de Soins de Suite et de Réadaptation dont il est question ici est un S.S.R polyvalent. Les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (S.R.O.S.) définissent ainsi les missions des S.S.R. polyvalents pour adultes :

« Ils comportent une dimension relationnelle et éducative. Ils se caractérisent surtout par la poursuite et le suivi des soins et du traitement, la restauration somatique et psychologique, la limitation des handicaps physiques, l'éducation du patient et/ ou de son entourage, la préparation de la sortie et de la réinsertion sociale ».

Ce service compte trente-neuf lits. Sa mission de Rééducation et de Réadaptation permet de favoriser un retour à l'autonomie pour les patients qui y sont accueillis dans les meilleures conditions et les meilleurs délais.

Les patients y sont accueillis pour suite chirurgicale, mais aussi dans le cadre de phase d'inter-cure de chimiothérapie et pour la mise en œuvre d'une prise en charge de troubles du métabolisme et de la nutrition.

Le service dispose de deux autorisations de prise en charge spécifiques portant sur les conséquences fonctionnelles des affections oncologiques, métaboliques et endocriniennes.

Un médecin évalue régulièrement la pertinence de la présence des patients dans le service. Un patient dont l'état semble stabilisé pour quelques semaines ou mois, et qui peut s'inscrire dans un projet de vie adapté, peut rentrer à domicile. Il sera ré-hospitalisé en cas de nouvelle aggravation de ses symptômes. La durée moyenne de séjour dans le service étant donc de quelques semaines rarement de mois.

2. Le service de médecine polyvalente :

Ce service accueille tout patient adulte nécessitant une hospitalisation brève à but diagnostic, curatif, éducatif ou palliatif. Les patients accueillis sont atteints de pathologies infectieuses et respiratoires en particulier, de pathologies cancéreuses, traumatologiques, métaboliques. La durée moyenne des séjours est d'environ une douzaine de jours. Le service de médecine polyvalente a été créé dans l'objectif de réaliser une prise en charge globale à la fois médicale et sociale, répondre aux besoins des médecins traitants et aux autres établissements de santé partenaires. Enfin, ce service de 20 lits s'inscrit dans la volonté de participer au développement de l'offre de soins en médecine de proximité.

Les équipes soignantes intervenant dans ces services :

Il s'agit d'équipes pluridisciplinaires composée de médecins, de cadre de santé, d'infirmiers et d'aides soignants, de brancardiers ainsi que de quatre kinésithérapeutes intervenant en libéral, une psychologue et une assistante sociale.

Les rôles de chaque membre :

- ***Le médecin :***

Il coordonne les équipes et réalise les prescriptions de traitements ou de prise en soin.

- ***Le cadre de santé :***

Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers.

- ***Les infirmier(e)s et les aides-soignantes :***

Les infirmier(e)s dispensent les soins et les traitements prescrits par le médecin. Ils exercent aussi une surveillance constante et peuvent donner des conseils relatifs à la santé.

Les aides-soignant(e)s accompagnent les infirmières lors des soins. Ils répondent aux besoins essentiels (repas, toilette, confort et prennent soin de l'environnement des chambres).

Les infirmiers et aides-soignants assurent les soins quotidiens, en se basant sur les quatorze besoins fondamentaux définis par Virginia Henderson. Ces soins comprennent notamment les actions relatives à l'hygiène, l'installation, l'aide aux repas, ou encore les pansements, l'administration de médicaments, ...

Les infirmiers et aides-soignants observent et assistent le patient dans sa vie quotidienne. Leur rôle de présence et d'écoute est primordial pour le patient et ses proches.

Par ailleurs, les échanges avec ces soignants proche du quotidien du patient s'avère souvent précieux dans la prise en soin du patient pour les autres professionnels paramédicaux.

De par leur rythmicité, ces soins peuvent constituer des repères temporeux pour les patients, remplissant alors une fonction de **réassurance**. En revanche, cette forte ritualisation dans le déroulement de la journée, nécessaire au fonctionnement du service, ne peut-elle induire, dans certains cas, un ressenti de **perte d'individualité**, de passage du statut de sujet, à celui d'objet de soins ?

Vignette clinique :

Monsieur D

Lors de ma première rencontre avec Monsieur D, il m'exprimera l'impression de ne plus être maître de sa vie : « Le soir je me couche sans savoir si demain j'aurai un rendez-vous. Ou bien, si j'ai envie de m'organiser une promenade je dois attendre que les infirmières viennent me donner les traitements puis à 13h c'est l'heure du repas. Ici ça ne sert à rien d'avoir son agenda, ce sont les autres qui gouvernent votre vie ».

• **Les brancardiers :**

Ils accompagnent les patients à leur rendez-vous au sein de l'établissement.

• **Les masseurs-kinésithérapeutes :**

Ils peuvent intervenir sur prescription médicale. Ils travaillent l'équilibre, les stratégies de rattrapage lors des chutes, et éventuellement l'utilisation des aides techniques.

• **La psychologue :**

Elle intervient, à la demande du patient ou sur prescription médicale, en tant que soutien pour le patient mais aussi pour ses proches afin de mieux comprendre la maladie ou les difficultés qu'elle engendre. Elle offre une écoute, une empathie et permet la valorisation de la personne. Cela se déroule sous forme d'entretien.

• **L'assistante sociale :**

Elle accompagne le patient et ses proches tout au long de l'hospitalisation. Elle agit sur les difficultés sociales pour que les personnes retrouvent une autonomie et une insertion sociale. Elle conseille, soutient et informe le patient et sa famille sur les

démarches administratives concernant des demandes pour l'accueil vers d'autres types de service.

Le **psychomotricien** appartient au corps paramédical et fait aussi partie de l'équipe pluridisciplinaire. Mais alors, quels apports la psychomotricité peut-elle apporter auprès de patients atteints de maladie grave ?

2. 2 : Les soins de support :

Le plan Cancer 2009-2013 faisant suite au plan de 2003-2007, a pour volonté de renforcer la qualité de la prise en charge des malades atteints de cancer. Elle se traduit par le renforcement des soins de support, en intégrant mieux la lutte contre la douleur.

Les soins de support sont l'ensemble des soins qui prennent en charge les conséquences, pour le malade, d'un cancer et de ses traitements. Ils n'ont pas pour objectif de guérir la maladie, mais de soigner les symptômes.

En oncologie, ils concernent l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie, conjointement aux traitements oncologiques spécifiques.

La Ligue contre le Cancer définit les soins de support comme : « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements oncologiques ou onco-hématologiques spécifiques lorsqu'il y en a. (...) Il s'agit de pratiquer une approche globale de la personne malade par une équipe pluri-disciplinaire, avec le souci majeur de la continuité des soins. Dès lors, le patient peut recourir aux soins de support dans les phases curatives, palliatives ou terminales. »

Les objectifs des soins de supports :

- Avant tout pour contrôler les symptômes liés à la maladie ou à ses traitements
- En cas de souffrance physique ou psychologique
- Pour rompre l'isolement
- Pour vaincre les difficultés administratives
- Pour apprendre à vivre avec les conséquences physiques qu'impose parfois la maladie
- Pour reprendre le cours normal de sa vie et bénéficier des meilleures conditions de vie possibles, et cela quelles que soient les chances de guérison
- Pour bien d'autres raisons : chaque malade ayant des besoins qui lui sont propres.

L'intérêt des soins de supports réside notamment dans leur interdisciplinarité, permettant un croisement des regards portés sur une même personne, mais aussi une connaissance des compétences des autres professionnels, et de ses propres limites.

L'enjeu de ces soins est l'amélioration de la qualité de vie des personnes soignées, notamment en diminuant les conséquences de la maladie et des traitements. Ils s'encrent dans une continuité et ont vocation à être adaptés aux besoins des patients et de leur entourage.

C'est dans le cadre des soins de support que peut s'inscrire un projet de soins en psychomotricité. Sur son site : *Cancerinfo*, l'Institut National du Cancer présente le rôle du psychomotricien. Il le situe pendant le traitement, en particulier dans le cadre de la prise en charge de la douleur et de la fatigue.

2. 3 : La psychomotricité en oncologie

La psychomotricité s'intéresse au corps en relation du patient. Son intervention au sein du service s'inscrit dans les soins de support et se fait sous prescription médicale. Les indications sont formulées tant par le médecin les infirmières ou le patient lui-même.

La psychomotricité peut être une **éducation**, une **rééducation** ou une **thérapie corporelle** :

* Progresser, apprendre de nouvelles voies ou techniques, vivre de nouvelles expériences, s'apparente plutôt au domaine de **l'éducation**.

* La **rééducation** s'applique dans le cas de symptômes bien déterminés et ciblés (par exemple crampe de l'écrivain). Elle vise leur diminution ou leur disparition.

* La **thérapie** est plus axée sur l'épanouissement personnel, la connaissance de soi. Elle prend en compte les symptômes mais jamais de façon isolée, toujours en les reliant à l'histoire et au vécu corporel de la personne. Elle s'adresse aussi aux grands syndromes psychomoteurs comme par exemple l'instabilité.

Le psychomotricien ne s'intéresse pas seulement à la partie atteinte mais au corps dans son entier. Il fait attention à ne pas avoir tendance à privilégier la maladie plus que la personne en face. Le psychomotricien agit surtout sur le manque à être plus que sur le manque à avoir (différence avec kinésithérapeute, ergothérapeute).

En oncologie, la psychomotricité s'inscrit dans la continuité des soins vitaux. C'est un soin non vital et non intrusif envers le patient. Celui-ci est libre de refuser les séances ou de les arrêter. L'investissement de la prise en charge dépend de sa volonté et de son état tant physique que psychique. Ainsi, le médiateur proposé sera choisi en fonction de la disponibilité du patient.

Les indications (voir annexe 2) :

Les motifs de la prescription sont multiples : lutte et prévention de la douleur, angoisse, patient replié sur lui-même, refus de communication. La prise en charge commence par un entretien (le plus souvent dans la chambre du patient) suivi d'un bilan psychomoteur. Le projet thérapeutique est établie sur du court terme et s'adapte à la durée de l'hospitalisation du patient, de son état de santé physique et de sa disponibilité

psychique lors des séances. Ces modalités de prise en soin seront détaillées dans le chapitre II.

La lutte contre la douleur en psychomotricité :

La douleur crée des perturbations dans tous les aspects de la vie quotidienne du sujet. C'est pourquoi la psychomotricité est essentielle concernant la question de la douleur : elle recherche un mieux-être global et s'intéresse à toutes les répercussions causées par la douleur, qu'elles soient physiques, psychiques, émotionnelles ou relationnelles.

La douleur va venir perturber la sensorialité mais également la motricité de la personne gravement malade. « Dans la douleur les sens sont transformés : la conscience est étouffée à l'intérieur de soi, la sensorialité est mise à distance pour limiter les messages négatifs, douloureux, invivables » I. MARCOS. (17)

Par sa double approche corporelle et relationnelle, le psychomotricien propose d'accompagner le patient dans son vécu douloureux. Tout d'abord à travers une écoute plurimodale de l'expression verbale mais aussi de tous les messages non verbaux donnés par le corps (posture, mimique, gestuelle, état tonique, respiration...) et qui témoignent du ressenti du patient.

Puis au travers d'exercices partagées avec le patient. Il aide le patient à faire vivre et à ressentir son corps autrement qu'à travers la douleur.

Les soins de détente sont privilégiés (massages, relaxation, bains...), pour leur action antalgique par la sécrétion d'endorphines, mais aussi pour aider à l'émergence d'autres perceptions et ressentis. Il s'agit de lutter contre l'envahissement du corps et de l'esprit par la douleur et l'angoisse. Un travail s'appuyant sur l'imaginaire (avec ou sans support sensoriel, musique...), les souvenirs, la visualisation, peut aussi permettre de détourner l'attention, de rouvrir de nouveaux espaces intérieurs lorsque le corps est devenu trop enfermant. Le sujet devient acteur de son soulagement. (11)

A l'heure où les dépenses de santé doivent être maîtrisées, développer des approches non médicamenteuses devient une nécessité. Les solutions pertinentes et non médicamenteuses qu'apporte cette discipline devraient, faire réfléchir et intéresser les pouvoirs publics.

Les psychomotriciens comme tout les membres de l'équipe s'engagent dans cette lutte contre la douleur. Ils intègrent dans leurs méthodes d'évaluations, des évaluations de la douleur et sont en mesure de pouvoir en parler avec les membres de l'équipe.

Intéressons-nous à présent à comprendre : qu'est-ce que la douleur ? Et quels sont les outils utilisés pour lutter contre elle ?

3) La Douleur, au centre de la préoccupation en oncologie :

3. 1 : Définition

L'Association Internationale d'Etude de la Douleur définit la douleur comme telle : « *La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire, réel ou potentielle, ou décrite en termes d'un tel dommage* ».

Cette définition met en avant l'aspect complexe de la douleur. La douleur est liée à plusieurs facteurs: physiques, physiologiques, génétiques, hormonaux, émotionnels. Son ressenti est donc subjectif et différent d'un individu à l'autre. C'est pourquoi, sa prise en charge ne va pas être semblable pour chacun. Elle être globale tout en prenant en compte l'aspect corporel et psychologique, avec comme objectif une amélioration de la qualité de vie.

La douleur est une sensation présente à un moment ou un autre dans la vie de chacun. Toute notre vie, nous l'évitons et luttons grâce à nos capacités d'adaptation et de résilience, nous arrivons ainsi à y faire face. Elle peut être physique ou psychique, sachant que l'une aura des répercussions sur l'autre. La douleur est donc reliée au corps et au psychisme en même temps.

La douleur a comme rôle premier l'adaptation et la survie. Elle nous sert d'alarme afin de protéger notre intégrité physique et d'adapter nos comportements. Ainsi, si nous nous blessons au bras, nous allons avoir un comportement de protection et éviter de mettre notre membre en mouvement. Au quotidien, la douleur permet de petits réajustements posturaux inconscients, indispensables pour protéger notre organisme.

- **La douleur aiguë** survient généralement suite à une lésion tissulaire brutale (coupure, piqûre, lésion inflammatoire, etc). Comme décrite précédemment, elle agit comme un système d'alarme dont le but est d'informer l'organisme que l'intégrité corporelle est menacée. La douleur aiguë est donc considérée comme utile et salvatrice, permettant au sujet de réagir à l'agression, qu'elle soit interne ou externe. Dans ce cas, la douleur s'estompera lorsque la lésion causale sera correctement soignée à l'aide d'un traitement médical. L'objectif du soin est donc curatif.

- **La douleur chronique** se caractérise par sa durée d'évolution longue (supérieure à trois à six mois), et par une réponse insuffisante au traitement. La Haute Autorité de Santé considère que l'on peut parler de douleur chronique quand elle génère une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient, dans ses activités de la vie quotidienne (au domicile comme à l'école ou au travail). Elle peut être accompagnée de manifestations psychopathologiques et de difficultés du patient à s'adapter à la situation. En effet, les répercussions ne se situent pas uniquement au niveau physique mais aussi au niveau

psychologique, affectif et social. Elle est donc difficile à supporter et a des retentissements sur la façon qu'à la personne d'interagir avec son environnement, sur ses émotions, son identité, son sommeil, sa nutrition et sur sa personnalité.

3. 2 : Comment la douleur apparait-elle ? :

Tout d'abord, un stimulus douloureux : thermiques, chimiques, électriques ou mécanique arrive vers les nocicepteurs. Les nocicepteurs se trouvent au niveau de la peau, des muscles et des viscères. Ils s'activent en présence d'un message douloureux. Le stimulus, après avoir activé les nocicepteurs, va se transformer en Potentiel d'Action, un message électrique qui va être véhiculé tout le long des nerfs jusqu'au centre relai de la moelle épinière.

Les nerfs qui transportent le Potentiel d'Action sont composés de fibres sensibles. La vitesse de conduction du message se fait en fonction de la myélinisation ou non des fibres: si une fibre est myélinisée, alors le message ira vers la moelle épinière plus rapidement. Les fibres du message nociceptif, sont peu myélinisées. Il y a d'une part les fibres C qui sont très lentes (composées de très peu de myéline) et les fibres A delta qui ont une conduction un peu plus rapide (composées d'un peu plus de myéline).

Suite à cela, le message arrive à la corne postérieure de la moelle épinière. Il y a alors une première intégration du message qui provoque les réflexes moteurs de retrait, de protection. Là, il y a un relai qui se fait avec les neurones médullaires, neurones qui vont de la moelle épinière jusqu'au cerveau.

Le cerveau est le centre de l'analyse, le lieu où les informations sont traitées et perçues. C'est le deuxième lieu d'intégration du message après la moelle épinière. L'information douloureuse passe donc d'abord par le thalamus qui est un centre de tri de la douleur, pour ensuite aller dans différentes zones du cortex (dont le système limbique et la rétículo qui sont les centres des émotions).

Le message nociceptif va être modulé tout le long de son trajet jusqu'au cerveau : il n'arrive pas brut au niveau cortical. L'organisme possède des systèmes internes de défense qui permettent de moduler l'intégration de l'information dans le cerveau afin de conserver l'intégrité corporelle.

La théorie du Gate control :

Un des systèmes interne de défense se trouve à l'étage médullaire, c'est la théorie de la « porte » ou « gate control », décrite par MELZACK et WALL en 1965.

Cette théorie postule que, lorsque les messages tactiles véhiculés par les fibres de gros calibre ($A\alpha$ et $A\beta$) prédominent sur la sensation douloureuse, ils bloquent les informations nociceptives (véhiculées par les fibres $A\delta$ et C) et « maintiennent la porte

fermée » au niveau médullaire, afin que le message nociceptif ne parvienne pas jusqu'au cerveau.

A contrario, lors de la survenue d'une stimulation agressive suffisamment forte, les informations nociceptives prennent le dessus sur les messages tactiles et vont déclencher l' « ouverture de la porte », permettant la perception de la douleur au niveau des centres supérieurs.

Ce gate control permet d'expliquer notamment que, lorsque l'on se cogne, notre premier réflexe sera de frotter activement la zone douloureuse, ce qui déclenche une arrivée massive d'influx tactiles, refermant ainsi la porte et minorant la sensation douloureuse.

Cette théorie peut ainsi expliquer **l'intérêt du toucher thérapeutique** dans la prise en soin du patient douloureux, qui envoie un **stimulus agréable** et peut ainsi dans certains cas **minoré les sensations de douleurs**.

Tout ce chemin vers le cerveau va permettre un décodage et une perception de la douleur, qui se fait en fonction de son origine, sa durée et de son intensité. La douleur est donc un phénomène complexe.

En clinique, on distingue **quatre composantes interactives dans la perception de la douleur**.

*** La composante sensori-discriminative :**

C'est ce que le sujet « **sent** » de sa douleur. Quelques questions simples permettent de cerner cette composante :

Où est localisé la douleur ? Superficielle ou profonde ? Irradiations ? Quelle est son intensité ? Qu'est ce qui l'aggrave ou la soulage ? Quelles sensations provoque t-elle ? (brûlure, fourmillements, lourdeur, étau, décharge électrique ?)

Cette analyse permet d'orienter le diagnostic et de faire, si besoin, des examens complémentaires adéquats afin de rechercher la cause de la douleur. C'est généralement la dimension la plus représentative de la douleur aiguë.

*** La composante affective et émotionnelle :**

C'est ce que le sujet « **ressent** » de sa douleur, elle est liée au vécu et ressenti corporel. Elle lui confère sa tonalité désagréable, pénible, difficilement supportable. La composante affective et émotionnelle dépend du caractère et de la personnalité du patient. Des troubles associés comme l'anxiété ou la dépression sont à rechercher. La signification de la maladie et l'incertitude de son évolution sont par exemple des facteurs qui vont venir moduler cette composante de la douleur.

* La composante cognitive :

C'est ce que le sujet « **comprend** » de sa douleur. C'est l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception de la douleur et les réactions comportementales qu'elle détermine. La composante cognitive regroupe les pensées, les croyances, les représentations et les interprétations sur les causes possibles de la douleur ainsi que les stratégies cognitives utilisées en cas de stress.

* La composante comportementale :

C'est ce que le sujet « **dit et montre** » de sa douleur. Elle englobe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre (plaintes, mimiques, postures antalgiques, impossibilité de maintenir un comportement normal, etc.). La stimulation douloureuse induit une réponse, le malade répond par un comportement adapté (coping positif) ou inadapté (évitement, isolation, rejet).

En plus des quatre composantes de la douleur citées. Il serait possible d'ajouter le contexte socio-économique, la composante culturelle et éthique ainsi que la composante religieuse. Ceci met en avant la part importante de subjectivité qui existe dans le vécu douloureux. Il faut donc tenir compte des différences interindividuelles (âge, culture, histoire du patient...).

3. 3 : Les différents types de douleurs :

On distingue généralement quatre types de douleur : la douleur par excès de nociception, la douleur neuropathique, la douleur dysfonctionnelle et la douleur mixte.

• *Les douleurs par excès de nociception :*

La douleur par excès de nociception ou douleur nociceptive fait suite à une atteinte tissulaire, interne ou externe, sans atteinte du système nerveux. C'est le type de douleur le plus fréquent. La stimulation peut être d'origine mécanique, inflammatoire, ou tumorale...La douleur est déclenchée par le mouvement, au repos la douleur est absente.

Elle est généralement décrite par le patient en termes de **coups de marteau, de déchirement, de torsion, de serrement**...Nous pouvons observer des **rétractions, des crispations, des mimiques, des attitudes de repli ; le fond tonique est modifié**. Lors d'un accès douloureux le sujet est centré sur lui-même et sur ses sensations douloureuses. Il est alors difficile voire impossible d'entrer en relation avec lui, tant sur le plan verbal que corporel.

- **Les douleurs neuropathiques :**

La douleur neuropathique est une douleur liée à une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel.

Les douleurs neuropathiques surviennent même en l'absence de stimulation nociceptive et ont la particularité d'être très difficiles à traiter car peu sensibles aux traitements antalgiques classiques. C'est pourquoi sont souvent associés un traitement antidépresseur et/ou antiépileptique dans la prise en charge médicamenteuse de ce type de douleur.

L'examen clinique met généralement en évidence une anomalie de la sensibilité. On retrouve des signes d'hypersensibilité, comme une **allodynie** (douleur provoquée par un stimulus habituellement non douloureux) , une **hyperalgésie** (réponse exagérée à une stimulation douloureuse), ou bien des signes d'hyposensibilité, telles une **hypoalgésie** (diminution de la douleur évoquée par un stimulus douloureux) ou une **analgésie** (perte de sensibilité à la douleur).

Pour la décrire, le patient évoque des sensations de **brûlure, de torsion, de fourmillements** (paresthésies) ou de **décharges électriques**. C'est une notion dont il faut tenir compte dans notre pratique psychomotrice en prenant toutes nos précautions avec ce type de patient : il faut faire attention à ne pas avoir des gestes d'effleurements, être attentif lorsqu'on soulève ou remet son drap. Un toucher par pression « franche » sera privilégié.

Evaluation : Le questionnaire DN4 (annexe 1) permet de dépister de probables douleurs neuropathiques. Ce questionnaire regroupe les sensations les plus fréquemment rapportées en cas de lésions nerveuses : les sensations de brûlures, de froid douloureux, de décharges électriques, de fourmillements, d'engourdissements, de picotements et de démangeaisons.

- **Les douleurs dysfonctionnelles :**

Dans le cas de douleurs dysfonctionnelles, autrefois appelées douleurs psychogènes ou sine materia, l'étiologie de la douleur est très difficile à objectiver. En effet, le patient rapporte un vécu douloureux malgré une absence de lésion identifiée. Elles peuvent être en rapport avec une problématique psychologique (suite de deuil) ou psychopathologique (angoisse, dépression). L'attitude corporelle et le contact du psychomotricien devront être contenant et rassurant dans l'objectif de sécuriser le patient et de l'apaiser.

- **Les douleurs mixtes :**

La douleur mixte regroupe les différents types de douleurs précédemment citées. En effet, elle est causée par un excès de stimulation des nocicepteurs et une atteinte du système nerveux. Les lombalgies, les fibromyalgies sont des exemples de ce type de douleur. Mais on peut aussi souvent les observer chez les patients atteints de cancer. Il est alors primordial de localiser les différents types de douleurs, leur localisation corporelle et ainsi adapter sa pratique. En effet, il faudra peut-être privilégier un toucher pression et des mobilisations sur certaines parties. Sur d'autres parties du corps présentant des signes de douleurs nociceptives un toucher par effleurage et de faibles mobilisations voire aucune sera peut-être préférable. La communication verbale et le dialogue tonique seront des indicateurs importants pour le psychomotricien.

3. 4 : Evaluation

Tout d'abord, une écoute du point de vue de la personne est nécessaire, en prenant en compte les composantes de la douleur citées plus haut : les affects, les sensations et les représentations que la situation lui procure.

Ensuite, le **TILT** peut être utilisé. C'est un moyen d'évaluation pour localiser, évaluer l'intensité, la durée et le type de douleur dont la personne souffre. Afin d'évaluer au mieux une douleur, il faut donc s'intéresser à plusieurs points :

- Depuis quand la douleur est-elle présente ? Est-elle aiguë ou chronique ?
- Quel est le mécanisme en cause ? Est-ce par excès de nociception, est-ce neuropathique, mixte ou psychogène ? Ceci est à évaluer à l'aide de l'interrogatoire et de l'examen clinique.
- Quelle est l'intensité de la douleur ? Évaluée grâce à des échelles spécifiques.
- Quelles sont les répercussions de la douleur ? Au niveau psychomoteur, social, spirituel. Quel vécu en a le patient ?

Afin d'évaluer cette douleur, il existe diverses échelles d'évaluations selon la capacité du patient à communiquer ou non.

- Les échelles d' auto-évaluations (le patient est communicant) :

Le patient est acteur de son évaluation. Elles sont soit dites « **unidimensionnelles** » car elles n'évaluent que l'intensité de la douleur. Il note lui-même l'importance de sa douleur à un instant T. Il existe : L'Echelle Numérique (EN) où le soignant demande au patient de coter sa douleur entre 0 et 10 (0 correspondant à « pas de douleur » et 1 à « douleur maximale »). L'Echelle Visuelle Analogique (EVA) se

fait, quant à elle, à l'aide d'un curseur qui représente une flèche allant de 0 à 10. La personne déplace donc le curseur en fonction de sa douleur. Enfin, l'Echelle Verbale Simple (EVS) est une simple question qui est posée par le professionnel pour évaluer l'intensité (« Que ressentez-vous ? »).

Soient **multidimensionnelles**, qui vont explorer à la fois la dimension sensorielle de la douleur mais aussi son retentissement émotionnel chez le patient. Le questionnaire douleur de Saint-Antoine (QDSA), par exemple, est réalisé par le patient en auto-évaluation. Dans ce questionnaire, seize groupes de mots lui sont proposés afin de qualifier sa douleur, classés par ordre croissant de gravité (par exemple : fatigante, énervante, éreintante). Le patient doit ensuite attribuer une note de 0 à 4 à chacun des mots en fonction de son ressenti (0 pour "pas du tout – absent" à 4 "extrêmement – extrêmement fort").

On utilise également l'échelle du bonhomme : on présente au patient le dessin d'un bonhomme de face et de dos, et on lui demande de choisir une couleur en fonction de l'intensité de sa douleur et de colorier les zones qui lui font mal. Cet outil est intéressant dans les douleurs chroniques, car il permet de mettre en avant la localisation des douleurs, ainsi que leur évolution dans le temps. Il permet également au patient, à travers cette représentation, de symboliser son vécu douloureux.

- Les échelles d'hétéro-évaluation (le patient est non-communicant) :

L'échelle DOLOPLUS 2 qui observe trois domaines comportementaux : les retentissements somatiques (plaintes somatiques, position antalgique au repos, protection des zones douloureuses, mimique, sommeil) ; les retentissements psychomoteurs (toilette et/ou habillage, mouvements) et les retentissements psychosociaux (communication, vie sociale, troubles du comportement). Elle est notée sur un maximum de 30 points (plus le score est élevé et plus la douleur est importante). Les soignants remplissent cette grille à plusieurs afin d'éviter la subjectivité et essayer d'être au plus proche du ressenti du patient quant à sa douleur.

Il est aussi possible d'utiliser : l'échelle comportementale de la douleur chez la personne âgée (ECPA) qui permet d'évaluer les douleurs induites par les soins, en faisant une première évaluation de différents items en dehors des soins : Expression du visage (regard et mimique), position spontanée au repos, mouvements (ou mobilité) du patient et relation à autrui. Puis pendant les soins : Anticipation anxieuse aux soins, réactions pendant les mobilisations et pendant les soins des zones douloureuses, douleurs exprimées pendant le soin.

Une seule évaluation n'est pas suffisante, car l'intensité change en fonction du moment de la journée et de l'état de la personne. Il faut donc souvent réévaluer la douleur en utilisant le même outil que les fois précédentes. Toutes les évaluations sont purement subjectives, prenant en compte soit la perception du patient (pour les auto-évaluations), soit celle du soignant (pour les hétéro-évaluations). Cela montre donc que la douleur est un ressenti subjectif.

Dans cette évaluation de la douleur, le psychomotricien peut apporter son regard spécifique par l'observation des modifications toniques, de la posture, de la motricité spontanée, de ses attitudes, de ses mimiques à travers la communication non-verbale. L'observation des messages corporels à travers la communication non-verbale, l'écoute du patient et la mise en lien du verbal et du non-verbal font parti des spécificités du psychomotricien. Il est donc un acteur essentiel dans l'évaluation de la douleur.

3. 5 : Les répercussions de la douleur :

La douleur bouleverse la vie du patient ; pouvant se sentir incompris par ses proches, la communication peut être touchée et il peut développer un évitement de certaines situations de la vie quotidienne par peur de majorer sa douleur.

- Le sommeil

Le trouble du sommeil est courant et joue un rôle dans la qualité de vie. C'est un moment qui devient redouté car le relâchement du tonus est difficile, voire impossible. De l'inconfort et une difficulté à trouver une position confortable sont présents. Tout cela engendre stress, troubles de l'humeur, fatigue et altère le fonctionnement quotidien de la personne. Les personnes souffrant de douleurs chroniques rapportent souvent un état de grande fatigue. La fatigue peut être le résultat direct d'un état douloureux nuisant à la qualité du sommeil, mais aussi de l'énergie que la personne dépense pour affronter la douleur.

- L ' alimentation

Les troubles de l'humeur et/ou les médicaments peuvent aboutir à une perte d'appétit. Mais l'alimentation peut être altérée par le manque d'activités quotidiennes exercées par la personne, tel que les courses ou la cuisine. La qualité et le plaisir alimentaire diminuent, ce qui crée des carences, un épuisement physique et dans certains cas une prise de poids. Par conséquent, les douleurs physiques et psychiques s'accroissent (dues aux carences, à la prise de poids...).

- La mobilité

Les douleurs vont limiter et interdire certains mouvements. Cela provoque une perte d'autonomie importante pour le sujet qui n'est plus en mesure de réaliser les activités de la vie quotidienne.

- Les relations familiales et sociales

Les relations familiales et sociales diminuent à cause de la fatigue et d'une baisse des capacités physiques.

De plus, au sein d'un couple, la personne qui n'a pas de douleurs doit s'occuper des activités quotidiennes, ce qui augmente sa charge mentale. Les relations intimes et sexuelles diminuent, altérant l'intimité et la communication entre les deux partenaires.

La douleur chronique n'affecte pas seulement le patient, mais aussi tout le système familial. En retour, la réaction du système familial face à la douleur de l'un de ses membres n'est pas neutre par rapport à l'évolution clinique du patient lui-même, mais agit de façon directe sur sa vulnérabilité et ses ressources.

Puisque la douleur chronique impacte le sujet dans la réalisation des activités de la vie quotidienne, on observe alors souvent une redistribution des rôles et des tâches au sein de la famille. Celle-ci peut éprouver de la peine devant la souffrance de son proche et se resserrer autour de lui, au risque de gêner le patient qui va alors culpabiliser et se replier davantage sur lui-même. Si elle l'aide trop, elle risque d'entretenir la maladie qui va s'aggraver. À l'inverse, il arrive que la famille se laisse gagner par la lassitude, l'incompréhension. Les personnes douloureuses chroniques sont parfois rejetées par leurs proches qui perdent patience face aux plaintes douloureuses perpétuelles. Ces douleurs représentent un réel handicap, souvent imperceptible par autrui. La non-reconnaissance de la douleur par l'entourage constitue à elle seule une véritable souffrance pour le sujet.

• Les répercussions sociales et professionnelles :

Enfermé dans sa douleur, le sujet douloureux chronique se replie sur lui-même. Craignant souvent le regard d'autrui, il s'isole et se désinsère, ce qui va alimenter dans le même temps une mise à distance du sujet de la part de l'entourage social.

Au niveau professionnel, les douleurs et leurs conséquences néfastes peuvent nuire à la capacité de travailler du sujet souffrant. On remarque alors de fréquents arrêts de travail, qui peuvent conduire à une mise en invalidité professionnelle, avec les répercussions financières évidentes que cela génère.

Tout ceci crée donc de l'isolement, des troubles de l'humeur : anxiété, dépression, stress, peur. Et un narcissisme défaillant. L'image du corps des patients est perturbée.

3. 6 : Traitement médicamenteux et non médicamenteux :

La prise en charge doit être globale et doit prendre en compte tous les troubles et l'entourage de la personne. Il faut prioriser d'abord la prise en charge des symptômes qui pénalisent le plus la personne dans sa vie de tous les jours, la dépression, l'apathie ou les troubles du sommeil.

La toute première rencontre se déroule avec un neurologue, qui va observer les symptômes présents chez le sujet. Il va expliquer la maladie et les changements de comportements de la personne atteinte à l'entourage, pour que la famille et l'aidant comprennent davantage la situation. De plus, il va réfléchir aux traitements possibles

(médicamenteux et non-médicamenteux).

a. Traitement médicamenteux :

L'OMS a défini trois paliers de médicaments antalgiques :

- **Niveau 1** : les antalgiques non opioïdes pour les douleurs faibles, comme le paracétamol, l'aspirine. Ce niveau est utilisé pour une évaluation de la douleur qui est inférieure à quatre.

- **Niveau 2** : les opioïdes au morphiniques faibles pour les douleurs modérées, à forte, à savoir la codéine, le tramadol qui peuvent être associés à du paracétamol. Il sert à diminuer des douleurs dont leurs intensités sont évaluées entre 4 et 6.

- **Niveau 3** : les opioïdes au morphiniques forts réservés aux douleurs sévères (la morphine, l'oxycodone), qui sont administrés pour une évaluation qui est supérieure à 6.

Le médecin doit respecter ces paliers, et si le niveau qu'il a prescrit en première intention ne fonctionne pas, alors il peut passer à un autre niveau. La posologie doit donc être individuelle et adaptée au patient. De plus, l'administration doit se faire à horaire fixe, ce qui permet au patient de retrouver une rythmicité.

Souvent, des antidépresseurs sont prescrits au patient, indispensables pour lutter contre la dépression. Les benzodiazépines, eux, s'utilisent pour l'anxiété et l'insomnie et les neuroleptiques pour les patients agités et anxieux.

Il existe des effets secondaires aux morphiniques auxquels les soignants doivent être vigilants : la constipation, les nausées et vomissements, la sédation, les hallucinations et les prurits. L'équipe soignante doit également être prudente quant aux possibles signes de surdosage tels que : la confusion, la somnolence, les myoclonies, la bradypnée...

Le surdosage a donc des répercussions sur le plan psychomoteur et le psychomotricien doit y porter une attention particulière grâce à l'observation des messages corporels du patient.

b. Traitement non-médicamenteux :

Dans le plan de lutte contre la douleur 2006/2010, la troisième priorité est «d'améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité ».

Il est spécifié que « le traitement médicamenteux ne constitue pas la seule réponse à la demande des patients douloureux. Les techniques non médicamenteuses de prise en charge de la douleur existent. Les professionnels et les usagers les reconnaissent comme efficaces.» Ce sont des méthodes qui agissent sur la douleur à travers le corps

de la personne. Il s'agit de traitements réalisés par des professionnels de santé qualifiés :

Traitements physiques : massages, kinésithérapie, physiothérapie (cryothérapie, électro-stimulation transcutanée : TENS), balnéothérapie, éducation posturale et gestuelle, l'acupuncture.

Méthodes psycho-corporelles ou comportementales : hypnose, relaxation, sophrologie.

Dans certains services, en complémentarité avec l'ergothérapeute et le kinésithérapeute, le psychomotricien va aider le patient, de par son écoute corporelle, à trouver une position antalgique. Celle-ci ne sera pas forcément physiologique mais lui permettra de limiter ses douleurs voire d'être confortable. Il est donc indispensable de croiser les regards (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien) afin d'adapter au mieux la position aux besoins du patient.

Comme nous avons pu le constater précédemment, les traitements médicamenteux suffisent rarement à soulager totalement le patient douloureux chronique. Il est donc nécessaire d'envisager différentes façons de pallier ses douleurs à travers des thérapies non médicamenteuses. Le modèle interdisciplinaire est considéré par la Haute Autorité de Santé comme optimal pour les douleurs chroniques : les guides de pratique recommandent la prise en soin de la douleur chronique par des équipes intégrées composées de médecins, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, infirmiers, travailleurs sociaux, etc. Les membres de ces équipes se rencontrent régulièrement pour discuter des cas des malades, utilisent un système de dossiers communs, et ont une approche commune de prise en soin des patients.

La maladie, les douleurs génèrent des changements corporels. Ces ressentis fragilisent globalement la personne atteinte. Des troubles peuvent apparaître à différents niveaux : du sentiment que l'on a de soi (du schéma corporel, de l'image de soi, etc.), des capacités d'agir et de mise en mouvement, des modes de communication, des perceptions sensorielles.

Ce sont des désordres psychomoteurs qui peuvent s'associer à une perte de repères et de confiance en soi, des maladresses, de malaise.

Nous allons à présent tenter de définir le cadre d'intervention d'un psychomotricien dans un service d'oncologie, et mener une réflexion sur les indications et les actes de soin possible en psychomotricité.

Chapitre II : « Quand l'équilibre du sujet est bouleversé... »
Rencontre avec le patient et lecture des retentissements psychocorporels à travers la sémiologie psychomotrice.

1) Cadre d'intervention du psychomotricien :

1. 1 : Alliance thérapeutique et cadre

Le premier entretien avec le patient est un temps de rencontre entre deux individualités qui apprennent à s'écouter et à se comprendre. L'« alliance » signifie l'union par engagement mutuel. C. ROGERS (23) définit l'engagement dans la relation comme essentiel à la thérapie, et y englobe la confiance réciproque, l'acceptation et la confidentialité. Elle est spécifique à chaque relation soignante.

Le but de l'alliance thérapeutique est d'instaurer une relation de confiance impliquant le professionnel et le patient et contribue de manière significative au succès de la thérapie.

Le psychomotricien, par son écoute et son temps, a un rôle important dans la mise en place d'une alliance thérapeutique entre le patient et l'équipe médicale. Cette alliance est un mode relationnel qui permet à l'autre de se sentir en confiance et parfois de limiter le recours à des mécanismes de défense ou de protection. Il est alors possible d'accompagner le patient dans de meilleures conditions. Cette alliance ayant pour objectif de rendre le patient acteur de ses séances.

Face à la maladie grave et à la souffrance, le patient peut ne plus se sentir maître de son corps. Lors de l'hospitalisation, le soin n'est plus une affaire personnelle. Il est dédié à l'équipe médicale qui prend le relai. Le patient peut alors se sentir dépossédé de son corps qui devient objet de soin. C'est ici l'un des principaux intérêts de la psychomotricité : aider le patient à renouer contact avec son corps changeant, l'affirmer dans son identité et soutenir son sentiment de dignité. Ceci, en l'aidant à être acteur de ses soins, et non une victime. C'est un mode de fonctionnement qui va permettre au patient de penser par lui-même, de laisser la place à ses symptômes, ses souffrances, et à leur donner un sens.

L'alliance thérapeutique établie va servir de point d'ancrage à l'élaboration du cadre thérapeutique et, réciproquement, le cadre va donner sens à cette alliance.

LE CADRE :

Le cadre est à la fois psychique et physique. Selon C.POTEL (21) « le cadre thérapeutique c'est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée ».

Un cadre est en effet quelque chose qui délimite, qui borde. C'est WINNICOTT qui développe cette notion de cadre à partir du terme de « holding », qui désigne l'ensemble des soins que la mère procure au bébé. C'est à dire qu'il accorde une grande importance à l'impact de l'environnement et particulièrement au rôle de la mère vis à vis de son bébé. L'importance de la mère contenante dans les premiers échanges, il le transpose au thérapeute et il emploie le terme de « setting » pour désigner le cadre. Pour lui, le setting est l'ensemble de tous les détails de l'aménagement du dispositif thérapeutique, qui vont venir encadrer le patient pendant les séances.

En psychomotricité, il n'y a pas de règles imposées, mais il y a un cadre thérapeutique défini et délimité. Ce « setting » sera construit en fonction du lieu d'exercice, de la sensibilité du psychomotricien et du patient auquel il a à faire.

Le cadre thérapeutique a plusieurs fonctions en séances comme la fonction de contenance, de pare-excitation, de canalisation d'angoisses. Lorsqu'ils s'appuient sur ce cadre, les patients en tirent une source de confiance en soi, c'est aussi un support du narcissisme et de l'affirmation de soi.

Des conditions sont nécessaires pour la construction de ce cadre thérapeutique. En effet les rituels sont importants, les rythmes, un espace défini avec une temporalité propre.

Vignette clinique : Monsieur P

Je rencontre Monsieur P dans sa chambre suite à une demande d'une infirmière car Monsieur P est très anxieux. A la fin de notre rencontre je propose à Monsieur P de prévoir ensemble une séance la semaine prochaine. Monsieur P, souffle et me dit qu'il ne sait pas « après tout ce n'est pas lui qui décide ici, on rentre dans sa chambre comme on veut ».

Je préviens Monsieur que je noterai notre rendez-vous dans l'ordinateur afin que toute l'équipe soignante soit prévenue et je lui écrit sur un papier mon nom, la date, l'heure, et le lieu de notre prochaine séance. Monsieur me sourit, il relit le papier et me dit qu'il va le garder sur sa table comme ça il pourra s'en rappeler.

—> le fait d'inscrire notre rendez-vous sur un papier a permis de rassurer Monsieur P. Il était important pour lui d'inscrire notre prochaine rencontre, et qu'il puisse y réfléchir et s'y préparer. Par ailleurs, cela lui permet d'avoir le ressenti d'une temporalité et d'un espace respecté, dans lequel il peut se sentir exister en tant que sujet et non plus comme objet.

Cette spécificité de la prise en soin psychomotrice, va permettre au patient d'accéder à un espace qui lui est propre. De là, il pourra s'exprimer en tant que sujet et investir la séance.

Ainsi, le cadre spatio-temporel est avant tout une garantie, il permet au patient de trouver une place, c'est-à-dire un espace et un temps pour lui, qui lui sont réservés.

Pour le thérapeute, il octroie l'opportunité de laisser la possibilité et la disponibilité à ce qui se passe, d'accueillir ce qui doit advenir et non d'attendre quelque chose de prévu. En quelques mots, le cadre est : «une enveloppe contenant au développement de la relation. »⁽¹⁾.

La stabilité et la fiabilité du cadre garantissent l'établissement d'une alliance thérapeutique, fondée sur une relation de confiance, qui demeure le fondement de la thérapie psychomotrice.

1. 2 : Evaluation psychomotrice

Le bilan psychomoteur est un acte réalisé sur prescription médicale. Il est inscrit dans le décret de compétences de 1988 « relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice ». ⁽²⁸⁾ Il constitue un des **outils fondamentaux** des psychomotriciens.

L'examen psychomoteur repose donc sur l'exploration de divers éléments relatifs à la psychomotricité du sujet, notamment la latéralité, les coordinations-dissociations, les orientations et structurations temporelles et spatiales, les motricités : globale et fine, le schéma corporel, l'image du corps, le tonus. C'est par la **mise en lien** de ces divers éléments, entre eux et avec des éclairages tant neurologiques que psychologiques et psychiatriques, que le psychomotricien appréhende l'organisation globale du sujet en relation.

Dans un service d'oncologie, la progression générale des capacités psychomotrices évolue souvent en pertes successives. Selon Isabelle MARCOS, dans le contexte particulier des soins palliatifs, « *L'évaluation psychomotrice n'effectue pas un bilan étalonné des capacités perdues, mais explore les capacités maintenues, car elles servent d'appuis dynamiques internes à la personne malade* »⁽¹⁸⁾

Les compétences et l'organisation psychomotrices sont donc à évaluer afin d'être valorisées, et constituent, non seulement des bases pour un suivi en psychomotricité, mais aussi des appuis, des ressources utilisables par la personne soignée.

L'examen psychomoteur se caractérise donc lui aussi par cette souplesse qui permet au psychomotricien de s'adapter en fonction de ce qu'il perçoit du patient. Le psychomotricien adapte notamment l'examen psychomoteur, à la demande, aux besoins de la personne soignée. Sa durée, peut varier en fonction de la fatigabilité de cette personne. Le psychomotricien adapte aussi le choix des items, leur ordre, en fonction de ce qu'il perçoit comme possible pour le patient, intéressant vis-à-vis de sa situation.

Nous pouvons nous questionner quant à la situation particulière des patients souffrant de maladie grave. Les patients présents dans le service ont une durée moyenne de séjour de deux semaines à un mois. Nous pouvons rencontrer des patients

très anxieux, déprimés, encore sous le choc de l'annonce de leur diagnostic. La courte durée de séjour, le bouleversement émotionnel du patient ou l'engagement de son pronostic vital à moyen, voire court terme, peuvent parfois donner l'impression qu'il y a urgence à « agir ». A ce moment-là, la pertinence de l'examen psychomoteur se pose, celui-ci pouvant être vécu, par le psychomotricien, comme une « perte de temps ».

Mais quel bilan proposer dans ce cadre précis ?

Il est nécessaire de pouvoir adapter le bilan psychomoteur classique aux circonstances du terrain.

Catherine POTEL affirme en effet : « *l'objectivité absolue de l'évaluateur ne peut se substituer à une subjectivité avertie et aiguisée, celle qui anime le clinicien et qui se doit d'être tout aussi rigoureuse* »⁽²¹⁾

Le psychomotricien se doit **d'affiner son sens de l'observation clinique**, mais aussi ses propres repères corporels afin d'appréhender au mieux la réalité du patient. Il assume donc **une part de subjectivité** inhérente à l'examen psychomoteur.

Vignette clinique :

Dans le cadre de mon stage expérimental. Je n'ai pas trouvé de bilan psychomoteur existant, spécifique à la prise en charge de patient en oncologie. Ainsi j'ai décidé de créer une fiche d'examen psychomoteur destinée à ce type de population. Cette fiche m'aide à mieux savoir où me positionner et quoi proposer aux patients que je rencontre. Il s'est avéré nécessaire de créer un outils d'évaluation afin de cerner plus spécifiquement les besoins et indications de chaque patient. Par ailleurs, en sachant le temps de rencontre limité dont je disposais auprès de chaque patient, compte tenu de leur durée d'hospitalisation, je me suis orientée vers une évaluation psychomotrice basée en grande partie sur de l'observation.

Voir Annexe 1

L'évaluation du sujet permettra de définir les objectifs, le projet de soin du patient en psychomotricité, et de les adapter en cours de suivi. De plus, cela donnera les premiers indices permettant au professionnel de s'ajuster au patient dans une relation thérapeutique.

C'est à la suite du bilan que les axes de prises en soins se dégagent et orientent vers des indications précises en psychomotricité.

2) Indications de prise en soin en psychomotricité :

« *L'irruption du cancer m'a obligé que, je le veuille ou non, à un dialogue pour ma part contraint, quotidien, et permanent, avec mon corps.* » *Témoignage d'une patiente atteinte de cancer du sein dans un article du Huffington Post.*

La maladie induit tout un ensemble de perturbations qui peuvent venir bouleverser la qualité du vie du patient.

Le psychomotricien, par son champ de compétence régit par le code de la santé publique, peut être amené à accompagner le sujet au cours de sa maladie. Le décret d'acte du 6 mai 1988 définit les indications pouvant répondre à une prise en soin en psychomotricité.

Dans cette partie sera proposer une réflexion non exhaustive, des possibles axes d'interventions du psychomotricien en oncologie au travers d'une lecture sémiologique.

2. 1 : Les troubles tonico-émotionnels :

Le mot « tonus » vient du grec tonos qui veut dire tension. Le tonus d'un muscle est la réaction du muscle à son propre étirement ou la sensibilité du muscle à son propre étirement.

Le tonus est omniprésent dans la vie de l'espèce humaine, nous pouvons « être » dans le monde grâce à cela, nous pouvons nous tenir en luttant contre la gravité, être en état d'éveil et de vigilance. Il permet notre engagement dans la motricité et il est un support essentiel à notre communication ainsi qu'à notre expressivité.

Nous pouvons distinguer trois principaux types de tonus présents chez l'individu :

Le tonus de fond, le tonus postural et le tonus d'action constituent des types de tonus distincts par leur niveau d'intensité, ainsi que par leurs fonctions, mais néanmoins très intriqués.

Le tonus de fond : correspond à un état de légère tension des muscles, d'origine réflexe. Il est involontaire, permanent, et subsiste même au repos, en dehors de toute activité. Il ne disparaît pas non plus pendant le sommeil. Il a pour fonction la **cohésion** des différentes parties du corps, soutenant la constitution d'une « *enveloppe tonique* », et de fait, le sentiment d'unité corporelle.

Le tonus de fond se caractérise par sa permanence, soutenant ainsi l'éprouvé d'**unité**, de contenance. Bien que permanent, le tonus de fond, sous-tendu par les émotions et les affects, varie dans les différents épisodes de la vie.

Le tonus d'action : Il se définit par la contraction musculaire, dite phasique, permettant l'action et le mouvement, dans un déroulement spatialisé. Le tonus d'action

permet la motricité, et de fait, la locomotion, la communication. Le plus fréquemment, la régulation du tonus d'action est volontaire, cependant, il peut aussi être recruté dans une action réflexe ou automatique.

Le tonus postural : « Le tonus postural représente l'activité tonique minimale permettant le maintien des « mises en formes corporelles » (postures) et de leur équilibre. Il est alors lié à la vigilance et à l'éveil, dans une influence réciproque, intervenant dans la régulation de l'activité perceptive. » La régulation du tonus postural est sous commande réflexe, mais peut également être contrôlée volontairement. Le tonus postural prépare au mouvement : il assure « *un niveau de tension optimum pour l'action et sert, en tant, qu'appui interne (intégré), de préparation à la contraction dite «phasique» du mouvement.* L'hypotonie ou l'hypertonie de posture, par exemple, engendrent un manque de réceptivité proprioceptive ainsi que d'efficacité dans l'action.»

L'ajustement du tonus postural nous est donc essentiel, non seulement dans la préparation au mouvement, mais aussi dans la qualité de **présence** à nos perceptions.

« Il représente aussi, avec le tonus de fond, le substrat de l'affectivité et des émotions et porte la charge expressive du mouvement » . C'est notamment par l'ajustement de ce tonus postural dans la relation, que peut s'instaurer un **dialogue tonique** ⁽⁹⁾.

Ces trois niveaux sont interdépendants et peuvent être altérés par la douleur. Le tonus constitue le support de l'existence et de ce fait les aspects fonctionnels et relationnels ne peuvent être dissociés. Il est en étroite relation avec la sphère affective émotionnelle. Toutes les émotions vont s'accompagner de manifestations toniques.

La douleur est une perception désagréable qui vient secouer le corps. Les sensations algiques vont venir créer une modification du tonus. En effet, il est fréquent que l'on retrouve chez le patient douloureux une hypertonie ou une hypotonie :

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

psychique.

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

- **Une hypotonie** à des fins échappatoires, le corps n'a plus de tenue, il y a une sorte de laisser aller, d'abandon de ce corps qu'on ne reconnaît plus et qui devient trop compliqué à vivre. Le psychomotricien à travers son approche va venir essayer de ressolliciter une dynamique corporelle avec l'aide notamment des médiations mais aussi grâce au temps de verbalisation.

Il est important de noter que le système nerveux central frappé par la maladie grave peut devenir défaillant. Ce qui entraîne des modifications du tonus comme une hypertonie où une hypotonie. Les voies sensibles sont touchées lorsqu'il y a de la douleur. La douleur vient impacter le patient, ce qui l'oblige alors à se réorganiser en modulant sa tonicité. Le psychomotricien aura accès à la douleur de son patient à travers **la communication verbale et non verbale**, suivant les possibilités de ce dernier. Mais aussi grâce au **dialogue tonico-émotionnel**, terme décrit par H. Wallon puis repris par J. DE AJURIAGUERRA qui est un véritable outil thérapeutique.

2. 2 : Les troubles de l'orientation spatio-temporelle :

L'espace et le temps sont des notions intriquées et fondamentales en psychomotricité. Ce sont des organisateurs psychiques, en effet la pensée comme l'agir vont s'organiser dans un espace et une temporalité donnés.

L'espace peut être défini comme étant « une donnée fondamentale de l'adaptation de l'être à son milieu. La structuration spatiale permet à l'homme de se repérer dans son environnement, mais aussi de se mouvoir, d'organiser ses mouvements dans un cadre spatial référencé. L'espace c'est aussi la distance, ce qui sépare le soi et le non-soi, l'autre, l'objet. C'est le support de la relation et de la communication ».

L'orientation spatiale peut être perturbée par la maladie grave et la douleur. L'espace personnel du patient se modifie. Il est possible de symboliser l'espace autour de nous par des « bulles » de protection de notre espace propre. Suivant les relations, cette bulle sera plus ou moins grande. Pendant la maladie « la bulle » du patient peut s'agrandir maintenant ainsi à distance autrui. La communication peut alors être mise à mal et les relations corporelles sont appauvries. Le patient se crée une forteresse autour de lui.

Les changements d'espaces peuvent aussi être problématiques pour le sujet : passer d'un service hospitalier à l'autre ou encore de son domicile à un service de soins peut être perturbant. Il faudra alors porter une attention toute particulière à proposer un environnement stable et fixe pour que le patient passe d'un espace inconnu à un espace connu le plus rapidement possible. De plus, du fait de l'hospitalisation, le patient est contraint à un espace réduit, l'espace de sa chambre dont il va finalement peu sortir.

Le psychomotricien peut être sensible à l'aménagement de cette pièce, à la luminosité afin que le patient s'y sente bien.

Le temps est une donnée essentielle qui permet de comprendre le monde et l'environnement qui entoure l'individu. La structuration temporelle permet la communication et la socialisation.

La maladie grave et les symptômes de fin de vie perturbent le vécu du temps. Déjà lors de l'annonce du diagnostic apparaissent parfois des phénomènes de sidération de la pensée, le temps est suspendu et semble s'arrêter. Passé cet état, certains patients rapportent le sentiment d'une accélération du temps notamment dans le processus de vieillissement. Cela peut être dû aux changements corporels importants causés par les traitements.

De plus, les projections dans l'avenir sont perturbées. Le patient ne perçoit plus qu'un avenir sombre et n'arrive plus à faire de projet de vie. L'annonce de la maladie, lorsque le pronostic vital est engagé, enlève à l'individu l'illusion d'immortalité ⁽¹³⁾. Le fait de ne pas avoir « de date de fin » nous permet de nous projeter dans l'avenir. Le patient, conscient de sa fin, devient alors particulièrement vulnérable.

Les repères temporels sont également bouleversés suite à l'hospitalisation induisant parfois un isolement. Le patient peut passer tout son temps dans sa chambre, seul, au rythme des repas s'il ne reçoit pas de stimulations extérieures. Certains patients peuvent alors être qualifiés de patients dyschroniques avec une relation au temps très perturbée et une perte des rythmes.

MARCELLI ⁽¹⁶⁾ nous dit : « le rythme est ce qui lie et relie à travers le temps continuité et coupure, cette temporalité fait non seulement de répétitions mais aussi de surprise d'inattendus, de cadence et de rupture. »

Le domaine des interactions de soin, celui des anticipations confirmées : c'est tout ce qui concerne les relations de soin inscrites dans les macrorhythmes du quotidien : le lever, le repas, la toilette, le coucher... Toutes ces activités de soin relativement fixes d'une journée à l'autre, deviennent des « indices de qualité » permettant au bébé d'anticiper son advenir.

En parallèle, il existe des rythmes avec des innatendus très précis et rapides dans le temps, marqué par des microrhythmes aléatoires et incertains. Ces microrhythmes sont alors investis « d'indices de divergences », c'est-à-dire tout ce qui dans l'expérience

actuelle est légèrement différent de l'expérience passée et qui renforce la capacité d'attention puis ultérieurement d'apprentissage du bébé.⁽¹⁶⁾

Par analogie, avec les notions de macrorhythmes et microrhythmes décrites par MARCELLI. Le psychomotricien s'intéresse à la notion de respect du rythme du patient. L'organisation spatio-temporelle renvoyant à notre cadre de travail.

En psychomotricité le temps de séance sera référencée en terme de pause dans le temps d'hospitalisation. En effet, dans la journée à un moment précis, ce temps de séance est souvent vécu par le patient comme un temps d'apaisement qui lui est consacré. C'est un temps pour se retrouver soi, en dehors de l'identité de malade/patient.

2. 3 : Les troubles des représentations corporelles

La maladie et son cortège de modifications corporelles, mais aussi les traitements bouleversent l'individu dans ses sensations, ses perceptions son vécu et l'image qu'il a de son corps, pouvant retentir jusque dans son sentiment d'identité.

« Le corps peut devenir étrange, voire étranger. Il n'est plus reconnu comme un espace familier, sécure. Atteint dans ses repères les plus intimes, l'individu peut ressentir un déferlement d'angoisse : intégrité corporelle et sécurité interne peuvent être mises à mal ». ⁽⁹⁾

Les termes de schéma corporel et d'image du corps désignent deux concepts fondamentales dans la pratique psychomotrice. Néanmoins, pour J. DE AJURIAGUERRA le schéma corporel et l'image du corps sont intimement liés.

Le schéma corporel :

Le schéma corporel est un modèle perceptif du corps qui va se construire petit à petit au cours du développement de l'être humain. L'individu a une perception de lui-même par rapport à autrui. Il a une connaissance fine de son corps grâce aux différentes expériences qu'il va vivre et va ainsi avoir la perception d'un tout unifié.

Julian DE AJURIAGUERRA propose une définition qui fait consensus entre l'ensemble des théories :

« Edifié sur la base de sensations tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, visuelles, le schéma corporel réalise, dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. C'est une représentation qui est conçue comme un standard où vont influencer les sensations, les impressions, afin d'élaborer une représentation de l'espace du corps, mais aussi de l'espace dans lequel se meut le corps. C'est dans cet échange interactif avec l'environnement que se structure le schéma du corps [...] Cette interactivité avec

l'environnement est saturée d'affectivité, le schéma corporel devient alors le témoin d'une histoire émotionnelle du sujet avec son milieu ». (9)

C. POTEI, définit le schéma corporel comme « la connaissance objective du corps dans sa réalité », se construisant dans l'expérience motrice et aboutissant à une somatognosie à maturité entre 6 et 7 ans.

Le schéma corporel est donc une connaissance unanime et universelle servant de repère spatio-temporel. Il permet la construction de l'enveloppe corporelle, et donc de lutter contre la sensation d'un corps morcelé, non uni.

Or, lors de maladies graves et douloureuses, le patient peut perdre ses repères corporels de base. La sensibilité de certaines parties du corps est accrue, d'autres sont négligées.

Ce corps qui était fonctionnel ne l'est plus. La peau est fragilisée. La partie du corps « abîmée » peut être surinvestie, ou désinvestie complètement. Ces repères corporels bouleversés sont pourtant fondamentaux pour la construction de l'image du corps.

L'image du corps :

F. DOLTO écrit « L'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et inter-relationnelle [...] ». L'image du corps suit le cours de la vie de l'être humain et est donc en perpétuelle évolution. L'individu va avoir une représentation mentale de son corps propre construite à partir de parties conscientes et inconscientes. L'image du corps est, selon DOLTO, « une représentation psychique ». Elle permet d'assurer l'unité du « moi ». (9)

C. POTEI définit l'image du corps comme « l'image que l'on se fait de soi, et qui se construit dans les expériences psychocorporelles qui mettent en relation le sujet et les autres ». Pour elle, le bébé se construit dans le regard de sa mère : s'il n'est jamais regardé, « il pourra éventuellement se construire dans un schéma corporel tout à fait cohérent et organisé, mais son image corporelle traduira un manque : manque de respect pour lui-même, dévalorisation, fragilité narcissique ».

Il est possible de proposer une analogie entre les différents niveaux de construction des représentations corporelles de l'enfant et le vécu du patient malade :

Le corps subi (de 0 à 3 mois) :

Quand le jeune enfant naît s'il n'a pas de soins adéquats il ne sera pas viable (l'homme étant néoténique à la naissance), cette notion a été mise au jour par R. SPITZ avec le syndrome d'hospitalisme mis au jour après la guerre dans les orphelinats.

Le corps est considéré à ce moment comme un corps subi qui est soumis à l'activité réflexe et à la vie végétative. Ce corps subi est un peu à mettre en correspondance

avec le corps soumis du patient, dépendant de sa douleur, des prises en charge et des traitements, c'est le corps objet de médecine.

Le corps vécu (de 3 mois à 3 ans) :

C'est notamment ce que PIAGET nomme l'intelligence sensori-motrice à partir des schèmes sensori-moteurs. WALLON, lui, part des schèmes sensori-moteurs pour faire un lien entre émotivité et affectivité chez l'enfant.

Au travers d'expériences motrices différentes, l'enfant accède à des sensations kinesthésiques variées. C'est aussi, la période durant laquelle l'enfant peut se reconnaître dans le miroir. Cette étape correspond au passage d'une image morcelée à son unification.

Le corps perçu (de 3 à 7ans) :

Ce stade permet à l'enfant de développer ses sensations et de commencer à en prendre conscience. Il s'agit de faire un lien entre les sensations et les repères temporo-spatiaux. Ceci va permettre des interactions entre le dehors et le dedans.

C'est ce qui permet au patient de réorienter sa motricité et donc par conséquent agir de nouveau sur l'environnement proche.

Le corps connu, représenté :

Ceci correspond à la fin de la boucle sensation —> perception —> représentation. A travers l'expérience (dans la médiation corporelle par exemple), les ressentis du corps s'articulent avec les perceptions du corps. Il y a alors prise de conscience et l'enfant est capable de proposer une représentation de son corps. En clinique, le dessin peut-être un outil permettant au patient de mettre en évidence la représentation de son corps.

Enfin, Le corps maîtrisé :

L'enfant exprime ses idées, ses émotions par l'intermédiaire de son corps. Pour le patient, il s'agit de retrouver un certain contrôle de son corps propre et du plaisir à s'en servir. Le corps maîtrisé permet au patient de refaire confiance à son corps propre.

La construction de la représentation corporelle dépend de deux actions: la maturation et l'expérimentation. Ces deux éléments réunis vont conduire à la connaissance et à l'autonomie : ce sont deux aspects recherchés dans la médiation corporelle.

Par ailleurs, l'image du corps apparaît comme éminemment subjective et influencée par le vécu corporel et psychoaffectif du sujet. Il est donc possible de considérer l'image du corps comme non consciente, mais pouvant le devenir en partie par le biais, entre autres, de la prise de conscience du corps. De ce fait, le psychomotricien a un rôle crucial auprès de patients souffrant de troubles de l'image du corps.

Le cancer et en particulier la douleur vont venir atteindre l'image du corps comme ils ont atteint le schéma corporel. La perception et la représentation que le

patient a de son corps s'en trouvent modifiées. Les changements sont parfois tellement importants qu'il devient très difficile pour le sujet de poser un regard sur son corps, ce corps dont il se sent dépossédé, qu'il ne reconnaît plus et qui le renvoie en permanence à sa maladie. L'impact sur la sphère psychique du patient peut alors être très important. L'unité psychocorporelle du patient va être profondément meurtrie.

Cette notion d'image du corps est prise dans la constitution de l'identité du sujet, de son **narcissisme**. Le concept de narcissisme est principalement décrit en **psychanalyse**. Le narcissisme primaire est à différencier du narcissisme secondaire.

Selon GUELFY J. D., le **narcissisme primaire** désigne : « un stade précoce du développement au cours duquel toute la libido est investie sur le sujet ». Le sujet se prend lui-même comme objet d'amour.

Le **narcissisme secondaire** est défini par LAPLANCHE et PONTALIS comme l'étape où l'enfant intériorise les relations, et surtout celle qu'il a avec sa mère. Une fois séparée d'elle, sorti de la symbiose, et conscient de son altérité, il s'aimera tel que sa mère l'a aimé. FREUD nomme « narcissisme secondaire » cet amour de soi qui succède à la découverte de la réalité extérieure. L'énergie de la libido se répartie entre le Moi et les objets extérieurs. Puis, par suite de frustrations ou de difficultés, la libido se détache des objets et il y a un retour sur soi de l'amour porté aux objets. C'est à ce narcissisme que l'on fait référence lorsqu'on parle des problèmes ou des « failles narcissiques » d'une personne.

Par conséquent, cette image est dépendante du regard des autres. Ainsi, des troubles du schéma corporel et de l'image du corps, entraînent souvent perte de l'estime de soi et des repères identitaires. Le soignant peut alors observer des phénomènes d'envahissement, de débordement ou parfois même de dépersonnalisation.

L'approche psychomotrice propose un ré-investissement du corps, une certaine reconquête de la maîtrise du corps. Cette prise en soin psychomotrice venant accompagner la restauration narcissique du patient à travers des vécus corporels agréables.

2. 4 : Perturbations identitaires

L'individu s'est construit au fil du temps une identité et des repères qui lui sont propres, une unité psychomotrice. Cette dernière, dans la maladie grave va être soudainement impactée. La douleur notamment va venir fragiliser les repères de l'individu. Nous avons vu précédemment qu'il s'agit d'un véritable travail de deuil pour le patient. Les répercussions psychomotrices sont nombreuses. Le patient peut alors subir une perte du sentiment d'unité de soi. Nous allons donc essayer ici de mettre en évidence les répercussions de ces bouleversements sur l'identité.

2. 4. 1 : Définition

En psychologie, l'identité est la conscience que l'on a soi-même, ainsi que par la reconnaissance des autres, de ce que l'on est, de son moi. Elle permet à l'individu de percevoir ce qu'il a d'unique, c'est-à-dire son individualité.

L'identité, permet à l'individu de se repérer dans le système et d'être lui-même repéré socialement. A.MUCCHIELLI ⁽²⁰⁾ la définit comme « *l'ensemble des critères qui permettent une définition sociale de l'individu ou du groupe, c'est-à-dire qui permettent de le situer dans la société* ». Chaque individu est défini par les différents rôles qu'il doit remplir au sein des groupes auxquels il appartient. La notion d'identité est donc profondément liée à la structure sociale puisqu'elle se caractérise par l'ensemble des appartenances de l'individu dans le système social.

La psychologie montre que l'identité se construit donc dans un double mouvement d'identification aux autres et de distinction par rapport à ceux-ci.

Nous définirons alors **deux noyaux identitaires** évoqués par A.Mucchielli ⁽²⁰⁾ :

→ **Un noyau Individuel** (sentiment d'être unique) : il va structurer la personnalité du sujet, et sous-tend ses actes et expériences vécues, laissant des traces psychiques réutilisables. Nous parlons alors du « *Moi* » utilisé en psychanalyse, en tant que sujet et entité propre construisant son identité.

→ **Un noyau groupal** (sentiment d'appartenir à un groupe) : le sujet façonne son identité dans le rapport à l'autre, dans la relation mais également par l'histoire du groupe dans lequel il évolue, sa culture, ses attitudes. Ce fonctionnement en société va influencer considérablement l'identité propre du sujet. Comme l'énonce D.WINICOTT : « *un bébé tout seul, ça n'existe pas* ». L'Homme est un être de relation, doué de capacités d'interaction ne serait-ce qu'avec l'apparition du langage, propre à notre espèce.

Ces définitions montrent en elles-mêmes la complexité de l'identité, étant à la fois l'identique et le différent. C'est une unité plurielle, toujours en transformation par le fait que l'identité prenne essence dans le milieu dans lequel le sujet évolue et va ainsi résulter d'un ensemble de processus à la fois biologiques, psychologiques, sociaux, et culturels. Le milieu étant changeant au fil des expériences, des relations et interactions que le sujet va connaître, l'identité va également se métamorphoser à chaque instant. Ce qui constituera l'identité du sujet sera donc la synthèse des identités qu'il occupe au cours de sa vie et dans les différents milieux.

A.MUCCHIELLI, en s'appuyant sur les apports de Erik ERIKSON (psychologue) complète la notion d'identité : « L'identité est un ensemble de critères, de définitions d'un sujet et un sentiment interne. Ce sentiment d'identité est composé de différents sentiments: sentiment d'unité, de cohérence, d'appartenance, de valeur, d'autonomie et de confiance organisés autour d'une volonté d'existence ».

Le sentiment d'existence

Pour E. Erikson, l'identité est difficile à saisir, comme évoqué précédemment, elle ne pourra être perçue en tant que telle par le sujet. L'auteur énonce donc que l'identité de l'individu va reposer sur **le sentiment d'existence** faisant ainsi appel à la **conscience**, encore appelé « *sentiment de continuité de l'être* » (Winicott) ou « *le sentiment d'identité* » par A. Mucchielli.

Ce sentiment d'existence peut être défini par la **continuité** qui persiste au travers du changement : « *le sentiment subjectif et tonique d'une unité personnelle et d'une continuité temporelle* ». Erikson met en évidence neuf processus permettant la construction de l'identité. Je détaillerai ici, ceux qui me semblent le plus en lien avec la pratique psychomotrice :

La construction du **sentiment d'unité personnelle** va reposer sur le processus de maturation neurologique ainsi que sur la conscience progressive de l'être. Pour cela, la **sensorialité** va être un des principaux acteurs : l'expérience sensorielle permettant au sujet de découvrir et prendre conscience de son corps, pour en dessiner une image que l'on appellera en psychomotricité **le schéma corporel**. Si les expériences sensorielles manquent, l'identité subit des perturbations. Cela énonce donc le rôle que joue **le corps**, non pas en tant que simple objet, mais en étant lui-même identité, et à l'origine d'une construction subjective car seul le sujet peut expérimenter et avoir conscience de cette unité.

Le sentiment de continuité temporelle nécessite la notion de similitude au travers d'une comparaison dans le temps pour décrire ce qui est identique. Il est possible de retrouver cette notion de **temporalité** dans la définition du centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL), définissant l'identité personnelle comme: « *Caractère de ce qui demeure identique ou égal à soi-même dans le temps.* »

L'identité, s'inscrivant dans une notion dynamique, modelée par le contexte, l'interlocuteur, et par les interactions ; il est important qu'au cours de sa vie, le sujet puisse avoir conscience qu'il a évolué, que son identité a mué, mais qu'il reste le même et que ces différentes facettes de lui contribuent toutes à ses particularités et sa singularité.

Par ailleurs, un **processus d'identification** est mis en jeu, c'est à dire un phénomène psychique par lequel le sujet va assimiler un aspect ou une propriété de l'autre, et se transformer pour lui ressembler. Le sujet commence dans l'enfance par imiter l'autre pour intégrer son fonctionnement, puis créer au fil du temps de petites modifications, lui permettant de s'approprier l'action ou le comportement, et l'avènement de l'altérité.

Cependant, il doit avoir un noyau identitaire assez solide pour ne pas se transformer totalement au contact de cet objet, et garantir son identité propre. « *Il ne peut y avoir*

une totale fusion, sinon il y aurait perte de l'identité au profit de l'investissement d'une autre identité ». (Mucchielli)

Enfin, une autre notion évoquée par E. Erikson est : **le sentiment d'autonomie**.
« *Un sujet ne peut affirmer son identité individuelle s'il ne peut à la fois se sentir appartenir à un groupe de ses semblables, et se sentir autonome par rapport à l'emprise collective de ce groupe* ». C'est pourquoi l'individu ne va cesser d'alterner entre des phénomènes d'assimilation-accommodation évoqués précédemment, comprenant le va-et-vient entre identification-fusion et mise à distance-rejet.

L'estime de soi

Une autre notion importante à développer après le sentiment d'existence, est le narcissisme. C'est à dire le sentiment de notre valeur, ou encore l'estime de soi.

La notion de Soi représente la façon dont le sujet se perçoit lui-même et les sentiments associés à cette perception. Il se différencie du Moi (*ego*), utilisé en psychanalyse notamment par S.FREUD, se référant plutôt aux fonctions cognitives, actives et adaptatives de la personnalité, tournées vers la réalité.

L'estime de soi peut alors se définir en termes d'attitudes et d'évaluations générales qu'entretient une personne sur elle-même. L'estime de soi comportant des dimensions de satisfaction personnelle et de jugement de l'efficacité de son fonctionnement. Il s'agit d'une attitude d'approbation ou de désapprobation envers soi, qui indique la valeur et la compétence que s'attribue la personne dans différents domaines.

La conscience de soi :

La conscience de soi est double comprenant la conscience de l'identité dans le temps, ainsi que la conscience d'un soi immuable. Elle est réflexive et permet de se percevoir en tant qu'individu identique à un instant « t », puis de se percevoir comme Soi au fil du temps et des changements. Elle est à la base du sentiment d'identité. (Husserl)

En conclusion, l'identité repose sur le sentiment d'existence, qui prend essence dans la singularité ; notamment par la connaissance et définition de soi, ainsi que par la différenciation à l'autre. Enfin elle repose sur le narcissisme ; qualifiant l'individu et n'étant pas forcément en accord avec la réalité objective, mais ; représentant la réalité du sujet, sa perception de lui-même.

Tout cela nécessite une assise solide des bases identitaires, des processus de contrôle et de défenses conservatrices. Mais que se passe t-il quand la maladie vient bouleverser le fonctionnement du sujet ?

2. 4. 2 : Blessure identitaire liée à la maladie :

La maladie n'est pas seulement organique, elle touche souvent le sujet dans son entièreté. « *La maladie est littéralement une catastrophe, bouleversement brutal du monde intérieur, du sens de l'identité du malade, du sens de son existence même* ». (19)

Le cancer vient perturber la représentation du monde, de soi et de ses repères chez l'individu. Le patient s'exprime souvent sur un mode négatif et dévalorisant. Le risque étant que le malade se trouve aliéné par son cancer et y perde son identité propre et sa capacité d'être soi.

« *L'urgence biologique ne doit pas faire oublier que la guérison ou la rémission se fait aussi à cette condition de prendre soin de l'identité meurtrie du patient, sous peine de le voir s'enliser dans une maladie qui lui dérobe sa vie ou de voir la maladie devenir l'unique critère d'identification du malade, éclipsant sa singularité propre* ». (19)

Il est très souvent possible d'observer chez les patients un défaut de fonction contenante du corps. A l'image de l'enveloppe corporelle, les enveloppes psychiques n'assurent plus leurs fonctions entraînant des angoisses corporelles. Les sensations se reliant difficilement entre elles, donnent l'impression d'un corps qui n'est pas intègre ni unifié. Ainsi, le défaut de contenance associé à la difficulté de percevoir les sensations peuvent entraîner des angoisses corporelles. De surcroît, les opérations afin d'enlever les tumeurs, les amputations, les cicatrices, peuvent aussi être vécues comme des infractions de l'enveloppe, de la continuité et de la contenance.

Dans cette même idée la conscience corporelle est fondamentale dans la construction identitaire. De ce fait, si elle fait défaut à l'individu et qu'il lui est difficile de percevoir ce qu'il ressent et ainsi à quoi ressemble son corps, cela peut entraîner une distorsion de l'image du corps.

2. 4. 3 : Apport de la psychomotricité dans la « re »conquête identitaire :

En psychomotricité, le corps tient une place particulière comme support de l'identité et du sentiment d'existence.

Le paradigme de base de la psychomotricité indique que : « *le développement et le fonctionnement humain comprennent trois volets absolument indissociables et en permanente interaction : la motricité, les sensations et les représentations* ». Il s'agit donc d'une discipline qui s'intéresse à la liaison constante du corps et de l'esprit.

Ainsi comme le souligne SPINOZA dans « *L'Ethique* » : « *L'objet premier du penser est le corps. Le corps est à l'origine des idées dont les pensées constituent l'esprit humain*

». (Spinoza, 1677). Cela signifie que **le corps est à l'origine de l'idée que l'on a de nous-même.**

En d'autres termes, la conscience de soi, les notions de moi et de subjectivité se construisent en se basant sur le corps et sur les mouvements qui affectent le corps – entendons ici par mouvements les comportements, les émotions et les sentiments. Ceci indique le lien constant entre le corps et l'esprit, et ici, le **rôle du corps comme support de l'identité.**

HUSSERL en développant le concept de corporéité et de corps propre précise que le **corps est le lieu des perceptions, des émotions, de la pensée, de la parole, de l'expression.** Le corps propre est le médiateur des affects et le point de rencontre de toutes les expériences, de toutes les découvertes.

Ainsi comme le dit S.FREUD : « *Le Moi est d'abord corporel* ».

Petit à petit, c'est par l'intériorisation mentale de l'ensemble des sensations corporelles et de ses expériences, que l'individu va pouvoir **s'autonomiser** et progressivement **construire des repères d'être et d'agir** en élaborant son **unité psychomotrice** et ainsi **affirmer son identité.** Cette unité psychomotrice s'actualisera tout au long de la vie, au gré des expériences et des interactions et constitue ce qu'on peut appeler la **manière d'être au monde** d'un individu.

Ainsi, c'est en passant par le corps que la psychomotricité propose d'aider les patients à restaurer un sentiment de soi sécurisant qui va aussi permettre de réactualiser des assises identitaires. Mais de quels outils le psychomotricien dispose-t-il pour entrer en relation avec le patient ?

3) Outils et médiations

Selon C. POTEL ⁽²¹⁾ « Les médiations thérapeutiques sont des espaces d'expériences partagées. » Elles sont donc un mode et un moyen d'entrer en relation entre le psychomotricien et le patient, et propose un lieu d'expériences et de sensations.

Le médiateur (du latin *mediare*), est étymologiquement, ce qui « s'interpose entre » le patient et le thérapeute. Il va permettre de rencontrer le patient « là où il est, comme il est », autour d'un objet d'attention conjointe. Le médiateur peut être un objet concret (ballon, eau, pâte à modeler) ou une technique (relaxation, théâtre, équitation).

Le cadre doit être suffisamment stable et contenant pour que des expériences psychocorporelles enrichissantes puissent s'y dérouler. L'idée, au travers des médiations corporelles, est de proposer des expériences et des expérimentations permettant au patient de maîtriser, de ré-habiter son corps, de le redécouvrir.

Le choix du médiateur

Selon Catherine PÔTEL, le plus important dans une médiation, est le plaisir suscité chez le patient et le thérapeute. Les médiations corporelles vont venir aborder de manière singulière le vécu du corps et les éprouvés émotionnels qui s'y rattachent. On ne recherche ni à approcher, le beau, ni la performance, l'important étant de permettre un espace d'expérimentations amenant à ressentir, à penser et à intégrer ce qui se vit. Ainsi, il est important de limiter la part technique et de rester en résonance avec le style de pathologie concerné.

Les médiations que j'utilise préférentiellement dans ce stage sont : le toucher thérapeutique et la relaxation. Ces outils sont ceux qui me semblent les plus appropriés face aux problématiques rencontrées, et ce sont par ailleurs, des outils qui ne demandent pas beaucoup de matériel.

Par le biais de la relaxation et du toucher thérapeutique, le sujet peut retrouver des expériences de sensations agréables et de détente. C'est fondamental pour un sujet atteint de maladie grave de pouvoir faire l'expérience d'un vécu « finalement bon ».

Le psychomotricien doit être en mesure d'écouter et d'interpréter ses propres ressentis corporels, pour accompagner le patient dans son expérience de détente corporelle puis psychique. Grâce aux termes de détente proposées, il invite le patient à une régression afin de vivre un enveloppement et une unité corporelle. L'objectif est de l'aider à ressentir son corps sur un autre mode que celui de la douleur. Par une recherche de mieux-être et de plaisir, il l'accompagne dans l'investissement des différentes parties de son corps et dans sa quête d'une identité corporelle. Ceci renforce et soutient son sentiment de dignité.

Les séances individuelles se déroulent en chambre. Les soins psychomoteurs dispensés peuvent être orientés vers un soin de confort, de détente, de contenance, ou de plaisir sensoriel.

La verbalisation

La maladie rend la mise en mots de la souffrance et la verbalisation sur le corps difficiles. Ces médiateurs amènent le patient à verbaliser ses ressentis corporels. Cela lui permet alors de livrer ses angoisses de manière authentique, sans qu'elles soient amplifiées par le facteur émotionnel. Mettre en mots ses ressentis permet au patient d'inscrire son vécu dans une histoire, la sienne. Il se découvre, se redécouvre et comprend que, malgré les conséquences de la maladie sur son corps changeant, ce corps reste le sien. Le patient s'autorise à s'en soucier et apprend à l'écouter. Cette verbalisation spécifique au corps a une valeur thérapeutique : le patient se recentre sur son corps, s'exprime et se sent plus armé et digne dans l'épreuve de sa maladie. Il tisse à nouveau un lien entre la psyché et son corps.

Etre auprès d'un patient douloureux, c'est prendre le temps de favoriser son soulagement, le constater avec lui et mettre des mots sur l'amélioration de son vécu.

Verbaliser les sensations et les affects est très important, cela aide le patient à distancier son vécu douloureux. « il est primordial que le patient, souffrant dans son corps, puisse s'exprimer et parler de ses angoisses, de ses douleurs physiques ou psychiques, mais aussi, par le bien-être et le confort apporté, puisse parler de son corps objet de plaisir et non pas seulement de douleur. D'autre part, parler de la douleur permet de l'humaniser, de lui donner un sens là ou parfois il est difficile de lui en trouver un ».

3. 1 : Impact du toucher thérapeutique.

Au travers de la relation qui s'établit, nous allons venir « toucher » le patient dans un premier temps avec notre voix et notre regard. Le toucher est réciproque. En effet, il ne touche pas seulement un corps, il est lui-même touché. Cette relation implique le psychomotricien tout entier, physiquement et psychiquement. Il n'est plus seulement dans une relation de soins mais aussi dans une communication non-verbale entre deux individus.

Le toucher relationnel va venir soutenir l'intégrité psychocorporelle de la personne gravement malade. Il va permettre un relâchement des tensions, un éveil sensoriel, une mise en sens du schéma corporel et de l'image du corps. Il s'agit de soutenir, porter l'enveloppe psychocorporelle du patient gravement malade en lui proposant de sentir les limites de son corps, de retrouver un sentiment d'unité corporelle.

Cette médiation apporte des bienfaits corporels et psychiques.

En effet, au niveau mécanique, elle permet une préservation de la sensibilité, une libération de la respiration, un maintien de l'équilibre, de la mobilité, le maintien de la circulation sanguine, du transit intestinal et renforce le système immunitaire.

Elle agit également sur les douleurs physiques, tels que les rétractations musculaires, et sur l'apparence de la peau, en lui redonnant souplesse et élasticité. De plus, comme expliqué précédemment à travers le Gate Control, le frottement de la partie douloureuse envoie un message nerveux contraire à celui de la douleur au cerveau, ce qui permet de la diminuer. Le massage est donc une alternative contre la douleur. Ceci est accentué par la libération d'endorphines, de sérotonines et d'ocytocines créées par le toucher, qui sont des analgésiques, et qui anesthésient également la douleur et aboutissent à un sentiment de mieux-être.

Le toucher est également le premier mode de communication du nourrisson. Par conséquent, cette médiation entraîne une régression, des souvenirs de la petite enfance, et donc sollicite des sensations archaïques, comme le Moi-peau, le sentiment de contenance, le travail du schéma corporel et identitaire. Tout ceci peut être comparé à la notion de Holding de WINICOTT. Le Holding signifie la façon qu'ont les parents de porter leur enfant physiquement et psychiquement. Tout ceci va permettre la construction d'un sentiment de sécurité affective et du Moi de l'enfant, de sa

subjectivité. En effet, au début, le nourrisson a un sentiment de morcellement, de corps non uni et dans une indifférenciation intérieur/extérieur. Le visage de la mère est le premier miroir de l'enfant, ce qu'il regarde en regardant sa mère c'est lui-même. Petit-à-petit, grâce aux interactions entre la mère et le nourrisson, une enveloppe et un corps unifié se construit.

Le toucher thérapeutique va donc permettre la prise de conscience corporelle globale, en agissant sur l'enveloppement, la réunification, la contenance et la solidité du corps. Ceci se fait grâce au regard du thérapeute, au toucher et au support musical d'arrière fond. Par conséquent, le sujet va pouvoir lutter contre l'angoisse de morcellement et il va agir sur son image du corps et son identité. (6)

Le psychomotricien peut faire appel au toucher thérapeutique dans la situation de certains patients en manque de mots et fermés à la relation ou quand la communication verbale est difficile.

Il sera important de rendre ce toucher « social » afin qu'il soit vécu comme non dangereux par le patient. Le toucher est quelque chose d'intime qui peut renvoyer de nombreuses choses à la personne touchée. Il faut pour cela respecter les besoins de distance de la personne quand ceux-ci sont nécessaires et le cadre devra être bien établi au préalable. L'accord du patient devra toujours être assuré.

3. 2 : La relaxation comme thérapie du présent.

Lorsque le patient a la force psychique et que la relation au corps est possible, la relaxation constitue un médiateur pertinent. L'espace de la relaxation permet la mise en place d'un espace transitionnel dans lequel le patient peut intégrer sa propre expérience de soi. La relaxation a une valeur contenante. Elle permet au sujet de se centrer sur ses ressentis et d'étayer son schéma corporel. Elle permet alors une révalorisation de l'estime de soi. Le bain de parole qui l'accompagne a, de plus, lui aussi une fonction de holding.

La relaxation permet, par le biais de la baisse de la vigilance et de la détente physique, une diminution de la douleur. La relaxation, par mobilisation passive ou encore par induction verbale (le toucher peut être ressenti comme désagréable voire intrusif par certains patients), apaise le malade douloureux en l'enveloppant dans un bain tactile et/ou sonore.

Au travers de la relaxation, le patient va pouvoir se décentrer de la zone douloureuse qui peut être surinvestie. Dans d'autres situations, la zone douloureuse est désinvestie afin de limiter les algies. La relaxation aura alors pour rôle un réinvestissement de cette partie du corps. Les effets de la détente se diffusent dans tout le corps du sujet et l'englobe. Le vécu corporel est unifié diminuant les sensations et les angoisses de morcellement qui pouvaient être présentes. De plus, la relaxation permet

de travailler la respiration, or « la prise de conscience de la respiration et de sa maîtrise est quelque chose de très rassurant pour le malade en fin de vie aux prises avec l'angoisse de ne plus pouvoir respirer ».(12)

On pourra considérer deux types de relaxations :

- les relaxations dites passives : la relaxation coréenne, l'induction verbale (comme par exemple la technique de Schultz, qui consiste à la recherche automatique de la sensation) .
- et les relaxations dites actives : ici, le sujet va à partir d'une technique, s'approprier la résolution tonique (à l'image de la technique de Jacobson qui réside dans la prise de conscience des états de tension et de relâchement, ou Feldenkrais une méthode de relaxation active basée sur des mouvements et sur un travail respiratoire. Elle permet de modifier la posture, l'attitude et l'axe corporel).

L'objectif est de déverrouiller l'imaginaire du patient à partir des sensations. La question du tonus est abordée d'un point de vue dynamique et non pas statique, il y a des aller-retours entre sensations, perceptions et représentations.

Le corps est objet de relation avec le thérapeute mais aussi un véritable unificateur du « Moi ». Par la détente, du moins sa recherche sur un mode actif ou passif, on diminue le rôle des afférences et des agressions de l'extérieur.

Par ailleurs, la relaxation est tout a fait complémentaire des antalgiques prescrits. Elle sera parfois une demande de la part du patient pour diminuer le traitement antalgique.

Un autre bénéfice de la relaxation est que le seuil douloureux augmente, ainsi la douleur est mieux maîtrisée. Il y a donc aussi un coût intéressant puisque si le patient diminue sa dose d'antalgique cela permet de réduire les dépenses de santé.

Les limites et précautions de la relaxation :

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

Les médiations proposées ici sont de réels outils pour entrer en relation avec le patient. Cependant, les médiations peuvent rapidement atteindre leurs limites si le psychomotricien ne se limite qu'à leur protocole d'utilisation. La médiation corporelle ne saurait être efficace sans être reliée également à un savoir-être, où le psychomotricien doit pouvoir écouter, être présent, être authentique, avoir de l'empathie, de l'intérêt et du respect pour le patient. En ces valeurs humaines se tiennent une qualité de rencontre nécessaire à la pratique de la psychomotricité.

Chapitre III : « Rester présent à l'instant, car lorsque rien n'est sûr tout est possible. » Anila Trinlé
Le savoir-être, fondement de l'identité professionnelle du psychomotricien dans l'accompagnement du patient.

1) Les modalités fondamentales de la relation thérapeutique en psychomotricité :

1.1 : L'importance de la manière « d'être en relation » dans le soin :

D'après D. GRABOT ⁽¹⁰⁾ : « ce métier est avant tout une philosophie, une interaction totale avec le sujet, ses affects, sa personnalité, ses sensations et sa motricité, ce qui permet d'engager des psychothérapies à médiation corporelle avec une grande variété de pathologies qui s'effacent devant l'unicité du sujet ».

Selon le dictionnaire Larousse, une relation c'est « le rapport qui lie un objet à un autre ». La relation se nourrit de l'intersubjectivité, elle est en constante évolution et remaniement. Dans le cadre des relations humaines, par essence l'homme est un être de relation. C'est à travers ses interactions avec l'environnement et son entourage que l'être humain se construit.

La relation en psychomotricité est une relation thérapeutique. C'est une situation de rencontre, de communication et d'échange entre le patient et le psychomotricien. Cette relation correspond au moteur de la prise en soin sans laquelle les séances avec le patient n'auront pas le même impact ni la même efficacité.

Selon F. DESOBEAU,⁽⁵⁾ « le psychomotricien se doit de posséder des connaissances et un savoir faire. Cela ne va pas suffire. Encore doit-il posséder un savoir être, et qui plus est un savoir exister dans son corps. Car la spécificité de la relation thérapeutique en psychomotricité est que le psychomotricien s'implique dans son langage corporel pour rencontrer le patient là où il est, comme il est ».

Pour A. GATECEL ⁽⁸⁾, c'est **le corps en relation** qui est la base du travail en psychomotricité. La « *psychomotricité relationnelle* » s'intéresse au corps comme moyen « *d'être au monde* ». Le corps est le lieu d'expression de l'histoire de chacun, de la mémoire corporelle, de nos premières expériences d'être. La lecture psychomotrice du corps en relation est une voie d'accès à la psychopathologie du sujet.

A. GATECEL distingue l'approche rééducative, qui selon elle, travaille avec la relation et l'approche thérapeutique qui travaille sur la relation. Dans l'approche thérapeutique, thérapeute et patient sont « *engagés dans la découverte et la construction de l'identité* » du patient. ⁽⁸⁾ En psychomotricité le thérapeute ne tient pas

une position de neutralité, il engage son corps dans la relation. Ces éprouvés servent de moyens d'interprétation du corps. La relation entre le thérapeute et le patient est active et constitue le potentiel créateur de la prise en soin.

O. MOYANO décrit cette **implication corporelle** comme une relation partagée entre le psychomotricien et le patient, dans le sens où le patient se construit à travers cette relation, grâce à sa motricité, ses affects, sa créativité. Le thérapeute de son côté, porte le patient, le contient, l'enveloppe et l'amène à comprendre ses expériences. La présence de l'autre dans la relation, contient, donne du sens au vécu et redonne une perception de soi afin de maintenir le sentiment d'exister.

La relation favorise l'enracinement et la rétention de l'expérience dans le vécu. Le psychomotricien au travers de sa propre implication corporelle dans la relation va « réveiller » le corps en relation du sujet malade. Le psychomotricien fait une lecture du corps du sujet afin de comprendre où se situent ses besoins. Il décrypte les moyens d'adaptation psychiques et comportementaux que le sujet met en place et donne du sens à ces manifestations. Il utilise différentes techniques, mais la relation établie entre lui-même et son patient est l'un des moteurs sans lesquels la meilleure des techniques serait peu opérante.

La rencontre en psychomotricité engage notre **lecture** de la problématique dans une dynamique immédiate **d'ajustement**, l'une nourrissant l'autre et vice versa.

Ces boucles de lectures et d'ajustements propre aux psychomotriciens nécessitent une formation initiale (sanctionnée par le Diplôme d'Etat), mais aussi une formation personnelle et permanente, du fait de l'implication dont parle F. DESOBEAU.

Cette implication dans la lecture et l'ajustement met en jeu notre posture sur le plan relationnel, le « **savoir être, savoir exister dans son corps** ».

L'implication nous distingue de la posture analytique qui serait thérapeutique en elle-même, au delà du savoir être du thérapeute. Cette pratique redéfinirait le cadre d'intervention du psychomotricien, dont la pratique ne se résumerait dès lors qu'à l'exécution d'un protocole. B. CARRERA.

Notre spécificité tient dans notre posture fruit d'un constant remaniement entre lecture et ajustement. C'est sa lecture et son implication particulière qui fait la spécificité du psychomotricien.

Les appuis théoriques du psychomotricien permettent d'établir cette relation de qualité. Il se questionne sur la qualité de sa propre présence corporelle et met en place les moyens pour accompagner au mieux les patients démunis. Les outils autour de la communication verbale et non verbale semblent être un des moyens les plus appropriés pour préserver une qualité relationnelle avec ces patients.

Au vu des vignettes cliniques présentées précédemment, il s'agit surtout d'un travail « *sur* » la relation qui est attendu avec les patients et, en conséquence, je

m'intéresserai dans cette dernière partie, aux différents moyens de communication comme fondements et soutiens de la relation thérapeutique en psychomotricité.

1. 2 : La communication, fondement et soutiens de la relation thérapeutique :

Le terme communication provient du latin « *comunicare* » qui signifie mettre en commun, faire part de, partage. Paul Watzlawick nous dit qu' « *on ne peut pas ne pas communiquer* ». L'être est par essence un être de communication.

La communication humaine se divise entre une communication verbale et une communication dite non verbale. Selon A. MEHRABIAN 93 % de la communication serait non-verbale (38 % de communication vocale : intonation et son de la voix, 55 % de communication visuelle : expressions du visage et du langage corporel) contre 7 % de communication verbale (la signification des mots). (27)

Ces deux communications se côtoient dans un même discours, et sont importantes à repérer en séances de psychomotricité. En effet, il arrive que certains patients expriment leur difficultés à travers une communication non verbale particulière. Il est important de repérer ces signes cliniques afin de pouvoir appréhender le plus justement possible l'état d'esprit du patient.

1. 2. 1 : la communication verbale

Le terme de verbal renvoi à l'utilisation du verbe. L'accès à cette communication s'acquiert progressivement et plus tardivement dans le développement que l'accès à la communication non verbale. Le verbal suppose l'apprentissage et l'utilisation d'un langage, c'est à dire un système de signes verbaux. Cette communication permet d'exprimer à autrui des pensées, des ressentis, d'aborder et de développer des concepts abstraits. Elle permet de comprendre et d'utiliser des codes (lettres, chiffres, symboles...). Elle ne nécessite pas forcément l'utilisation de la voix puisqu'elle concerne également le langage écrit, la langue des signes ou encore le makaton. En revanche, elle s'appuie sur le développement des compétences cognitives et symboliques.

● La communication positive :

Carl ROGERS est un psychologue américain connu pour ses écrits humanistes ayant influencé le XXème siècle. Au travers de ses écrits il s'intéresse à la relation soignant-soigné et propose les prémices de ce qui est appelé aujourd'hui : « le prendre soin ». Selon lui, une relation thérapeutique ne peut s'installer que si le thérapeute fait preuve de certaines qualités humaines indispensable à la création d'une relation de confiance. Ces qualités étant : l'empathie, l'écoute et le respect. (23)

L'empathie indique la capacité à se mettre à la place de l'autre, de voir le monde comme il le voit, pour le comprendre sans pour autant ressentir les mêmes émotions. Il s'agit de rester vigilant à ne pas s'identifier à la personne. Exprimer de l'empathie, c'est exprimer sa compréhension, refléter ses pensées et ses émotions sans porter de jugement. Pour cela, le psychomotricien se doit de rester cohérent en se plaçant dans un point de vu empathique permettant de se représenter le vécu de l'autre.

L'empathie est une construction mentale élaborée, comportant trois processus : cognitif, affectif et de maîtrise. Le processus cognitif correspond à la théorie de l'esprit, c'est-à-dire la compréhension de l'état mental de l'autre. Le processus affectif est la reconnaissance de l'état affectif chez l'autre, sans le partager. L'appréhension de l'émotion de l'autre, sans glisser vers le partage, nécessite la capacité d'accueillir ses émotions, d'en prendre compte et de proposer une réponse adaptés. C'est la capacité à inhiber une réponse dominante spontanée et à y substituer une réponse orientée, ce qui préserve de la « contagion émotionnelle ».

Cette notion indispensable s'appuie sur le vécu corporel et sensible du thérapeute, ses expériences et son identité propre. C'est à partir de ce vécu qu'il est possible de reconnaître l'émotion que vit l'autre pour ainsi l'accueillir et l'aider. Lorsque le thérapeute perçoit l'émotion émise et qu'il la ressent, il ne doit pas se laisser envahir par celle-ci mais l'identifier et comprendre d'où elle vient. C'est là qu'une confusion peut se jouer, en prenant ses émotions pour affect. D'où l'importance de prendre l'autre comme référence.

Ainsi, l'empathie est une qualité essentielle du professionnel qui permet d'être au plus près des émotions du patient, ce qui rend possible un ajustement dans la relation thérapeutique. L'empathie, selon C.ROGERS, repose sur la présence sensible et l'attitude d'écoute du thérapeute.

- l'Ecoute :

Benoît Lesage souligne l'importance de l'**écoute** dans le travail du psychomotricien. Il qualifie celle-ci d'une « *qualité d'attention beaucoup plus qu'une modalité sensorielle précise* ». En prêtant une écoute attentive au patient, le psychomotricien autorise ce dernier à s'exprimer : il lui signifie que ses éprouvés au moment présent, mais aussi sa souffrance peuvent être exprimés et entendus. (14)

En psychomotricité, être à l'écoute est indispensable pour l'élaboration d'une relation. En effet, il faut que le patient se sente écouté avec attention, sans craintes et sans jugements. Cette écoute permet de lui offrir un espace dans lequel il y a de la place pour sa parole, l'expression de ses sentiments, de ses ressentis, ou encore de ses représentations.

Albert CICCONE écrit : « Si le terme observation semble privilégier à un premier niveau la dimension visuelle et l'écoute : l'ouïe, les autres modalités perceptives, les autres modalités de saisie du réel, font partie de la position d'observation. L'observation

mobilise l'ensemble des modalités perceptives. Si l'observation repose sur la perception, elle ne se réduit pas à la perception : l'observation suppose une attitude d'attention. L'observation est un prolongement de l'attention. On peut dire que ce qui réunit l'observation et l'écoute, c'est l'attention. Plus que d'observation, je parlerai en fait d'observation attentive »

Ce qui caractérise le psychomotricien, c'est une écoute clinique nécessitant une position « d'observation attentive » sollicitant toutes les modalités perceptives. Ainsi, écouter c'est savoir que le sujet cherche un autre auprès de qui s'exprimer. Pour pouvoir écouter l'autre, il est primordial de pouvoir s'écouter soi-même.

- Le Respect

« C'est un sentiment de considération envers quelqu'un, qui porte à le traiter avec des égards particuliers » (Larousse). De ce fait, dans la relation psychomotrice, le patient doit être traité avec respect, quel que soit son âge, son état physique ou psychique.

La qualité de la relation implique une attitude réceptive, mais elle ne peut se dérouler sans un respect de l'autre. Le psychomotricien doit accepter l'autre sous tous ses aspects, tel qu'il est, sans jugement de valeur.

Carl ROGERS dit que « lorsque mon attitude est conditionnelle, le client ne peut changer ou se développer dans les aspects de sa personnalité que je ne peux complètement accepter ».

Le psychomotricien, en se centrant sur la personne et non sur sa seule pathologie, reconnaît que le patient est un être unique dans sa façon d'être au monde et qu'il est digne d'intérêt.

Enfin, selon Carl ROGERS, le thérapeute doit être « ce qu'il est, authentique, sans 'masque' ni façade ». C'est ce qu'il nomme : la congruence. « Celle-ci correspond à un état d'accord interne entre ce que le thérapeute est réellement, ce qu'il perçoit, pense, ressent, comme intention et ce qu'il communique. Cette notion indispensable s'appuie sur le vécu corporel et sensible du thérapeute, ses expériences et son identité propre. ».

Pour cela, le psychomotricien doit être à l'écoute de lui-même, comme une sorte de « regard intérieur ». C'est-à-dire que si les sentiments éprouvés par le thérapeute sont reconnus, conscients, il est capable de les vivre et de les communiquer au moment opportun. Ses propres sensations et émotions sont des indicateurs du vécu du patient. Cette authenticité du thérapeute est une qualité de présence, procurant la confiance de la personne aidée. Ainsi, peuvent naître une reconnaissance mutuelle et le désir de s'engager dans la relation.

● La validation :

C'est Naomi FEIL qui a théorisé cette méthode en s'appuyant sur ses années d'expériences en maison de santé. Cette technique repose sur une écoute empathique, sans jugement qui accepte la vision de la réalité du sujet malade. Le but étant d'établir une communication de qualité afin de prendre soin. Le prendre soin repose sur l'établissement d'une relation de confiance, authentique et empathique entre le soignant et le soigné pour éviter le déclenchement des comportements perturbateurs ou le déclin de ces patients.

Naomi FEIL a montré que l'utilisation de cette méthode de validation entraîne des changements positifs dans les comportements grâce à l'établissement d'un climat relationnel sécurisé.

Cette technique a pour principe fondamental de comprendre le comportement des personnes. Pour elle, il faut apprendre à lire les signes. Les comportements du sujet reflètent l'ensemble des changements physiques, sociaux et psychologiques qui ont existé au cours de la vie toute entière. Ces comportements sont liés à des besoins humains non satisfaits, qu'il faut repérer.

La méthode de la validation prend appui sur des techniques simples et peu coûteuses en temps. Voici quelques exemples qui m'ont été utiles en stage auprès de patients anxieux ou dont la communication était limitée :

- Utiliser des mots apaisants et concrets.
- Reformuler en imitant le ton de la voix, la cadence.
- Maintenir un contact visuel et proche pour diminuer l'anxiété.
- Parler d'une voix claire, basse et affectueuse.
- La technique du miroir où il s'agit de copier les mouvements et les émotions de l'intéressé. L'imitation est propice au climat de confiance et à la communication.
- Toucher physiquement tout en prêtant attention au respect de l'espace personnel.

1. 2. 2 : La communication non verbale

La communication non verbale permet le transfert d'information entre deux systèmes. Les comportements sont par essence porteurs d'information. Elle assure la cohérence du message verbal. L'individu est conscient qu'il veut transmettre un

message mais ce type de communication s'effectue via des modifications corporelles inconsciemment déterminées et peu maîtrisées.

Les messages sont transmis grâce aux canaux de communication (gestes, mimique, regard...). Cette communication non verbale intéresse particulièrement le psychomotricien.

Dans les séances de psychomotricité, la communication est importante, et il est indispensable que le patient soit dans un climat de confiance pour pouvoir communiquer en toute sécurité. Le psychomotricien est particulièrement attentif à l'expression des affects du patient.

● **Une thérapie de présence :**

Une relation thérapeutique requiert certaines qualités relationnelles de la part du psychomotricien, d'une part, et une position thérapeutique spécifique dans le mode de présence à l'autre, et d'implication étayante, d'autre part.

L'engagement spécifique et original du psychomotricien dans la rencontre, allié à une lecture de cette rencontre renvoie à l'idée d'un cadre thérapeutique singulièrement psychomoteur, ancrée dans une thérapie par la présence.

La présence peut se définir comme une manière de connaître ce que nous vivons. Cela suppose une qualité d'attention et une ouverture à ce qui se passe, tant en nous qu'à l'extérieur de nous-même. « *La présence se cultive, s'affine, elle est à découvrir, à nourrir.* » A. TRINLÉ. Être présent de façon authentique suppose donc un entraînement. Il ne s'agit pas d'un état figé. Différents paramètres entrent en jeu, chacun demandant à être travaillé. La présence est un processus vivant qui nous révèle à nous-même et, de ce fait, nous permet d'entrer en relation de façon nouvelle avec les autres.

« Dans toute relation, notamment dans l'accompagnement d'une personne en souffrance, la juste présence est faite d'une motivation bienveillante, d'une attention à soi, et d'une intelligence dans l'écoute : il s'agit de permettre à l'autre de trouver son autonomie dans une relation de soutien ». ANILA TRINLÉ (25)

La présence fait appel à plusieurs fonctions de l'esprit : **l'attention, la vigilance et le prendre soin.**

L'attention, ou le rappel, suppose de se souvenir de ce que nous ne voulons pas. Nous sommes faits d'habitudes et bien des choix s'opèrent automatiquement, sans conscience. Si nous ne sommes pas clairs sur notre motivation et que le rappel n'est pas au rendez-vous il y a de fortes chances pour que nos actes manquent de justesse et que nous ne récoltions pas les fruits souhaités.

La vigilance est définie en termes de « surveillance ». Il s'agit de « *surveiller en toutes circonstance les activités de son corps, de sa parole et de son esprit et décider en conscience d'adopter tel comportement et rejeter tel autre* ».

Associée au rappel, la vigilance nous permet de nous orienter dans la direction souhaitée.

Le prendre soin peut aussi se signifier par « la non-négligence ». Il est dépendant de l'attention et de la vigilance.

Vignette clinique : Monsieur L

Je rencontre Monsieur L dans le couloir. Il est très énervé contre les soignants. Il me prévient qu'il va « exploser » si il reste un jour de plus ici. Je propose à Monsieur L de poursuivre notre conversation dans sa chambre, je serai ainsi plus disponible pour l'écouter. A la fin de notre rencontre, je comprend que Monsieur L souffre d'ennui. Nous prenons le temps ensemble de réfléchir à une solution qui lui permettra de « faire passer le temps » jusqu'à ce que le médecin estime qu'il peut rentrer chez lui.

Je reviendrai dans la chambre de Monsieur L quelques minutes après, le temps que je puisse imprimer des mots croisés.

—> *Je ne rencontrerai pas Monsieur L en psychomotricité car les raisons de son hospitalisation ne rentre pas dans le cadre des indications en psychomotricité que nous avons établi avec l'équipe. Ici, mon étiquette professionnelle n'intéresse pas Monsieur L. Il recherche juste une présence et une écoute. En sortant de la chambre, Monsieur s'excuse de s'être montré agressif et me remercie en précisant que j'ai fais preuve de toutes les qualités humaines qu'il espérait recevoir dans un service de soin.*

Monsieur rentrera chez lui quelques jours après notre rencontre.

Pour comprendre ce qu'est le prendre soin il convient de poser les fondements de la présence. Prendre soin c'est à la fois cultiver une présence à soi, une conscience de ce que vit l'autre et une présence à l'environnement. En effet, pour être présent à l'autre, il est nécessaire de regarder notre propre fonctionnement avant même de considérer ce que nous pouvons proposer aux autres.

Dans le contexte du soin à un patient, prendre soin ajoute au verbe soigner une dimension de vigilance particulière et d'attention à l'autre. Il relie le soin donné, qui relève du savoir-faire, à une attitude d'esprit d'attention et de générosité, qui relève du savoir-être.

Pour une personne malade c'est percevoir qu'il est quelqu'un pour celui qui le soigne. C'est se sentir exister de façon unique et singulière dans le contexte souvent inquiétant de l'univers hospitalier par exemple. Et c'est, pour les soignants, une manière d'exprimer leur bienveillance, sur base de leurs compétences professionnelles, tout en respectant les patients.

La notion clé de l'éthique du prendre soin pourrait se résumer dans l'idée : de ne pas nuire (princeps premier du code déontologique des médecins exprimait par Hippocrate : « primum non nocere »).

Mais être attentif à ne pas nuire induit de développer la conscience de ce qui nuit. Prendre soin signifie ainsi respecter son éthique, cultiver une attitude d'esprit juste et être attentif à ne pas se laisser piéger par nos tendances à réagir aux différentes situations de façon égocentrée et émotionnelle.

Il n'y a alors rien à faire, sinon cultiver un regard qui, par delà les apparences, s'entraîne à être conscient de ce que vit l'autre. Ce regard est de toute façon subjectif, il s'agit en fait de notre vision de ce que vit la personne. Mais c'est la seule réalité à laquelle nous avons accès pour le moment.

L'éthique du care ou « prendre soin » est revenue à la mode avec GILIGAN dans les années 1970. WINNICOTT (1896-1971) l'a théorisée, plutôt vers la fin de sa vie, mais elle aura été le fruit de son parcours d'analyste.⁽²⁵⁾

De nos jours, c'est Walter Hesbeen (infirmier et docteur en santé publique) qui redonne une place centrale à cette notion dans les soins. Il dit : « *prendre soin, est un art, l'art du thérapeute qui réussit à combiner les éléments de connaissance, d'habileté, de savoir être, d'intuition qui vont permettre de venir en aide à quelqu'un, dans sa situation singulière* ».

Le soin « care » est à différencier du « cure » (traitement) :

Qu'est-ce que le cure ? La tentative d'éradication de la maladie, guérir et pas seulement soigner, objectiver la maladie pour la traiter le plus indépendamment du sujet qui l'éprouve.

Le care, lui, sous-entend autre chose : le sujet précisément, la relation avec le médecin, la confiance qu'on lui témoigne, une sorte de parachèvement du holding (qui commence avec le bébé dans le ventre de la mère), mais surtout un sentiment d'égalité malgré la dépendance, et même, une vision active de la dépendance au sens où il s'agit de pouvoir « s'appuyer sur ». La confiance n'est pas une affaire superfétatoire. Elle est le cadre qui permet d'accéder aux contenus inconscients refoulés par le sujet.

Le care fait écho au vivant d'un soin, pas un soin de principe, au sens où il ne serait que de papier. Mais un soin vécu et par le médecin, et par le patient, sans hiérarchie aucune. L'égalité indique simplement « un socle radical d'humanité – celui où chacun est dépouillé de son identité imaginaire pour se laisser altérer par la rencontre, qui fait émerger quelque chose de vivant entre les êtres » (PERILLEUX).

WINNICOTT qualifiait le soin comme la relation marquée par la rencontre de la fiabilité et de la dépendance.

Et ZACCAI-REYNERS définit le type de travail du care, comme un travail « relationnel », qui ne peut être mécanisé, et « dont le produit ne peut être exhibé après coup. Au contraire, tant qu'il est effectué correctement, le travail relationnel reste pour

l'essentiel insaisissable, invisible. Sa qualité réside même en partie dans sa capacité à masquer sa pénibilité ». Pas simple donc de reconnaître sa valeur, dans une société qui aime tant évaluer les actes, mais les évalue d'autant plus mal qu'ils s'humanisent.

● Le dialogue tonico-émotionnel :

Devant la situation de dépendance à laquelle peuvent être confrontés ces patients, nous pourrions établir un parallèle avec la situation du bébé qui dépend de son environnement pour la satisfaction de ses besoins vitaux. Considérons également l'altération possible de la communication par canal verbal liée fréquemment à une fatigue ou à des douleurs extrêmes, nous pouvons penser que le patient est particulièrement sensible à la communication non verbale, aux inductions tactiles, aux rythmes, au dialogue tonique.

Il semble cependant primordial de considérer que la personne soignée, bien qu'ayant perdu son indépendance, ait pu conserver une certaine **autonomie** : une capacité à identifier ses besoins, et à se fixer soi-même ses propres règles. Cette autonomie se doit d'être respectée et soutenue. En effet, chaque patient a un vécu qui lui est propre, une représentation du corps qu'il s'est construite, mais qui a pu évoluer avec la maladie.

Selon Isabelle Marcos :

« Chacun a construit au fil de son histoire une identité, une unité psychomotrice qui nous définissent dans nos repères d'être et d'agir. Nous nous matérialisons au monde et nous existons par notre dimension corporelle. La maladie grave, la douleur qui dure, de brusques changements corporels mais aussi la proximité de la mort induisent une fragilisation globale et d'un point de vue psychomoteur modifient notre image corporelle, nos modes de communication, nos perceptions sensorielles » (17)

La place du dialogue tonico-émotionnel est différente en fonction des personnes soignées, de leur situation, de leur personnalité. Face à cette « fragilisation » globale qu'induit la maladie, la recherche de soutien de la communication, de l'identité, et du système de pare-excitation peuvent faire partie des objectifs du psychomotricien.

Dans la relation thérapeutique entre le psychomotricien et le patient s'installe un dialogue tonico-émotionnel, sur un mode de communication équivalent à celui de la mère et son bébé.

Pour que ce dialogue fonctionne, la mère doit être adaptée aux besoins de son bébé et se trouver dans un état de régression que D. WINNICOTT nomme « préoccupation maternelle primaire ». C'est un état psychique, sain et temporaire, dans lequel se trouve la mère « suffisamment bonne » durant les premiers mois de vie de son enfant. Elle

manifeste une sensibilité et une écoute qui lui permettent de s'adapter et de comprendre les besoins de son bébé.

L'échange archaïque entre la mère et son bébé s'appuie sur la valeur communicante du tonus, des postures, du regard, des mimiques. Dans cette interaction, les moindres variations toniques de l'un et l'autre sont perçues et sont à l'origine d'une adaptation tonique.

Selon Henri WALLON, un lien intime existe entre tonus et émotions et les manifestations toniques et posturales traduisent nos émotions. Ainsi, la mère et le bébé communiquent leurs états émotionnels par un ajustement tonique affiné et permanent.

Julian de AJURIAGUERRA, dans la continuité des travaux de Henri WALLON, qualifiera cette communication de « **dialogue tonico-émotionnel** ». Cette notion met en évidence l'aspect réciproque de cet échange, car il ne s'agit pas d'un mode de communication unilatéral entre le corps maternel et celui de l'enfant, mais plutôt d'un système de correspondance entre les ressentis corporels de chacun des deux partenaires.

Cette communication non verbale entre la mère et son enfant s'établit tant que le dialogue verbal n'est pas advenu. Cependant, pour Julian de AJURIAGUERRA, ce moyen de communication de l'affectivité grâce à la fonction expressive du corps, reste au-delà de cette période précoce, tout au long de la vie. « L'expérimentation et le dialogue tonique dont l'instrument est le corps, précédant le dialogue verbal, ne sont jamais abandonnés par l'adulte. » AJURIAGUERRA

Ce mode de communication s'installe également dans la relation thérapeutique entre le psychomotricien et le patient. Le patient exprime son état tonico-émotionnel à travers son corps, qui est le lieu d'expression d'un monde interne, psychique et affectif. Le psychomotricien, dans un état similaire à celui de la mère avec son bébé, est à l'écoute et se laisse guider par le patient ; il devient le réceptacle de son vécu et de ses émotions.

C'est par le tonus que le patient va agir sur le thérapeute, et ces modulations toniques vont être mises en sens par le psychomotricien. Le tonus étant la toile de fond historique du sujet. (21)

Ce dialogue est une voie de communication privilégiée pour les émotions. Il constitue la première forme d'échange communicationnel et relationnel. Il est la base du développement de la communication non verbale et verbale. Le corps garde dans son organisation tonique une trace de ce holding des premiers instants de la vie. Pour Catherine POTEL c'est la base de la mémoire corporelle du sujet.

Selon la théorie de WINNICOTT, l'intégration du holding sur le plan psychique permet à l'enfant l'acquisition d'un sentiment de continuité d'être qui limite les angoisses déstructurantes pour le Moi. Quand le thérapeute s'ajuste à l'état tonico-émotionnel du

patient, il vient lui procurer la sensation d'être porté psychiquement et redonne un sentiment d'existence. Il va alors se créer « le sentiment de continuité d'existence » qui va faire de l'enfant un être social et capable de communiquer avec le monde qui l'entoure. En effet, ce sentiment lui procure une sécurité interne qui va lui apporter la capacité d'être seul car il ressent en lui une continuité interne, un sentiment d'existence propre.

Le dialogue tonique, défini par Ajuriaguerra, correspond donc, à l'origine, au dialogue entre le bébé et la mère (ou objet maternant). Cependant, nous avons vu précédemment qu'y compris à l'âge adulte, le tonus et la posture gardent une dimension expressive. Rappelons que selon Agnès Servant-Laval et Suzanne Robert-Ouvray, le tonus de fond et le tonus postural représentent les substrats de l'affectivité et des émotions.

Le dialogue tonico-émotionnel entre le psychomotricien et le patient ne consiste pas forcément en un corps à corps. Il peut s'agir d'un jeu de **postures**, à plus ou moins grande distance, dans lequel le psychomotricien s'implique pour recevoir les messages verbaux et non verbaux du patient, les transformer, et s'ajuster, renvoyant alors au patient, ce qu'il perçoit.

Le psychomotricien, par sa formation et sa pratique corporelle, cherche à affiner ses perceptions, et ses repères corporels, afin de trouver une présence à soi, à l'autre, qui lui permettra de donner sens au dialogue tonico-émotionnel dans lequel il est impliqué avec le patient.

L'intégralité des notions abordées jusqu'ici nous permettent de comprendre les enjeux de la prise en soin en psychomotricité avec les personnes gravement malade. Dans cette dernière partie, il s'agira au travers la rédaction d'un cas clinique, d'illustrer la mise en action de ces notions dans l'intérêt d'un suivi thérapeutique.

2) Etude de cas : Illustration du suivi en psychomotricité de Madame D

Contexte :

Je rencontre Madame D dans le cadre de mon stage expérimental dans un Service de Soins de suite et de Réadaptation (SSR) à orientation oncologique.

C'est lors d'une réunion d'équipe que le médecin m'oriente vers Madame D. Madame D est hospitalisée pour un cancer des ovaires depuis septembre 2018, elle a des difficultés à supporter les effets secondaires de sa chimiothérapie. Madame a 62 ans, elle pèse 49 kg pour 1,62 m ce qui donne un IMC de 18,6.

A l'arrivée dans le service la patiente est consciente et orientée. Elle présente un déficit sensitif post chimiothérapie des extrémités des membres inférieurs, plus précisément au niveau des orteils et de la voûte plantaire. Elle évoque des difficultés au niveau du sommeil et de l'alimentation. Cependant, le médecin ajoute que Madame possède un bon moral, elle veut se battre contre la maladie et se dit confiante. Le médecin me demande de rencontrer Madame dans l'objectif d'un soin de détente et d'apaisement.

I. Présentation du service et de l'équipe :

Le service est orienté dans la prise en charge des conséquences fonctionnelles des affections oncologiques, métaboliques et endocriniennes. Le service dispose de 39 lits. Les patients y sont accueillis pour suite chirurgicale, mais aussi dans le cadre de phase d'inter-cure de chimiothérapie et pour la mise en œuvre d'une prise en charge de troubles du métabolisme et de la nutrition.

Dans le cadre de phase d'inter-cure, le service accueille des patients suivant leur traitement oncologique dans un institut voisin. En effet, l'institut n'ayant pas la capacité d'accueillir tout les patients pour une hospitalisation de longue durée, oriente ses patients dans des structures voisines, dans lesquelles les patients vont disposer d'une chambre le temps de leur traitement. Les déplacements d'une clinique à l'autre se faisant au travers de services d'ambulances ou de VSL (véhicule sanitaire léger).

Le SSR dispose de deux médecins coordonnateurs, une équipe soignante et une équipe paramédicale. L'équipe paramédicale étant composée de kinésithérapeutes intervenant en libéral, d'une assistante sociale et d'une psychologue.

Madame D dispose à ce jour d'un suivi psychologique dont les objectifs concernent le soutien et la mise en contact avec l'association Ligue contre le cancer de Gironde. Ainsi qu'un suivi en kinésithérapie pour remobilisation et musculation du membre inférieur.

II. Anamnèse :

Madame D a grandi en France, elle devient infirmière et rencontre son mari sur son lieu de travail, lui aussi étant infirmier. Ensemble, ils décident de quitter le monde hospitalier pour rénover une ferme dans le centre de la France et devenir éleveur de chèvre. Madame gardera un très bon souvenir de cette période.

Par la suite, ils s'envolent vers la Guadeloupe. Monsieur trouve du travail puis Madame en tant qu'infirmière dans un hôpital psychiatrique pour enfant.

En avril 2018, Madame éprouve une grosse fatigue, de fortes douleurs dans le ventre ainsi que des cystites à répétition, elle se met en arrêt maladie. Ultérieurement, Madame est suivie pour de l'endométriase. A la suite d'une série d'examen, son médecin lui annonce qu'elle souffre d'un cancer des ovaires de stade IV.

Le stade IV est le dernier stade d'un cancer. Dans le cas de Madame D le cancer s'est propagé vers des organes éloignés : la plèvre (enveloppe des poumons), le péritoine et le foie sous forme de métastase à distance.

Madame m'expliquera avoir été en colère contre elle, mais aussi contre le manque d'informations concernant son diagnostic. Elle aurait aimé en tant qu'infirmière reconnaître les symptômes plus tôt et pouvoir agir de manière préventive.

En faisant des recherches plus précises sur ce cancer, j'apprend qu'il est surnommé : « le tueur silencieux ». Pour cause, ses symptômes apparaissent le plus souvent qu'à un stade avancé de la maladie. Contrairement au cancer du sein il n'existe aujourd'hui aucun test de dépistage pour le cancer des ovaires.

Dans la population générale, l'échographie pelvienne associée à un marqueur n'a pas pu faire ces preuves, sachant que 80 à 90% des femmes atteintes de cancers de l'ovaire n'ont pas d'antécédents familiaux, la cause héréditaire n'est donc pas retenue.

Cependant dans le cas de Madame D, l'hypothèse génétique est envisageable. En effet, lors de nos rencontres quand je lui demanderai de me raconter son histoire elle m'apprendra le décès de sa mère après un cancer du sein, le décès de son père par cancer de la vessie, et le décès de sa soeur à 42 ans pour un cancer des ovaires. Madame D a aussi perdu des tantes de cancer du sein ou des ovaires. Lors de notre rencontre Madame sera perturbée par l'annonce de diagnostic d'un cancer du col de l'utérus chez sa nièce de 22 ans du côté maternel.

Les examens mettront en évidence une mutation du gène BRCA 1 chez l'un de ses cousins du côté maternel.

Madame entreprend alors les démarches nécessaires pour venir se faire soigner en métropole. Elle dit avoir dû se battre pour obtenir une place à Bordeaux. Mais elle connaît un médecin ici, qui a pu pousser son dossier au sein de l'administration.

Madame arrive en France en juin 2018, elle vit seule dans la maison des familles son mari ayant dû rester en Guadeloupe pour le travail.

Elle commence son traitement de chimiothérapie dès la fin du mois de juin.

En septembre 2018, Madame subit une chirurgie pour hystérectomie totale avec résection des lésions de carcinose.

En parallèle, elle suit un traitement de chimiothérapie par carboplatine taxol (paclitaxel). Ce traitement est délivré par voie intraveineuse sur une période de 3 heures, une fois toutes les 3 semaines.

A la suite de ce traitement, Madame aura une pancytopenie. Une pancytopenie est une maladie affectant la moelle épinière et entraînant une réduction morbide du nombre de globules rouges et blancs, ce qui peut causer une fatigue intense et des infections à répétitions.

En tant que psychomotricienne il est utile de connaître les différents traitements pour mieux appréhender les effets secondaires que le patient va possiblement connaître.

En ce sens, j'ai découvert le site : *Oncomip* ⁽³²⁾ qui propose des fiches patients ainsi que des fiches soignants présentant les effets secondaires en fonction du traitement oncologique prescrit.

III. Rencontre et prise en soin en psychomotricité :

La rencontre :

Je rencontre Madame D dans sa chambre début octobre. Lorsque je rentre dans la pièce, Madame D m'accueille avec le sourire. Elle est alitée, elle se redresse, ce qui provoque une légère grimace sur son visage. Je lui demande si je peux entrer, elle accepte et je me présente.

La chambre de Madame est plutôt lumineuse, le lieu est investi, il y a des livres sur la table de nuit, des gâteaux et des objets personnels. Madame D est soignée dans sa présentation, elle a les cheveux courts, le teint pâle et les yeux clairs. Son visage est lisse, je trouve qu'elle fait plus jeune que son âge. Toute son attitude est accueillante, calme, son regard est adressé et maintenu, elle sourit légèrement. Durant cette première rencontre je fais le choix de ne pas passer de bilan psychomoteur. En effet, il me semble que le bilan peut paraître agressif lors d'une première rencontre et ne facilite pas la création d'une relation en présence. Je préfère ainsi entamer la discussion en demandant à Madame D qu'elle me raconte son histoire avec ses mots. Ce temps de découverte et d'échange me permet outre mesure de réaliser un bilan d'observation.

Sur le plan physique, Madame D me dit être fatiguée et douloureuse au niveau des membres inférieurs. Son rythme respiratoire est saccadé avec des dyspnées, elle a besoin de reprendre son souffle à plusieurs reprises. Son tonus est adapté, la mobilité générale est faible mais la qualité des mouvements volontaires reste précise. Madame s'exprime parfaitement avec une communication non-verbale et des mimiques en relation à ce qu'elle explique. Actuellement, sa difficulté principale est un trouble de la sensibilité localisée au niveau des pieds. Concernant son alimentation, Madame a peu d'appétit, les nausées étant présentes. Elle arrive à dormir suffisamment quand les nausées ne lui demandent pas de se lever plusieurs fois par nuit.

Sur le plan psychique, elle se dit combative et déterminée à guérir. Durant la conversation, le téléphone sonne et Madame demande à son interlocuteur de la rappeler un peu plus tard. Elle s'excusera alors d'être perturbée par l'annonce d'un cancer du col de l'utérus chez sa nièce, appris plus tôt dans la journée.

Pour finir, je propose à Madame de nous retrouver la semaine prochaine, afin de commencer ensemble des séances de psychomotricité autour de la sensorialité. Elle accepte et ajoute être réceptive aux massages, elle me demande si il serait possible d'en vivre ensemble. Nous convenons alors de finir la séance prochaine par un toucher thérapeutique du membre inférieur.

Ce qui me marquera de cette première rencontre avec Madame D, c'est sa force de volonté. Madame est loin de sa famille, elle gère ses rendez-vous médicaux seule, et demande aux infirmières de la laisser au maximum faire ses soins en autonomie.

De plus, la technicité avec laquelle Madame me présente sa maladie, m'impressionne. De part son métier d'infirmière elle utilise un vocabulaire très médicalisé et précis. Cette distance face à la maladie, me questionne. Madame n'exprime aucun affects, c'est comme ci, elle me présentait le cas d'une patiente que

nous aurions en commun. Est-ce un mécanisme de défense ? Madame a-t-elle eu le temps de faire une place à sa maladie, de prendre en compte son vécu affectif ?

Par ailleurs, cette hypertechnicité médicale, me met à mal. Je ne maîtrise pas parfaitement tout ce vocabulaire et je me questionne sur ma légitimité de soin auprès de Madame D.

Le temps des séances :

Je rencontre Madame D une fois toutes les semaines entre novembre et janvier.

Séance 1 :

Cette séance me permettra de compléter mes observations faites durant ma rencontre avec Madame D, et ainsi proposer un bilan psychomoteur plus complet, afin d'affiner mes objectifs de prise en soin.

Nous commençons la séance par un réveil sensoriel du membre inférieur. Madame est demandeuse d'exercice elle veut retrouver ses capacités sensorielles. Je lui propose un jeu à la recherche des sensations. Je lui demande de fermer les yeux ou de tourner la tête et de me dire où je place mes doigts. Selon les orteils que je touche elle me dit si elle ressent ou pas. Madame est concentrée, lorsqu'elle ne sent pas, elle me demande de rester plus longtemps pour voir si une sensation lui parvient.

Je lui propose ensuite d'essayer une nouvelle stimulation. Lorsque je passe dans les chambres j'ai toujours avec moi un petit vibreur rond qui permet de masser en utilisant les propriétés vibratoires. Cet outil me permet de proposer une stimulation plus profonde des tissus, les vibrations se propageant mieux à travers les enveloppes.

Cette stimulation est ambivalente, soit le patient ne supporte pas, soit il apprécie réellement. Durant toute ma période de stage, je demanderai au patient de tester la sensation sur sa main puis d'essayer sur la zone douloureuse.

Madame D accepte d'essayer. Je passe l'objet sur le pied ainsi que sous les orteils et le visage de Madame s'éclaire. Elle me dit que c'est très agréable et qu'elle ressent la vibration jusque dans la cheville.

Je finis la séance en proposant un toucher thérapeutique sur l'ensemble des membres inférieurs. A la fin de la séance, Madame se redresse, elle observe et touche ses jambes. Elle me dit qu'avec la chimiothérapie son corps s'abîme mais qu'elle essaye de limiter les « dégâts » au maximum. Elle me sourit car elle trouvait sa peau très sèche et le massage a permis de la nourrir un peu.

Ce temps de verbalisation met en évidence que les effets secondaires du traitement perturbent l'image du corps de Madame D. Le temps de détente proposé à la fin de séance est bénéfique. Madame profite du moment.

Elle me remercie et me demande de poursuivre ceci la semaine prochaine.

Séance 2:

Avant de retrouver Madame D, les soignants me préviennent qu'elle a reçu une dose de chimiothérapie hier. Il semble qu'elle ait une bonne tolérance immédiate.

Je rentre dans la chambre. Madame est au lit en position fœtale. Je m'approche et m'assois à sa hauteur. Madame me prévient qu'elle souffre énormément des effets secondaires. Elle a des vomissements et des nausées en continu depuis ce matin. Elle est épuisée.

Madame me dit avoir très froid malgré les deux couvertures et le plaid sur le lit. Elle me demande d'allumer le chauffage et de le rapprocher de son lit.

Quelque jours avant cette séance, j'ai lu dans un article qu'un centre hospitalier propose aux patients souffrants d'effets secondaires après une chimiothérapie, une approche au moyen d'huiles essentielles. Par exemple, l'huile essentielle de menthe est préconisée en cas de nausée.

Dans le matériel que j'amène en séance je dispose d'un petit diffuseur portatif ainsi que de quelques huiles essentielles. En général, ce dispositif me sert à proposer une ambiance lors des séances de relaxation, ou lorsque que je rentre dans une chambre où l'odeur est difficile à supporter.

Ainsi, je met quelques gouttes d'huiles essentielles de menthe dans le diffuseur et le place sur la table de nuit de Madame. Madame inspire et apprécie l'odeur qui se diffuse, « ça sent bon » me dit-elle.

Compte tenu de l'état actuel de Madame, il ne me semble pas adapté de lui proposer de poursuivre le type de séance que nous avons commencé la semaine dernière.

En effet, la séance de stimulation sensorielle demande à Madame une certaine disponibilité, et de plus, le toucher demanderait que je soulève les draps alors que Madame tremble.

Dans l'intérêt de Madame D, je lui propose de revenir la semaine prochaine lorsque que les effets auront diminué. Madame semble soulagée. Elle me remercie et s'enroule dans les draps.

Avant de quitter la chambre, je remplie sa bouillotte, la place sous les couvertures et borde Madame tout en lui proposant un toucher enveloppant au travers des couvertures.

Au niveau de son visage, Madame esquisse un léger sourire, que j'interprète comme de la reconnaissance. Puis elle expire, son tonus s'abaisse, j'éteins la lumière et sort de la chambre.

En sortant de la chambre, il ne me semble pas avoir proposé un soin purement psychomoteur. Cependant, le visage de Madame me laisse penser que mes gestes ont été juste dans le sens où c'était ce dont elle avait besoin à ce moment.

J'illustrerai cette séance par cette phrase :
« On n'apprend pas à nager dans la tempête ».

Séance 3 :

Cette séance a lieu début novembre. J'apprend durant la réunion d'équipe qu'il a été décidé avec l'oncologue de Madame D une entrée en phase palliative.

Lors de la réunion, je ne sais pas encore exactement ce que signifie « la chimio palliative ».

Avant de voir Madame D, je me renseigne sur ce changement de traitement.

La chimiothérapie palliative signifie qu'il y a un échec du traitement curatif, celui-ci est agressif et trop lourd à supporter pour le patient. La chimiothérapie palliative intervient alors pour prolonger la vie, en soulageant les douleurs et symptômes liés au cancer.

Lorsque je rentre dans la chambre s'est donc en ayant compris que Madame D ne guérirait pas de son cancer. Cette séance sera une des plus difficile que je vivrais au sein de l'établissement et sera la source d'un grand nombre de questionnement.

Madame D est dans son lit, elle ouvre à peine les yeux lorsque je rentre. Elle me fait un léger sourire de politesse. Ces réponses à mes questions sont lentes et difficiles. Le contraste avec Madame D que j'ai rencontré il y a quelques semaines est saisissant.

Je lui propose un toucher thérapeutique à visé de détente de l'ensemble des membres. Madame accepte. Je commence par les jambes, Madame ferme difficilement les yeux, elle a le regard dans le vide. Je soulève délicatement sa jambe pour atteindre le derrière du mollet, elle la déplace brutalement sur la couverture. Je lui demande si elle a des douleurs particulière mais sa réponse est négative. Lorsque j'arrive au niveau du membre supérieur, Madame tourne la tête d'un côté lorsque je suis sur un bras et inversement lorsque je passe sur l'autre. Je ressens un malaise. Son regard est fuyant, je ne la sens pas dans le soin que je lui propose. Madame me paraît loin sans que je parvienne à la rejoindre.

Je lui dit qu'elle peut se laisser aller. Et en même temps que je prononce cette phrase, je trouve mes mots maladroits. Comment lui demander de lâcher prise alors qu'elle se bat depuis des mois contre la maladie, contre la mort ? Qu'est ce que signifie lâcher prise quand elle vient d'apprendre qu'elle ne guérirait pas du cancer.

Durant cette séance je ne trouve pas les mots. Je me sens impuissante face à la détresse de Madame D qui me semble s'être effondrée. La séance m'est extrêmement pénible. Je vais me laver les mains dans la salle de bain, ce qui me laisse le temps de souffler. Je ne peux pas quitter Madame sur ce soin.

En revenant dans la chambre, Madame m'annonce qu'elle souhaite se rapprocher de sa famille en Guadeloupe pour la suite du traitement. Elle m'apprend qu'elle veut organiser un grand Noël en famille pendant 4 ou 5 jours dans le centre de la France à 5 heures de route. Elle me dit s'inquiéter car elle ne sait pas si les médecins vont accepter en sachant qu'elle a une séance de chimiothérapie de prévue le 26 décembre. Madame qui m'a toujours jusqu'ici détaillé ses traitements, ne m'annoncera pas son entrée en phase palliative.

Je lui demande si elle souhaite que je revienne la semaine prochaine en pensant qu'elle va me répondre négativement. A mon étonnement, elle me demande si il serait possible de lui masser le dos et les cervicales la prochaine fois, l'alitement prolongé lui causant des douleurs. Madame me remercie et nous programmons notre rencontre la semaine prochaine.

En sortant de la chambre, un sentiment de vide s'empare de moi. Je suis épuisée. Je n'ai pas l'impression d'avoir pu proposer au travers de mon soin un réel bénéfice à Madame D.

Il arrive dans certains cas que le thérapeute est à faire face au refus du patient, et dans ce cas, le soignant peut se remettre en question pour comprendre pourquoi il y a ce refus.

Dans le cas de Madame D, Il n'y a pas de refus. Cependant, je ne comprend pas qu'est ce qui pu faire sens aux yeux de Madame D pour qu'elle me redemande un soin ?

Cette séance arrive en même temps que je me questionne sur ma légitimité dans le service, sur mon identité professionnel. De quels outils le psychomotricien dispose t-il pour proposer une séance de soin porteuse de sens ? Où se trouve sa spécificité ?

Séance 4 :

Cette semaine, je décide de prendre le temps d'échanger avec Madame D. Je veux laisser le temps à cette rencontre de se créer. Je ne suis pas là pour délivrer un massage purement technique. Cette injonction de rentabilité et d'acte mesurable que je ressens au sein de la clinique me met à mal dans mon identité professionnelle de future psychomotricienne.

Lorsque je rentre dans la chambre Madame a froid, je comprend rapidement qu'elle n'est pas disponible pour le massage des cervicales que nous avions prévu.

Je l'aide de nouveau à s'envelopper dans les draps. Ce geste simple m'avait déjà semblé me permettre de créé un lien avec Madame D. Pendant que je place la bouillotte près de son corps, elle s'excuse car elle n'a pas encore eu la force de vider sa gastrotomie.

Madame m'explique alors tout les changements corporels auxquels elle doit faire face. Je m'installe dans le fauteuil à côté du lit et l'écoute exprimer ses sentiments concernant son apparence.

Des hématomes sont apparues sur ses jambes et dans son dos. Ses ongles se cassent et jaunissent, sa peau pèle. Elle a perdu ses cheveux. Toutes ces perturbations bouleversent l'image du corps de Madame D et fragilise son identité. Elle me dira : « se sentir comme une vieille, enfermée dans un corps qui ne fonctionne plus ».

Au niveau corporel, elle ne ressent pas de douleur mais une grande fatigue et un épuisement global, il lui est difficile de sortir de sa chambre pour se rendre au séance de kinésithérapie.

Au niveau psychique, Madame me dit avoir toujours eu un naturel positif. Cependant depuis quelques semaines les mauvaises nouvelles s'accumulent et les difficultés sont aujourd'hui difficiles à accepter. Cette nuit, Madame a eu une crise d'angoisse.

Elle fait des cauchemars de fin de vie de plus en plus récurrent depuis l'annonce de la prise en charge palliative.

Selon moi, il est possible de faire un lien entre ces angoisses et cauchemars, à la notion de deuil de l'illusion d'immortalité. Ferenczi (psychiatre militaire) décrit ce deuil d'illusion d'immortalité comme la blessure narcissique infligée par le traumatisme et la prise de conscience de l'idée de mort. Freud écrit que nous savons bien que nous allons mourir un jour, mais que nous n'y croyons pas. C'est pourquoi, F. Lebigot parle alors du : « réel de la mort », le patient comprend littéralement la mort, sa propre mort, son anéantissement.⁽¹³⁾

Madame m'explique que les massages lui permettent de s'évader avec les musiques, c'est un temps de pause. Cette séance de verbalisation m'est nécessaire. Le fait de prendre le temps d'écouter, et que Madame puisse s'exprimer son vécu me permet de retrouver du sens dans la relation thérapeutique. Ce sens que je croyais avoir perdu lors de la dernière séance.

Séance 5 :

Aujourd'hui Madame se sent mieux. J'observe qu'une pile de livres est présente sur sa table de nuit. Je lui demande quel genre de roman l'intéresse. Elle me répond qu'elle adore les livres fantastique, l'imaginaire des auteurs la faisant voyager et s'évader.

Elle m'explique alors les différentes histoires qu'elle a lu. J'observe que Madame prend beaucoup de plaisir à me raconter ses lectures. Ensuite, elle me dit prendre aussi beaucoup de plaisir à prévoir les fêtes de famille, imaginer le repas de Noel et du nouvel an, tout ceci l'apaise et lui donne des objectifs.

Elle ne veut plus parler des nausées, elle a l'impression que si on en parle cela lui en donne. Elle apprécie particulièrement la conversation et me parle pour la première fois longuement de son mari.

Madame s'assoit au bord du lit, je met la musique, et commence le massage du dos et des cervicales. Madame s'arrête progressivement de parler pour laisser place au silence. Je vois qu'elle ferme les yeux. Je ressens aussi le besoin de fermer les yeux afin d'être plus présente à mon toucher. A plusieurs reprises, elle reprend la parole juste pour exprimer en une phrase le bien-être que mes mains dans son dos lui procure.

Il me semble que l'échange qu'on a eu en début de séance sur les passions de Madame, nous a permis une rencontre plus vraie, plus juste. Lors de cette séance je me sens légitime dans mes propositions. La véritable présence que je propose à Madame D sur le moment, et le fait qu'elle m'exprime son apaisement me confirme la valeur de cet outil qu'est : la présence en relation. Cette capacité de pouvoir revenir en soi de manière sécurisée pour en même temps se rendre disponible dans la rencontre à l'autre.

Séance 6 :

Lorsque je rentre dans la chambre de Madame D je rencontre son mari. Madame est contente de me le présenter, depuis le temps qu'elle me parle de lui. Monsieur vient d'arriver et reste en France le temps des fêtes.

Madame est éveillée, elle a un grand sourire. Je lui propose de les laisser se retrouver et qu'on se retrouvera après les fêtes.

Séance 7 :

Je retrouve donc Madame D après les fêtes. Son mari a pu rester plus longtemps avec elle. Nous faisons une séance de toucher thérapeutique à viser de détente et d'apaisement. Madame apprécie la séance et me remercie pour le temps que je lui dédie. Elle m'explique qu'elle est en attente de remise en continuité digestive pour pouvoir retourner en Guadeloupe. Elle pourra ainsi poursuivre son traitement là-bas.

Je m'apprête à me lever et quitter la chambre quand Madame me dit : « pour le dernier voyage ». A cet instant je m'arrête, je ne m'attendais pas à recevoir ces mots. Je regarde Madame D, sans que je ne sache quoi répondre, c'est le silence entre nous. Je comprend ce qu'elle vient de me dire mais aucun mot ne me semble approprié ou juste.

Je la regarde, lui sourit légèrement pour valider que j'ai bien entendu ce qu'elle vient de dire. Cette phrase résonne en moi et je sais qu'elle a du sens pour Madame D. Autant l'une que l'autre, nous sachons que cette phrase est cruelle de vérité et de sens.

Je ne peux que valider, échanger un regard qui semble trouver une réponse chez Madame D qui me sourit à son tour.

J'ai l'impression que malgré cette phrase lourde de sens, il y a une sorte de légèreté sur le visage de Madame, peut-être même d'acceptation. Madame D me semble sereine.

IV. CONCLUSION :

A ce jour, Madame D est hospitalisée depuis 6 mois. Elle le sera sûrement jusqu'à son retour en Guadeloupe prévu au printemps.

Durant les séances de toucher thérapeutique Madame D a pu avoir accès à une représentation corporelle différente, retrouver à certains moments des sensations de bien-être, d'apaisement.

Au fur et à mesure, Madame D s'est reconstituée une représentation de soi positive, qui a permis une possible ouverture vers l'acceptation de sa maladie.

Pouvoir rencontrer Madame dans ce contexte m'a permis de comprendre l'importance du bon moment de la rencontre dans l'ouverture au soin :

« On n'apprend pas à nager dans la tempête », cette phrase entendue lors d'une conférence a trouvé sens dans l'expérience que j'ai vécue auprès de Madame.

La rencontre avec Madame D rend aussi compte de la difficulté du stage expérimental. C'est en tâtonnant : est-ce que ça marche ? Pourquoi ça ne marche pas ? Et au travers de multiples remises en question que le sens du soin en psychomotricité auprès du patient atteint de maladie grave m'est apparu.

J'ai appris qu'il est parfois nécessaire de s'éloigner de l'acte purement thérapeutique pour mieux y revenir.

Le soin en psychomotricité tient sur des variables qui ne sont pas cotables ou mesurables scientifiquement. Ces variables sont des valeurs humaines profondément reliées aux émotions et ne sont en aucun cas quantifiables. D'où la difficulté de mesurer notre impact dans un environnement attendant pour preuves des chiffres. La psychomotricité ne s'inscrit pas dans une quête de performance, elle s'intéresse à la façon dont le sujet s'incarne dans le monde, la manière qu'il a de vivre dans le monde.

L'éthique, le savoir-être et la présence du psychomotricien dans la relation, sont des outils fondamentalement nécessaires pour comprendre et trouver « le juste » dans une rencontre thérapeutique.

Pour rebondir sur ma phrase de titre : « restez présent à l'instant, car lorsque rien n'est sûr, tout est possible ». Je dirai que c'est cette présence qui fait la force du psychomotricien. C'est sa capacité à s'adapter et à créer dans l'instant, qui lui confère sa force thérapeutique. Ce n'est pas en venant délivrer un savoir-faire sûr et millimétré que l'essence du psychomotricien s'exprime.

Avant ce stage, j'avais peur de ne pas avoir assez de pratique et par la même occasion assez de médiations à proposer. Ainsi, j'avais peur de me sentir dépourvue de sens et de légitimité si la médiation que je proposais ne permettait pas au sujet en face de moi d'expérimenter un quelconque bénéfice.

Ce stage, et en partie ma rencontre avec Madame D, m'ont permis de comprendre que la richesse d'un psychomotricien ne tient pas en sa capacité à proposer un éventail de pratique mais plus certainement en sa capacité à rentrer en relation au travers de ce qu'il porte en lui.

« Ce sont les petites intentions qui font les plus belles relations »

3) : Les limites de la prise en soin psychomotrice auprès du patient atteint de maladie grave :

Le projet de soin thérapeutique en psychomotricité peut connaître des limites et des difficultés qu'il semble important de garder à l'esprit et qui doivent faire partie de notre éthique professionnelle.

- L'équipe soignante :

La psychomotricité est une profession qui n'est pas forcément bien connue de tous. Se faire une place dans l'équipe demande au psychomotricien une grande adaptabilité et une capacité à communiquer sur ses soins et ses actions. Quand une équipe dysfonctionne et que la communication est rompue, le travail en équipe s'en trouve fortement impacté et peut mettre à mal la prise en charge d'un patient par manque d'informations. Il faut être attentif aux échanges dans l'équipe et l'importance des temps de réunion paraît essentielle.

- Le refus du patient ou de sa famille :

Il faut bien garder en tête que la psychomotricité n'est pas un soin obligatoire, c'est une proposition de quelque chose en « plus ». Le patient est en droit de refuser et s'il n'est pas en capacité de le faire, sa famille ou ses proches peuvent également refuser les soins psychomoteurs. En grande souffrance physique et morale, le patient peut ne pas se saisir des propositions car il n'en voit pas l'utilité ou se refuse toute médiation pouvant le sortir du repli dans lequel il se trouve. Parfois, il faut laisser un peu de temps entre le moment de la rencontre et une proposition de séance. Il faut pouvoir entendre qu'à cet instant le patient n'est pas prêt. On laisse la porte ouverte et il est nécessaire d'accepter ce refus dans la bienveillance. Il faut bien garder en tête que c'est une forme de respect vis-à-vis de l'autre, il faut accepter ce refus avec ou sans raison.

Malgré toute notre bienveillance, l'autre est en droit de rejeter notre proposition. Ces situations peuvent être déstabilisantes et il est important de pouvoir prendre un certain recul et avoir une analyse sur chaque situation.

- La douleur :

L'état des patients est fluctuant et peut varier d'une journée à l'autre, d'une heure à l'autre. Elle vient impacter l'intégrité psychocorporelle de la personne gravement malade. Elle est parfois si intense qu'elle ne peut être contrôlée, diminuée par une médiation psychomotrice. La douleur limite également la relation car la personne peut restreindre son attention aux autres et ainsi resserrer son espace personnel. Toute proposition devient alors envahissante et impossible pour le patient qui se replie sur lui-même et sur la zone douloureuse.

- Le psychomotricien :

Le psychomotricien arrive avec ce qu'il est, son histoire et tout ce qui fait qu'il est lui et qui détermine sa personnalité. La maladie grave requière une qualité de présence entière. Pour cela il faut être capable avant de passer le pas de la porte de la chambre, de laisser derrière nous problèmes et soucis personnels afin d'être totalement dans la relation à l'autre. Il se peut cependant que ça ne soit pas toujours possible et il vaut mieux dans ce cas reporter la séance plutôt que de laisser notre malaise envahir l'espace thérapeutique. Il peut aussi arriver que nous soyons mal à l'aise face à une situation qui nous renvoie à notre propre histoire. Cela peut venir impacter notre prise en charge et la qualité de la relation. Il sera important de prendre du recul et d'analyser ce qui se joue pour nous avant de continuer nos propositions.

Les limites à la prise en soin du psychomotricien existent et il est important d'en avoir conscience. Chaque situation, chaque patient est unique et il ne va jamais se jouer la même chose. Il sera donc important de réfléchir à ce qui se joue autant pour nous que pour la personne gravement malade.

Conclusion

La maladie grave bouleverse le sujet en portant atteinte à son corps, au sentiment de lui-même, à la perception qu'il a de son existence et donc à son identité. Chaque patient est unique, en lien avec sa personnalité, son histoire, son vécu corporel et l'expression de sa pathologie. C'est pourquoi, la relation thérapeutique établie est unique, différente d'une personne à l'autre, et en constante évolution.

Il a été question de mettre en évidence dans ce mémoire que l'engagement particulier dont fait preuve le psychomotricien dans sa relation, auprès du patient atteint de maladie grave, est constitutive de son identité professionnelle.

Ce métier exige du psychomotricien adaptabilité et flexibilité, une perpétuelle remise en question sur le plan personnel et professionnel, ainsi qu'une nécessaire ouverture à différentes techniques et courants de pensée. Il s'agit de pouvoir s'ajuster psycho-corporellement dans la relation tout en restant soi et tout en étant souple et adapté au mode relationnel et aux besoins de l'autre.

Il semble primordial de garder à l'esprit les enjeux de cette implication dans la relation du psychomotricien avec des patients atteints de cancer. En effet, le professionnel vit des situations émotionnelles intenses. Tout en restant présent à l'autre, il lui faut maintenir une capacité à prendre du recul sur ces situations.

La justesse de cette relation thérapeutique se recherche en permanence et suppose une présence à ses éprouvés. Par sa pratique corporelle régulière et ses expériences de rencontres, le professionnel affine ses propres repères psycho-corporels ce qui lui permet d'avoir accès très rapidement à ses mouvements réflexes et instinctifs et ainsi développer une capacité d'adaptation plus fine. Il est question d'une capacité d'adaptation sur l'instant, adaptation de l'ordre de l'intuitif.

Le psychomotricien, avec ce qu'il est, sa qualité de présence, son écoute et son observation fine pourra déterminer comment accompagner au mieux la personne dans ces derniers moments de vie qui peuvent être rendus particulièrement difficiles par la maladie grave. Il va soutenir l'intégrité psychocorporelle du patient en lui proposant un espace transitionnel dans lequel celui-ci pourra faire l'expérience de lui-même. Il s'agit de se placer dans une démarche d'étayage du besoin, dont l'objectif est défini par l'autre.

C'est dans la rencontre et dans la relation qui s'instaure avec le patient que leur sentiment d'identité va résonner. En effet, nous avons vu que par sa présence empathique, par ses techniques et ses compétences spécifiques, le psychomotricien participe à la restauration et à la revalorisation de l'identité narcissique du sujet.

Le toucher thérapeutique et la relaxation sont des médiations utilisables pour des patients ayant gardé une certaine autonomie, tout comme ceux qui ont des capacités motrices réduites et invalidantes. Le toucher agit sur les douleurs, en apportant des

sensations agréables, ce qui permet l'émergence d'un état émotionnel mieux régulé et structuré. Il modifie également le schéma corporel et l'image du corps, ce qui permet, d'accompagner par la mise en mot à la fin d'une séance, une restauration de la perception d'un corps uni et rassurant, et d'augmenter le narcissisme de la personne. La proximité corporelle peut être déstabilisante et entraîner des difficultés de lâcher-prise mais en instaurant un cadre thérapeutique rassurant et contenant, et en installant un climat de confiance propice à l'émergence d'une alliance thérapeutique, les patients, pour la plupart, sont prêts à vivre cette expérience ressourçante. Ces médiations agissent sur la souffrance psychique et corporelle. Ainsi, pour les patients se trouvant à un stade avancé de la maladie, ce sont des médiations de choix qui permettent d'agir sur les douleurs, avec peu de matériels. Cependant il en existe d'autres et chaque psychomotricien fera avec sa propre créativité afin de proposer une prise en charge la plus adaptée possible.

Enfin, accompagner c'est accepter de rencontrer nos peurs, nos émotions perturbatrices, nos attentes et déception afin d'aller vers plus de justesse. Il s'agit à la fois de soigner, c'est-à-dire mettre en oeuvre des thérapies adaptées après diagnostic et prescriptions, et prendre soin, c'est-à-dire accompagner ces gestes d'une vigilance et d'une attention particulière qui donne au soin sa dimension humaine de générosité et de bienveillance.

En tant que psychomotricien, cette relation de soin demande une formation et des compétences précises. Cependant, accompagner un patient ne relève pas seulement d'un savoir faire (le décret de compétence), c'est avant tout un savoir-être, et ce savoir-être se cultive. Accompagner signifie cheminer avec, cela induit de suivre le rythme de l'autre, d'accorder nos pas aux siens. Nous accorder à ses propres choix et respecter ses valeurs et priorités. La notion de respect du rythme de l'autre est essentielle, mais pas toujours facile à mettre en oeuvre avec les contraintes du milieu hospitalier.

Ainsi, le psychomotricien, se distingue par son regard particulier porté sur la personne, considérée autrement que comme objet médicalisé. L'inscription de cette pratique paramédicale dans la prise en charge du patient en cancérologie a sans nul doute, sa légitimité. Mais ce n'est qu'en repensant sa pratique dans une visée de souplesse et d'adaptation qu'elle pourra s'intégrer dans la rigidité institutionnelle de l'hôpital.

Ce temps passé avec les patients et les soignants ont fait de ces mois une expérience riche et passionnante, déterminante dans la construction de mon identité de future professionnelle. Chacune des difficultés que j'ai rencontrées a été l'occasion de remettre en question mes réflexions, les choix que j'avais pu faire ainsi que ma façon de travailler. Chacune des rencontres avec les patients et les soignants est venue étayer, orienter ma pratique.

Je terminerai ce mémoire en proposant cette pensée de Carl ROGERS :

« Ma capacité de créer des relations qui facilitent la croissance de l'autre (...) est à la mesure du développement que j'ai atteint moi-même »⁽²³⁾

Cette pensée est pleine de promesse et me projette à l'issue de ces trois années d'étude dans un objectif passionnant : développer mes potentialités pour ainsi étayer mes relations thérapeutiques.

Au-delà de cette réflexion, nous pourrions nous poser la question suivante : Dans un contexte où la recherche de résultat prime sur la recherche de sens dans la relation. Certains soignants peuvent se sentir déshumanisés et ne plus trouver de sens à leur pratique. Le « burn out » est un phénomène de dépression professionnel envahissant les services hospitaliers.

Quelles solutions peuvent-être proposées à ces soignants en souffrance ?

Bibliographie

- (1) : **BALLOUARD C.** *Le travail du psychomotricien*. Dunod, Paris. (2006) p.189, p. 245.
- (2) : **BOHERS E.** *Enveloppe-moi. Analyse de la spécificité de l'action du psychomotricien dans le soutien de l'intégrité psycho-corporelle du patient atteint de maladie grave*. Médecine humaine et pathologie. Dumas. (2015)
- (3) : **BOLLY C. et GRANDJEAN V.** *L'éthique en chemin- Démarche et créativité pour les soignants*. L'Harmattan (2004)
- (4) : **DELACOTE A.** *Psychomotricien, une posture impliquée ?*. Médecine humaine et pathologie. Dumas. (2014)
- (5) : **DESOBEAU F.** *Identité et fonction du psychomotricien*. Thérapie psychomotrice et Recherche n° 162. (2010)
- (6) : **FIELD T.** *Les bienfaits du toucher*. (2e éd.). Paris : Payot & Rivages
- (7) : **FLEURIE A.** *Douleur, cancer et psychomotricité*. Médecine humaine et pathologie. Dumas. (2012)
- (8) : **GATECEL A.** *La psychomotricité relationnelle*. Recherche en psychosomatique. p.56. (2012)
- (9) : **GIROMINI F., ALBARET J.M., SCIALOM P.** *Tome 3 Manuel d'enseignement de psychomotricité : clinique et thérapeutiques*. Edition de Boeck Solal. (2015)
- (10) : **GRABOT D.** *Psychomotricien : Emergence et développement d'une profession*. Edition Solal. (2004)
- (11) : **GUIOSE M. et GAUCHET O.** *Soins palliatifs et psychomotricité*. Paris : Heures de France (2014)
- (12) : **GUIOSE M.** *Relaxations thérapeutiques*. 2e édition Paris : Heures de France. (2016)

- (13) : **LEBIGOT F.** *Le traumatisme psychisme : une grave blessure mentale.* Article Tout petits, word press. (2011)
- (14) : **LESAGE B.** dans GIROMINI F. et LESAGE B. *Quand le corps parle de soi-même... et à l'autre.* Thérapie psychomotrice et Recherches (n°174). (2013)
- (15) : **LUTARD S.** *Guérir de sa guérison : approche psychomotrice auprès d'adolescents et jeunes adultes atteints de cancer et en rémission.* Médecine humaine et pathologie. Dumas. (2015)
- (16) : **MARCELLI D.** *Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : la surprise dans l'interaction mère-bébé.* Spirale (n°44). p. 123 à 129. (2007)
- (17) : **MARCOS I.** *Corps vécu / corps réel, redonner du sens quand la vie emmure.* Thérapie psychomotrice et Recherche n°129. (2002)
- (18) : **MARCOS I.** *Psychomotricité en soins palliatifs.* Revue Internationale de Soins Palliatifs, n°2. Volume 27. (2012)
- (19) : **MARTIN C.** *La maladie, catastrophe intime.* Presses Universitaires de France, Question de soin. (2014)
- (20) : **MUCCHIELLI A.** *L'identité individuelle et les contextualisations de soi.* Le Philosophoires n°43. (2015)
- (21) : **POTEL, C.** *Etre Psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir.* Toulouse : Edition Erès. (2010)
- (22) : **REICH M.** *Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique.* L'information psychiatrique. Volume 85 (2009)
- (23) : **ROGERS C.** *L'essence de la psychothérapie. Approche centrée sur la personne.* Pratique et recherche. (2009)
- (24) : **RUSZNIEWSKI M.** *Les mécanismes de défense.* Manuel de soins palliatifs. Article Cairn Info. (2014)
- (25) : **TRINLE A.** *La présence, un savoir-être à cultiver.* Edition Rabsel. (2017)

ARTICLE :

(25) : **CHRONIQUE DE CYNTHIA FLEURY.** Le care-cure. L'Humanité. (<https://www.humanite.fr/le-care-cure-568910>)

(26) : **LE HUFFINGTON POST** : *Mon corps, mon cancer.* (2017)

(27) : **PODCASTSCIENCE** : <https://www.podcastscience.fm/dossiers/2012/12/12/7-de-la-communication-est-verbale-38-vocale-55-visuelle/>

SITE INTERNET :

(28) : Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice . <https://www.legifrance.gouv.fr>

(29) : Site de l'Institut National du cancer, <https://www.e-cancer.fr/>

(30) : Site de la Ligue nationale contre le cancer : <https://www.ligue-cancer.net/>

(31): Thierry Tournebille relation et communication : https://www.maieusthesie.com/nouveautes/article/relation_communication.htm

(32) : Oncomip : <http://www.oncomip.org/>

(33) : Organisation mondiale de la santé (OMS) : <http://www.who.int/frf>

Table des matières :

Introduction	2
Chapitre I : « Quand le Cancer déclenche les hostilités »: Compréhension de la maladie et cadre d'intervention.	
1) <u>Qu'est ce que le cancer ?</u>	4
1. 1 : Définition.....	4
1. 2 : Etiologie et facteurs de risque	7
1. 3 : Chronologie du parcours de soin	8
1. 3. 1 : Annonce du diagnostic	8
1. 3. 2 : Processus de l'acceptation du deuil	10
1. 3. 3 : Traitements.....	11
1. 3. 4 : Effets secondaires	13
2) <u>Fonctionnement du service d'oncologie et cadre de rencontre des patients</u>	14
2. 1 : Présentation du service et des équipes soignantes.....	14
2. 2 : Les soins de support.....	17
2. 3 : La psychomotricité en oncologie.....	18
3) <u>La douleur, au centre de la préoccupation en oncologie</u>	20
3. 1 : Définition.....	20
3. 2 : Comment la douleur apparait-elle ?	21
3. 3 : Les différents types de douleurs.....	23
3. 4 : Evaluation.....	25
3. 5 : Les répercussions de la douleur.....	27
3. 6 : Traitements médicamenteux et non médicamenteux.....	28
Chapitre II : « Quand l'équilibre du sujet est bouleversé...» Rencontre avec le patient et lecture des retentissements psychocorporels à travers la sémiologie psychomotrice.	
1) <u>Cadre d'intervention du psychomotricien</u> :.....	31
1. 1 : Alliance thérapeutique et cadre	31
1. 2 : Evaluation psychomotrice	33
2) <u>Indications de prise en soin en psychomotricité</u> :	35
2. 1 : Les troubles tonico-émotionnels.....	35
2. 2 : Les troubles de l'orientation spatio-temporelle.....	37

2. 3 : Les troubles des représentations corporelles.....	39
2. 4 : Perturbations identitaires.....	42
2. 4. 1 : Définition.....	43
2. 4. 2 : Blessure identitaire liée à la maladie.....	46
2. 4. 3 : Apport de la psychomotricité dans la «re»conquête identitaire	46
<u>3) Outils et médiations :</u>	47
3. 1 : Impact du toucher thérapeutique.....	49
3. 2 : La relaxation comme thérapie du présent.....	50
Chapitre III : « Rester présent à l'instant, car lorsque rien n'est sûr tout est possible. »	
Le savoir-être, fondement de l'identité professionnelle du psychomotricien dans l'accompagnement du patient.	
<u>1) Les modalités fondamentales de la relation thérapeutique en psychomotricité</u>	53
1. 1 : L'importance de la manière « d'être en relation » dans le soin.....	53
1. 2 : La communication, fondement et soutiens de la relation thérapeutique.....	55
1. 2. 1 : La communication verbale	55
- La communication positive	55
- La validation	58
1.2. 2. : La communication non verbale	58
- Une thérapie de présence.....	59
- Le dialogue tonico-émotionnel.....	62
<u>2) Etude de cas : Illustration du suivi en psychomotricité de Madame D</u>	65
<u>3) Les limites de la prise en soin psychomotrice auprès du patient atteint de maladie grave</u>	74
<u>Conclusion</u>	76
<u>Bibliographie</u>	79
<u>Tables des matières</u>	82
<u>Annexes</u>	84

Annexes

ANNEXES 1 : EXAMEN PSYCHOMOTEUR :

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Séjour du au
Diagnostique :

Données concernant le pathologie :

- date de l'annonce
- état de départ
- évaluation de la fatigabilité
- évaluation de la douleur et localisation
- état respiratoire (rythme, inquiétude...)
- qualité du tonus musculaire (mobilisations passives)
- qualité des mouvements volontaires
- évaluation de la communication verbale

Incidence de la pathologie sur le patient et son entourage :

- le vécu de la maladie :
- le regard sur soi, des siens et des autres :
- l'adaptation aux changements et difficultés :
- la vie en famille et relationnelle :
- projet :
- le moral, la culpabilité, l'anxiété, les peurs :

Evaluation sur le plan physique :

- mobilisations passives, articulaires des membres supérieurs et inférieurs
- évaluer la capacité à se détendre et le seuil de douleur
- le rythme respiratoire : amplitude, rythme, mouvements respiratoires (une main sur le torse et l'autre sur le ventre).

Observations :

Manière dont le corps est abordé ou parlé (plainte, clivage, mise à distance, honte, peurs, soins négligés, oubliés, dévalorisation.)

FICHE D'ENTRETIEN ET D'OBSERVATION PSYCHOMOTRICE :

Nom : _____ Prénom : _____ date de naissance : _____
 N°chambre : _____ situation séjour : _____ Pathologie : _____
 Date de la rencontre : _____

	Modalités	Remarques
Type de contact relationnel	<ul style="list-style-type: none"> - Ouvert - Réserve - Passif - Anxieux 	
Regard	<ul style="list-style-type: none"> - Maintenu - Intermittent - Fuyant 	
Mimiques	<ul style="list-style-type: none"> - Amimie - Mimiques + - Mimiques ++ - Mimique de douleur (grimace, crispation) 	
Posture	<ul style="list-style-type: none"> - Alité - Assis - Debout - Posture antalgique 	
Maintien de l'axe	<ul style="list-style-type: none"> - Droit - Courbé - Flexion latérale 	
Attitude	<ul style="list-style-type: none"> - agitation/irritabilité - Calme - Figé - Pleurs - Tristesse 	
Mobilité générale	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptée - Faible - Ralentissement psychomoteur - Atonie psychomotrice 	
Tonus et vie émotionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - réactions de prestance/ contenance - Hypotonie - Hypertonie - Tremblements - Tics 	
Humeur	<ul style="list-style-type: none"> - Bonne - Normale - Tristesse - Labilité - Anxieuse 	Présentation générale (soignée, négligée) :

Organisation respiratoire	<ul style="list-style-type: none"> - haute (claviculaire) - Thoracique - Abdominale - Régulière - Dyspnées - Hyperventilation - Impact de la voix 	
Plainte algique, localisation, type	<ul style="list-style-type: none"> - Spontanée - Après la demande - Absente - douleurs viscérales (nausées, vomissements, diarrhées, douleurs gastriques et intestinales) - Troubles de la sensibilité - atteinte osseuse - Liée à la tumeur - Céphalées - Mucite - Localisée - Diffuse 	
Sommeil		
Alimentation	<ul style="list-style-type: none"> - Normale - Peu d'appétit - Alimentation difficile 	
Vécu corporel particulier		

Demande du patient :

Autres :

ANNEXE 2 : Plaquette de présentation créé pour présenter la psychomotricité dans le service

PRÉSENTATION DE LA PSYCHOMOTRICITÉ :

Le psychomotricien est un professionnel paramédical (corps des rééducateurs), diplômé d'Etat qui exerce sur prescription médicale. Le Diplôme d'Etat de psychomotricien s'obtient après 3 ans de formation post-baccalauréat et réussite au concours de PACES. Il travaille au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

Le suivi en psychomotricité

Le psychomotricien se préoccupe de la façon dont chaque personne perçoit et vit son corps.

La maladie, les douleurs génèrent des modifications corporelles au niveau tonique, perceptif et kinesthésique. Ces ressentis fragilisent le vécu global de la personne malade. Des troubles peuvent apparaître à différents niveaux : du sentiment que l'on a de soi (du schéma corporel, de l'image de soi), des capacités d'agir et de mise en mouvement, des modes de communication, des perceptions sensorielles...

Ce sont des désordres psychomoteurs qui peuvent s'associer à une perte des repères et de confiance en soi.

Les soins en psychomotricité proposent au patient des expériences de ressourcement, de plaisir, de détente malgré la maladie. Ces expériences contribuent à préserver des repères psychomoteurs fiables, stables et rassurants, qui améliorent la capacité à s'adapter aux changements corporels vécus et perçus.

Le soin en psychomotricité est un temps de relation choisi, non imposé, qui s'appuie sur les interactions psychiques et corporelles.

Les principales indications :

- Le patient anxieux : en recherche de confort, de détente, d'apaisement.
- Le patient douloureux, nauséeux, mal dans son corps.
- Le patient présentant des troubles du langage
- Le patient ayant un déficit moteur ou sensoriel, désireux de progresser.
- Le patient dépressif, en retrait, qui se replie sur lui.
- Le patient opposant aux soins, irritable, émotif
- Le patient n'investissant plus son corps ou une partie de son corps
- Le patient présentant une perte de l'estime de soi et des repères identitaires.

Les médiations :

La relation est la première médiation du psychomotricien : sans lien de confiance, le soin n'est pas possible. Ainsi le temps de rencontre est important il permet de définir les centres d'intérêts, les attentes et les difficultés du patient. A partir de ces éléments le Psychomotricien proposera différentes médiations.

La liste des médiations ne pourrait être exhaustive. Les principales utilisées dans ce service sont :

- le toucher-massage de confort
- La relaxation : contraction / décontraction, visualisation...
- Mobilisations corporelles passives
- Stimulations sensorielles
- Expressions artistiques : mandalas, dessin...

Les objectifs du soin en psychomotricité :

- Réinvestir et réajuster les compétences psychomotrices par la sensorialité, les perceptions (corps possible).
- Venir étayer l'estime de soi, la confiance en soi (corps confiant).
- Le soulagement de la douleur, apporter un nouveau vécu au patient douloureux, le plaisir d'être (corps plaisir)
- Être attentif à la gestion des émotions et leur expression (corps exprimé).

