



HAL
open science

La posture psychomotrice : la posture du psychomotricien comme soutien des bouleversements psychocorporels auprès de patients atteints d'un cancer en phase palliative

Alix Etienne

► To cite this version:

Alix Etienne. La posture psychomotrice : la posture du psychomotricien comme soutien des bouleversements psychocorporels auprès de patients atteints d'un cancer en phase palliative. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04778425

HAL Id: dumas-04778425

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04778425v1>

Submitted on 12 Nov 2024

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.

IFP de la Pitié Salpêtrière
Faculté de Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75013 Paris

La posture psychomotrice

**La posture du psychomotricien comme soutien des bouleversements
psychocorporels auprès de patients atteints d'un cancer en phase palliative**

Mémoire de fin d'études présenté en vue de l'obtention du diplôme d'État de
psychomotricien

Session : Juin 2024

Remerciements

Je remercie tout d'abord Cindy Quach et toute l'équipe de l'EMSP qui m'ont accueillie avec gentillesse et bienveillance. Merci de m'avoir permis de découvrir l'univers des soins palliatifs, je garderai un excellent souvenir de ce dernier stage ! Merci Cindy pour la confiance que tu m'as accordée en me permettant de faire des séances seule.

Un grand merci à Solène Rutily pour son précieux accompagnement pendant ces quelques mois d'écriture qui furent denses. Merci pour ta disponibilité, tes remarques pertinentes et tes encouragements.

Merci à mes différents maîtres de stage qui ont su me faire réfléchir sur ma pratique et qui m'ont aidée à construire cette posture professionnelle qui ne cessera d'évoluer. Merci à l'équipe pédagogique de l'IFP pour la transmission de leur expérience et de leurs savoirs.

Merci à tous les patients rencontrés au cours de ces quatre dernières années, auprès de qui j'ai tant grandi professionnellement et personnellement. Nos rencontres ont largement conforté mon désir d'être psychomotricienne.

Merci à mes camarades des différentes promotions. Merci tout particulièrement à Axelle avec qui j'ai partagé de nombreuses journées de rédaction. Ta présence et nos encouragements mutuels ont rendu cette année plus douce.

Merci à mes chers amis pour la joie qu'ils m'apportent au quotidien, pour leur écoute, pour nos discussions et partages d'expériences, merci pour votre soutien à chaque instant !

Enfin, merci à ma famille, et à mes parents particulièrement, qui ont toujours soutenu chacun de mes choix avec une grande confiance. Merci de m'avoir transmis cet amour de la vie et pour la vie ! Je suis quotidiennement inspirée par le regard que vous portez sur la valeur de la vie de chacun.

Du fond du coeur, je vous remercie tous chaleureusement,

Sommaire

Introduction.....	7
I. Clinique.....	9
1. Présentation de deux patientes.....	9
1.1. Madame L.....	9
a) Première rencontre.....	9
b) Séance 1.....	10
c) Séance 2.....	12
d) Séance 3.....	13
e) Séance 4.....	14
1.2. Madame A.....	15
a) Première rencontre.....	15
b) Séance 1.....	16
c) Séance 2.....	17
d) Séance 3.....	18
e) Séance 4.....	19
2. Présentation du terrain de stage.....	20
2.1. Les soins palliatifs.....	20
a) Historique.....	20
b) Définition.....	21
2.2 L'Équipe Mobile de Soins Palliatifs.....	22
2.3 La psychomotricité au sein de l'EMSP.....	23
II. Le cancer en phase palliative et ses répercussions psychocorporelles.....	25
1. Pathologie rencontrée : le cancer.....	25
2. Les principaux bouleversements psychocorporels observés.....	27
2.1 Le tonus.....	27
2.2 Les représentations psychocorporelles.....	29
a) L'image du corps.....	29
b) Le schéma corporel.....	30
c) L'identité.....	31
3. Les indications psychomotrices.....	32
4. Les axes thérapeutiques.....	33
5. Une prise en charge holistique.....	34
III. La posture du psychomotricien.....	37
1. La posture.....	37
1.1 Définition.....	37
1.2 La posture naît dans la relation soignant/soigné.....	38
1.3 L'empathie, fondement de la posture.....	41

1.4 La posture physique.....	42
1. La posture définit un cadre thérapeutique.....	43
2.1 La “mère suffisamment bonne”	44
2.2 La fonction contenante.....	46
a) Le Moi-peau d’Anzieu.....	46
b) La fonction alpha de Bion.....	47
3. L’engagement psychocorporel du psychomotricien.....	49
3.1 Le dialogue tonique et tonico-émotionnel.....	49
3.2 L’intentionnalité comme support de l’engagement psychocorporel.....	51
3.3 Le regard.....	52
3.4 Le toucher.....	54
3.5 L’écoute.....	57
3.6 La voix.....	58
Conclusion.....	60
Bibliographie.....	62
Sitographie.....	67

“Il y a une façon de prendre soin d’un mourant qui lui permet de se sentir une âme vivante jusqu’au bout “ Marie De Hennezel, 1995

Introduction

Lorsque j'ai pris la décision de reporter mon mémoire l'année dernière, j'ai tout de suite su que je voulais mettre à profit cette année supplémentaire pour effectuer un stage en soins palliatifs et consacrer mon mémoire à ce sujet. Cet attrait pour l'accompagnement de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive, mettant en jeu son pronostic vital est né il y a quelques années lorsque j'ai été témoin de la maladie, la fin de vie puis du décès de mes deux grands-pères. Je me souviens particulièrement des visites que je faisais à l'hôpital pour l'un d'entre eux. Je ressentais un fort désir de veiller auprès de lui. Je voulais me rendre utile, essayer de comprendre ses souffrances, et surtout être présente. À cette époque je n'avais pas encore commencé ma formation en psychomotricité et n'avais pas les clés pour percevoir ce que le cancer et la phase palliative pouvaient engendrer dans leur quotidien. Cependant, j'ai senti que cette période de vie était très dense, tant pour la personne concernée par la maladie que pour ses proches.

C'est donc naturellement qu'une fois en institut de formation, j'ai eu le désir de découvrir le rôle du psychomotricien en soins palliatifs. En fin de deuxième année, j'ai hésité à postuler pour des stages dans ce domaine mais j'avais peur, peur de ne pas trouver quelle posture adopter face à la souffrance totale vécue par le patient et de me laisser submerger par cette dernière. J'avais bien compris que ma place de professionnelle en soins palliatifs allait être bien différente de celle que j'avais eu en étant du côté de la famille et qu'il me faudrait changer de posture. Et puis, j'ai renforcé mes bagages professionnels et personnels durant ma troisième année. J'ai notamment côtoyé la maladie grave auprès de jeunes enfants dans un service de neuropédiatrie et j'ai suivi, lors de cette même année, une option théorique sur les soins palliatifs. Ces expériences ont réveillé mon souhait de découvrir l'approche psychomotrice en soins palliatifs et de mettre en pratique mes connaissances théoriques acquises sur la démarche palliative. Par ailleurs, j'avais envie de mettre mes compétences professionnelles au service de valeurs qui me tiennent particulièrement à cœur et défendues par les soins palliatifs à savoir : accompagner la vie jusqu'au bout, garantir la qualité de vie et la dignité de chacun. C'est ainsi que j'ai décidé de me lancer dans un stage au sein d'une équipe mobile de soins palliatifs pour cette dernière année d'étude.

Les questionnements autour de la posture ont été très présents lors de mes différents stages mais plus encore dans ce dernier. Dès mes premiers contacts avec les patients, je me suis demandée en quoi ma posture était différente de celle du psychologue ou du kinésithérapeute. Mes réflexions étaient d'abord tournées vers ma manière d'être. Pour cela, je me suis observée en me demandant quelle était l'attention et l'intention que je mettais derrière mes gestes, mes regards, mon écoute. Comment mes connaissances sur la théorie psychomotrice impactent ma façon de faire ? Puis, mes observations cliniques m'ont interrogées sur les liens entre ma posture de psychomotricienne et le soutien des répercussions psychomotrices vécues par mes patients en soins palliatifs. C'est la raison pour laquelle j'ai fait le choix de rédiger un mémoire clinico-théorique.

Ces divers questionnements m'ont amené à formuler la problématique suivante : **En quoi la posture du psychomotricien permet-elle de soutenir les bouleversements psychocorporels vécus par des patients atteints de cancer en phase palliative ?** Dans une première partie je présenterai les cas cliniques de deux patientes rencontrées lors de mon stage. Puis dans une deuxième partie j'aborderai les principales répercussions psychocorporelles liées au cancer. Enfin, dans une dernière partie je m'intéresserai à la posture spécifique du psychomotricien dans le soutien de ces bouleversements.

I. Clinique

1. Présentation de deux patientes

1. 1. Madame L

Madame L, âgée de 61 ans, est célibataire sans enfants. Elle est admise dans le service d'oncologie médicale le 28 novembre pour une altération de son état général associée à des douleurs dorsales intenses non soulagées, une asthénie importante et une constipation sans selle depuis une semaine. Elle travaille au ministère de la Justice en tant qu'agente administrative. Mme L est atteinte d'un cancer de l'ovaire depuis 2017, métastasé au niveau ganglionnaire, pulmonaire et hépatique. Après une période de rémission entre 2019 et 2022, un scanner effectué en octobre 2022 montre de nouvelles lésions pulmonaires et ganglionnaires, signes d'une rechute. Un récent scanner réalisé au début de cette hospitalisation révèle l'existence de métastases cérébrales et osseuses expliquant ses douleurs dorsales. L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) est sollicitée auprès de la patiente afin d'apporter ses conseils dans l'aide à l'évaluation et le traitement de la douleur. Je la rencontre sur demande du médecin car elle semble avoir des difficultés à intégrer ce qui se passe dans son corps et à décrire ses ressentis.

a) Première rencontre

Je rencontre Mme L une semaine après son arrivée dans le service, accompagnée d'un médecin et d'une infirmière de l'équipe. La patiente porte une tunique de l'hôpital et une VNI¹. Elle est allongée dans son lit dans une posture qui semble peu confortable. En effet, elle est très avachie et tordue. Nous lui proposons alors de l'aider à trouver une position plus confortable, ce qu'elle accepte immédiatement. Nous l'aidons à se redresser en

¹ Ventilation non invasive. Il s'agit d'une aide mécanique à la respiration grâce à un appareil qui délivre de l'air pressurisé.

déplaçant le poids de son corps vers le haut du lit. Mme L bouge très peu, son corps lui paraît lourd et chaque mouvement lui demande un effort. Nous remarquons qu'elle a besoin d'un appui pour changer de position dans son lit. Mes collègues la questionnent sur ses douleurs notamment. La médecin doit faire de nombreuses suggestions orales afin d'aider Mme L à décrire ses douleurs qui s'étendent dans tout le tronc, de l'avant à l'arrière. Elle a des difficultés à mettre des mots sur ses ressentis corporels. Durant tout l'entretien, nous observons que la patiente cherche son air, nous la trouvons essoufflée. Sa respiration est saccadée et elle fait de nombreuses petites contractions musculaires au niveau de la zone oro-faciale car sa VNI la gêne. L'infirmière lui demande alors si elle reçoit suffisamment d'oxygène, ce à quoi elle nous répond oui. L'infirmière continue en la questionnant sur de potentielles angoisses ou peurs qu'elle pourrait ressentir. La réponse immédiate de Mme L fut de dire qu'elle ne ressent ni l'une ni l'autre. Mais l'infirmière prend le temps de lui expliquer les différentes manifestations de l'angoisse et Mme finit par dire qu'elle en ressent un peu. Elle nous dit que les médicaments la soulage mais qu'elle s'attendait à ce qu'ils lui "fassent voir des éléphants" et qu'ils la fassent "s'échapper dans un autre monde". Nous reformulons ce qu'elle nous décrit en lui disant qu'elle s'attendait à vivre une détente physique mais aussi psychique. En plus de ses difficultés à transmettre son vécu psychocorporel, Mme L éprouve des difficultés de langage. Son discours est cohérent mais il est marqué par de grandes hésitations et par un manque du mot.

b) Séance 1

Nous rencontrons Mme L avec la psychomotricienne pour la première fois ensemble. Mme a toujours sa VNI, et semble à nouveau mal installée dans son lit. Elle demande elle-même à ce que nous l'aidions à trouver une meilleure position. Nous la soutenons sous les bras, Mme L ramène ses jambes vers son ventre, prend appui sur la potence et remonte dans son lit. Nous discutons quelques minutes pour faire connaissance. Elle nous parle de son métier et de ses passe-temps tels que la randonnée en montagne. La patiente a un contact très facile, elle nous sourit mais cherche toujours ses mots pour parler. Au moment de lui présenter la psychomotricité, je lui demande si elle a déjà entendu ce mot. Elle me répond "le kinésithérapeute travaille le mouvement et le psychomotricien travaille le

mouvoir c'est-à-dire la manière de bouger.” Elle ajoute à sa définition qu’elle aimerait qu’on l’aide à retrouver du mouvement. Mais elle se dit trop fatiguée pour bouger aujourd’hui et nous demande plutôt de faire des “exercices de respiration”.

Je m’installe à côté d’elle et lui propose d’observer sa respiration pendant quelques minutes. Je l’incite à sentir l’air qui entre et qui sort de ses narines ou de sa bouche, le rythme de sa respiration accompagné d’un léger gonflement du ventre. Puis je l’encourage à prendre conscience des modifications qu’elle peut ressentir dans son corps. Dès qu’elle a suivi une fois la consigne que je viens de donner, elle ouvre les yeux et me regarde pour me signaler qu’elle a effectué ce que je demandais et me réclame la suite. C’était la première fois que je guidais une séance de respiration et je n’étais pas encore tout à fait à l’aise. Je cherchais beaucoup mes mots et me sentais décontenancée lorsque je me rendais compte que Mme L attendait la suite que j’avais du mal à anticiper. J’avais beaucoup de difficulté à observer la qualité de sa respiration et donc à adapter mes propositions. Parfois elle inspirait par la bouche puis par le nez, puis les deux ensemble, tout semblait mélangé. Ses expressions du visage témoignaient de cette confusion qu’elle vivait aussi. En effet, elle fronçait beaucoup les sourcils comme si elle ne semblait pas comprendre ce que je lui disais ou qu’elle ne parvenait pas à suivre mes guidances verbales. À la fin de la séance, elle a tout de même pu dire après quelques secondes de silence : “ c'est bien”.

Après une reprise de la séance avec ma maître de stage, j’ai pu constater que je n’étais pas accordée à la demande de ma patiente. En effet, je lui ai proposé une séance de relaxation basée sur la respiration, mais pas des exercices de respiration comme elle me l’avait demandé. J’avais gardé en tête sa demande de détente psychique dont nous avons parlé lors de notre rencontre et je me suis concentrée sur cet objectif en oubliant la demande actuelle de Mme L. Je ne suivais pas son rythme qui était beaucoup plus rapide que le mien. Ma voix n’était pas adaptée puisque je parlais très lentement, avec un timbre très bas dans le but de lui apporter cette détente.

Cette séance m’a beaucoup interrogé sur mes objectifs de séance, mais aussi sur l’écoute de ma patiente et de ses objectifs à elle. Je me suis questionnée sur l’importance d’adapter ma posture professionnelle pour l’accompagner au mieux dans ses objectifs, ses

ressentis et son vécu. Quelle posture aurais-je dû adopter et comment l'ajuster ? Je développerai plus loin ce que signifie le mot posture et en quoi cette dernière tient une place si importante dans notre prise en charge.

c) Séance 2

Ce jour-là, Mme L est fatiguée. Je lui réexplique ce qu'est la psychomotricité en lui disant qu'on peut se mouvoir comme elle le soulignait précédemment mais qu'on peut aussi faire une proposition qui prend soin de son corps par la détente. Elle demande ce que nous pouvons faire pour lui procurer du bien-être, alors je lui présente la relaxation et le massage. Je lui propose ces médiations pour favoriser l'ancrage dans son corps et soutenir sa conscience corporelle. Elle émet un léger son lorsque j'aborde plus en détail la proposition du massage, puis elle me dit « je crois que j'aurai bien besoin d'un massage ». Elle me raconte qu'elle a déjà reçu des massages de la part de kinésithérapeutes seulement. La psychomotricienne et moi lui demandons quelle partie du corps elle souhaite se faire masser et elle répond « toute la partie gauche ». Nous lui expliquons qu'en psychomotricité nous préférons masser les deux hémicorps, ce qu'elle accepte volontiers.

Nous commençons par la masser au niveau des épaules puis nous descendons le long des bras jusqu'à la main. Puis nous passons au membre inférieur en massant ses cuisses, ses jambes puis ses pieds. Mme respire avec la bouche, elle a toujours sa VNI. Sa respiration est relativement saccadée. Elle ouvre parfois les yeux pour regarder ce que nous faisons ce qui pourrait traduire une volonté de contrôle et un manque de lâcher prise. En tout cas, elle a besoin d'avoir un feedback visuel sur l'éprouvé tactile. Elle fait plusieurs grandes expirations à la fin du massage lorsque nous « lisons » le corps. Je sens particulièrement un abaissement de son tonus au niveau des membres supérieurs qui se relâchent, elle ne montre pas de résistance à la mobilisation des mains. À la fin de la séance, elle nous demande si nous sentons quelque chose de particulier au niveau de ses pieds. Nous lui disons que non et lui retournons la question. Elle dit qu'elle a des sensations d'engourdissement. Nous lui expliquons pourquoi nous ne pouvons pas le sentir mais qu'en effet les traitements sont souvent à l'origine de ces sensations étranges, appelées douleurs neuropathiques. Quand

nous lui demandons comment elle se sent, elle répond « c'était pas désagréable » le sourire aux lèvres. Mme reste assez vague sur l'expression de ses ressentis corporels mais nous observons une progression. Sa dernière question m'a interpellé. Elle demande notre ressenti, en tant que thérapeute, sur ses sensations. Est-ce qu'elle cherche à valider ses ressentis ? A y trouver un sens ? Face à cette interrogation, que doit formuler le psychomotricien pour soutenir ces derniers du patient ? Comment ma posture peut accueillir et soutenir ces éprouvés ?

d) Séance 3

Lorsque nous arrivons avec la psychomotricienne dans la chambre de Mme L, nous la trouvons allongée sur son lit. Nous parlons quelques minutes à propos de la visite des médecins qu'elle a reçue la veille. Elle nous dit que ces derniers lui ont annoncé hier que ses traitements n'étaient pas efficaces mais qu'elle s'en doutait et que par conséquent ce n'était pas une annonce choc pour elle. Elle ajoute « j'ai un challenge qui est de tenir le plus longtemps possible pour ma famille ». Elle nous demande à nouveau un massage. Nous lui proposons de changer légèrement de technique en effectuant différentes pressions corporelles dans le but de lui procurer de nouvelles sensations et de renforcer sa conscience corporelle. Nous commençons donc par faire des pressions douces puis moyennes et enfin fortes sur tout le corps, en partant des épaules jusqu'aux pieds. Par ces pressions, nous stimulons les différents niveaux de proprioception : le système peau, muscle et os. Nous faisons des pressions tout le long de son enveloppe corporelle afin de marquer les limites de son corps. Mme L ferme les yeux, les ouvre moins souvent que la première fois pour regarder ce que nous faisons. En plus des pressions, nous lui proposons un massage des mains. Au fur et à mesure du massage, le tonus de ses membres périphériques supérieurs diminue. Mme ne montre aucune résistance musculaire lors des mobilisations des mains. Comme la dernière fois, la patiente prend une grande expiration quand nous arrivons aux pieds. Avant notre départ, elle dit se sentir « bien ».

e) Séance 4

Lors de cette quatrième séance, je vois Mme L seule, sans ma maître de stage. Je lui rends visite dans la matinée juste après sa toilette. Elle me dit être fatiguée car ce moment lui demande des efforts. Elle ne veut donc pas bouger et me dit qu'elle pense avoir besoin de travailler sa respiration en faisant référence aux difficultés qu'elle rencontre lorsqu'elle marche dans le couloir avec le kinésithérapeute. Je lui propose alors de prendre une position dans laquelle elle se sent bien et de prêter attention à sa respiration pendant quelques secondes. Elle inspire avec le nez et expire par la bouche. Ce schéma de respiration est plus ordonné que lors de la première séance. Est-ce parce que ma posture s'est ajustée ? Ou parce qu'elle se sent moins perdue de son corps ? Sa respiration est plutôt abdominale. Dans un premier temps, je lui donne une explication physio-anatomique du geste respiratoire. Je vulgarise mes connaissances afin de lui décrire les légers mouvements que peut créer le cycle de la respiration au niveau abdominal et thoracique. Je lui propose de constater le rythme de sa respiration. Par cette description structurée, je lui offre une lecture plus claire de ce qui se passe dans son corps. Je l'invite à poser les mains sur son ventre puis sur son thorax afin qu'elle sente au mieux le mouvement. Au début de la séance, elle parle beaucoup pour me dire ce qu'elle ressent "ah oui ça fait du bien", "oui je sens", quand je fais des suppositions sur ce qu'elle peut sentir. Puis dit "il faudrait peut-être que j'arrête de parler si je veux travailler ma respiration".

Dans un second temps je l'invite à prendre de grandes inspirations et expirations en respiration abdominale puis par la suite de faire de même en respiration thoracique. Je l'incite ensuite à sentir l'amplitude de sa respiration en lui proposant de tester l'amplitude qu'elle peut atteindre. Mme inspire toujours par le nez et expire par la bouche. Son geste respiratoire est toujours le même depuis le début de la séance. Mme L a d'ailleurs gardé les yeux fermés toute la séance. Lorsque je lui suggère d'ouvrir les yeux à la fin de la séance, elle me dit qu'elle était en train de s'endormir. Je lui demande comment elle se sent, elle me répond "bien". Je l'interroge pour savoir si elle sent une différence dans son corps entre le début et la fin de la séance. La patiente dit "je sens que c'est harmonieux dans mon corps". Puis elle me répète que ça lui donne envie de dormir. Je lui dit qu'en effet, nous avons travaillé la respiration comme elle le souhaitait mais que cela a aussi souvent un effet de

détente musculaire et psychique, ce à quoi elle me répond “oui c’est ça”. Je la quitte pour la laisser profiter de cet instant de détente.

C’est la dernière fois que j’ai vu Mme L. J’ai observé au fil des séances qu’elle a progressé quant à la verbalisation de ses ressentis. Elle économisait ses mots mais pouvait décrire de manière plus précise les effets de la séance. De plus, son vécu corporel semblait plus ordonné. Mi décembre, Mme L a été transférée dans une Unité de Soins Palliatifs où elle est décédée dix jours après.

Je vais maintenant vous exposer un second cas clinique qui m’a poussé à réfléchir à ma posture d’une manière différente de Mme L. Ces interrogations sont complémentaires et m’ont permis d’aborder mes questionnements de façon plus globale et holistique.

1.2. Madame A

a) Première rencontre

Je rencontre Madame A début octobre dans le service d’oncologie digestive pour une suite de prise en charge oncologique. En effet, elle revient d’un séjour en Espagne durant lequel elle a dû être hospitalisée pour une suspicion de syndrome occlusif. Cette patiente, âgée de 61 ans, présente un pseudomyxome appendiculaire métastatique péritonéal, c’est-à-dire une maladie gélatineuse du péritoine, depuis 2019. Elle a subi de nombreuses chirurgies ainsi qu’un traitement par chimiothérapie. L’équipe mobile de soins palliatifs est appelée pour une demande de prise en charge en soins palliatifs exclusifs. Les imageries réalisées au cours de l’hospitalisation révèlent une progression de la maladie. Mme est très douloureuse au niveau abdominal, à la cuisse gauche suite à une phlébite, ainsi que dans la zone périnéale et la vulve. L’indication psychomotrice est centrée sur la prise en charge de la douleur et de ses répercussions psychomotrices.

Mme A est une femme de grande taille. Ses cheveux mi longs sont gris. Elle porte une blouse de l’hôpital et a les yeux maquillés. Lorsque la psychomotricienne et moi la rencontrons, suite à la demande d’un médecin de l’équipe, Mme est assise dans son lit. Elle

est reliée à de nombreuses poches et perfusions. Nous nous présentons et prenons des nouvelles de son état de santé. La patiente nous parle immédiatement de ses douleurs dues à la pose de la SNG². Elle a les mains posées sur son cou et masse l'endroit sur lequel passe la sonde dans la trachée. Elle nous parle de cette gêne qui la dérange pour respirer et parler. Lors de cette première rencontre, nous lui proposons directement une séance de relaxation associée à un travail de respiration et de visualisation. La patiente s'allonge et ferme les yeux. Pendant cette séance, je suis en position d'observatrice. La psychomotricienne qui mène la séance l'invite à sentir la position de son corps sur le lit, à observer le rythme de sa respiration et le passage de l'air dans ses voies aériennes. Elle l'invite à se représenter un lieu dans lequel elle se sent bien et à imaginer la vue, les odeurs, les bruits qui l'entourent. Pendant une vingtaine de minutes, la patiente garde les yeux fermés et le cycle de sa respiration ralentit. Depuis ma place d'observatrice, je remarque qu'elle semble plus sereine, ses traits du visage sont relâchés, et ses mains ne touchent plus son cou. À la fin de la séance, quand la psychomotricienne l'invite à rouvrir les yeux, Mme replace immédiatement ses mains sur son cou et refait des automassages. Elle nous dit que ce moment était "agréable", qu'elle a profité d'un court moment où elle a oublié qu'elle avait une sonde, mais que la gêne est revenue dès la fin de la séance.

b) Séance 1

Lorsque nous entrons dans la chambre, Mme A nous dit la joie qu'elle a de nous revoir. Nous parlons quelques minutes de son état de santé et elle nous demande comment nous allons. J'ai été surprise de voir qu'elle nous retournait la question. Avec la psychomotricienne, nous lui répondons avec plaisir de manière globale, sans préciser les détails intimes de notre vie. À la fin de notre discussion, après quelques secondes de silence, Mme nous regarde et dit "vous allez me faire voyager aujourd'hui ?". La psychomotricienne lui demande si c'est ce qu'elle souhaite. Elle nous répond par l'affirmative alors elle lui propose de s'installer dans une position confortable et commence une séance de relaxation sur le même modèle que la séance précédente. Mme prend une grande respiration et ferme

² Sonde Naso Gastrique. Il s'agit d'une sonde insérée dans les voies aéro-digestives pour atteindre l'estomac. Ce dispositif est généralement introduit par le nez mais peut l'être aussi par la bouche.

les yeux immédiatement. À la fin de la proposition, elle s'étire. Je l'interroge sur ses ressentis, elle répond "je suis bien, joyeuse et je me sens en sécurité. J'ai l'impression de quitter ma maladie pendant la séance. Mais ça ne dure que quelques instants." Elle nous questionne pour savoir si nous faisons aussi des massages ce à quoi nous lui répondons oui. Nous lui demandons si elle désire en profiter dès maintenant. Elle acquiesce et exprime son souhait de se faire masser les jambes et les pieds car sa peau est très sèche. C'est la première séance de toucher massage que je réalise pendant mon stage. Avant de poser mes mains sur le corps de Mme A, je me rappelle que le toucher est un langage très fort qui peut être interprété de mille manières. Je pense à mes intentions et essaye de les transmettre à travers mes gestes. Nous commençons alors la séance à quatre mains avec une huile massante. Après avoir bien huilé nos mains, nous les posons sur le haut des cuisses de Mme A et débutons le massage. Nous faisons des mouvements circulaires tout en descendant au fur et à mesure jusqu'à atteindre le genou. Puis nous massons la jambe et enfin le pied. Nous terminons le massage en faisant des pressions avec nos mains sur les pieds de la patiente. Tout cela se fait dans un dialogue tonique avec ma maître de stage. Nous n'effectuons pas exactement les mêmes mouvements mais nous essayons de trouver le même rythme et de masser les mêmes parties du corps en même temps. Nous ne parlons pas mais échangeons parfois quelques regards pour nous accorder. Mais la majorité du temps, mon regard est tourné vers la patiente. En prenant le temps de la regarder, j'essaie de décrypter ses ressentis. J'observe ses réactions tonico-émotionnelles pour adapter mon toucher.

c) Séance 2

Je visite pour la première fois Mme A toute seule, sans la psychomotricienne. Je prends de ses nouvelles et elle demande des miennes. Puis elle exprime sa volonté de recevoir un massage des jambes et des pieds avec ses huiles essentielles dont elle m'explique les vertus. Aujourd'hui, elle a des douleurs au niveau de la poitrine droite. Nous parlons beaucoup pendant la séance. Elle me pose des questions sur mes études, me demande en quelle année je suis, si c'est moi qui ai choisi mon lieu de stage, ce que j'y apprend et où est ce que je souhaite travailler l'année prochaine. A mon tour je l'interroge sur son métier. Puis, pendant le toucher massage, elle m'interpelle : "avez-vous appris des techniques de toucher

à l'école ? Car la manière dont vous massez mes genoux et mes bleus me semble très juste et adaptée". Je lui réponds que nous n'apprenons pas de techniques particulières de massage mais que nous apprenons certains fondamentaux concernant le toucher. Après la séance, elle me décrit son état : "c'est comme si j'étais sur un matelas de plumes avec un fond. Plus le massage avance, plus je m'enfonce dans les plumes. Ces plumes volent autour de vous. Et à la fin, je touche le fond qui n'est pas dur".

Durant le massage, elle me parle de la relation qu'elle a avec ses proches. Elle m'explique qu'elle a des difficultés à se faire comprendre par eux. Mme A ajoute qu'ils la frustrant, la blessent sans le vouloir. Elle relate qu'ils ne comprennent pas ce qu'elle veut et qu'ils devraient bénéficier de formations pour apprendre "quelles sont les réactions d'une personne qui souffre". Elle exprime sa décision de ne plus répondre aux appels et messages de ses amis qui demandent de ses nouvelles car "je n'ai que des mauvaises nouvelles à donner".

Je perçois que ces séances permettent à Mme A d'accéder à une détente psychocorporelle. La séance est aussi un lieu où elle peut parler de ses émotions et de son vécu de la maladie avec tout ce que cela engendre.

d) Séance 3

Je retourne voir Mme A seule, une semaine après ma dernière visite. Son état de santé se dégrade, elle a toujours sa douleur à la poitrine (moins forte tout de même) et se sent triste car une demande de permission lui a été refusée. Les médecins ont découvert que cette douleur est liée à une embolie pulmonaire. Viennent s'ajouter à cela trois infections. Mme se sent perdue car les médecins lui disent que son état de santé est mauvais mais elle dit ne pas ressentir les conséquences de ces infections. Sauf pour l'infection pulmonaire, car elle se sent un peu essoufflée, prend des respirations de faible amplitude et a des difficultés à respirer lors d'un effort. Elle me demande un toucher massage des pieds et des jambes avec ses huiles. À la fin du massage de la première jambe, je la questionne pour savoir si elle perçoit une différence de sensation avec la seconde. Elle affirme que sa jambe gauche, déjà massée, est plus décontractée que sa jambe droite. Durant cette première

partie de séance, elle me parle de films qu'elle a vu au cinéma et de ses dernières vacances. Comme à son habitude, elle me demande à mon tour quels sont les films que j'ai vu récemment et quel est le programme de mes prochaines vacances. Lors du massage de la deuxième jambe, elle reste en silence et j'observe qu'elle s'endort. Elle se réveille avec sursaut lorsque j'enlève mes mains de son pied à la fin du massage. J'attends quelques minutes qu'elle se réveille puis lui demande quels sont les effets du massage qu'elle ressent. Elle me rétorque qu'elle s'apaise, qu'elle observe une diminution de ses tensions musculaires et qu'elle atteint un état de détente. Elle ajoute que la détente musculaire lui permet de s'évader. Elle rapporte aussi qu'elle a l'impression que ses jambes sont plus longues qu'avant et que ses fourmillements au niveau des jambes ont diminué. Elle continue en décrivant une impression de s'enfoncer. "Au début j'ai une résistance puis malgré moi je m'enfonce, palier par palier, pas tout d'un coup. A chaque palier atteint, je ne pense pas que je peux m'enfoncer encore plus". Mme A exprime de manière de plus en plus détaillée ses vécus corporels induits par les différents stimuli.

e) Séance 4

Ce jour-là, je rends visite à Mme A avec la psychomotricienne. Dès notre arrivée, la patiente nous parle de cuisine, des plats de l'hôpital qu'elle ne supporte plus, et des plats qu'elle aimait cuisiner pour ses enfants et son mari. Elle nous répète qu'elle a hâte de sortir d'ici et qu'elle se trouve en meilleure forme. Elle nous pose d'ailleurs la question : " Vous aussi vous trouvez que je vais mieux ? Comment vous me trouvez ?". S'ensuit alors un grand moment de silence. À cet instant précis, je me sens très mal à l'aise et ne sais pas quoi répondre. Je la regarde, je sais qu'elle attend une réponse mais j'ai envie de fuir la situation. En effet, j'ai entendu les médecins dire ce matin au staff que son état médical s'altérerait. Je la trouve moins fatiguée que la fois précédente et ses infections ont disparu mais son cancer continue de progresser. Je ne sais pas quelle posture adopter : mentir en soutenant ses dires ou oser lui répéter ce que j'ai entendu ce matin ? Elle nous regarde toutes les deux pendant cet instant de silence et nous lance "vous ne répondez pas ?". Ma maître de stage prend alors la parole et donne son avis en reformulant ce que la patiente venait de nous dire. Elle lui explique que le plus important est ce qu'elle ressent. Mme A se satisfait de cette réponse.

Nous parlons ensuite de musique et lui proposons de faire la séance avec un fond de musique classique. Comme d'habitude, elle se montre très bavarde au début du massage puis laisse place au silence. Ce jour-là, elle s'endort à la fin de la séance et nous partons discrètement.

Mme A est ensuite partie dans un Soins de Suite et de Réadaptation où elle a été suivie par une EMSP. Je l'ai revu une fois de manière très rapide alors qu'elle venait à l'hôpital pour une consultation avec son oncologue. Nous avons alors discuté avec elle, son mari et l'équipe médicale d'un transfert en USP. Mme A se montrait très réticente car elle disait avoir encore "assez de forces pour se battre contre la maladie". Notre EMSP a pris le soin de lui expliquer la vocation de l'USP qui lui apporterait une prise en charge plus adaptée à ses besoins. Au vu de son état qui se dégradait et de ses douleurs non soulagées, la patiente a finalement accepté d'y être transférée. Elle est décédée deux semaines après, le 18 février 2024.

2. Présentation du terrain de stage

2.1. Les soins palliatifs

a) Historique

Afin de comprendre dans quel contexte s'inscrit ma clinique, il me paraît important de décrire de manière non exhaustive l'histoire des soins palliatifs.

Le terme de "soins palliatifs" est employé depuis peu en France mais l'approche que ces soins proposent est en réalité bien plus ancienne. En effet, jusqu'au XIXème siècle, les personnes en fin de vie étaient accompagnées par leurs familles ou par les représentants de cultes. Les personnes décédaient chez elles ou dans des hospices destinés à accueillir les malades, les mourants et les pauvres. À la fin du XIXème, Jeanne Garnier, une jeune femme catholique, veuve et marquée par la perte de ses deux enfants, décide de consacrer sa vie à s'occuper des femmes "incurables". En 1842, elle crée avec deux amies l'association des

Dames du Calvaire afin de prendre soin *“des femmes incurables atteintes de plaies vives qui ne peuvent trouver une place dans les hôpitaux ou qu’on n’y garde pas parce qu’on est impuissant à les guérir”* (J.Ancelot-Hustache, 1935). En 1967 Cicely Saunders, ancienne infirmière devenue médecin, reprend le concept de soins palliatifs et ouvre à Londres le Saint Christopher’s Hospice afin d’accueillir les patients cancéreux en phase terminale. Considérée comme la pionnière des soins palliatifs modernes, elle souligne l’importance de considérer le patient en tant que *“sujet”* jusqu’au bout. Elle est à l’origine du concept de total pain qui a inspiré la ligne conductrice des soins palliatifs. Cette notion reprend le caractère global de la souffrance qui touche le patient. Elle englobe les douleurs physiques, psychiques, sociales et spirituelles. Enfin, une troisième femme a marqué l’histoire des soins palliatifs. Il s’agit de la psychiatre Elizabeth Kübler Ross, qui s’est intéressée aux éprouvés psychiques des patients en fin de vie. Elle a notamment écrit *Les derniers instants de la vie* (1969) dans lequel elle décrit les différentes étapes du mourir.

On considère que les soins palliatifs sont nés en France dans les années 1980 avec la création de l’association Jusqu’à la mort accompagner la vie (JALMALV) en 1987. Les soins palliatifs sont officiellement instaurés en 1986 avec la publication de la circulaire Laroque relative à *“l’organisation des soins et à l’accompagnement des malades en phase terminale”*, qui pose les principes de fonctionnement des unités de soins palliatifs. La première Unité de Soins Palliatifs (USP) a été créée en 1987 par le Dr Maurice Abiven. En 1989 suivra la création de la première Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP). Il faudra attendre 1999 pour qu’une loi garantissant le droit à l’accès aux soins palliatifs soit votée.

b) Définition

La Société Française d’Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) définit les soins palliatifs comme des *“soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d’une maladie grave, évolutive et terminale. L’objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle.”* Les soins palliatifs considèrent la mort comme un processus naturel, ils ne visent pas à l’accélérer mais à l’accompagner en douceur. Ils sont destinés au

patient mais aussi à sa famille et à ses proches. Ce sont des soins actifs, continus et adaptés. Comme le souligne la Haute Autorité de Santé (HAS) dans un document intitulé *L'essentiel de la démarche palliative*, publié en 2016, la démarche propre aux soins palliatifs est de proposer une approche globale, une prise en charge précoce et un suivi et une formation des soignants.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) précise que la vocation des soins palliatifs est d'améliorer *“la qualité de vie des patients et de leur famille, prévenir et soulager la souffrance, traiter la douleur et les autres problèmes physiques, spirituels et psychologiques.”* Les soins palliatifs soutiennent, accompagnent et optimisent le confort du patient afin de lui proposer la meilleure qualité de vie possible. La philosophie des soins palliatifs est de se décentrer de la maladie pour se recentrer sur la personne en la regardant dans tous les aspects qui la constituent. Le médecin et académicien Jean Bernard disait à propos de la fin de vie qu'il s'agissait *“d'ajouter de la vie aux jours lorsqu'on ne peut pas ajouter des jours à la vie.”* Jolie formule pour signifier que jusqu'au bout nous pouvons prendre soin du corps, du cœur et de la psyché de la personne.

2.2 L'Équipe Mobile de Soins Palliatifs

J'effectue mon stage au sein de l'équipe mobile de soins palliatifs d'un hôpital parisien. Cette équipe est dédiée à l'amélioration de la qualité de vie des patients, c'est-à-dire au soulagement des différentes souffrances, à l'amélioration du confort ainsi qu'à l'accompagnement. Elle est appelée pour les patients dont on sait qu'ils ne guériront pas ou pour ceux qui font face à une problématique de symptômes complexes tels que la douleurs ou des symptômes réfractaires aux traitements ou encore pour des patients qui sont en soins palliatifs exclusifs. L'équipe intervient principalement dans les services d'oncologie digestive, médicale et thoracique. Elle agit uniquement sur demande du médecin référent du patient. Lorsqu'elle est contactée, l'équipe prend d'abord un temps d'échange avec l'oncologue référent du patient pour saisir la demande et les besoins du patient. Puis, l'EMSP discute des indications d'appel et détermine si ces dernières sont adaptées avec le projet de soin du médecin référent.

L'équipe est constituée de deux médecins, dont une responsable de l'équipe, de deux infirmières, d'une psychologue présente à mi-temps, d'une psychomotricienne et d'un responsable des bénévoles. Une association de bénévoles laïcs est présente sur l'hôpital et visite les patients. Ses membres ne sont pas des professionnels de santé mais des citoyens engagés dont la mission est d'être une présence et une écoute pour les patients. Ils maintiennent un lien social et solidaire entre la société et la personne malade. Il y a aussi des aumôneries de différentes religions qui proposent de visiter les patients qui le souhaitent.

Un flyer a été créé par l'EMSP pour présenter aux patients de l'hôpital ses diverses missions, faites en collaboration avec les médecins et soignants référents du patient. Un des premiers objectifs de l'EMSP est d'améliorer la prise en charge de la douleur et des symptômes d'inconfort par une évaluation rigoureuse, des prescriptions adaptées, un suivi régulier et des informations et outils pour mieux comprendre et adapter les traitements. Son rôle est aussi d'apporter une écoute personnalisée, un soutien relationnel et de promouvoir l'information de la personne malade et de son entourage afin de leur permettre de participer aux décisions. Elle participe à la continuité des soins entre l'hôpital et le domicile par la mise en place de dispositif d'aide à la coordination (DAC) et d'une Hospitalisation À Domicile (HAD) et favorise une bonne communication de l'information entre les différents professionnels de santé. Enfin, elle aide à l'élaboration du projet de soins en collaboration avec l'équipe référente.

Il existe plusieurs modalités d'intervention. L'équipe peut être appelée pour des consultations au sein des services lors des hospitalisations et en hôpital de jour. Elle fait des suivis téléphoniques. L'EMSP est présente à l'hôpital du lundi au vendredi de 9h à 18h.

2.3 La psychomotricité au sein de l'EMSP

Le poste de psychomotricien a été créé il y a 15 ans. La psychomotricienne est présente à temps complet dans l'équipe et sa place est bien reconnue. Comme le précise le décret de compétence de notre métier, elle exerce sur prescription médicale. La prescription se fait de manière orale lors des réunions d'équipe qui ont lieu tous les matins. Lors de ces temps d'échange, les infirmières et la psychomotricienne font les transmissions concernant les patients hospitalisés que l'équipe suit. Puis l'équipe discute des nouveaux patients que les

différents services lui demandent de rencontrer. Les médecins indiquent alors à la psychomotricienne quels sont les patients qu'il serait pertinent de visiter. Elle rencontre les patients hospitalisés ainsi que ceux qui viennent en hôpital de jour (HDJ). Les patients qu'elle visite en HDJ sont, dans la grande majorité des cas, des personnes qui étaient anciennement hospitalisées et, par conséquent, déjà connus de la psychomotricienne.

Lorsque nous rencontrons les patients, nous définissons la psychomotricité comme une approche non médicamenteuse, à médiations corporelles, qui vise à leur proposer des techniques pour soulager leurs douleurs, leurs angoisses, les aider à trouver une détente psychique et/ou physique, et retrouver du mouvement dans leur corps. Cette définition est sans cesse réajustée selon ce que le patient nous a dit auparavant sur ce qu'il vit, la façon dont il ressent son corps et l'indication psychomotrice évoquée le matin au staff.

Le projet de suivi que nous allons proposer au patient est évidemment différent selon les problématiques qui le concernent. La première rencontre nous permet particulièrement de faire une évaluation psychomotrice du patient à travers nos observations. Nous essayons de comprendre le vécu corporel du patient à travers ce qu'il nous dit mais aussi en observant son aspect général ainsi que les items psychomoteurs dont la posture et son tonus, la motricité, le rapport au temps et à l'espace, la qualité de sa communication verbale et non verbale et l'expression des émotions. Nous mettons en lien les symptômes exprimés par le patient et nos observations psychomotrices pour dégager un axe d'accompagnement qui sera ajusté sur demande du patient et/ou sur évolution médicale de ses symptômes. L'axe thérapeutique s'ajuste à la réalité psychocorporelle du patient impactée par la maladie et sa symptomatologie associée. L'intérêt de cette première rencontre est aussi de commencer à créer une alliance thérapeutique afin de proposer par la suite une prise en charge au patient.

La durée du suivi est très variable. Elle peut être de seulement une séance ou s'étaler sur plusieurs mois. En général, les patients sont hospitalisés pendant plusieurs semaines. Dans ce cas, nous pouvons leur rendre visite plusieurs fois par semaine, selon les besoins du patient et notre disponibilité. Quant aux patients suivis en HDJ, nous les rencontrons lors de leurs rendez-vous programmés soit une à deux fois par mois, en fonction de la fréquence de leurs traitements.

II. Le cancer en phase palliative et ses répercussions psychocorporelles

1. Pathologie rencontrée : le cancer

Selon l'association de La ligue contre le cancer, le cancer est « *une maladie caractérisée par la prolifération incontrôlée de cellules, liée à un échappement aux mécanismes de régulation qui assure le développement harmonieux de notre organisme et la coexistence des cellules normales entre elles* ». D'origine multifactorielle, le cancer est lié à la modification de la structure d'un gène, c'est-à-dire à une mutation. Ces cellules se multiplient jusqu'à former une tumeur maligne et détruisent les zones environnantes. Les cellules cancéreuses peuvent migrer et se propager dans une autre partie de l'organisme et ainsi former des métastases.

Le cancer est généralement détecté après l'apparition de symptômes qui alertent le patient et l'incitent à prendre un premier rendez-vous médical. Ces derniers sont la conséquence de la présence de la tumeur dans l'organisme et/ou de son développement. Nous distinguons d'abord les signes dus à l'impact de la tumeur sur son environnement comme les modifications de la voix, les céphalées ou les troubles du transit. Puis, ces symptômes peuvent être causés par l'envahissement des différents systèmes corporels et être ainsi à l'origine de douleurs, de ganglions, de phlébites ou encore d'hémorragies. Enfin, la croissance de la tumeur peut se caractériser par des signes généraux comme une altération de l'état général, une fatigue ou une perte de poids.

Plusieurs examens médicaux sont effectués sur le patient afin de trouver l'origine de ses symptômes. Le scanner et la biopsie sont les deux examens qui permettent de détecter la présence et la localisation des cellules cancéreuses. Selon le stade du cancer, sa localisation, et son étiologie, des traitements pourront être proposés au patient. Ces derniers ne peuvent pas toujours garantir une rémission ou une guérison mais ont pour objectif de limiter l'avancée de la maladie en éliminant les tumeurs et métastases, d'atténuer les symptômes, réduire le risque de récurrence et d'offrir la meilleure qualité de vie possible au malade. Pour

cela, une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) est faite entre l'oncologue, le radiothérapeute et le chirurgien. À l'issue de cette discussion, les médecins informent le patient sur la stratégie thérapeutique considérée comme étant la plus efficace pour combattre sa maladie. Il a été décidé dans cet hôpital que l'EMSP ne participait pas aux RCP. Cependant, l'équipe prend part à des réunions éthiques pour discuter du cas de certains patients.

Pendant de très nombreuses années, le seul objectif des équipes médicales dans la prise en charge du cancer était la guérison de la maladie. Tous les autres symptômes générés par le cancer n'étaient pas suffisamment pris en compte dans l'accompagnement. Cependant, dans les années 1990, suite à la forte demande des patients, les équipes ont commencé à penser les soins dans une approche plus holistique de la personne afin d'apporter une réponse aux souffrances psycho-sociales et aux effets secondaires des traitements. Ils ont cherché des moyens pour aider le patient à vivre au mieux sa maladie dans tous les aspects de sa vie. C'est ainsi qu'a été lancé en 2003 le plan Cancer qui définit cette nouvelle forme de prise en charge comme les "soins de support". L'HAS les définit comme *"l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements spécifiques (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) lorsqu'il y en a. Les soins de support font appel à des compétences dans les domaines de la nutrition, la diététique, la psycho-oncologie, la douleur, la kinésithérapie, l'orthophonie, etc."* Ils sont destinés au patient et à ses proches tout au long de la maladie mais aussi après et garantissent la continuité des soins. Une équipe pluridisciplinaire est chargée de prendre en compte les problématiques sociales, physiques, psychiques, fonctionnelles et familiales du patient et de ses aidants. Ce sont des soins complémentaires aux traitements spécifiques du cancer. Cette approche a pour but de proposer une prise en charge plus globale des symptômes liés à la maladie mais aussi des effets indésirables des traitements : douleur, fatigue, alimentation, motricité, l'activité physique adaptée, le soutien de l'image du corps. Cet accompagnement personnalisé offre au patient la meilleure qualité de vie possible. Les soins palliatifs sont inclus dans les soins de support.

2. Les principaux bouleversements psychocorporels observés

En côtoyant des patients tout au long de mon stage, j'ai eu l'occasion d'identifier un grand nombre de bouleversements psychocorporels liés au cancer. Ces observations variées m'ont amenées à réfléchir sur ma propre posture. J'ai alors ressenti la nécessité d'ajuster ma posture en fonction des changements que vivait le patient afin de le rejoindre là où il se trouvait et lui proposer une prise en charge personnalisée. Pour un souci de concision, je ne décrirai que brièvement les bouleversements dont j'ai été le plus souvent témoin.

2.1 Le tonus

Les premiers bouleversements que j'observe dans la clinique sont les troubles toniques.

Le tonus est *"la réaction du muscle à son propre étirement ou la sensibilité du muscle à son propre étirement"* (Robert-Ouvray, Servant-Laval, 2012, p.161). Il nous permet de nous mettre en mouvement et d'entrer en relation. Il *"constitue le fondement même de la posture, du mouvement et des dynamiques d'interaction avec l'environnement et se trouve en cela au carrefour du psychique et du somatique."* (Ibid, p.145). On distingue trois formes de tonus avec chacune leur fonction spécifique.

Le tonus de fond, aussi appelé tonus basal, passif ou permanent, est une contraction permanente et involontaire qui traduit un état de légère tension isométrique des muscles. Il *"participe à la qualité de la cohésion d'ensemble du corps"* (Ibid, p.173). Le tonus de fond établit un lien entre les différentes parties du corps créant ainsi une enveloppe qui *"soutient le sentiment d'unité corporelle et d'individuation"* (Ibid, p.173).

Le tonus postural se définit comme l'activité tonique minimale qui permet de maintenir la posture face à l'apesanteur. Il permet de nous mettre en mouvement. C'est une activité automatique sur laquelle on peut agir volontairement grâce à notre vigilance. Elle permet à l'individu de *"s'orienter corporellement vers son environnement et de s'y ajuster dans sa qualité de présence"* (Ibid, p.173).

Enfin, le tonus d'action est une *"contraction musculaire dite phasique, permettant l'action et le mouvement, dans un déroulement spatialisé"* (Ibid, p.175). Il est la source de la

motricité globale qui nous permet de marcher, courir, sauter, danser. Il prépare et soutient le mouvement.

Selon Suzanne Robert-Ouvray et Agnès Servant-Laval, grâce au tonus et la proprioception, qui permet la perception de ce dernier, l'individu acquiert une conscience de lui-même. Le tonus de fond permet d'acquérir la conscience de soi-même, différent d'un autre. Le tonus de posture développe la conscience d'être présent dans un temps et un espace donné. Le tonus d'action donne la conscience d'être en mouvement. Les échanges toniques dans les rencontres avec autrui cultivent la conscience d'être en relation. La fonction tonique est donc ce qui permet d'étayer la conscience de soi.

Plus notre tonicité est équilibrée, plus nous serons aptes à recevoir les informations de l'environnement et à adapter notre réponse. Notre tonus est donc sans cesse modifié par les différentes expériences que nous vivons au cours d'une journée. On observe deux polarités toniques à savoir l'hypertonie et l'hypotonie qui peuvent traduire dans les deux cas un état psychocorporel agréable ou désagréable. L'hypotonie se caractérise par un corps lâche, mou, une faiblesse musculaire tandis que l'hypertonie est associée à la raideur et au corps tendu. Dans le cadre du cancer, nous savons que la prolifération de la maladie ainsi que les traitements sont à l'origine d'une grande fatigue. Ils peuvent aussi causer des troubles du sommeil et une perte d'appétit. Ces différents symptômes sont susceptibles d'être à l'origine d'un versant hypotonique qui aura des conséquences sur l'activité physique du patient et sa vigilance. Par ailleurs, la perte de poids entraîne une fonte de la masse musculaire et peut participer à la diminution du tonus musculaire. A l'inverse, nous observons des hypertonies dans des périodes douloureuses. Cela peut engendrer un sur ou un sous-investissement corporel. Lorsque le patient est douloureux, il va recruter son tonus et ainsi former une carapace tonique pour se protéger. Le patient vit donc des variations toniques plus ou moins importantes tout au long de sa maladie. Cependant, lorsqu'un état tonique devient constant, on observe des dysharmonies toniques et des troubles de la régulation tonique. Les symptômes de ces troubles sont *"l'anxiété somatisée (dyspnée, inhibition ou agitation psychomotrice), la résonance psychomotrice de la douleur : troubles de l'investissement du corps, inconfort postural, mimique figée, appréhension au toucher et/ou au mouvement, etc., les troubles psychoaffectifs, les troubles du comportement*

ou de la communication” (Cocaign, Thérain-Sommain, Guiose, 2022, p.230). Les médicaments peuvent eux aussi participer à l'apparition de ces symptômes.

Au-delà des troubles toniques, j'ai pu observer chez mes patients la présence de troubles tonico-émotionnels. Le tonus et les émotions sont intimement liés, ils inter-réagissent et constituent un langage corporel. Les émotions s'accompagnent de manifestations toniques qui modifient l'état tensionnel. En effet, pour Wallon, *“les émotions ont une formation d'origine posturale et ont pour étoffe le tonus musculaire”* (1949, p.37). Les troubles tonico-émotionnels traduisent un défaut d'adaptation à l'environnement ou encore une réponse inadéquate à une situation. Il existe de nombreux troubles tonico-émotionnels, je ne vais décrire que ceux que j'ai rencontrés le plus fréquemment. On distingue les paratonies c'est-à-dire une incapacité de relâchement volontaire, les dystonies qui sont des contractions musculaires inadaptées qui apparaissent au cours d'un mouvement ou du maintien d'une attitude. Enfin, j'ai pu observer des dysharmonies toniques telles que des réactions de prestance. Ces dernières sont des réactions d'ordre gestuelles qui ou des mimiques qui traduisent l'inadéquation de l'adaptation relationnelle. Ces réactions toniques traduisent l'état affectif du sujet.

2.2 Les représentations psychocorporelles

a) L'image du corps

Puis, j'ai observé des atteintes de l'image du corps. Ce concept désigne *“les perceptions et représentations mentales que nous avons de notre corps, comme objet physique, mais aussi chargé d'affects. Elle est l'aspect imageant du corps et appartient à l'imaginaire, à l'inconscient, avec comme support l'affectif”* (Guiose, 2007, p.26). Il s'agit de l'idée, en perpétuel remaniement, que chacun se fait de son corps. Dolto parle de l'image inconsciente du corps et écrit qu'elle est *“la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles”* (Dolto, 1984, p.34). Ainsi, cette représentation imaginaire se construit selon le vécu actuel mais est empreinte des vécus passés.

Le cancer est à l'origine de nombreux changements physiques. Ils peuvent être extérieurs tels que la chute des cheveux et l'évolution du volume corporel lié à la perte ou la

prise de poids. Mais ces derniers sont aussi intérieurs et donc invisibles à l'œil nu comme la présence de métastases ou les conséquences d'une chirurgie par exemple. De plus, les patients subissent de nombreux gestes de soins invasifs comme la pose de sonde, de poches, perfusions et tant d'autres encore. Toutes ces modifications corporelles, dues au cancer et à ses traitements, évoluent en permanence et engendrent une atteinte de l'image du corps. Les déformations du corps modifient le regard que la personne porte sur elle-même. Le regard de l'entourage sur leur proche peut aussi changer. Désormais, le corps est perçu comme une structure fragile. Ces regards peuvent amener à une image déformée de soi et parfois mener à un repli du patient sur lui-même. Selon plusieurs psychomotriciens exerçant en soins palliatifs, il existe différents symptômes de cette altération de l'image du corps. On distingue une atteinte narcissique, c'est-à-dire une honte du corps associée à une perte de l'estime de soi pouvant aller jusqu'à un sentiment d'étrangeté du corps. Mais aussi une remise en cause identitaire, des angoisses de morcellement et de liquéfaction, des troubles de l'investissement corporel, une perte d'autonomie et une unité somato-psychique fragilisée (Cocaign, Thérain-Sommain, Guiose, 2022). Les limites corporelles du malade sont attaquées ce qui peut créer un sentiment de perte d'intégrité corporelle et générer des angoisses. Le corps devient le temple de sensations généralement désagréables comme la douleur et la fatigue. L'altération de l'image du corps est caractérisée par « *l'existence d'une différence marquée entre l'apparence ou le fonctionnement actuel perçu d'un attribut corporel donné et la perception idéale de cet attribut par l'individu ; cette différence, en vertu de l'investissement personnel et des dysfonctionnements corporels, a des conséquences émotionnelles et comportementales, et peut affecter significativement la qualité du fonctionnement occupationnel, social et relationnel* » (White, 2000, p.56). L'image que le patient porte sur son corps a un impact direct sur son état émotionnel à tel point qu'elle peut déterminer "*l'état de bien être émotionnel un à deux ans après le diagnostic et le traitement chirurgical*" (Figueiredo, Cullen, Hwang, Rowland, Mandel-blatt, 2004, p22).

b) Le schéma corporel

De plus, j'ai noté une atteinte du schéma corporel. Julian de Ajuriaguerra écrit à propos de ce dernier, « *Édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques,*

labyrinthiques et 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 ». Le schéma corporel se construit donc dans l'expérience et est évolutif. Il est la référence constante de nos relations avec l'espace, le temps et l'environnement. Il se construit sur la base de nos expériences perceptivo-motrices et devient le support de ces dernières. C'est le schéma corporel qui nous permet de localiser la position de notre corps dans l'espace, d'adapter nos mouvements à l'environnement, de les coordonner et de connaître la position de nos différents segments corporels. Durant la maladie, le patient voit ses expériences corporelles se raréfier du fait de la douleur, de la fatigue et parfois de l'alitement. Le schéma corporel va alors peu à peu s'appauvrir. Selon Cogaïn, Thérain-Sommain, Guiose (2022, p.432), « *les symptômes de cette atteinte du schéma corporel sont la désorientation, la perte d'autonomie, la perte de repères corporels ainsi que l'atteinte des somatognosies* ».

c) L'identité

Enfin, j'ai constaté que les patients étaient impactés dans leur sentiment d'identité. L'identité est l'ensemble des caractéristiques qui constituent une personne. « *La maladie et son cortège de modifications corporelles (...) bouleversent l'individu dans ses sensations, perceptions, son vécu et l'image qu'il a de son corps, pouvant retentir jusque dans son sentiment d'identité* » (Forest, Bednarek, 2015, p.407). Tous les bouleversements vécus par le patient modifient l'expérience qu'il a de son corps et de son être et influencent son sentiment d'identité. Le corps peut devenir étranger et se transformer en un espace de souffrance. Selon Lipiansky, « *le corps est la base et le support privilégié du sentiment d'identité. C'est lorsque le nourrisson est capable de localiser les sensations (...) dans son corps qu'il devient capable de différencier ce qui est soi et ce qui est non soi.* » (cité par Liarte et Brocq, 2014, p.39) Or nous voyons depuis le début de cette partie que la maladie grave et évolutive altère la perception, la représentation et le vécu corporel. Comme le soulignent Liarte et Brocq, « *l'identité personnelle étant très liée à la représentation de soi, on comprend que l'atteinte à l'image corporelle puisse être également radicale. Par-delà la construction du*

soi, c'est en effet tout « l'idéal » du moi qui est blessé et remis en cause lorsque le corps défaille. Les stigmates du corps malade renvoient en quelque sorte à des failles somatiques, qui fragilisent l'identité, surtout si elle s'est construite majoritairement sur ces éléments. » (2014, p.40). Dans l'épreuve de la maladie, le patient peut être désorienté quant à la manière de prendre sa place dans la société et dans ses rapports avec les autres et ne plus savoir quel est son rôle. Il vit aussi de nombreux deuils qui impactent son estime de lui et son identité. Dans l'enfance, l'individu suit le processus de subjectivation et d'individuation qui lui permet de s'éprouver comme sujet dans le monde. Ce processus est mis à mal par la maladie. Nous verrons plus tard comment notre posture de psychomotricien permet au patient de retrouver cette subjectivité.

3. Les indications psychomotrices

Toutes les dimensions du corps sont atteintes par la maladie. Le corps réel à travers l'atteinte du schéma corporel et du tonus, et le corps imaginaire et représenté à travers l'atteinte de l'image du corps et de l'identité. Ces différentes problématiques psychomotrices sont à l'origine de nombreuses indications psychomotrices.

Tout d'abord, on observe une atteinte de l'axe corporel. Dans le cancer, la conscience de l'axe corporel est perturbée à cause de l'alitement de patient et des nombreux éléments qui modifient la verticalité comme les poches, les perfusions, les sondes et les drains. On peut observer chez les patients une atteinte du rachis à cause des métastases osseuses et parfois une hémiplégie, une paraplégie et des troubles vestibulaires. Tout cela impacte la mobilité et la motricité du patient. La verticalité posturale permet de s'ériger en tant qu'individu en interaction avec son environnement. Cette perte d'autonomie crée un enjeu autour de la dignité et de l'identité.

Puis, on note une atteinte de l'enveloppe corporelle. Comme j'ai déjà commencé à l'aborder à propos de l'image du corps, les limites et l'intégrité corporelle du patient sont attaquées à cause du matériel médical invasif, des traitements, des atteintes cutanées et des douleurs. La peau ne remplit plus sa fonction première de barrière protectrice. L'enveloppe corporelle est perçue comme abîmée et mutilée. Cela peut engendrer un sentiment de perte

de l'intégrité corporelle et générer des angoisses. On peut retrouver des angoisses de liquéfaction et de morcellement.

On distingue aussi un manque d'ancrage physique et psychique c'est-à-dire une difficulté à sentir sa présence corporelle ou à être en lien avec ses émotions et sensations. Cela peut se traduire par une perte de repère et une difficulté à être présent dans la relation ou dans l'instant présent.

La dissociation somato-psychique est aussi source d'une indication psychomotrice. On observe parfois chez nos patients un clivage entre le corps et la psyché ou au sein du corps lui-même. Cela peut se traduire par une inattention ou un déni de tout ou une partie du corps soit un trouble de l'investissement corporel (sur investissement ou désinvestissement). L'enjeu est de continuer à éprouver, ressentir, mettre en mot ses sensations et retrouver des instants de plaisir corporel pour soutenir le désir de vivre.

Enfin, les troubles de la régulation tonico-émotionnelle forment une indication psychomotrice importante. Certains éléments tels que les tensions musculaires et psychiques, l'anxiété, les troubles de l'humeur, les modifications des sphères sensorielles et la symptomatologie douloureuse modifient l'organisation psychocorporelle du patient. Ces derniers peuvent alors engendrer des difficultés de régulation tonico-émotionnelles qui vont elles-mêmes avoir des conséquences sur les relations sociales. L'enjeu est alors de soutenir le lien patient/famille et soignant/patient.

4. Les axes thérapeutiques

Face à ces problématiques psychomotrices, le rôle du psychomotricien est d'accompagner le patient dans ces changements fonctionnels et structurels pour favoriser une réappropriation de son corps. Il s'agit de « *reconnaître la perte et donner la possibilité au patient d'évoquer son vécu par rapport à ses modifications corporelles et lui permettre l'élaboration et la mise en mots pour ne pas rester aliéner au cancer et à la mutilation* » (Reich, 2009, p.253). Bien que les soins du corps soient au cœur de la prise en charge, Reich précise qu'il s'agit de prendre soin d'une personne avec ses questionnements, ses sentiments

et ses attentes. Burucoa et Marcos complètent cette approche et ajoutent que « *l'attention du psychomotricien se porte sur l'exploration d'expériences sensorimotrices [...] pour la personne malade. Cette action thérapeutique vise ainsi un étayage de sa psyché par le corps, un soutien de son identité comme sujet* » (2012, p.74). Selon Géraldine Forest et Sophie Bednarek, les projets thérapeutiques se construisent autour de différents axes dont l'un des plus récurrents concerne la gestion de la douleur et ses répercussions sur le schéma corporel et l'investissement corporel. On retrouve aussi la prise en charge des angoisses et de ses manifestations somatiques (difficultés respiratoires, tensions corporelles), les troubles de la communication et le refus de soin. Ainsi que les troubles de l'image du corps et leurs conséquences sur l'estime de soi.

Pour répondre à ces problématiques, le psychomotricien dispose de plusieurs médiations qu'il adapte selon la demande et les besoins particuliers du patient. On compte parmi ces médiations la relaxation psychomotrice, le toucher-thérapeutique et autres inductions tactiles, l'expression corporelle, le travail de conscience corporelle et la stimulation sensorielle. Ces dernières ne sont que des outils qui permettent d'entrer en relation. Ils ne sont pas une fin en soi mais sont des moyens pour répondre à nos objectifs thérapeutiques.

5. Une prise en charge holistique

Nous voyons donc que pour soutenir la personne dans son identité de sujet, cela nécessite de prendre en compte toutes ses souffrances comme évoqué plus haut à travers le concept de total pain décrit par Cicely Saunders. Il ne s'agit pas de regarder le patient seulement comme un malade dont le corps se voit modifié peu à peu par le cancer, mais de l'appréhender de façon plus complète et globale.

Cicely Saunders décrit quatre types de souffrances. Elle décrit la souffrance physique comme toutes les douleurs liées à la symptomatologie somatique de la maladie, aux comorbidités, ou effets secondaires et parfois au refus des traitements. La douleur est une «

expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion » (Association Internationale de Lutte de la Douleur, IASP, 1986). Parmi ces dernières, on distingue les douleurs nociceptives, neuropathiques, idiopathiques, mixtes, psychogènes, aiguës ou encore chroniques. Puis elle associe la souffrance psychique à l'anxiété, aux symptômes dépressifs et à l'appréhension des symptômes et de soins. La souffrance sociale est liée à la perte des contacts sociaux et du statut familial. Enfin, elle cite la souffrance spirituelle qui réunit les questionnements religieux, philosophiques ou transcendants sur la vie. Il peut s'agir d'une colère contre dieu, d'une perte d'espérance ou de la peur de l'inconnu et du vide.

À l'image du concept du total pain, la psychomotricité est une discipline qui nous invite à avoir un regard holistique sur les patients qui nous sont confiés et à considérer toutes les dimensions qui le constituent. La formation initiale en psychomotricité instruit aux étudiants des matières qui permettent de construire ce regard global. Nous étudions principalement la physiologie, l'anatomie, la psychiatrie, la psychologie et la neurologie. La spécificité du psychomotricien réside dans l'évaluation et la prise en charge des « *fonctions neurocognitives, sensorimotrices, perceptivo-motrices, praxiques, instrumentales et psychomotrices* » du patient (Ballouard, 2011, p.6). Ainsi les problématiques psychomotrices relevées nous donnent des renseignements sur le rapport que le patient entretient avec son corps, son environnement et avec ceux qui l'entourent. La psychomotricité sort de la vision dualiste qui sépare la prise en charge du corps d'un côté et celle du psychisme de l'autre pour faire des ponts entre les deux et promouvoir une approche globale.

L'approche holistique implique de reconnaître la dignité, origine de tous nos droits fondamentaux, qui caractérise chacun de nos patients. La loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades renforce la notion de dignité en stipulant que « *les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort* ». Il s'agit donc d'un devoir pour chaque soignant de reconnaître la

dignité du patient et de garantir son respect. Dans un entretien accordé au journal Le Point, le philosophe spécialiste d'éthique médicale, Éric Fiat, distingue deux sens de la dignité. Il évoque d'abord la dignité ontologique qui signifie que l'homme vaut en lui-même. Il dit que la dignité est le propre de l'humain, un attribut de notre être qui serait indissociable de notre humanité. En somme, c'est une valeur absolue qui ne se perd pas car elle est le fondement de l'identité. Quant à la dignité posturale, il la définit comme une performance intellectuelle et physique. Il s'agit de « *retenir tout ce qui rappelle l'animalité de l'homme* » (2021). La dignité est donc un principe intrinsèque à chaque être humain. Elle définit la valeur inaltérable de l'homme et constitue le fondement moral qui guide nos actions.

L'auteur affirme que la dignité ne se perd pas mais qu'on peut en perdre le sentiment. Le sentiment de dignité peut varier selon plusieurs facteurs tels que les expériences vécues, l'estime de soi et l'image du corps. Si le patient perd ce sentiment, c'est en partie à nous soignant, de lui montrer qu'il a encore toute sa dignité. Notre posture se travaille dès les premiers instants de la rencontre avec le patient, par le simple regard que nous allons poser sur lui car comme le souligne Tanella Boni, « *en situation, l'homme n'a jamais conscience de sa propre dignité que par l'action de l'autre homme : par le regard de l'autre, les transformations qu'il lui fait subir comme s'il était un objet, les épreuves qu'il lui fait traverser* » (2006, p.70). C'est parce qu'on reconnaît la dignité de chacun que nous sommes tenus de le considérer dans son entièreté et donc de proposer une prise en charge globale qui prenne en compte tous les aspects de l'être.

Ainsi, nous comprenons toute l'importance du regard que le psychomotricien pose sur son patient. Au-delà du sens visuel du regard que nous développerons plus tard, il s'agit d'un regard à la fois global et précis qui façonne une posture. Dans cette troisième partie, je m'attacherai à définir ce qu'est la posture, à décrire les formes qu'elle peut prendre et la façon dont elle soutient les bouleversements que je viens de citer.

III. La posture du psychomotricien

1. La posture

Comme nous l'avons vu dans les cas cliniques, notre posture se modifie sans cesse pour reconnaître et apporter une réponse aux besoins du patient à l'instant présent. La psychomotricité est une discipline qui mêle savoirs-être et savoirs-faire. La posture du psychomotricien se construit alors grâce aux connaissances théoriques qu'il acquiert au cours de sa formation initiale, aux expériences pratiques qu'il vit notamment lors de travaux dirigés (conscience corporelle, expressivité du corps) et elle s'enrichit de l'expérience clinique, soit des rencontres avec les patients.

1.1 Définition

Selon la psychologue Maela Paul, la posture désigne « *une manière d'être en relation à autrui dans un espace et à un moment donné.* » (2012, p.15). La posture n'est pas une donnée figée, elle se modifie dès lors qu'une de ses composantes évolue. C'est une façon d'interagir avec les autres qui est sans cesse en mouvement.

Pour la psychomotricienne Agnès Servant-Laval, la posture est « *une « façon de se tenir », « une façon d'être » et désigne également une situation ou une manière de se comporter, corporelle aussi bien que psychique.* » (2012, p.155). Elle dit que la posture concerne autant la psychologie que la motricité. La posture implique la façon dont je pense mon patient et la manière que cela a de se refléter dans mon corps et ma gestuelle.

Benoît Lesage soutient ce propos. Pour lui, la posture est une « *intrication entre tenue corporelle et qualité de présence* » (2018, p.160). La posture comprend une dimension physique c'est-à-dire corporelle mais elle est aussi une attitude d'esprit c'est-à-dire une manière de nous comporter, guidée par notre attitude intérieure et nos intentions.

La conception de la posture de ces deux auteurs rejoint celle de la psychomotricité par l'approche holistique. Comme nous l'avons vu précédemment, en psychomotricité comme en soins palliatifs, l'approche de la personne se fait de manière globale. Cette

démarche se reflète ainsi à travers notre posture. Prendre en charge une personne dans son entièreté nécessite d'adopter une posture holistique. C'est cette approche qui fait la spécificité du psychomotricien. Ainsi, il n'existe pas de posture précise et fixe mais bien un ajustement d'attitude physique et psychique.

Maëla Paul ajoute que la posture est « *nécessairement un choix personnel relevant de l'éthique* ». (2004, p.153). Le choix de notre posture nous interroge et demande une réflexion sur nos pratiques. L'éthique est une attention, un questionnement et une vigilance permanente portée sur nos conduites. Le psychomotricien s'inscrit dans cette démarche éthique puisqu'il porte continuellement un regard sur l'autre mais également sur lui-même. Cela lui permet de prendre du recul sur sa pratique et d'ajuster sa posture à l'instant présent.

1.2 La posture naît dans la relation soignant/soigné

La posture prend tout son sens dans la relation entre le psychomotricien et son patient. Elle se construit et se vit dans le cadre de la relation thérapeutique que l'on crée avec le malade. C'est ce que l'on nomme la relation soignant/soigné. Cette dernière est le fondement de la prise en charge du patient. La relation est définie par Alexandre Manoukian comme « *une rencontre entre [...] deux psychologies particulières et deux histoires.* » (2008, p.223). Il s'agit d'une rencontre entre deux histoires de vie qui vont entretenir des rapports et créer des liens. De manière plus spécifique, c'est l'interaction entre un professionnel de santé et une personne malade, entre deux psychologies, deux corporalités.

Walter Hesbeen définit le soignant comme « *un professionnel dont l'action est marquée par l'intention de prendre soin des personnes et pas seulement de faire des soins* » (1999, p.46). Il décrit le soignant comme une personne qui considère l'humanité d'autrui, qui ne soigne pas un malade mais une personne malade. Il n'applique pas sa technicité et son savoir de manière brute mais il cherche à « *prendre soin* ». Je reviendrai plus tard sur le sens de cette expression.

Le dictionnaire de l'Académie Française décrit le malade comme quelqu'un « *qui éprouve, qui souffre quelque altération dans sa santé* ». La souffrance qualifie selon l'OMS « *un être qui supporte, endure, ou subit une douleur physique ou morale, un état de mal-être,*

c'est-à-dire un sentiment de non adaptation au monde, d'étrangeté aux êtres et aux choses, d'indifférence douloureuse » (cité par Emmanuelle Gilloots, 2006, p.30). Ainsi, la souffrance est une expérience douloureuse qui impacte notre relation au monde et aux autres. Le malade souffre, il fait l'expérience de la vulnérabilité et de la fragilité face au sentiment de perte de contrôle, induit par le cancer.

Ces deux personnes entrent en relation puisque dans son expérience de vulnérabilité, le patient devient dépendant du soignant pour guérir ou pour continuer à vivre dans les conditions les plus optimales possibles. La souffrance vécue par le patient devient le lieu et l'objet de la rencontre entre le soignant et le patient. Comme le rappelle Anne Dauphine Julliand dans son essai *Consolation (2020)*, la souffrance s'impose à toutes nos vies, mêmes à celles qui semblent les plus faciles, les plus belles et les plus favorisées. Cette expérience de la souffrance, subjective mais connue de tous, est un appel à être présent aux côtés de celui qui souffre.

Mme A, nous a posé de nombreuses questions, à moi et la psychomotricienne, sur nos histoires de vie. J'ai répondu aux premières questions de manière un peu rapide. Puis au cours de la prise en charge j'ai modifié ma posture en osant me dévoiler un peu plus. Ma première réaction a été d'être étonnée qu'elle veuille en connaître plus sur nous. Je fais l'hypothèse qu'elle avait besoin de remettre une égalité dans la relation soignant/soigné. Car après tout, pour créer un lien, il y a besoin d'avoir un partage venant des deux parties. Peut-être que pour se dévoiler, elle avait besoin que nous aussi nous déposions un peu de nous-mêmes en séance. Je pense que si nous avions décidé, avec ma maîtresse de stage, de ne pas partager nos expériences de vie quand Mme A nous y invitait, notre relation avec elle n'aurait pas été la même. Nous aurions sans doute eu moins de proximité et donc accès à moins de ses états émotionnels. Dans ce cas, le choix de notre posture a permis de créer une alliance forte nous offrant les clés pour proposer une prise en charge adaptée par la suite. Nous avons accès à son vécu corporel et intrapsychique de façon plus importante. On voit d'ailleurs au cours des séances suivantes qu'elle demande plus de détails sur notre quotidien et sur mes études notamment. De son côté, elle se confie au fil des séances sur la difficulté qu'elle a à être en relation avec ses proches. Peut-être aussi essayait-elle de combler ces difficultés relationnelles en nous confiant ce que sa famille

n'arrivait pas à comprendre.

J'ai aussi remarqué chez Mme A et plus généralement chez la majorité des patients que j'ai rencontrés et suivis, qu'ils demandent à parler de sujets plus vastes que ceux médicaux. Au début des séances nous parlons de la maladie, du vécu psychocorporel, du vécu à l'hôpital. Puis très vite, les patients dérivent sur des conversations qui concernent la vie courante. J'ai d'abord pensé que ces discussions ne faisaient pas parties de la prise en charge psychomotrice, que nous étions là pour parler du vécu du patient en lien avec la maladie et pas du dernier film qu'il avait vu ou du plat qu'il venait de manger. Mais peu à peu j'ai compris que ces sujets de discussions les caractérisent et les soutiennent dans leur identité. J'ai appris à laisser le patient guider la conversation pour apprendre à mieux le connaître et à le laisser acteur de sa prise en charge. Ainsi, nous avons beaucoup parlé de nourriture. Sans doute parce que la nourriture est un des éléments fondamental qui nous relie à la vie, par la fonction vitale qu'elle remplit mais aussi par le plaisir qu'elle procure. Or bon nombre d'entre eux ne peuvent plus se nourrir normalement, ils sont nourris par sonde ou bénéficient d'un régime particulier. Certains développent des particularités sensorielles et ne supportent plus certaines odeurs, sont écoeurés, ont une modification du goût et ne trouvent plus de plaisir au moment du repas. Lors de ces discussions, la personne n'est plus seulement malade. Elle est un sujet à part entière. Il ne s'agit plus d'une discussion de soignant à soigné mais davantage de personne à personne.

Le psychomotricien reste malgré tout en état d'alerte derrière sa blouse. Il se sert des informations données par le patient sur ses habitudes et centres d'intérêt afin de trouver des leviers dans le suivi. Le patient peut confier son appétence pour un sport ou une activité manuelle que le psychomotricien va utiliser pour servir son axe thérapeutique.

Dans cette relation, la spécificité du psychomotricien « *réside dans l'attention qu'il porte aux manifestations corporelles et à leurs significations* » (Ballouard, 2011, p.6). Le psychomotricien, par sa manière d'être et sa formation, a appris à observer le patient et à percevoir les signes corporels et psychiques liés au cancer et à la phase palliative de la maladie.

1.3 L'empathie, fondement de la posture

C'est en partie à travers sa posture empathique que le psychomotricien va pouvoir identifier les souffrances du patient et tenter d'y apporter une réponse. L'empathie est la faculté de s'identifier à autrui pour comprendre ses ressentis et ses émotions. Dans un article rédigé pour le journal le Monde, le neurobiologiste Jean Decety, explique que l'empathie est « *fondée sur notre capacité à reconnaître qu'autrui est semblable à soi, mais sans confusion entre soi-même et l'autre* » (2003). L'empathie est une posture active qui nous permet de tisser une relation avec notre patient car il se sent compris et écouté dans son vécu. Elle nous donne la capacité de reconnaître les différents états émotionnels que peut vivre l'autre sans y prendre part. Elle est un support pour orienter notre observation et cibler notre prise en charge.

L'empathie n'est pas une qualité spécifique au psychomotricien mais elle fait entièrement partie de sa posture, de son savoir être. Ce qui fait le propre du psychomotricien, c'est sa capacité à utiliser ce qu'il comprend et perçoit chez l'autre pour s'engager dans la relation en apportant une réponse, au moins un accordage. Le psychomotricien est un spécialiste du langage corporel et plus globalement, du langage non verbal. Ainsi, au delà de percevoir et d'interpréter les manifestations psychocorporelles émises par le patient, le psychomotricien va « *entrer en résonance (avec elles) afin de pouvoir y apporter une réponse tant au niveau sensoriel et corporel qu'au niveau du langage* » (Gatecel & al, 2015, p.334). Les informations que le psychomotricien va capter par son empathie vont influencer son comportement et donc sa posture toute entière. L'empathie facilite l'adaptation de la posture psychocorporelle du psychomotricien. La lecture des problématiques du patient va s'éclaircir et la posture du soignant s'affiner pour ajuster au mieux la relation. Dans les interactions, on observe chez le psychomotricien une modulation de son tonus, sa voix, son regard, ses gestes, de la qualité de son écoute et de son toucher. Ces ajustements posturaux se font de manière parfois inconsciente mais ils sont fortement orientés par nos intentions. Nous pouvons exercer notre volonté pour les rendre conscients et ainsi penser notre manière de faire.

1.4 La posture physique

La posture revêt aussi une dimension physique. Elle est « *un flux postural [...] qui assure une dynamique de présence* » (Lesage, 2018, p.160). Selon la posture que nous prenons, la distance spatiale entre nous et la personne ou l'objet est modifiée. Cette distance n'est pas sans effet dans la dynamique de la relation.

L'anthropologue américain Edward T. Hall (1971) étudie la proxémie c'est-à-dire la perception et l'usage que l'homme fait de l'espace. Il parle de la "dimension cachée" dans les sociétés humaines. Il montre que la variation de distance entre les individus participe à la régulation de leurs comportements. Il décrit des bulles entourant chaque homme, bulles qui s'imbriquent les unes dans les autres, et qui déterminent le type de relation interhumaine. La formation de ces bulles est le résultat de deux facteurs : la perception de l'espace et les caractéristiques psycho-socio-culturelles individuelles. Il établit une classification des normes proxémiques, c'est-à-dire des quatre distances sociales possibles lors d'interactions :

- la distance intime : distance réservée aux relations intimes soit familiales et amoureuses. Il peut s'agir d'un corps à corps ou simplement d'un contact physique. Les sens du toucher et de l'odorat sont particulièrement présents. L'entrée non consentie dans cette bulle est vécue comme une intrusion qui menace l'intégrité physique de l'individu.
- la distance personnelle : située entre 45 et 125 cm, elle est la zone qui marque l'affectivité et la proximité dans la vie publique. C'est la distance des relations amicales et des conversations personnelles. Elle est le signe d'une proximité affective.
- la distance sociale : périmètre compris entre 1,25 m et 3,6 m. C'est l'espace des relations interpersonnelles directes
- la distance publique : c'est la distance supérieure à 3,6 m. Elle implique de devoir modifier sa posture (voix, gestuelle) pour entrer en lien.

En séance de psychomotricité, nous passons de bulles en bulles. Lors de la rencontre avec le patient, nous nous situons généralement dans la distance sociale. Et peu à peu, en parallèle de la création de l'alliance thérapeutique, nous allons accéder aux distances personnelles et parfois intimes. Nous nous interrogeons sans cesse sur la distance qu'il convient d'adopter à l'instant présent. Ce n'est pas parce que nous avons eu accès une fois à l'espace intime du patient, lors d'une séance de toucher massage par exemple, qu'il acceptera de nous la laisser franchir la séance suivante. Dans certains cas, nous jugeons qu'il n'est pas bon de maintenir une distance intime. Nous faisons alors le choix de rester dans une distance plus lointaine. Il est bon et sain d'alterner ces distances pour ne pas être dans une fusion avec le patient ni fuir le contact. Nous respectons le besoin du patient d'être approché ou non. De plus, le psychomotricien se met à l'écoute de sa capacité à entrer en contact à ce moment-là. Ainsi, notre posture physique s'adapte selon le patient et selon la séance pour être dans un contact approprié à chaque moment qui vise à servir notre axe thérapeutique.

Cette adaptabilité dans la posture est appelée « *plasticité posturale* » par Benoît Lesage (2018, p.160). Il explique que notre posture se modifie selon l'intention que l'on veut transmettre à notre interlocuteur. Parfois je dois projeter mon corps dans l'espace, faire un pas en avant pour entrer dans le dialogue. D'autres fois, je fais un pas en arrière pour prendre une position de recul et être dans la réception de ce que me dit l'autre. Dans certains cas, je me déploie dans l'espace pour montrer ma présence. À l'inverse, je choisis parfois de prendre moins de place pour m'effacer. Toutes ces adaptations posturales participent ainsi au soutien des bouleversements psychocorporels vécus par le patient.

1. La posture définit un cadre thérapeutique

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, la maladie grave affecte le patient dans ses repères corporels, affectifs et psychiques. Nous pouvons tisser un lien entre la désorganisation vécue par le patient et celle vécue par le petit enfant durant les premières années de sa vie. Nous savons que pour grandir et se construire, l'enfant a besoin d'un cadre sécurisé et sécurisant dans lequel il puisse faire des expériences, exprimer ses besoins et y trouver une réponse satisfaisante. C'est la fonction maternelle, qui va permettre

l'instauration de ce cadre. Face à des patients bouleversés dans leurs repères, le psychomotricien va adopter une posture qui peut s'apparenter à celle de la fonction maternelle. Il va offrir un cadre au patient pour lui permettre de vivre des expériences psychocorporelles et mettre du sens sur ses ressentis afin de restaurer son sentiment d'unité corporelle.

2.1 La “mère suffisamment bonne”

La présence du soignant auprès du patient est caractérisée par le fait de « *prendre soin* ». Ce terme provient du concept anglais appelé le « *care* ». Il a été introduit en France en 1982 par Marie Françoise Collière, historienne et enseignante en soins infirmiers. Il a ensuite été repris par Walter Hesbeen dans son ouvrage « *Le prendre soin à l'hôpital* » publié en 1997. Il le définit comme une attitude humaniste qui consiste à « *porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce dans une perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé* » (cité par Vigil-Ripoche, 2012, p.246). Cette expression signifie que le rôle du soignant va au-delà de la réalisation d'un soin technique ou médical, que son approche se doit d'être plus globale et personnalisée.

En psychomotricité, on peut relier le « prendre soin » au concept de la « mère suffisamment bonne ». Le pédopsychiatre et psychanalyste Donald Winnicott développe la notion de « préoccupation maternelle primaire ». En 1958, il écrit *De la pédiatrie à la psychanalyse*, livre dans lequel il explique ce concept comme la capacité de la figure maternelle à répondre instinctivement aux besoins de son nouveau-né. Il parle de la “mère suffisamment bonne” lorsque cette dernière répond à ces besoins de manière adéquate tout en offrant un environnement dans lequel son enfant se sent en sécurité. Mais la mère suffisamment bonne ne répond pas toujours de manière parfaite à son enfant car elle ne comprend pas toujours ses besoins. Elle vit plutôt une série d'ajustements qui visent à satisfaire au mieux son bébé. L'imperfection maternelle fait vivre à l'enfant des expériences de frustration qui vont créer un espace de différenciation entre la mère et son enfant et ainsi permettre à ce dernier de s'individualiser. L'enfant passe d'une dépendance totale à sa mère à une dépendance relative pour devenir, plus tard, indépendant. Winnicott distingue deux

fonctions utilisées par la mère pour répondre aux besoins de son nouveau-né. Il les décrit comme des modalités essentielles de la relation précoce. Il définit le holding et le handling. Le holding, qui vient de l'anglais « to hold » se traduit par tenir, maintenir, supporter, soutenir. Il fait référence au portage de la mère, à ses attitudes et comportements de maternage. C'est la façon dont elle porte son enfant tant physiquement que psychiquement. La deuxième modalité est le handling qui définit la manière dont la mère prend soin de son enfant au quotidien. L'environnement contenant et soutenant créé par ces modalités favorise le développement d'un Moi-peau solide.

Dans les deux cas cliniques exposés, la psychomotricienne et moi prenons le rôle de la « mère suffisamment bonne ». En effet, tout au long des prises en charge, nous nous assurons de créer un environnement stable et sécurisant pour nos patients. Nous identifions leurs besoins et tentons d'y apporter une réponse satisfaisante. Cette posture nous permet d'entrer en communication et de créer une relation avec le patient. Pour cela, nous utilisons les mécanismes de holding et handling. À travers les médiations choisies, nous apportons différentes sensations corporelles afin d'étayer le vécu psychocorporel de la personne.

Mme A a besoin de ce cadre posé par ma posture et celle de la psychomotricienne pour détailler ce qu'elle vit et ressent. Elle reconnaît que nous sommes là pour prendre soin d'elle, pour apporter une réponse à ses besoins et ose se livrer de plus en plus au cours des séances. Elle dit que la séance lui offre un moment où elle se sent en sécurité. Ce sentiment lui permet d'accéder à une détente musculaire et psychique. Il lui donne aussi la possibilité d'aborder avec nous le sujet de ses souffrances. Nous avons par exemple longtemps parlé de ses difficultés relationnelles avec ses proches.

Dès la première séance avec Mme L, je cherche aussi à adopter ce rôle de psychomotricienne suffisamment bonne. Mais je fais face à cette imperfection et me rend compte que je ne comprends pas le besoin de ma patiente et que je ne parviens pas à m'accorder. Comme je le décris dans la séance 1, je sens que face à ma proposition thérapeutique, Mme L est perdue quant à ce que je lui suggère de faire et quant à ses ressentis corporels. À ce moment précis, je ne tiens pas le rôle de la psychomotricienne

suffisamment bonne. Je ne lui offre pas un cadre sécurisé car je ne m'ajuste pas à sa demande et ne répond pas à ses besoins. Ce défaut d'accordage était peut-être lié au fait que je n'étais pas complètement disponible car j'étais plutôt concentrée sur le déroulé de ma séance. Sans doute aussi était-ce lié à un manque de clarté concernant mon objectif thérapeutique. Par la suite, j'ai su changer ma posture et m'ajuster pour lui proposer un cadre contenant, sécurisant et remplir ce rôle de « mère suffisamment bonne ».

Cette posture posée par la « mère suffisamment bonne » permet au psychomotricien de développer un cadre contenant pour le patient.

2.2 La fonction contenante

a) Le Moi-peau d'Anzieu

L'environnement contenant et soutenant créé par la posture de la « mère suffisamment bonne » favorise le développement d'un Moi-peau solide. Selon le psychanalyste Didier Anzieu, le « Moi-peau » rassemble les expériences précoces significatives. Dans son ouvrage, *Le Moi-Peau*, paru en 1995, il relate que les expériences vécues par l'enfant vont lui permettre de constituer un moi qu'il va apprendre à différencier du « non moi ». Ce moi, d'abord corporel, va évoluer pour devenir un moi psychique. Il explique que la construction de ce moi se fait grâce à la peau. Lors des premiers moments de la vie, il y a une fusion entre la mère et le bébé, leur peau ne fait qu'un. La mère reconnaît et satisfait les besoins de son enfant ce qui permet de créer une relation sécurisante entre les deux. Puis il va se détacher d'elle et constituer sa propre peau. L'enfant va alors faire une distinction entre le dedans et le dehors, il va intégrer la notion de limite et développer un « *sentiment d'intégrité corporelle* » (Ciccone, 2001, p.91) Cette construction s'étaye à partir des trois fonctions contenantes de la peau. Anzieu explique que la peau est d'abord un « *sac qui contient et retient à l'intérieur le bon et le plein que l'allaitement, les soins, le bain de paroles y sont accumulés* » (Anzieu, 1995, p.61). Puis il dit qu'elle est une surface qui délimite l'intérieur de l'extérieur, une « *barrière qui protège des pénétrations* ». Enfin, il déclare qu'elle est un lieu et un moyen pour échanger avec l'autre sans pour autant modifier son intégrité.

Les stimulations variées que l'enfant va vivre grâce au handling et au holding vont étayer son développement perceptif et affectif. Il va peu à peu ressentir sa peau comme une enveloppe entière et unifiée et développer une sensation sécurisante des limites de son moi. Il va appréhender le sentiment connu d'exister que Winnicott nomme le "self". L'enfant va découvrir sa capacité à être acteur de sa propre existence et à communiquer. Cela participe au processus de subjectivation qui est le mécanisme qui amène l'enfant à s'éprouver comme un sujet. Il va se sentir comme un individu à part entière, séparément de sa mère, qui peut agir sur le monde des objets et des humains qui l'entoure.

Lors de mon stage, j'ai fréquemment été confrontée à des patients dont les limites corporelles n'étaient plus définies ni unifiées. Le rôle du psychomotricien est alors de proposer diverses expériences contenant en séance pour renforcer le sentiment d'unité corporelle et soutenir le moi du patient. Le toucher thérapeutique est une des médiations utilisées qui nous permet de soutenir le Moi en renforçant la conscience des limites corporelles. En psychomotricité, nous veillons à ce que le toucher ne soit pas perçu comme une « emprise » ou ne crée pas de fusion entre celui qui touche et celui qui est touché. On cherche à ce qu'il donne de la contenance, offre une différenciation et définisse les limites corporelles.

Cependant, les patients ne sont pas toujours en capacité d'intégrer les expériences que nous leur proposons. Là encore, notre posture de psychomotricien est de proposer un cadre contenant au patient et donc de l'aider à assimiler ces expériences.

b) La fonction alpha de Bion

Dans son ouvrage intitulé *Aux sources de l'expérience* (1962), le psychanalyste britannique Wilfred Bion amène une notion qui permet de comprendre comment aider le patient à assimiler ces expériences. Il définit un processus de mentalisation du monde qu'il nomme fonction alpha. Elle permet de passer de l'expérience corporelle et sensorielle à une forme de représentation mentale de cette expérience. Il explique qu'il existe des "éléments bêta" c'est-à-dire des éléments bruts, des impressions sensorielles non assimilables par le

psychisme, vécues comme des angoisses. Bion postule que la fonction alpha va lier et transformer ces éléments non intégrés en “éléments alpha” en les mettant en image et en mot. Ces éléments vont alors devenir accessibles au psychisme. Au début de la vie de l'individu, cette fonction est assurée par la figure maternelle qui va donner du sens aux expériences corporelles de son bébé. Une fois que le sujet possède cette fonction, il va lui-même transformer ces éléments. Cependant, cette fonction peut être défaillante chez certaines personnes. Bion dit que le thérapeute peut alors prêter son appareil psychique à son patient pour assurer cette fonction et participer à la reconstitution d'une fonction alpha intériorisée. Ainsi, le psychomotricien aide le patient à intégrer et assimiler les différentes expériences qu'il vit.

Dans le cas de Mme L, j'ai compris pendant l'entretien avec la médecin qu'elle avait des difficultés à exprimer ses ressentis. Sa capacité à trouver les mots et à parler de manière fluide semble altérée. Peut-être présente-t-elle une aphasie non fluente. Mais au-delà de ce trouble du langage qui affecte sa capacité à retranscrire ce qu'elle sent, j'observe une difficulté plus profonde à comprendre ce qui se passe dans son corps. C'est comme si ce qu'elle vivait actuellement était transformé en éléments bêta, non compréhensibles et assimilables. Les séances que nous faisons enrichissent son expérience corporelle et psychique. À la fin du suivi, je constate qu'elle a une meilleure lecture de son vécu psychocorporel et qu'elle l'exprime de manière plus fluide et précise. Durant les séances, j'ai joué le rôle de la fonction alpha en donnant du sens à ses expériences. J'ai pu structurer les ressentis que je lui ai proposés et lui ai parfois prêté des mots ou expliquer des mécanismes corporels afin qu'elle puisse transformer ses éléments bruts en éléments alpha. Elle parle elle-même d'harmonie dans son corps et cherche à comprendre ses ressentis corporels.

Tous ces éléments de compréhension de la posture permettent de soutenir le patient dans ses bouleversements psychiques et corporels puisqu'ils offrent un cadre sécurisant au patient qui lui donne la possibilité de déposer ses éprouvés et de vivre des expériences qui soutiennent son équilibre psychocorporel.

3. L'engagement psychocorporel du psychomotricien

Nous savons que la posture est une combinaison entre un ajustement physique et une qualité relationnelle. Elle est un "ajustement tonico-postural" et une "modalité d'être là" (Lesage, 2018, p.162). Cependant, en psychomotricité nous ne séparons pas ces deux dimensions. En effet, le psychomotricien utilise le dialogue tonico-émotionnel dans la relation. Il engage son corps tout entier, ses fonctions corporelles, sensorielles, émotionnelles et psychiques pour recueillir le vécu du patient et l'aider à vivre au mieux les symptômes de sa maladie.

3.1 Le dialogue tonique et tonico-émotionnel

Christian Ballouard, psychomotricien et psychologue, dit que la particularité du psychomotricien réside dans *"l'établissement d'un "dialogue" corporel"* (2011, p.6). Le dialogue tonique est une notion qui a été introduite par Henri Wallon puis développée par Julian de Ajuriaguerra. C'est un langage interne qui correspond à un ajustement tonique entre les deux partenaires de l'échange. Il s'agit d'un mode de communication infra-verbal. La relation engendre des modulations toniques. Ces dernières sont à la fois dues à des facteurs internes et externes puisque mon état tonique se modifie en fonction de ce que je perçois de l'environnement. Et je partage cet état avec mon partenaire qui va alors lui aussi adapter son tonus. Ces évolutions de la tonicité s'expriment à travers la posture et les mimiques.

Le tonus est le mode de communication prépondérant entre un parent et son enfant. Le parent ressent l'état tonique de son bébé comme un moyen de communication et s'ajuste en fonction de ce qu'il perçoit. Dans une situation vécue comme agréable, le bébé sera plutôt sur le versant hypotonique. Tandis que dans une situation désagréable on percevra une hypertonie. Le parent va alors s'adapter sur le plan tonique, postural et émotionnel. Le bébé quant à lui, ressent l'état affectif de son parent et le retranscrit par son état tonique. C'est à travers ce dialogue que les figures parentales peuvent répondre aux besoins primaires de leur enfant et créer une relation. Sur ce même fonctionnement, le tonus est aussi le mode

de communication privilégié dans la relation entre le psychomotricien et son patient. La différence est que, selon Ajuriaguerra, le psychomotricien va l'utiliser comme un outil thérapeutique.

L'objectif du dialogue tonique est de viser un ajustement qui correspond au passage d'un niveau de tonicité à un autre, d'une polarité à une autre. L'ajustement tonique n'est pas toujours conscient. Plusieurs facteurs de régulation entrent en considération. Le tonus est régulé en partie par la proprioception, c'est-à-dire au fait de percevoir le sens musculaire. D'après Alain Berthoz, *“les états toniques, la position et les mouvements de l'organisme sont signalés au système nerveux central par la sensibilité profonde, la sensibilité proprioceptive ou proprioception”* (cité par Robert-Ouvray, 1997, p.146). Cette sensibilité offre au sujet le sentiment d'exister. Notre système neurophysiologique et nos différents systèmes sensoriels participent aussi à la régulation tonique.

Selon Suzanne Robert-Ouvray, la tonicité est un système vibratoire qui répond à toutes les stimulations de l'environnement. Elle dit que le corps répond à ces sollicitations en s'ajustant. Wallon (1942) décrit quatre modalités de ces ajustements par ces mots : porter, palper, parler et penser.

Le portage établit un contact tonique direct entre celui qui porte et celui qui est porté. Il se transmet par les changements de posture, les bercements et les contacts physiques. À travers le mot porter, Wallon décrit le portage de la mère à son enfant et les soins qu'elle lui donne. Le contact est différent selon la personne qui procure le soin. Cela reprend les fonctions maternelles décrites par Winnicott.

Wallon distingue aussi le “palper” soit la manière de toucher et la modification de l'état tonique qu'elle va engendrer. “Avec un massage, on baisse le tonus et on augmente la conscience de la masse musculaire” (Ibid, p.180). La qualité du toucher modifie l'équilibre tonique dans un sens comme dans l'autre. Il peut engendrer un état d'hypertonie ou d'hypotonie. On pourrait rapprocher cette notion avec celle de handling développée par Winnicott. Il la rapproche à la manière dont la mère prend soin de son enfant au quotidien.

Ensuite, il cite le “parler” soit le lien affectif qui se joue entre les partenaires de la relation qui permet de mettre des mots sur ce qui se passe, de donner du sens.

Enfin, il nomme le “penser” qui est la manière de parler et de penser pour l’enfant. Cette modalité d’ajustement fait référence à la fonction alpha de Bion citée précédemment.

Le dialogue tonique est donc un lien modulable qui unit le psychomotricien à son patient *“à partir de quatre fils psychomoteurs : tonique, sensoriel, affectif et représentatif”* (Ibid, p180). Il permet de vivre et d’intégrer les différentes sensations toniques transmises dans ce dialogue.

Wallon parle de relation tonico-émotionnelle en montrant que le tonus et les émotions sont indissociables et qu’ils constituent un langage corporel à part entière. Toutes les émotions répondent à des variations toniques, elles ne sont pas dissociables de l’action. Le dialogue tonique engendre des ajustements toniques, sensoriels et affectifs. On parle alors de dialogue tonico-émotionnel. Ce mode de communication est toujours présent dans chacune des relations humaines. Le psychomotricien, par sa formation, a connaissance de ce dialogue entre lui et son patient. Il va donc l’utiliser dans sa prise en charge. Ce dialogue tonico-émotionnel est impacté par le langage corporel et sensoriel du psychomotricien, du patient, et par l’intention qu’ils mettent dans leur langage.

3.2 L’intentionnalité comme support de l’engagement psychocorporel

L’intentionnalité de nos faits et gestes fait partie de l’éthique des soins dont nous parlions précédemment. Elle nous encourage à prendre du recul pour réfléchir sans cesse à notre manière de faire et à l’intention qui guide nos actions. L’intentionnalité modifie alors notre posture. Paul Ricoeur (1990) introduit la notion de sollicitude pour parler de la relation bienveillante qui lie le soignant au patient et qui va nous pousser à l’action. Il décrit une posture proactive.

Or, avec la routine et la fatigue, notre posture peut devenir automatique et ne plus s’adapter selon chacun. Walter Hesbeen déclare à ce propos que *“le risque de banalisation de l’humain n’est pas loin. Et cela, sans aucune intention malfaisante, juste un manque de conscience, une sensibilité atténuée ou alors peu présente, un déficit de vigilance. Une*

conscience somnolente qu'il convient parfois de réveiller, une sensibilité qui devrait être interrogée, une vigilance qui pourrait être interpellée" (2014, p.183). Faire l'effort de penser sa posture permet de limiter cet écueil et de ne pas tomber dans la mécanique. Il ajoute que notre rôle de soignant est de faire exister le patient, de le regarder comme une personne singulière. Notre manière d'être auprès du patient traduit le respect que nous avons de son corps, son identité et sa dignité.

La posture prend vie par les sens. Ce sont eux qui nous permettent d'entrer en contact avec le monde et de développer notre qualité de présence à l'environnement qui nous entoure. Ils nous offrent la possibilité de pleinement "être là" avec et pour nos patients. Notre manière de regarder, de toucher, d'écouter la personne malade n'est pas sans importance. Je vais développer les quelques sens que j'ai particulièrement mis au travail pendant mon stage pour ajuster ma posture. Je vais tenter de vous expliquer comment la mise en action de mes sens m'a permis de soutenir le patient dans son vécu.

3.3 Le regard

La vue est le premier canal de communication que j'utilise pour entrer en relation. Dès que j'entre dans la chambre d'un patient, nos regards se rencontrent, nous nous observons. À ce moment, je modifie ma posture physique pour capter le regard de l'autre. Le regard indique à mon interlocuteur que mon discours lui est adressé et que je lui accorde une attention individuelle. Dans un échange, nous voyons bien que nous ne nous sentons pas considérer de la même manière selon si nous sommes regardés ou non. Comme j'ai pu le citer plus haut, c'est aussi à travers notre regard que le patient prend conscience de sa dignité. Poser les yeux sur la personne à qui nous nous adressons est d'abord une forme de respect qui symbolise une attention dirigée. Nous véhiculons différentes informations selon si notre regard est prolongé ou furtif, si nos visages sont au même niveau spatial ou non, s'ils sont éloignés ou proches l'un de l'autre. Tous ces paramètres s'ajustent sans cesse selon l'intention qui les guide. Mais il est parfois difficile de contrôler ce regard car il trahit la manière dont nous appréhendons une situation. On peut esquiver un regard dans un moment de gêne, de tristesse, de dégoût ou de peur. À l'inverse, on peut éprouver une

difficulté à lâcher ce regard lorsque quelque chose nous interpelle, nous choque ou nous attire.

Lorsque Mme A me demande au cours de la séance 4 ce que je pense de son état de santé, mon regard se balade dans la pièce. J'ai envie de fuir la situation. Elle me demande à ce moment de poser un regard sur elle et de le lui partager. Elle attend ma réponse et celle de ma maître de stage en nous fixant du regard. Je suis très mal à l'aise car je constate qu'il y a un écart entre le regard qu'elle pose sur elle-même et celui que j'ai sur elle. Je crains qu'elle ne perçoive cette confusion et ce malaise dans mes yeux.

Au contraire, dans un contexte différent, je cherche parfois son regard. Lors de séances de toucher massage, il me paraît important de la regarder. Je veux lui signifier que je ne touche et ne regarde pas seulement sa jambe mais bien sa personne dans son entièreté. Je ne touche pas sa partie du corps comme s'il s'agissait d'un objet.

De plus, le regard nous donne des indications sur l'état du patient. Le neurophysiologiste français Alain Berthoz dit à ce propos que *"le regard est capture du monde et d'autrui"* (2008, p.33). On peut percevoir à travers les yeux de notre interlocuteur un air de tristesse, de colère, de peur, de lassitude ou de joie. Les émotions prennent corps à travers le regard. Ce dernier nous fournit aussi des indications plus globales sur le monde, soit sur l'environnement dans lequel baigne la personne. Quand je suis avec mon patient, je regarde la position dans laquelle il se trouve car elle me donne des renseignements sur l'intensité de la douleur qu'il peut ressentir par exemple. Le regard que je pose sur lui me donne des informations sur son tonus, son image du corps, sa motricité, et l'investissement qu'il fait de l'espace.

Au cours des séances de toucher massage avec Mme A, mon regard quitte parfois le membre que je masse pour se tourner vers sa tête. Je vérifie à travers ses expressions du visage, sa respiration et ses réactions corporelles que mes gestes ne sont pas perçus comme agressifs ou douloureux. Mon regard guide mon action, il me renvoie un feedback qui me permet d'adapter mes gestes si je perçois qu'il ne sont pas reçus comme ils

devaient l'être.

Lors de la première séance autour de la respiration avec Mme L, elle me regarde dès qu'elle a fini la proposition que je viens de faire. Je perçois à travers ses multiples regards qu'elle est dans l'attente permanente de la suite, que l'effet de détente que je cherche à ce moment n'est pas atteint. Je comprends alors que ma posture n'est pas ajustée et qu'elle nécessite d'être adaptée.

De plus, pendant les séances de toucher massage, j'observe que Mme L jette de nombreux regards sur les gestes que nous posons avec ma maître de stage. Je les interprète comme un besoin de se rassurer, de vérifier ce que nous faisons, de garder un contrôle sur son corps. Peut-être aussi qu'elle découvrait de nouvelles sensations corporelles et voulait observer quels étaient les stimuli qui les causaient.

3.4 Le toucher

Un autre sens que j'ai mis à l'œuvre pendant mon stage est le toucher. J'ai déjà commencé à en aborder quelques notions dans le paragraphe précédent car les pratiques des différents sens se côtoient. Le toucher est *"le sens le plus important de notre corps [...] Il nous donne la notion de la profondeur, de l'épaisseur, des formes. C'est par notre peau, grâce au toucher, que nous ressentons, aimons, détestons"* (Taylor, 1921, p.157). Le toucher est le premier sens qui se développe chez le fœtus, il est aussi le premier langage entre une mère et son bébé. La peau est la surface sensible par laquelle s'effectue le toucher. Grâce aux nombreux récepteurs sensoriels qui la constituent, nous pouvons dire si le contact physique nous est agréable ou non. La perception des stimulations tactiles est indispensable à notre survie. Ce sont les récepteurs cutanés qui informent le cerveau, en une fraction de seconde, de la localisation des stimulations.

A l'hôpital, le toucher est principalement vécu par le patient comme intrusif et agressif. La pose d'une SNG, les prises de sang à répétition, les perfusions, les biopsies et

encore d'autres soins et gestes médicaux ne sont pas anodins. La peau du patient est attaquée dans son intégrité et les expériences de toucher corporel deviennent difficilement tolérables. Elles peuvent dans certains cas devenir insupportables.

Au sein de l'équipe soignante, le psychomotricien a une posture particulière puisqu'il s'engage avec son corps. Cette posture implique particulièrement la mise en action du sens du toucher. On dit du psychomotricien qu'il exerce le "toucher thérapeutique". Ce dernier est indiqué en psychomotricité pour diminuer les douleurs, améliorer le vécu de la douleur, renforcer le sentiment d'unité corporelle en soutenant la conscience de l'enveloppe corporelle. D'une certaine manière, on fait passer l'expérience corporelle de « corps objet » à « corps plaisir ». Le patient peut redécouvrir une expérience qui lui procure du plaisir et lui apporte du bien-être. Il s'agit d'un contact qui vise aussi à apporter une détente corporelle et psychique. Depuis de nombreuses années, les bénéfices du toucher sur la vie humaine ont été démontrés. Le toucher contribue à l'équilibre physiologique et au bien-être général. Il sécrète des hormones telles que l'endorphine, l'ocytocine et la sérotonine qui participent à la réduction des douleurs et régulent les fonctions physiologiques telles que le sommeil ou l'humeur. Le toucher participe à la réduction de la sécrétion de cortisol donc à diminuer le stress. Marc Guiose écrit que *"les sensations tactiles réactualisent notre schéma corporel et notre image du corps"* (2007, p.100). Le toucher permet de lutter contre la déstructuration du schéma corporel en apportant une sensation de continuité et de solidité. Durant mon stage, j'ai plus spécifiquement utilisé le toucher-massage. Il s'agit d'une forme de toucher qui vise à apporter une sensation de contenance et d'enveloppement au patient.

L'infirmière Carine Blanchon explique dans son ouvrage *Le toucher relationnel au cœur de soins*, que cette médiation, en plus de soulager les douleurs physiques et psychiques, crée un rapport privilégié qui ouvre un espace propice à l'expression du vécu émotionnel du patient. Par le toucher, on partage un contact physique mais aussi une émotion. À ce propos, le médecin et psychothérapeute Pascal Prayez décrit dans son livre, *Distance professionnelle et qualité du soin* (2003), trois fonctions thérapeutiques du toucher : la réparation, la communication émotionnelle et l'érogénèse contenante. Il explique à travers la fonction de communication émotionnelle que le toucher agit sur les points de tensions donc sur les défenses musculaires et favoriserait alors un déblocage des émotions. Lors d'une

séance de toucher thérapeutique, le psychomotricien se met à l'écoute de son corps et de celui de son patient. Il va chercher à s'accorder et s'ajuster au niveau tonique et émotionnel face à son partenaire. C'est un moment réciproque d'échange. Je touche et je suis touchée en même temps. Je me mets donc à l'écoute de mon corps et de celui du patient pour m'ajuster au niveau tonico-émotionnel. Ainsi, le toucher nous mobilise dans notre posture. Le contact en peau à peau nous fait entrer dans l'intimité du patient. Cela nous oblige à penser véritablement notre intention, notre manière de faire et d'être.

Lors de la deuxième séance décrite avec Mme A, c'est la première patiente à qui je propose le toucher comme outil thérapeutique. Avant de commencer une séance autour de cette médiation, il est évident que nous demandons l'accord du patient. En plus de cela, nous prenons soin de lui demander quelle partie du corps il souhaite que l'on touche. Cette question lui est posée pour répondre au mieux à son besoin mais aussi pour le rendre acteur de la séance et de sa prise en charge malgré sa dépendance aux soignants. Dès le premier contact, je prends conscience que j'entre dans son intimité et que les gestes que je vais poser vont avoir un impact sur ses ressentis psychocorporels. Me reviennent alors les souvenirs de cours pratiques durant lesquels nous expérimentions différentes manières de toucher et de se laisser toucher. L'objectif de ces cours était de vivre une expérience qui pouvait ressembler à celle que nos futurs patients vivraient avec nous. Je me souviens parfaitement de la différence de mes perceptions et sensations selon la qualité du toucher que je recevais ou donnais. Pendant la séance, j'ai essayé de rendre conscient le dialogue tonico-émotionnel qui se jouait pour m'accorder à ma patiente. J'ai porté toute mon attention sur les gestes et mouvements que je faisais pour véritablement "prendre soin". Pour cela, j'ai pris soin d'appliquer le savoir-faire spécifique du psychomotricien qui détermine la forme de toucher dont le patient à besoin à ce moment. Pour répondre à mon objectif thérapeutique, j'ai pensé qu'il fallait que j'opte pour un toucher franc.

3.5 L'écoute

Puis, l'ouïe est le sens qui nous permet de capter des ondes sonores. Elle nous donne la capacité d'entendre des sons. Jean Loup Chiflet, écrivain et éditeur français, met en lumière la différence entre les deux verbes entendre et écouter. Entendre est le résultat d'un processus physiologique passif. Cela ne nous demande aucun effort conscient, il s'agit seulement de percevoir des sons. Tandis qu'écouter est un processus actif qui nous demande d'entendre ces sons mais aussi et surtout d'y porter attention. L'écoute implique un mécanisme conscient qui nous permet de comprendre ce que l'on entend.

Dès les premiers instants de la rencontre avec un patient, nous sommes amenés à l'écouter. Il attend d'ailleurs de nous que nous écoutions ses plaintes, ses besoins ou ses questionnements. La relation soignant/soigné ne peut pas naître si nous n'écoutons pas notre patient. De même, notre projet de prise en charge ne peut pas voir le jour sans passer par cette étape fondamentale. Il ne s'agit pas d'entendre notre interlocuteur mais bien de l'écouter. C'est une posture radicalement différente. Maela Paul déclare qu'écouter, c'est *"être attentif certes, mais c'est surtout interagir, répondre, solliciter"* (2012, p. 17). On peut alors parler d'écoute active.

Pascal Prayez décrit trois facultés à développer pour apprendre à écouter. Il détaille d'abord la *"capacité à se taire"* (2003, p. 60), soit la nécessité de se tenir en silence pour laisser l'autre s'exprimer. Ce moment silencieux n'est pas passif, il *"acquiesce et valide la parole d'un autre"* (Paul, 2012, p.17) afin de témoigner notre intérêt et notre implication dans la discussion. Selon lui, il s'agit aussi de prendre un moment de silence intérieur pour calmer nos pensées et mettre de côté nos préjugés, nos accords et désaccords. L'auteur parle ensuite de la *"capacité à être en empathie"* qu'il décrit comme la capacité à partager les représentations voire les ressentis du patient sans se mettre à sa place. L'écoute empathique n'est pas forcément d'apporter une solution toute faite aux problématiques du patient ou de répondre à ses besoins immédiatement. Il s'agit surtout d'accueillir ses émotions, de l'aider à les reconnaître et à les mettre en mots. Enfin, il écrit que la personne qui écoute doit prêter attention à ce qui se joue à l'intérieur d'elle-même pendant ce temps. Il convient d'entendre

et de comprendre les résonances émotionnelles que les paroles de l'autre peuvent engendrer en nous, ne pas les ignorer mais leur accorder une place. Maela Paul ajoute que l'écoute est autant une posture qu'une technique. Elle soutient et enrichit la parole du patient. Cette disposition intérieure nous permet ensuite de rebondir sur ce qui a été dit. L'écoute est une vraie qualité qui se développe. Elle ouvre un espace à l'expression du vécu du patient. Travailler sa capacité à écouter, c'est faire le choix d'une posture.

3.6 La voix

Enfin, je vais développer un dernier élément qui enrichit notre qualité de présence. Il ne s'agit pas d'un sens mais de la voix. La voix en psychomotricité est un réel outil de travail puisqu'elle fait partie du dialogue tonico-émotionnel sans cesse mis en jeu au cours d'un échange. En tant que communication paraverbale, elle est un support à la relation. Elle crée une enveloppe sonore dans laquelle les expériences sont vécues et intégrées. Elle est génératrice d'un rythme et insuffle une dynamique. Lorsqu'elle est utilisée comme médiation en séance, elle permet de travailler la respiration ainsi que la régulation tonique. La fonction vibratoire de la voix amplifie la perception interne que l'on a de son corps. Elle permet d'extérioriser notre vécu intérieur. Elle révèle et met en mot nos ressentis psychocorporels. C'est *"la médiation de choix pour exprimer les états émotionnels"* (Giromini & al, 2022, p. 123). Les modulations de la voix transcrivent les éprouvés de la personne. Le timbre de la voix, le débit, le volume, la fréquence, l'intensité et la tonalité nous informent sur son état émotionnel. On peut par exemple imaginer qu'une personne en situation de stress ait un débit de parole très rapide alors qu'une autre, en situation de tristesse, parle très lentement et à un volume réduit. En psychomotricité il est donc primordiale de prêter attention à ces paramètres lorsque nous écoutons un patient parler. Le psychomotricien doit aussi porter attention à sa posture, puisque par la voix il transmet son état émotionnel et son intention à son interlocuteur. Nous ne passons pas le même message si nous parlons de manière fluide ou saccadée, sur un ton autoritaire ou plus doux. Notre voix s'adapte sans cesse pendant la séance.

Lors de la première séance de respiration avec Mme L, je lui propose une relaxation basée sur des inductions verbales. Ma voix est donc au premier plan de ma séance et de ma posture.

Je dois me servir de cette dernière pour lui communiquer les consignes de “l’exercice” de respiration qu’elle me demande. Comme expliqué dans le cas clinique, je n’avais pas le bon axe thérapeutique en tête et cela s’est ressenti dans ma voix. Je ne recrute pas ma voix de la même façon en séance si je veux amener la personne dans une situation de détente ou si je désire la mettre en action. Cette inadaptation de ma voix a eu un impact direct sur le vécu de Mme L qui n’a pas pu rentrer pleinement dans la séance et qui semblait confuse quant à l’expérience que je lui proposais de vivre.

Lorsque Mme L m’a demandé au cours de la séance 4, de l’aider à travailler sa respiration, j’étais dans une posture complètement différente de la première séance. J’ai opté pour une voix plus vive, plus rythmée, avec une plus forte intensité et un volume plus important. J’ai pu percevoir les bénéfices de ces modulations en observant Mme L. Son rythme de respiration était bien plus structuré, elle ne semblait plus confuse et gardait les yeux fermés. En plus d’enrichir sa conscience corporelle, elle a pu dire à la fin que la séance l’avait détendue. L’effet de détente que je ne cherchais plus a finalement été vécu par la patiente car ma posture était plus adaptée.

Ces séances m’ont montré l’importance d’adapter ma voix et donc ma posture pour répondre de manière adéquate à la demande du patient.

Ainsi, l’engagement psychocorporel du psychomotricien permet de créer une alliance thérapeutique entre ce dernier et son patient. Ce terme a été élaboré par la psychiatre et psychanalyste américaine Elizabeth Zetzel en 1956. Pour elle, l’efficacité d’une thérapie ne dépend pas que des techniques et moyens employés mais d’abord de la qualité de la relation créée entre le thérapeute et son patient. Bioy et Bachelart (2010) définissent l’alliance thérapeutique comme une coopération entre le thérapeute et le patient dans le but d’atteindre les objectifs convenus ensemble. Il s’agit d’une collaboration entre les deux parties qui s’accordent sur les problématiques existantes et sur les solutions apportées pour tenter d’y répondre.

Conclusion

Ce dernier stage signe la fin de ma formation à l'IFP. Il m'a permis d'approfondir les questions que je me posais quant à la posture professionnelle du psychomotricien, interrogations qui m'ont accompagnées ces quatre dernières années. Le travail de ce mémoire m'a aidé à clarifier ma définition de la posture psychomotrice. Elle est un mélange entre savoir-être et savoir-faire. C'est une manière d'être, modulée dans la relation, qui amène à penser et à co-construire le cadre thérapeutique. Elle se bâtit sur les qualités relationnelles qui sont propres au professionnel et s'enrichit des connaissances et compétences acquises par la formation et l'expérience. L'intentionnalité est pour moi un aspect très important de la posture puisqu'il lui donne toute sa valeur et son poids. Je ne doute pas que cette définition évoluera et s'affinera au cours de mes futures années de pratique.

Ce stage m'a donné des clés pour comprendre la spécificité de la posture du psychomotricien dans une équipe mobile de soins palliatifs. Les patients que j'ai rencontrés m'ont témoigné de l'intensité de vie qui caractérise l'étape du cancer en phase palliative. J'ai observé les nombreux remaniements psychocorporels qu'ils vivent et les souffrances qui y sont liées. J'ai découvert, grâce à cette riche expérience clinique, que la posture est un réel moyen qui permet au psychomotricien de soutenir la personne malade dans ses bouleversements psychiques et corporels. Par sa posture empathique, il se fait réceptacle de la souffrance du patient et propose un espace sécurisant pour que ce dernier puisse évoquer son vécu de la maladie s'il le désire. De plus, grâce à son engagement psychocorporel, le psychomotricien établit un dialogue avec son patient. Sa posture définit et établit un cadre soutenant et contenant qui offre au patient la possibilité de vivre diverses expériences psychocorporelles. Par un étayage psychique, il aide le patient à intégrer ces dernières. L'établissement du cadre associé à l'engagement du psychomotricien renforce le patient dans son sentiment d'unité psychocorporelle et lui permet ainsi de tendre vers un meilleur vécu des symptômes de la maladie.

Cependant, j'ai parfois fait face aux limites de cette posture. Plusieurs fois durant mon stage, je me suis sentie particulièrement impuissante face à la souffrance de mon patient. Malgré le cadre proposé, malgré les ajustements tonico-posturaux et sensoriels de ma

posture, j'ai senti que je ne parvenais pas à suffisamment soutenir le patient, en tout cas, pas comme je l'entendais. Se retrouver face à la très grande souffrance de l'autre peut déstabiliser et faire peur. Dans ces moments, je n'ai pas toujours su quoi dire ni quoi faire. Je pense qu'il s'agit alors de faire preuve de patience et d'humilité pour accueillir ce moment, et accepter qu'être parfois seulement une présence attentive fait partie de la posture psychomotrice. Il s'agit de reconnaître qu'on peut être le réceptacle de la souffrance exprimée sans solution toute faite à proposer.

Par ailleurs, j'ai traité dans ce mémoire l'accompagnement des bouleversements psychiques et physiques. Mais je n'ai pas abordé le sujet des bouleversements sociaux et spirituels. Ce choix n'est pas anodin. Il est bien sûr lié au fait que la psychomotricité s'intéresse principalement à ces deux premiers grands pans de la personne. Mais cela est aussi dû au fait que j'ai très peu entendu parler, lors de ma formation et de mon stage, du rôle du psychomotricien dans le soutien de ces autres dimensions de la personne. Or, selon la définition des soins palliatifs donnée par l'OMS, ces derniers ont pour vocation la prise en charge de ces souffrances spécifiques. Pouvons-nous prétendre offrir une prise en charge holistique du patient si nous n'intégrons pas ces deux autres sphères dans notre approche ? Quelle est la place du psychomotricien dans le soutien de ces dernières ? Ces questionnements m'amèneront à poursuivre ma réflexion dans cette direction.

Bibliographie

Anzieu, D. (1995). *Le Moi-Peau*. Dunod.

Ballouard, C. (2011). 1. Définitions de la psychomotricité. *L'aide-mémoire de psychomotricité: En 25 notions* (pp. 3-10). Dunod.

Berthoz, A. (2008). L'échange par le regard. *Enfances & Psy*, 41, 33-49.
<https://doi.org/10.3917/ep.041.0033>

Bion, W. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Bibliothèque de psychanalyse PUF

Bioy, A. & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49, 317-326.
<https://www.cairn.info/revue--2010-4-page-317.htm>.

Blanchon, C. (2014). *Le toucher relationnel au cœur des soins*. Masson

Boni, T. (2006). *La dignité de la personne humaine : De l'intégrité du corps et de la lutte pour la reconnaissance*. Diogène, 215, 65-76.

Chifflet, J.L. (2017). *Les nuances de la langue française*. Le figaro éditions

Ciccione, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. Dans *Cahiers de psychologie clinique* 17(2), (pp.81-102). Boeck Supérieur.

Cocaign, V., Thérain-Sommain, M. & Guiose, M. (2022). Chapitre 35. Les soins palliatifs et la psychomotricité. Dans : Anne Gatecel éd., *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices: Fondements, domaines d'application, formation et recherche* (pp. 429-439). Dunod.

Decety, J (2003, 28 août). *L'empathie : une spécificité humaine ?* Le Monde. Consulté le 10/02/2024 sur https://www.lemonde.fr/savoirs-et-connaissances/article/2003/08/28/jean-decety-l-empathie-une-specificite-humaine_331910_3328.html

Dolto, F. (1984). Schéma corporel et image du corps. Dans *L'image inconsciente du corps*. (pp. 7-61). Éditions du Seuil.

Fiat, E. (2021, Avril). *Euthanasie : "La notion de dignité est très à la mode mais très confuse"*. Le Point

Figueiredo, M. I., Cullen, J., Hwang, Y. T., Rowland, J. H., & Mandelblatt, J. S. (2004). Breast cancer treatment in older women: does getting what you want improve your long-term body image and mental health?. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 22(19), 4002–4009. <https://doi.org/10.1200/JCO.2004.07.030>

Forest, G. & Bednarek, S. (2015). Chapitre 29. Les soins palliatifs : accompagnement en fin de vie. Dans : Françoise Giromini éd., *Manuel d'enseignement de psychomotricité: Tome 3 : Clinique et thérapeutique* (pp. 405-424). De Boeck Supérieur.

Gatecel, A., Massoutre-Denis, B., Giromini, F., Moyano, O., Scialom, P. & Corraze, J. (2012). Chapitre 9. La relation en psychomotricité. Dans : Philippe Scialom éd., *Manuel d'enseignement en psychomotricité: Tome 1 : Concepts fondamentaux* (pp. 327-351). De Boeck Supérieur.

Gilloots, E. (2006). Souffrance et douleur. *Gestalt* n°30, 23-32. <https://doi.org/10.3917/gest.030.0023>

Giromini & al (2022). *La psychomotricité, Que sais-je ?*. Presses Universitaires de France

Guiose M. (2007). *Relaxations thérapeutiques*. Heures de France

Guiose, M. (2007). *Soins palliatifs et psychomotricité*. Heures de France

Hall, E.T (1971). *La dimension cachée*. Points

Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital*. Inscrire le soin dans une perspective soignante. Masson

Hesbeen, W. (1999). *Revue Perspective soignante*, 4. Masson

Hesbeen, W. (2014). Pour une éthique du quotidien des soins. *Cancer(s) et psy(s)*, 1, 173-177.
<https://doi.org/10.3917/crpsy.001.0173>

Julliand, A. (2020). *Consolation*. Les arènes

Lesage, B. (2018). La posture comme cohérence d'un projet psychomoteur. Dans : Jean-Michel Albaret éd., *Manuel d'enseignement de psychomotricité: 4. Sémiologie et nosographies psychomotrices* (pp. 160-164). De Boeck Supérieur.

Liarte, A. & Brocq, H. (2014). Les corps à l'épreuve de la maladie grave. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 118, 35-44. <https://doi.org/10.3917/jalmalv.118.0035>

Manoukian, A. (2008). *La relation soignant soigné*. Lamarre

Marcos, I. & Burucoa, B. (2012). Une approche spécifique de la psychomotricité en situation palliative. *Revue internationale de soins palliatifs*, 27, 73-76.
<https://doi.org/10.3917/inka.122.0073>

Paul, M. (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. L'harmattan

Paul, M. (2012). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique: L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Recherche en soins infirmiers*, 110, 13-20.
<https://doi.org/10.3917/rsi.110.0013>

Pavot-Lemoine, C. (2018). *Des bébés et des crèches: Comprendre le développement du tout-petit pour mieux l'accueillir*. Dunod.

Prayez, P. (2003), *Distance professionnelle et qualité du soin*. Lamarre

Reich, M. (2009). Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique: Travail présenté lors des 27es Journées de la Société de l'Information Psychiatrique, Lille 24-27 septembre 2008. *L'information psychiatrique*, 85, 247-254.
<https://doi.org/10.1684/ipe.2009.0457>

Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Seuil

Robert-Ouvray, S. (2002), *Intégration motrice et développement psychique*. Desclée de Brouwer

Robert-Ouvray, S. & Servant-Laval, A. (2012). Chapitre 5. Le tonus et la tonicité. Dans : Philippe Scialom éd., *Manuel d'enseignement en psychomotricité: Tome 1 : Concepts fondamentaux* (pp. 161-199). De Boeck Supérieur.

Taylor, L. (1921). *The stages of human life*. Murray

Vigil-Ripoche, M. (2012). Prendre soin, care et caring. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition* (pp. 244-249). Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0244>

Wallon, H. (1942). *De l'acte à la pensée : essai de psychologie comparée*. Flammarion

Wallon, H. (1949). *Les origines du caractère chez l'enfant*. Presses universitaires de France

White, C. (2000). Body image dimensions and cancer : a heuristic cognitive behavioural model. *Psycho-oncology*, 9, 183-192.
[https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200005/06\)9:3<183::AID-PON446>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200005/06)9:3<183::AID-PON446>3.0.CO;2-L)

Winnicott, D. (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot

Sitographie

Dictionnaire de l'académie française. Définition du malade. Consulté le 15/02/2024 sur <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9M0284>

Haute Autorité de Santé (2013). Parcours de soins d'une personne ayant une maladie chronique en phase palliative. Consulté le 3/01/2024 sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-09/note_de_cadrage_soins_palliatifs_web.pdf

Haute Autorité de Santé (2016). L'essentiel de la démarche palliative. Consulté le 30/09/2023 sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-12/mc_247_essentiel_demarche_palliative_coi_2016_12_07_v0.pdf

La Ligue contre le cancer (2020). Les soins de support. Consulté le 23/03/2024 sur https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/soins-de-support-2021-03_0.pdf

La Ligue contre le cancer (2023). Définition du cancer. Consulté le 16/01/2024 sur <https://www.ligue-cancer.net/articles/le-cancer-definition>

Ministère du travail, de la santé et des solidarités (2024). La douleur. Sante.gouv.fr. Consulté le 24/02/2024 sur <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>

Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs (2014). Définition soins palliatifs. Consulté le 26/11/2023 sur <https://sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>

Résumé

Le cancer en phase palliative engendre des répercussions dans tout l'être du malade. Ses souffrances peuvent être corporelles, psychiques, sociales et spirituelles. La psychomotricité, à l'image des soins palliatifs, s'inscrit dans une approche holistique. Ainsi, le psychomotricien a pour fonction de repérer tous ces bouleversements psychocorporels et d'accompagner le patient dans son vécu de la maladie. Sa posture spécifique, au sein de l'équipe soignante, lui permet de soutenir le malade. La posture du psychomotricien trouve sa spécificité dans le cadre thérapeutique qu'elle propose. Ce cadre sécurisant et contenant offre au patient un espace dans lequel il peut vivre des expériences psychocorporelles structurantes. Cette posture est aussi caractérisée par l'engagement psychocorporel du psychomotricien qui utilise le dialogue tonico-émotionnel et ses sens pour soutenir les éprouvés du patient.

Mots clés : posture psychomotrice, soins palliatifs, bouleversements psychocorporels, cadre thérapeutique, engagement psychocorporel

Summary

Cancer in the palliative phase has repercussions throughout the patient's being. The suffering may be physical, psychological, social or spiritual. Psychomotricity, like palliative care, is part of a holistic approach. The psychomotrician's role is to identify all these psycho-corporal upheavals and to support the patient in his or her experience of the illness. Their specific position within the care team enables them to support the patient. The psychomotor therapist's specific role is to provide a therapeutic framework. This secure and containing framework provides patients with a space in which they can have structuring psycho-corporal experiences. This posture is also characterised by the psychomotor therapist's psychocorporal commitment, using tonic-emotional dialogue and the senses to support the patient's experiences.

Key words : psychomotor posture, palliative care, psychocorporal upheavals, therapeutic framework, psychocorporal commitment.