

MOUSSU SEBASTIEN

Juin 2015

172331



Mémoire présenté en vue de l'obtention du DE de Psychomotricien

Hospitalisation et cancer
À la recherche d'un nouveau souffle face à la crise

Sous la direction de
MIREILLE BERENGUIER

ISRP MARSEILLE
Hôpital Ste Marguerite – Pavillon 5
270 boulevard de Ste Marguerite
13009 MARSEILLE

Remerciements

À Karine, Joëlle, Alice pour leurs lectures et aides bienveillantes.

À Charline, pour ses lectures sur la partie clinique.

À Mme Berenguier, pour son suivi en tant que directrice de mémoire.

À mes ami(es), pour leurs soutiens.

À ma famille, pour leur amour dont une pensée particulière pour mon oncle.

« Lorsque que vous vivez l'instant présent, quand plus rien ne vous distrait, si vous n'êtes ni attaché au passé ni inquiet de l'avenir, si votre esprit et vos émotions vous servent et ne vous commandent plus, votre conscience « est », vous « êtes », vous vous ressentez pleinement. Cet état, c'est l'« être ». ».

Wilson, P. (2000) p 17. Le principe du calme : Apprendre à méditer pour transformer sa vie.

Table des matières

- INTRODUCTION -	1
- PARTIE THEORIQUE -	4
<i>1 - Emotion et sentiment</i>	4
1-1 Les affects	5
1-2 Définition de l'émotion	6
1-3 La notion de sentiment	8
1-4 Les émotions, le tonus et le système végétatif autonome	9
1-5 Les conséquences des émotions négatives	11
1-5-1 Le Stress	11
1-5-2 Le coping : stratégie d'ajustement	12
1-5-2-1 Qu'est-ce que le coping ?	12
1-5-2-2 Evaluation, coping et cancer	12
<i>2 - Une anxiété d'origine corporelle</i>	14
2-1 Un corps malade : une identité perturbée	15
2-2 Un schéma corporel réactualisé	16
2-3 Une image du corps négative	17
2-4 Les conséquences symptomatiques de l'anxiété	18
<i>3 - La respiration</i>	18
3-1 La fonction respiratoire	19
3-1-1 La fonction respiratoire interne	19
3-1-2 La fonction respiratoire externe	19
3-2 Physiologie de la respiration	20
3-2-1 L'inspiration	21
3-2-2 L'expiration	21
3-4 Techniques respiratoires à but relaxant : Le contrôle respiratoire et le biofeedback dans le cadre de la gestion du stress	21
3-5 La respiration : un outil psychocorporel	22

- PARTIE CLINIQUE -	24
<i>1 - La spécificité de l'oncologie.</i>	24
1-1 Présentation de la structure.....	24
1-2 L'aspect médical de l'oncologie et ses symptômes associés.....	25
1-3 L'approche psychologique et ses compléments.....	27
<i>2 - Approche méthodologique.</i>	27
2-1 Un moyen pour aider à la régulation émotionnelle : la relaxation	27
2-2 Les 5 étapes clés de la praxie respiratoire relaxante.....	28
2-2-1 Le dialogue tonique.....	28
2-2-2 Le poids.....	29
2-2-3 Les sensations.....	29
2-2-4 Une image mentale.....	30
2-2-5 Le contrôle respiratoire.....	30
2-3 Motricité et respiration.....	31
<i>3 - Vignettes cliniques.</i>	32
3-1 Madame B.....	32
3-1-1 Anamnèse.....	33
3-1-2 Prise en charge psychomotrice.....	35
Séance 1 : une première rencontre.....	35
Séance 2 : jeux et perceptions.....	37
Séance 3 : un court entretien et un effet surprenant de la respiration sur la douleur.....	39
Séance 4 : une détente surprenante.....	40
Conclusion.....	42
3-2 Madame R.....	42
3-2-1 Anamnèse	42
3-2-2 Prise en charge psychomotrice.....	44
Séance 1 : une première rencontre en mouvement.....	44
Séance 2 : un massage.....	46
Séance 3 : se sentir exister.....	48
Conclusion.....	50

- DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE -	51
<i>1 - Une analyse de ma pratique.</i>	51
1-1 La psychomotricité dans l'institut.....	51
1-2 Les patients : des personnes âgées essentiellement.....	52
1-3 Un bilan psychomoteur préalable est-il envisageable ?.....	53
1-4 Dans ce contexte difficile, quels sont les objectifs psychomoteurs généraux qui se sont dégagés pendant les prises en charges successives ?.....	54
<i>2 - Les cadres et leurs limites.</i>	57
2-1 L'hôpital : un espace de sécurité.....	57
2-2 L'hôpital : une perte de repères internes.....	58
2-3 Le cadre particulier de la psychomotricité.....	61
2-3-1 Le cadre thérapeutique rencontré pendant mon stage.....	62
2-3-2 Un parcours personnel qui s'exprime par le choix d'une approche psychocorporelle.....	64
<i>3 - La contenance.</i>	66
3-1 La psychomotricité et sa fonction contenante.....	66
3-2 À la recherche d'une méthode de relaxation.....	68
3-3 L'apport d'une pratique respiratoire.....	68
3-3-1 La réorientation attentionnelle par la respiration.....	68
3-3-2 Un geste respiratoire relaxant.....	70
<i>4 - Mémoire identitaire et acceptation.</i>	71
4-1 Mémoire corporelle et identité.....	72
4-2 L'acceptation.....	73
<i>5 - Des pistes de prises en charge possibles.</i>	74
<i>6 - Mon expérience de stagiaire.</i>	76
- CONCLUSION -	78
- BIBLIOGRAPHIE -	
- ANNEXES -	

- INTRODUCTION -

L'incidence du cancer a doublé entre 1980 et 2005, mais le risque de mortalité a diminué de 25 %. En France, on considère qu'une personne sur deux survit cinq ans après le diagnostic de sa maladie¹. Le cancer est connu pour être la première cause de mortalité chez les hommes et la deuxième chez les femmes. D'un point de vue épidémiologique, en 2012, 355000 nouveaux cas de cancer sont recensés pour 148000 décès² soit environ un décès pour deux personnes atteintes.

Le cancer est donc une maladie souvent grave, fortement connotée, dont chacun entend beaucoup parler car il touche les familles, les amis, les connaissances.

Depuis deux ans, je suis concerné par celle-ci via un des membres de ma famille. En tant qu'étudiant en psychomotricité, je me suis interrogé sur ce que cette discipline pouvait apporter dans cette pathologie.

Les centres de référence du cancer reçoivent les patients pour des cures en ambulatoire ou pour une hospitalisation. Cette hospitalisation alors impérative se déroule dans un contexte de crise et nécessite des examens, des essais thérapeutiques, un traitement lourd avec des effets secondaires importants comme la fatigue chronique, les douleurs.

Le cancer bouleverse le corps, l'ampute souvent d'un organe et génère des dysfonctionnements physiologiques importants. La maladie, donc, nuit à la personne dans son intégrité physique -le corps malade, douloureux, mutilé se déroband parfois à ses désirs- mais aussi dans son intégrité psychique par la souffrance et l'anxiété générées. Le patient est vulnérable, inquiet des résultats à venir et de l'avenir.

1 : Dr HORDE, P. (2015). *Cancer – Statistique de mortalité*. En ligne : <http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/118-cancer-statistiques-de-mortalite>. Consulté le 25/04/15).

2 : chiffres de l'Institut National du Cancer.

Le moment de l'hospitalisation, les symptômes, la pathologie font émerger des émotions négatives, du stress, des angoisses de mort. Par ailleurs, le sentiment de continuité d'existence est gravement menacé par des échecs de traitements ou une aggravation des symptômes.

Face à un patient souffrant de cancer, diminué physiquement et psychiquement et soumis à une forte anxiété, quel type de prise en charge peut proposer un psychomotricien ? Comment l'aider à gérer son anxiété ? Existe-t-il un outil psychocorporel pour faire face à celle-ci ? Quelle sont les rôles et les apports de la respiration ?

Dans la partie théorique, nous aborderons dans un premier temps le champ des émotions et ce qu'elles impliquent d'un point de vue psychocorporel. Au niveau psychologique, un processus d'évaluation de soi se met en place face à la maladie : quelles sont les stratégies adaptatives en lien avec une pathologie cancéreuse ?

Nous mettrons ensuite en perspective l'anxiété générée par le corps malade et le remaniement identitaire qu'elle impose.

Dans un troisième temps, nous expliquerons le processus de la respiration dans ses fonctions, son aspect physiologique et son utilisation comme outil psychocorporel et thérapeutique dans le domaine de l'anxiété.

Dans la partie clinique, nous rappellerons la spécificité de l'oncologie concernant les symptômes et les thérapeutiques mises en œuvres. Nous décrirons ensuite le geste respiratoire relaxant et comment il devient une praxie à part entière. Nous préciserons aussi en quoi la respiration peut être une aide motrice précieuse dans certains mouvements.

Afin de mesurer les effets de ce type de relaxation et aide motrice, nous examinerons deux cas cliniques caractérisés par une anxiété réactionnelle majeure.

Dans la partie théorico-clinique, nous évoquerons et analyserons le cadre particulier de l'intervention lors du stage. Nous questionnerons le cadre hospitalier et thérapeutique ainsi que ses limites dans ce contexte, ceci nous amenant à la question suivante : comment la psychomotricité peut-elle compléter les protocoles de soins ?

Le cancer est une affection chronique qui laisse des traces émotionnelles et perturbe ainsi le sentiment de soi. Cela m'a interpellé sur la place de la mémoire identitaire : Quelle est la place du corps dans la mémoire ? L'acceptation ne serait-elle pas un élément bénéfique pour la personne ?

Nous examinerons des pistes de prise en charge possible en parlant aussi de l'issue parfois fatale de la maladie.

Pour finir, nous nous intéresserons à la place singulière du stagiaire en psychomotricité dans un service d'oncologie et nous verrons comment il est confronté inéluctablement à la problématique de la mort, celle-ci ne devant pourtant pas nous empêcher de penser à l'exigence de la qualité des soins physiques mais aussi psychiques.

- ***PARTIE THEORIQUE*** -

Spinoza dans son livre l'Ethique écrit : « L'esprit est l'idée des affections du corps. Autrement dit, l'esprit est à la fois conscience de soi comme corps et conscience des modifications de ce corps. La conscience est à la fois unité corporelle et modifications corporelles, unité et dynamisme » (cité par Lesage, 2012, p. 26).

En permanence, notre corps-esprit envoie des messages en fonction de l'environnement et de la situation traversée. Avec toute sa biologie, le corps est un champ d'informations en interdépendance permanente avec notre "psyché" à travers des émotions, des sentiments, des valeurs, des croyances. Toutes ces informations se confrontent avec l'identité psychologique de chacun et est en perpétuel devenir.

Face à un bouleversement pathologique grave, telle que le cancer, le corps malade et l'hospitalisation font d'abord émerger des émotions puis des sentiments pour germer en une représentation mentale. La pathologie, les traitements et les incertitudes génèrent un remaniement identitaire et une anxiété liées à l'état du corps et à sa capacité à guérir. Pour tenter de répondre à cette anxiété, nous examinerons le processus respiratoire et son utilisation comme moyen de détente.

1 - Emotion et sentiment

Dans ce chapitre, nous allons voir l'affect et ses différentes composantes pour ensuite définir plus particulièrement l'émotion et la notion de sentiment afin de les distinguer. Ensuite, nous nous intéresserons aux manifestations corporelles toniques qui peuvent être considérés comme des indicateurs de l'émotion (Wallon, 1949). Les émotions et sentiments négatifs peuvent avoir des conséquences néfastes sur le plan physique par le stress et sur le plan psychique par leurs évaluations cognitives.

1-1 Les affects

Un exemple anodin peut permettre d'illustrer en terme d'action cognitivo-comportementale une dimension de l'affect mais sans aucune comparaison de valeur avec le cancer.

Un étudiant écrit son mémoire et doit le présenter. Cette idée le stresse (réaction d'alerte), une tension interne l'envahit de toute part (une émotion de peur). Les pensées s'affolent, le jugement de lui-même et de ses capacités de présentation sont mises en doute (la cognition). Il transpire, a chaud, respire un peu plus vite, ressent une boule au ventre (transformation physiologique). Il est devant le jury, son attitude est raide (la posture et le tonus). Sa voix est éraillée, il l'éclaircit en toussant (expression vocale). Ses traits de visages se déforment, ils sont rouges écarlates (expression faciale). Finalement, il part en courant (une action) avant la fin. Il a trop peur d'affronter le jury impitoyable qui est prêt à traquer la moindre erreur commise, sans pitié pour le candidat alors que lui-même en voit partout (un sentiment).

Que se passe t-il ? Quelle est cette modification de soi ? D'où vient ce ressenti et pourquoi ? Qu'est ce que cela l'a poussé à faire ?

Les mots caractérisant l'affect sont nombreux. Les émotions sont des états brefs. L'humeur, elle, persiste plus longtemps, de plusieurs heures à plusieurs jours. Elle est une tonalité agréable ou désagréable, sans stimuli clairement identifiables, mais elle s'appuie sur des émotions (Damasio, 2003). Elle est une impression diffuse sans substrat physiologique ou comportemental saillant de l'individu.

Le tempérament, quant à lui, est la toile de fond de l'individu, entre l'inné et l'acquis. Il est une prédisposition naturelle à éprouver préférentiellement tel ou tel type de d'émotion et d'humeur.

Le sentiment est une perception d'un événement en lien avec les émotions et l'état du corps.

Ainsi, le tempérament influence l'humeur de la personne qui va être encline à telles ou telles émotions. Il faut alors concevoir les émotions, l'humeur, le tempérament, les sentiments, comme un processus, un système en interaction dynamique.

Le cancer soulève chez le sujet atteint des émotions et des sentiments en lien avec son corps et son identité psychologique.

1-2 Définition de l'émotion.

La racine étymologique du mot émotion vient du latin "movere" (bouger) et du préfixe "é" (vers l'extérieur). Cela suggère que l'émotion est un mouvement interne en réaction à une situation nouvelle externe. Cette situation va mobiliser une partie de nos ressources cognitives par le processus attentionnel. C'est un phénomène transitoire que l'on peut caractériser par une durée courte avec un déclencheur identifiable, d'intensité élevée et une faible fréquence d'apparition. Selon Mikolajczak et Quoidba (2009), il y a deux classes de situations génératrices d'émotions. En premier lieu, celles qui mettent à mal ou à bien les objectifs, les buts de l'individu comme la santé par exemple. En second lieu, celles qui heurtent les croyances fondamentales.

Une émotion correspond à des processus mentaux complexes liés à des tonalités agréables, par exemple, la joie, le plaisir, l'amour, la gourmandise ou désagréables, par exemple, la peur ou la douleur. Elles sont des réponses adaptatives face à des stimuli particuliers et induisent une réponse motrice d'action. Ces états affectifs multidimensionnels s'accompagnent de manifestations cognitives et mettent en jeu la mémoire autobiographique, la mémoire procédurale, la faculté de raisonnement, l'état interne, mais aussi des aspects subjectifs comme la personnalité, le sentiment, l'humeur.

Le corps traduit d'une manière physiologique ce processus émotionnel avec le rythme cardiaque, la fréquence respiratoire, la sueur. Tout est mobilisé, le comportement et la posture se modifient par le sursaut, l'immobilisation, l'attaque, le retrait. Le mode d'expression change avec le faciès, la voix. Une émotion est en lien avec un processus mental et se traduit corporellement comme je l'ai illustré dans l'exemple de l'étudiant face à un jury³. Corps et esprit se rejoignent pour ne former qu'un dans l'expression d'une émotion et apparaître sur le « théâtre du corps » visible de tous.

3 : Voir la partie théorique 1-1 : les affects, p. 5

Pour Damasio (2003), ces émotions constituent un moyen pour le cerveau d'évaluer l'environnement à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisme, pour une réponse adéquate et adaptée à la situation. Selon l'idée du « conatus » de Spinoza, chaque être vivant déploie constamment un effort pour persévérer dans son existence. La base du conatus repose sur cet état de corps et ses modifications qui se reflètent par l'esprit. D'une manière schématique, celles-ci peuvent être découpées en émotions primaires, d'arrière-plan et sociales.

Damasio décrit les émotions primaires - de base - comme innées, préprogrammées et présentes à la naissance. Ce sont la joie, la colère, le dégoût, la peur, la tristesse, la surprise.

En revanche, les émotions d'arrière-plan sont la conséquence des processus d'homéostasie, des comportements de douleur et de plaisir ainsi que des appétits (faim, soif). Le centre nerveux établit constamment une cartographie cérébrale opératoire du corps et réalise une synthèse qualitative de son milieu intérieur (via les ressentis corporels conscients et inconscients) et de son milieu extérieur (le monde qui nous entoure) pour aboutir à une représentation mentale de son vécu corporel.

Les émotions sont interactives, mouvantes, forment notre état d'être et permettent de définir notre humeur. Lorsque l'on demande « comment vous sentez vous ? », c'est à cet état d'être que l'on fait appel. Il s'agit de l'énergie, l'enthousiasme, le malaise, l'excitation, l'énervement ou le calme.

Pendant mon stage en oncologie, il m'a semblé par exemple utile de commencer mes entretiens par cette question pour éclairer cette émotion et favoriser une bonne alliance thérapeutique.

Plus spécifiquement, des états intérieurs comme la maladie (le cancer) et la fatigue (symptôme), dans un environnement hospitalier peuvent déclencher une émotion d'arrière-plan de découragement. Elles sont à la base d'un sentiment d'arrière-fond ou appelé « proto-soi ». On peut les détecter à travers la prosodie et aux contours des mouvements du corps via leurs précisions, leurs fréquences.

Les émotions sociales incorporent des réponses qui font partie des émotions de base et d'arrière-plan et appliquent le principe d'emboîtement de ces émotions pour en former une

seule. Elles comprennent la sympathie, l'embarras, la honte, la culpabilité, l'orgueil, l'envie, la gratitude, l'admiration, l'indignation, le mépris.

Dans le bouleversement d'une pathologie cancéreuse, ces émotions s'édifient sur un corps fragile et un devenir incertain. Cette affection étant chronique va générer des remaniements de la représentation de soi par rapport à son corps et ses capacités donc générer des sentiments.

1-3 La notion de sentiment

Le dictionnaire Larousse (2015) définit le sentiment comme « Un état émotif complexe et durable lié à certaines émotions ou représentations ». Que se passe t-il au niveau de l'esprit ?

Tout comme les émotions, les sentiments s'édifient sur une cartographie cérébrale particulière. Bien que les émotions soient identiques d'un individu à un autre au niveau cérébral, le sentiment aura une carte cérébrale différente d'un individu à un autre (Damasio, 2003).

En effet, l'émotion induit un programme d'action complexe automatisé via la cognition, alors que le sentiment repose sur une perception composite via l'intéroception de notre corps quand nous éprouvons une émotion. Donc le sentiment est une évaluation du ressenti de ces perceptions corporelles.

Au début naît l'émotion, via un stimulus émotionnellement compétent. Elle fait suite à des événements complexes et se traduit corporellement via le cerveau comme chef d'orchestre. Il distribue ses ordres vers les muscles et les organes périphériques. Au moment de l'émotion, l'esprit associe des pensées, des thèmes spécifiques à cet état du corps. Le cerveau crée une représentation mentale, une idée liée à cet état de corps en lien avec un vécu passé ou hypothétique vers le futur. Ainsi des images apparaissent dans notre esprit en conséquence de cet état affectif et corporel. Un mode de pensée surgit du corps lié à cette perception.

Par exemple, la tristesse s'accompagne d'une faible production d'image mais d'une hyper-attention aux images alors que le bonheur fait défiler les images auxquelles on prête peu d'attention (Mucchieli, 2011).

Nous pouvons dire que le sentiment est intériorisé et non observable et s'apparente au « théâtre de l'esprit » et donc à notre psychisme.

Cette perception renvoie à une idée qui touche l'aspect du corps, de son intérieur, dans certaines circonstances. À cela s'ajoute le flot des pensées. En effet, les sentiments sont des perceptions interactives auxquelles s'associent des images qui peuvent elles-mêmes modifier ce sentiment. Le cerveau procède à des allers-retours entre l'objet sentimental initial et sa représentation mentale associée. Ainsi, ce processus de réverbération influence d'une manière notable le sentiment en l'amplifiant, l'atténuant ou en le modifiant tout simplement. Par exemple, en oncologie, une personne touchée par une tumeur bénigne peut-être soumise à une angoisse de mort liée à la représentation de la maladie.

Ainsi cette carte cérébrale, caractérisée par des connexions synaptiques particulières, liée au sentiment, s'élabore à partir d'un état réel du corps ou d'un état simulé du corps (Damasio, 2003).

Dans la vie de tous les jours, par exemple, lorsqu'une personne fuit un danger alors qu'elle souffre de douleur, celle-ci disparaît un laps de temps. La psychopathologie a mis en évidence le fait que des patients affectées d'une hystérie de conversion souffrent d'une manière somatique alors qu'il n'y a pas de lésion apparente. Emotions et sentiments emploient donc des circuits cérébraux différents et communs à la fois.

1-4 Les émotions, le tonus et le système végétatif autonome

Comme nous l'avons vu précédemment, l'émotion est un pont entre soi et l'extérieur. Les émotions se manifestent corporellement par le système végétatif. Le système nerveux végétatif est en partie responsable de l'homéostasie de l'être humain. Il lui permet de s'adapter aux perturbations environnementales en effectuant une action de régulation via le

système nerveux sympathique (excitateur) et parasympathique (inhibiteur) comme par exemple la respiration.

Scialom, Giromini et Albaret (2011) évoquent l'étude de Paillard (1976) qui apporte la preuve expérimentale qu'une action tonique s'effectue lorsqu'un sujet est soumis à une stimulation comme le calcul mental, l'effort musculaire, l'effort d'attention, les stimuli psychoaffectifs.

Mais existe-t-il des schémas de réponses physiologiques spécifiques à chaque émotion ? Les recherches sont en cours mais un auteur comme Wallon (1949) a mis en évidence des liens entre le tonus et les émotions.

L'émotion est un facteur influant sur la posture où le tonus joue un rôle principal (tonus de fond). Celui-ci est sous-tendu par les stimulations intéroceptives, extéroceptives, labyrinthiques, proprioceptives et psychiques. De la posture, découle le geste qui sera plus ou moins ample ou aisé selon le tonus (tonus d'action), qui peut-être en hypo ou hypertension.

Wallon remarque que dans les moments agréables, de plaisir, le bébé sourit, les membres inférieurs s'agitent, le visage et le corps sont dilatés par une vague de tonus qui permet un équilibre entre l'excitation et le tonus, entre le tonus et les décharges musculaires.

Dans les moments désagréables, tels que la faim, le sommeil, le froid, l'humidité, l'inconfort d'une position, des spasmes surviennent et semblent être unis à la douleur. Un hyper-tonus se met en place et peut être la cause de malaise. De même, il identifie un hyper-tonus émotif qui peut aboutir à une suspension totale des fonctions. Par exemple, la colère mène à l'asphyxie et à la syncope via la contraction généralisée et la fixation des muscles respiratoires. L'agitation, le mouvement est un moyen de réduire cette contraction.

En oncologie, pour certains patients, la motricité est affectée et devient un acte difficile. Ils ne peuvent pas alors transformer ce moment désagréable en une motricité libre et libératrice d'un intérieur psychiquement bouleversé. Un hyper-tonus s'observe lors des mobilisations passives et est un indicateur symptomatique de leur anxiété⁴.

4 : Voir la partie clinique 3-1-2 (p. 35) et 3-2-2 (p. 44) : prise en charge psychomotrice ; séance 1

1-5 Les conséquences des émotions négatives

Les émotions et sentiments négatifs génèrent des réactions physiologiques telles que le stress auquel l'individu s'adapte psychologiquement en effectuant une évaluation cognitive.

1-5-1 Le Stress

Selye (1920) s'intéresse à des symptômes communs chez plusieurs patients. Il utilise la notion de stress en réponse à une maladie physique ou psychique. Dans ses recherches, il souligne l'importance du « stress psychologique » comme un facteur déclencheur potentiel de somatisation. Celui-ci est décrit comme l'expression d'une tension intérieure, un sentiment d'impuissance (Wiart, 2014).

Les mécanismes physiologiques activés par le stress libèrent, à partir de l'hypophyse, des hormones qui stimulent la sécrétion de cortisol des glandes surrénales. Or, la recherche a mis au jour l'action bloquante du cortisol sur la production de cellules chargées de protéger et de défendre le système immunitaire. Ainsi, le processus de stress via ses inter-relations entre les facteurs émotionnels et réponses hormonales exercent une influence sur la capacité du système immunitaire à se défendre.

Selon un modèle bio-psychosocial, le stress est multifactoriel via ses interactions entre des facteurs stressants (internes et/ou externes) et des réactions d'adaptation face à la situation vécue et évaluée subjectivement par un individu, comme débordant les ressources personnelles et menaçant son intégrité.

Une affection chronique telle que le cancer induit un stress important dû au remaniement corporel et donc identitaire.⁵ À partir de ces éléments, des auteurs se sont intéressés plus particulièrement aux réactions d'adaptations : le coping.

⁵ : Voir la partie théorique 2-1 : un corps malade : une identité perturbée, p. 15

1-5-2 Le coping : stratégie d'ajustement

1-5-2-1 Qu'est-ce que le coping ?

À la suite de Selye, d'autres auteurs comme Lazarus et Folkman (1984) se sont interrogés sur les « stratégies d'ajustements ». Lazarus et Folkman (1984) définissent le coping comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu » (cité par Paulhan, 1992, p. 545).

Depuis, les différentes approches psychologiques se sont intéressées à cet ajustement interne ou externe face à l'événement.

- D'un point de vue psychodynamique, le coping est une défense du Moi à travers des mécanismes particuliers. Par exemple, le déni qui implique le refus de reconnaître l'existence du problème, sa gravité et ses conséquences potentielles ou la dépersonnalisation désignant la perte, par un individu, du sentiment de sa propre réalité physique et mentale : c'est-à-dire un ensemble d'opérations cognitives inconscientes dont le but est de diminuer l'angoisse.

- L'approche cognitivo-comportementale met en avant une description objective du style de coping via l'examen des schémas émotionnels, cognitifs⁶ et comportementaux. Nous allons voir ces stratégies qui se fondent d'abord sur un processus d'évaluation centré sur le problème ou l'émotion.

1-5-2-2 Evaluation, coping et cancer

Avant toute stratégie d'ajustement, un processus d'évaluation s'opère sur la nature et les conséquences possibles de la situation hostile. En oncologie selon Dolbeault, Dauchy, Bredart et Consoli (2007), la maladie peut être perçue et évaluée de différentes façons :

6 : Concept désignant des connaissances élaborées à partir de l'expérience, qui constituent des croyances de base concernant des aspects importants de l'adaptation.

- Comme une menace via les douleurs, la perte de l'intégrité physique et l'asthénie, générant de la peur et de l'anxiété.
- Comme une perte des proches, du travail, des activités quotidiennes, entraînant de la tristesse et des affects dépressifs.
- Comme une épreuve, un défi, s'accompagnant d'un comportement combatif et actif vis-à-vis de la maladie.

Cette évaluation dépend des paramètres du patient comme son tempérament, ses traits de personnalité, son histoire personnelle, ses affects, son vécu corporel, ses croyances et des paramètres situationnels qui sont liés à la durée du stress, au contexte de crise, à l'existence de proches ou pas. Le patient élabore sa propre stratégie d'ajustement et de résolution de problème.

Comme cela a été dit dans l'approche cognitivo-comportementale certains vont centrer leurs coping sur la résolution de problème. Ils vont être dans une confrontation et un esprit de combat et s'impliquer dans les prises de décisions, la recherche d'un partenariat avec les soignants et/ou ses pairs. Par exemple, le stress amènera le patient à accepter des consultations en psychomotricité ou avec un psychologue, à une recherche active de solution et d'information. Cependant, cette dépense psychique et physique peut aboutir au bout d'un moment à une fatigue, un épuisement psychique.

On peut aussi observer des personnes avec un coping qui se centre sur l'émotion, par exemple en adoptant des attitudes de contrôle émotionnel via la simple maîtrise jusqu'à la répression plus ou moins totale (alexithymie). D'autres personnes vont tendre à manifester des attitudes d'impuissance et de désespoir, de tristesse et de passivité. Ils peuvent laisser le personnel soignant prendre les décisions à leur place.

En effet, l'incertitude et la vulnérabilité les conduit à des pensées négatives fortes allant jusqu'aux refus des aides psychologiques ou sociales. Ces types d'attitudes vont majorer le stress et entretenir un sentiment de désespoir jusqu'à une dépression majeure.

C'est pourquoi cela me paraît important de transmettre au patient un moyen de régulation tonico-émotionnelle à l'aide d'une technique de relaxation accessible et reproductible afin de l'étayer psychiquement face à son anxiété.

Pendant mon stage, j'ai été confronté à une forme d'anxiété réactionnelle accentuée par ce moment de crise psychocorporelle liée à l'hospitalisation. Celle-ci confronte le sujet à son corps malade, en créant une désorganisation psychique.

2 - Une anxiété d'origine corporelle

Dans le contexte particulier de l'oncologie, Dolbeault et al définissent cette anxiété comme « la traduction émotionnelle et cognitive d'une situation vécue par le patient comme pénible et paralysante pour sa vie quotidienne » (2007, p. 60). Le cancer est une pathologie grave où le pronostic vital peut-être engagé dans certains cas. La pathologie induit un remaniement identitaire complet où le corps n'est pas épargné. Les traitements sont de plus en plus performants mais aussi agressifs de par leurs effets secondaires comme la diminution physique provoquée (asthénie, douleur, brûlure, amputation) et les dysfonctions physiologiques.

Au niveau de la sphère psychique, cela induit une modification du schéma corporel ainsi qu'une image négative du corps. Le corps malade et l'incertitude de l'issue confrontent le sujet à un stress important et difficile à gérer. Cela ressemble à une anxiété réactionnelle face à une agression majeure du corps. Elle place le sujet dans une détresse psychologique importante et se répercute en termes de symptômes.

L'anxiété peut survenir à toutes les phases de la maladie et elle est d'autant plus importante pendant l'hospitalisation où les patients sont confrontés aux examens, aux essais thérapeutiques, à l'attente de résultats.

2-1 Un corps malade : une identité perturbée

Dans le cadre de l'oncologie, la pathologie génère non seulement une anxiété réactionnelle mais aussi un remaniement identitaire. En 1986, Mucchielli illustre le caractère composite de l'identité dans laquelle apparaissent des sentiments précis : le sentiment de son être matériel, le sentiment d'appartenance, le sentiment d'unité et de cohérence, le sentiment de continuité temporelle, le sentiment de différence, le sentiment de valeur, le sentiment d'autonomie, le sentiment de confiance, le sentiment d'existence et l'effort central. Nous allons voir concrètement ce que le cancer met à mal pour un individu dans son identité, son sentiment de Soi.

L'annonce de la maladie fait entrer le patient dans une spirale qui casse le ou les projets de la personne et donc tout ce qui fait sens pour elle (sentiment d'existence et l'effort central). Un individu appartient à un groupe, à une famille mise en péril par la maladie (sentiment d'appartenance et de valeur). Le cancer met aussi l'individu en danger dans sa capacité à pouvoir faire son travail, pratiquer ses activités et répondre à ses obligations diverses (sentiment de continuité temporelle).

En outre, les symptômes représentent un véritable handicap pendant une cure. Ceux-ci menacent l'autonomie de la personne, en raison de la fatigue chronique et la douleur par exemple. En effet, le malade doit fournir un effort physique et psychique beaucoup plus important pour les activités de la vie quotidienne - lorsqu'il n'est pas hospitalisé. Dans certaines situations, le malade doit obligatoirement déléguer ses activités à d'autres membres de sa famille (cuisine, courses, ménage). Il a souvent besoin d'aides, par exemple dans le cadre professionnelle.

En cas d'hospitalisation, l'immobilité provoque une fonte musculaire rapide et rend l'effort encore plus difficile. Les tumeurs, les métastases empêchent un ou des organes de fonctionner normalement et renvoient au patient l'image d'un corps défaillant et douloureux (sentiment de son être matériel, de continuité temporelle).

L'incertitude et l'association du cancer et de la mort confrontent le sujet à sa propre fin potentielle et tout ce qu'il doit laisser derrière lui (sentiment de continuité temporelle). Cela génère une véritable angoisse de mort, la peur d'un échec de traitement ou la menace d'une récurrence éventuelle du cancer après un traitement.

Tous ces aspects ont des conséquences sur l'estime de soi et le sentiment de valeur. En effet, le corps dysfonctionnel ne répond plus aux exigences de la vie. La confiance envers son propre corps et ses propres capacités est mise à mal par la maladie.

2-2 Un schéma corporel réactualisé

Le schéma corporel n'est pas épargné par ce dysfonctionnement général. Ajuriaguerra (1970) le définit ainsi :

« Edifié sur les 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 ». (cité par Pireyre, 2011, p. 117).

L'anxiété rencontrée par les patients est liée à leurs états physiques vécus émotionnellement comme une dégradation, une diminution importante du corps car le cancer peut être mutilant en raison des amputations ou de la disparition d'une fonction. Le schéma corporel est modifié par les traitements qui peuvent par exemple troubler les perceptions sensorimotrices dans les mains et les pieds en créant des paresthésies⁷ et donc avoir des répercussions sur l'équilibre⁸.

Gaucher-Hamoudi et Guiose soulignent cette interaction entre l'image du corps et le schéma corporel : « l'un et l'autre sont agressés tant de l'extérieur, par les traitements nécessaires mais souvent agressifs, que de l'intérieur, par les fantasmes du sujet lui-même qui souhaite détruire cet ennemi intérieur » (2007, p. 41).

7 : Trouble de la sensibilité, désagréable et non douloureux.

8 : Voir la partie clinique 3-2-2 : prise en charge psychomotrice ; séance 1, p. 44

2-3 Une image du corps négative

L'image du corps correspond à la représentation de son corps propre en lien avec le vécu, et les émotions ressenties à son propos (Dolto, 1984). Comme nous l'avons vu précédemment, les patients sont confrontés à un remaniement psychique et corporel complet. Ces sentiments s'installent et sont en lien avec le corps du malade et les traitements subis. Le psychomotricien E.W.Pireyre (2011) caractérise une image composite du corps par la sensation de continuité d'existence, l'identité, l'identité sexuée, la peau physique et psychique, le tonus, la sensibilité somato-viscérale, les compétences de communication du corps, les angoisses corporelles archaïques.

En oncologie, le corps-malade génère d'importants dysfonctionnements et fait surgir des troubles tonico-émotionnels. Cette anxiété fait partie d'un processus normal d'adaptation mais à partir de quand cela devient-il pathologique ? D'où vient cette anxiété ?

Dans le cadre de mon stage, j'ai pu observer que cette manifestation anxieuse chez les patients survenait suite aux nouvelles données par les médecins sur leurs traitements et à leurs propres réactions physiologiques à ceux-ci ainsi qu'aux infections contractées pendant l'hospitalisation et aux difficultés corporelles ressenties. Le sentiment de continuité d'existence est particulièrement menacé.

Par exemple, monsieur S, souffrant d'un cancer de la thyroïde, répond à la question « comment est ce que vous vous sentez ? » : « Je me sens comme un moins que rien, un mollusque... ». Le corps renvoie une représentation mentale négative en lien avec une émotion. Le patient peut se sentir débordé par ses émotions négatives et rentrer dans une spirale où l'image du corps s'imprègne émotionnellement d'un affect perturbé par la maladie.

À ce moment-là, on peut percevoir un épuisement psychique, du stress et des émotions négatives en lien avec son corps.

2-4 Les conséquences symptomatiques de l'anxiété

Une anxiété aiguë peut survenir lors de l'annonce du diagnostic et des procédures d'investigations, des imageries médicales, du bilan, de la récurrence, des échecs de traitements, de la cessation des traitements actifs, du passage en soins palliatifs.

L'anxiété peut se traduire par de nombreux symptômes psychologiques cognitifs comme l'anticipation dramatisée des événements futurs, la verbalisation d'une peur excessive, des difficultés à faire un choix, de l'irritabilité, des troubles de la mémoire et de l'attention, des pensées délétères concernant la maladie et ses conséquences. La traduction émotionnelle et comportementale de l'anxiété peut entraîner une hyper-vigilance, des crises de larmes, un sentiment de tension intérieure, un trouble du sommeil, de l'agressivité ou un repli, un état de sidération.

Au niveau du corps et lors d'un événement aigu, le système nerveux autonome s'active et les manifestations peuvent-être respiratoires via une gêne, un sentiment d'oppression thoracique ou de constriction. Le système cardio-vasculaire réagit par des palpitations, de la tachycardie, des douleurs thoraciques atypiques. Le système neuromusculaire se désorganise donnant lieu à des crampes, des tremblements, des paresthésies ou des sensations vertigineuses. Au niveau digestif, il peut survenir des nausées, des spasmes coliques.

Comme nous l'avons vu précédemment, la respiration est l'un des processus touché par l'émotion. Peut-on imaginer une opération inverse ? C'est-à-dire utiliser ce souffle pour faire face à la crise et ainsi diminuer l'émotion en agissant sur un des paramètres que l'individu peut s'efforcer de contrôler ?

3 - La respiration

Dans ce chapitre, nous verrons la fonction respiratoire et sa physiologie. Celle-ci est utilisée comme moyen thérapeutique, par exemple dans la gestion du stress, et comme un outil psychocorporel en général.

3-1 La fonction respiratoire

B.Germain-Calais (2005, 2007) distingue la respiration interne de la respiration externe qui ont deux fonctions bien à part.

3-1-1 La fonction respiratoire interne

La respiration interne a pour but permanent l'hématose, c'est-à-dire l'apport d'oxygène dans l'organisme pour assurer les besoins vitaux des cellules et tissus en fonction de ses dépenses énergétiques. La respiration suit un rythme bien particulier et s'adapte à ses besoins. Pendant le geste respiratoire, il se produit des apnées physiologiques qui peuvent survenir à tout moment du cycle respiratoire. Cela correspond à une suspension du mouvement respiratoire. Elles surviennent naturellement lors d'un effort ou d'une sidération.

La respiration est innée, réflexe, automatique, inconsciente et spontanée.

3-1-2 La fonction respiratoire externe

La respiration externe (ou ventilation) consiste à ventiler le système par l'inspiration pour amener de l'air vers l'intérieur des poumons et l'expiration pour renvoyer de l'air vers l'extérieur.

Ce geste respiratoire utilise des muscles spécialement dédiés. Le geste respiratoire se répercute sur l'ensemble du tronc. C'est-à-dire au niveau des clavicules, du thorax (le dos et les côtes) et/ou sur l'abdomen. En fonction des muscles sollicités, l'air amené par l'inspiration et l'expiration va stimuler préférentiellement des parties différentes des poumons.

L'air expiré est utilisé par l'appareil phonatoire et permet le langage (prosodie). Ce geste respiratoire est variable et ne reste jamais le même. De là, découle une tonalité, une amplitude, une vitesse variable en fonction des émotions, du vécu et de l'intention de la personne.

Le geste respiratoire ne se calque pas que sur l'apport d'oxygène pour l'organisme. Il participe à d'autres buts en fonction des circonstances. Il peut, par exemple : accompagner l'élan d'un mouvement, modifier des émotions, modifier le tonus musculaire vers la relaxation ou la forte montée du tonus, accompagner ou modifier plaisir et douleurs, soutenir la voix parlée ou chantée, mobiliser les viscères, exécuter le mouvement respiratoire sans prendre d'air, ouvrir ou fermer les côtes, accentuer ou modérer une courbure vertébrale. Autant de buts qui ne sont pas liés directement à l'oxygénation (hématose).

Il existe donc souvent un décalage, plus ou moins conscient et volontaire entre les besoins de l'hématose et le geste respiratoire.

3-2 Physiologie de la respiration

Le poumon est comme un élastique, il s'étire pour revenir à sa longueur initiale. La prise d'air peut se faire par le nez ou la bouche.

La bouche va permettre des respirations profondes plus aisées car il y a moins de résistance des tissus. En effet, le nez filtre et réchauffe l'air mais celui-ci peut se boucher par l'accumulation de poussière. Il est en lien avec le sens de l'olfaction et représente une information qui nous aide à identifier l'autre et l'espace autour de soi. De ce point de vue, il est meilleur de respirer par le nez pour ne pas se priver de ces informations.

La respiration se répercute dans toutes les zones du tronc. C'est-à-dire de la ceinture scapulaire à la ceinture pelvienne par l'insertion des muscles au niveau abdominal et le squelette (colonne dorsale). On peut distinguer deux types de respiration en fonction de la zone sollicitée préférentiellement. Une respiration haute (clavicule, thorax) mobilise les côtes et se répercute dans le haut du dos en amenant l'air dans le sommet des poumons (apex). Alors qu'une respiration basse, plutôt abdominale, amène l'air dans la base des poumons et fait gonfler le ventre.

La position du corps avec la pesanteur jouent sur l'inspiration et l'expiration. Elles varient si l'on est sur le côté, allongé, debout, pour les patients qui ont des douleurs spécifiques.

3-2-1 L'inspiration

Elle est assurée par le muscle du diaphragme principalement et augmente le volume pulmonaire. Elle a pour conséquence une élévation antérieure du manubrium (comme une poignée de pompe) et latéral des côtes (comme une anse de seau) et agrandit le diamètre frontal du thorax. *Le mouvement décrit ci-dessus favorise un mouvement vers le haut et donc une extension de la colonne.*

3-2-2 L'expiration

Celle-ci s'effectue grâce au retour élastique du poumon et donc diminue le volume du poumon. On assiste à un rétrécissement du diamètre frontal du thorax et à un abaissement du manubrium. Les muscles expirateurs servent à accentuer la puissance ou l'accélération d'une expiration. Ils se trouvent principalement dans le caisson abdominal et mobilisent les viscères mais aussi le squelette par la colonne dorsale, le bassin et les côtes par leurs points d'attaches. Le plancher pelvien constitue le fondement par sa forme de bol (bassin) et intervient aussi lors des respirations basses durant lesquelles le plancher pelvien doit adapter son tonus (ni trop mou, ni trop dur). Le caisson thoracique possède aussi des muscles expirateurs. *Cela nous amène à observer que l'expiration favorise plutôt un mouvement dirigé vers le bas et donc de flexion du tronc.*

L'outil respiratoire est utilisé pour soulager des pathologies telles que les troubles anxieux, la dépression.

3-4 Techniques respiratoires à but relaxant : Le contrôle respiratoire et le biofeedback dans le cadre de la gestion du stress.

Dans les troubles anxieux, Boulenger et Lepine (2014) précisent que certaines approches thérapeutiques sont centrées sur les manifestations physiques et physiologiques de l'anxiété. Il existe notamment deux techniques pour réduire les tensions musculaires et psychique qui sont la régulation respiratoire et le biofeedback respiratoire.

La première peut être exercée simplement par tous les thérapeutes, alors que la deuxième nécessite un appareillage spécial, s'effectuant par captométrie, ainsi qu'une certification.

Le biofeedback de variabilité de la fréquence cardiaque fluctue en fonction du cycle respiratoire, avec une augmentation lors de l'inspiration et une diminution lors de l'expiration. Il peut s'envisager de deux façons :

La première, appelée cohérence cardiaque, s'effectue dans les basses fréquences (3 à 9 respirations par minute). Elle est destinée à stimuler le baroréflexe et consiste en un entraînement à des protocoles de contrôle respiratoire en rapport avec la variabilité de la fréquence cardiaque.

La deuxième, appelée cohérence émotionnelle, se concentre dans les hautes fréquences (au-dessus de 9 respirations par minute) et est destinée à stimuler le tonus vagal et rendre le système nerveux autonome plus flexible par la focalisation de l'attention. Ce biofeedback peut être couplé avec des techniques de méditation pleine conscience (mindfulness).

3-5 La respiration : un outil psychocorporel

Le « rebirth » est une méthode de développement personnel des années 1960 qui utilise cette méthode de la respiration par hyperventilation pour faire venir des nouvelles sensations. Ainsi, le sujet revis des expériences traumatiques anciennes dont celle de la naissance. Le psychanalyste Jallan (1988) utilise cette méthode. Cet air, cette respiration symbolise la naissance mais aussi la fin par le dernier soupir. La respiration est en lien avec le vivant.

Par ailleurs, les cultures extrêmes-orientales se servent de cette respiration et l'utilisent à des fins méditatives comme support de l'attention. Le Hatha-Yoga utilise cette médiation appelée « Pranayama » et propose des exercices autour de la respiration avec des visualisations mentales et des rythmes particuliers.

L'utilisation de cette médiation est un acte de prise de conscience de soi où il est possible faire survenir des représentations, des angoisses mais aussi de l'apaisement et de la détente.

Par la suite, cette médiation a été reprise en occident dans les thérapies cognitivo-comportementales (TCC). La première vague et la deuxième vague des TCC correspondent aux théories de l'apprentissage et les thérapies comportementalistes dont l'exposition gradué à la situation anxieuse et la théorie du traitement de l'information et les thérapies cognitives dont la restructuration cognitive. Leurs objectifs sont de changer le symptôme. La troisième vague a pour objectif de changer la relation de l'individu à son symptôme notamment par « l'acceptation » via la méditation pleine conscience et l'outil psychocorporel respiratoire.

La respiration, par la mobilisation tonique qu'elle effectue sur l'ensemble du buste est un "geste" à part entière. Elle est reliée au système nerveux autonome et subit involontairement des fluctuations en fonction des circonstances extérieures comme nous l'avons vu précédemment. Elle est un outil psychocorporel disponible pour l'individu facile d'accès et entretient un lien avec le système nerveux central permettant un contrôle, une régulation.

Wallon et d'autres auteurs remarquent que le geste respiratoire et son altération sont un indicateur de l'activité psychique de l'individu. En effet, celle-ci est réflexe et automatique mais un individu peut exercer un contrôle sur celle-ci pour des activités spécifiques en dehors de l'oxygénation des cellules⁹. Le nouveau-né via son babillage, ses cris exercent petit à petit une activité respiratoire pour accéder par la suite au langage (Wallon, 1949).

C'est un point important car un geste respiratoire volontaire et contrôlé permet aussi d'agir sur le système nerveux autonome et ainsi faire diminuer (hypoventilation) ou augmenter des émotions, des sensations (hyperventilation) par son processus physiologique.

De plus, les exercices respiratoires aident à dépasser les réflexes nauséeux (Brenot, 2003) qui est un des effets secondaires liés au traitement.

9 : Voir la partie théorique 3-1-2 : La fonction respiratoire externe, p. 19

- ***PARTIE CLINIQUE*** -

Dans cette partie, nous aborderons plus spécifiquement l'oncologie et l'approche méthodologique empruntée pour favoriser un contrôle tonico-émotionnel face à l'anxiété. Ensuite, nous verrons l'utilisation de la respiration comme aide motrice pour soutenir certains types d'effort. Pour finir, nous analyserons deux cas cliniques caractérisés par une anxiété majeur.

1 - La spécificité de l'oncologie

Dans ce chapitre, nous nous intéresserons à la structure mais aussi aux différents traitements contre le cancer qui comportent des effets secondaires importants sur le corps.

1-1 Présentation de la structure.

C'est un Centre privée de Lutte Contre le Cancer (CLCC) régi par le code de la santé publique. Il est en lien avec l'université et accueille de nombreux stagiaires, médecins en internat et externat et autres spécialités. Cette structure participe :

- Aux campagnes d'information et de prévention sur le cancer.
- À la prise en charge totale du parcours de soin des patients, du diagnostic jusqu'au suivi final.
- À la recherche sur les aspects diagnostiques et thérapeutiques.
- À la formation continue et à l'enseignement sur l'oncologie.

Une des particularités de cet institut est de prendre en compte les aspects sociaux, professionnels et émotionnels du patient, pour proposer des services personnalisés.

L'institut peut accueillir 231 hospitalisations complètes. Cependant des alternatives comme l'hospitalisation de jour médicale et chirurgicale ou l'hospitalisation à domicile sont possibles. La file active des patients hospitalisés en 2013 était de 8850 patients. Ils ont un âge moyen de 62 ans. Le centre prend en charge en hospitalisation ou en externe 7700 patients.

1-2 L'aspect médical de l'oncologie et ses symptômes associés

Le cancer est une maladie de la cellule. Celle-ci perd ses capacités de réparation et se multiplie anarchiquement pour former une tumeur. Ces cellules peuvent migrer dans le corps et former d'autres tumeurs (métastases) à un endroit différent du site initial. En l'absence de traitement adapté, le cancer évolue rapidement.

Les traitements médicaux consistent à éliminer la tumeur et ils peuvent de différentes manières être associés en fonction du cancer et des réactions physiologiques du patient.

Cependant, ces traitements engendrent souvent des effets secondaires importants. Chaque personne réagit différemment et est susceptible ou pas de développer certains symptômes.

- **La chirurgie** : elle permet de confirmer le diagnostic et d'enlever la tumeur et les éventuelles greffes cancéreuses. Ses effets secondaires dépendent de la grosseur de la tumeur et de la zone prélevée sur un organe. Cela peut aller de l'amputation d'un membre jusqu'à la perte d'un organe comme l'ablation d'un sein par exemple.

- **L'immunothérapie** : ces traitements visent à stimuler les défenses immunitaires. Certains traitements diminuent le nombre de globules blancs et les patients sont susceptibles de développer des infections. Comme nous l'avons vu précédemment, le stress participe à diminuer l'efficacité des défenses immunitaires¹⁰.

10 : Voir la partie théorique 1-5-1 : le stress, p. 11

- **L'hormonothérapie**: ces traitements sont utilisés pour empêcher la sécrétion d'hormones pouvant favoriser la croissance des cellules cancéreuses. Des effets secondaires peuvent survenir comme par exemple des nausées, de la fatigue, des douleurs musculaires ou articulaire.

- **La chimiothérapie**: ce traitement consiste à utiliser des médicaments tendant à détruire les cellules cancéreuses par injection ou voie orale. Les effets secondaires induits sont variables en fonction du type de médicament prescrit et ne se produisent pas forcément simultanément.

Ils sont : la nausée et le vomissement ; des diarrhées ou constipations ; des aphtes, une sécheresse de la bouche ; une chute des cheveux (alopécie) qui peut être précédée de douleur ; des effets sur le sang et une diminution de l'immunité (aplasie) ; des douleurs via des inflammations.

- une fatigue (l'asthénie) chronique : celle-ci a des répercussions importantes sur les activités de la vie quotidienne. Elle est liée à l'association des traitements, la maladie, la chirurgie, à l'angoisse de l'avenir, au stress, à une dépression. Elle est à l'origine de sentiment d'impuissance, de détresse ;
- d'autres perturbations organiques des reins, des irritations de la peau, de l'appétit, des neuro-paresthésies¹¹ qui peuvent perdurer après les traitements en séquelles, des troubles auditifs¹² et ou cognitif.

- **La radiothérapie**: ce traitement expose les cellules cancéreuses à un rayonnement pour empêcher leur multiplication et les détruire. Les effets secondaires possibles sont une brûlure de la peau à l'endroit de la zone traitée. Par exemple, si l'irradiation se localise haut du corps, des difficultés peuvent apparaître pour avaler, déglutir, un manque de salive. Si le rayonnement est dirigé sur l'abdomen, on peut voir émerger des nausées, des diarrhées. Et s'il est réalisé sur le bassin, alors des troubles urinaires et des douleurs pendant les rapports sexuels se manifestent. Une asthénie peut survenir au bout de quelques séances.

11 : Voir la partie clinique 3-2-2 : Madame R ; séance 1, p. 44

12 : Voir la partie clinique 3-1-2 : Madame B ; séance 1, p. 35

1-3 L'approche psychologique et ses compléments

À leur arrivée dans l'institut, il est proposé aux patients un suivi psychologique selon leurs désirs et les possibilités. Les psychologues passent régulièrement dans les services à la demande des médecins pour certains patients ou juste en visite de suivi. Comme nous l'avons vu précédemment, les traitements ont des répercussions importantes sur le corps mais aussi sur l'esprit via leurs effets secondaires.

Cette offre de soin psychologique tend à lutter contre l'effet délétère de la maladie et des effets secondaires dus aux traitements. Elle permet de délier les tensions, de renouer avec son corps, de recouvrer des sensations, des plaisirs. La psychomotricité fait partie de cette offre de soin complémentaire via ses stagiaires.

2 - Approche méthodologique

Les séjours sont variables et les médecins prescrivent principalement la psychomotricité pour la gestion de l'anxiété. Les moyens de la régulation émotionnelle et plus particulièrement le geste respiratoire ont été employés lors de ce stage. Nous préciserons l'apport de la respiration comme aide motrice sur des mouvements bien précis.

2-1 Un moyen pour aider à la régulation émotionnelle : la relaxation

La relaxation peut-être définie comme :

« Une détente physique et mentale résultant d'une diminution du tonus musculaire et de la tension nerveuse. C'est une méthode visant à obtenir cette détente par le contrôle conscient du tonus physique et mental afin d'apaiser les tensions internes et de consolider l'équilibre mental du sujet ». (Larousse, 2015).

La relaxation est un moyen pour agir directement sur le corps et l'esprit. Au niveau psychique, il s'effectue un recentrage sur soi par les sensations perçues et induites.

Cela ne supprime pas les pensées négatives mais la relaxation peut aider le patient à se décoller du symptôme anxieux. Il est en effet plus facile de faire face aux difficultés lorsque nous sommes détendus, et ainsi, ressourcés. Tout d'abord, je me suis inspiré des protocoles de Schultz et Jacobson mais cela s'est révélé peu concluant¹³.

Au vu de la problématique, nous allons aborder un moyen de la régulation émotionnelle par une praxie respiratoire relaxante principalement.

2-2 Les 5 étapes clés de la praxie respiratoire relaxante.

Cette technique est issue du contrôle respiratoire. J'ai mis en place un protocole que j'explique, avant la pratique respiratoire afin que le patient puisse l'intégrer, en comprendre les étapes et donc être en capacité de le refaire seul s'il le souhaite.

Cette praxie met en oeuvre les cinq clés de la modulation tonique de Benoît Lesage (2012) : le dialogue tonique, le poids, les sensations, l'imagerie mentale et le contrôle respiratoire.

2-2-1 Le dialogue tonique

Ajurriaguerra et Wallon ont qualifié de tonique, le dialogue qui s'établit entre la mère et le bébé. Le dialogue tonique se construit par des épisodes de relation colorée par l'affect, des paroles mais aussi pour le bébé par le contact physique comme le portage, le massage, les bercements qui se vivent à travers des variations toniques de l'un et l'autre.

Je pratique ce dialogue tonique avec le patient afin d'être dans un dialogue corporel empathique. Cela favorise une contenance et permet un soutien psychocorporel de ma part envers la personne. Je prends soin d'adapter le geste respiratoire en fonction de ses possibilités physiques et psychiques.

Je privilégie la respiration abdominale mais je ne m'attarde pas vraiment pour ne pas mettre la personne en échec. En effet, la respiration abdominale peut s'avérer plus difficile à exécuter et demander un entraînement plus spécifique.

13 : Voir discussion théorico-clinique 3-2 : à la recherche d'une méthode de relaxation, p. 68

Je compte et respire en même temps que la personne au début, puis j'arrête de compter et je respire fort pour continuer à l'accompagner. Ensuite, je laisse le patient faire seul, tout en le soutenant par quelques indications verbales. En le laissant faire seul, il peut déjà prendre conscience de ses difficultés et ensuite m'interroger au moment de la verbalisation.

2-2-2 Le poids

L'Eutonie est une pratique corporelle développée par Gerda Alexander : la conscience corporelle peut être développée par un travail précis de conscience du poids associé à la notion d'appui, de réaction au support, de limite du corps (Lesage, 2012). Le poids permet d'appréhender une sensation de détente par l'alourdissement du ou des membres concernées.

Avant de commencer le contrôle respiratoire, je demande au patient de se mettre dans une position corporelle confortable et de fermer les yeux (s'il le souhaite) pour mieux ressentir ses sensations, de poser une main sur le ventre et l'autre sur le thorax. Puis, je lui propose de se concentrer sur les sensations perçues de poids, d'appuis des différentes parties du corps de la tête jusqu'aux pieds que je nomme au fur et à mesure.

2-2-3 Les sensations

La douleur oriente le focus attentionnel sur des parties précises du corps. Cependant, la vigilance du patient est dirigée sur son corps en entier au fur et à mesure que je nomme toutes les parties et donc sur les parties non douloureuses.

Pour cela, je demande au patient d'être attentif aux sensations liées au toucher des vêtements, des draps, des parties dénudées, au chaud et au froid, à l'effet de sa respiration sur ses narines, d'observer le lieu de sa propre respiration à l'aide d'une sensation d'appui de ses mains.

2-2-4 Une image mentale

En Hatha-Yoga, les visualisations mentales sont utilisées pour favoriser un focus attentionnel à soi et des représentations associées. Le Training Autogène de Schultz repose sur l'auto-concentration et l'auto-hypnose par l'induction du calme, du repos, de la lourdeur et la chaleur qui caractérisent l'état hypnotique. C'est une modification volontaire de l'état tonique, suggérée ou auto-suggérée.

Je demande au patient de visualiser mentalement son corps en entier, de se voir et d'appeler une image positive, un souvenir, une sensation agréable et calme à l'inspiration puis d'expirer et diffuser cette image sur l'ensemble de son enveloppe corporelle intériorisée et renforcée par les sensations d'appuis et de poids.

Ainsi, j'utilise l'imagerie mentale comme une forme d'auto-hypnose destinée à induire une sensation de calme.

2-2-5 Le contrôle respiratoire

Le cœur de cette praxie respiratoire se situe dans *un rythme aux proportions particulières* pour favoriser un contrôle respiratoire. Je demande au patient de compter intérieurement et d'ajuster son geste respiratoire à une proportion. C'est en cela qu'il devient une praxie à part entière c'est-à-dire un ensemble de mouvements intentionnels orienté vers un but. C'est-à-dire que la respiration mobilise les muscles respirateurs du buste et se synchronise avec le rythme intériorisé et contrôlé.

Cette proportion s'effectue selon un temps d'inspiration pour deux temps d'expiration : si une personne inspire jusqu'à deux, alors elle devra expirer jusqu'à quatre ; si elle inspire jusqu'à trois alors elle expire jusqu'à six et ainsi de suite.

Cette proportion permet d'éviter une hyperventilation et de mettre en place une respiration lente. Cependant, il est difficile de rester concentré sur le souffle. L'ajustement respiratoire au rythme et à l'image mentale constituent des biais attentionnels qui favorisent la concentration sur soi

Le rythme oriente le focus attentionnel sur soi, sur son souffle. Pour augmenter cette concentration, je le décline comme « un exercice ». C'est-à-dire que je module le rythme pour aller au-delà d'une respiration aisée mais sans les mettre en difficulté. J'effectue des pauses lorsque je sens que cela devient plus difficile et je les invite à respirer normalement, sans compter, à être à l'écoute de leurs appuis et sensations.

Tout le long, j'évalue la respiration du patient et j'adapte le rythme en fonction de ses capacités respiratoires. J'observe s'il respire lentement ou rapidement, l'amplitude des mouvements thoraciques ou abdominaux, son visage.

2-3 Motricité et respiration.

Le patient est dans un contexte de crise lorsqu'il est hospitalisé à l'institut. Le séjour est indéterminé et variable et peut durer parfois plusieurs mois, avec des passages dans des services différents en fonction du type de soins à réaliser. Les personnes sont dans un contexte de crise somatique et leur état nécessite des soins médicaux permanents. La fatigue, la douleur, l'anxiété peuvent clouer les patients au lit. Le mouvement est d'autant plus difficile qu'ils ressentent cette fatigue de fond et la douleur de plein fouet. Cela demande un effort physique important.

Comme je l'ai exposé précédemment, la respiration¹⁴ peut aider à favoriser certains mouvements comme la flexion, l'abaissement d'un geste manuel par une expiration ou l'extension, l'élévation d'un geste manuel par une inspiration. En oncologie, cela peut être une aide utile lorsque le patient doit se lever du lit ou changer de position.

En outre, utiliser le souffle permet de relativiser l'effort physique ressenti et oriente l'attention sur la synchronisation entre souffle et mouvement et non plus sur la simple difficulté de la motricité.

14 : Voir la partie théorique 3-2 : physiologie de la respiration, p. 20

3 - Vignettes cliniques

Compte-tenu de la durée et de la fréquence limitées de l'intervention¹⁵, j'ai choisi d'exposer le cas de deux personnes souffrant d'anxiété avec lesquelles j'ai eu une prise en charge assez longue, Madame B et Madame R.

Je commence les séances par un moment d'entretien au cours duquel je pose quelques questions¹⁶. Les onglets « état d'esprit », « motricité » et « symptômes gênants » correspondent à un condensé de leurs réponses à mes questions. J'établis des objectifs psychomoteurs pour chaque séance, en fonction des capacités psychomotrices du moment.

3-1 Madame B

Madame B m'est adressée par la psychologue qui la suit. En effet, celle-ci me rapporte qu'elle souffre d'angoisse sur son devenir et me demande de passer la voir.

Elle a 54 ans. Au niveau familial, elle a un conjoint et deux enfants et elle est grand-mère.

Diagnostic initial :

Elle souffre d'un cancer du colon droit (ascendant). C'est le deuxième cancer le plus fréquent. Ce cancer est considéré comme « guéri » s'il n'y pas de rechute au bout de cinq ans. Les trois-quart des patients rechutent.

En raison de son cancer, elle souffre d'une anorexie pathologique (1m60, 42 kg) avec un Indice de Masse Corporel de 16,4. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les chiffres en dessous de 16,5 correspondent à une dénutrition

15 : Voir la partie discussion théorico-clinique ; 2-3-1 : le cadre thérapeutique rencontré pendant mon stage, p. 62

16 : Voir en annexe : questionnaire de base

3-1-1 Anamnèse

- *Février 2010* : Madame B souffre d'un cancer du colon droit. Elle a subi une colectomie droite¹⁷ avec réalisation d'une anastomose¹⁸ entre l'intestin grêle et le colon, plus une chimiothérapie.

- *Mai 2012* : elle subit une nouvelle chirurgie pour une suspicion de récurrence locorégionale dont l'histologie reste négative.

- *Novembre 2012* : elle présente de nouveaux symptômes correspondant à un syndrome de König¹⁹ évoquant une sténose (rétrécissement) grélique post-opératoire.

- *Début 2013* : elle présente une récurrence clinique et scanographique avec un nouveau syndrome tumoral de la racine du mésentère engainant l'uretère droit. En conséquence, elle est traitée par une cure de chimiothérapie et la pose d'une endoprothèse colique au niveau de l'anastomose iléo-colique.

- *Été 2013* : Madame B reçoit un traitement radio-chimiothérapie au niveau de sa récurrence locorégionale.

- *Octobre 2013* : elle subit une nouvelle chirurgie car un nodule de carcinose péritonéale a été découvert. Une dérivation iléo-transverse est réalisée.

- *De novembre 2013 à mai 2014* : elle subit plusieurs cures de chimiothérapies éprouvantes. Le scanner objective une discrète régression de l'infiltration du caecum, une diminution des marqueurs tumoraux et de la taille des ganglions de voisinage. Il est décidé d'observer une pause thérapeutique.

- *Septembre 2014* : après un examen de contrôle, il apparaît une lésion hépatique. Une nouvelle cure de chimiothérapie est mise en place. Par la suite, l'évolution est marquée par plusieurs syndromes occlusifs. Elle est ré-hospitalisée pour la pose d'une endoprothèse colique au niveau de la région recto-sigmoïdienne. Il y a une nette amélioration du transit.

17 : Ablation chirurgicale du colon droit.

18 : Abouchement de deux vaisseaux.

19 : Syndrome se caractérisant par la survenue de crises de douleurs localisées à l'abdomen et dont les épisodes augmentent brutalement en quelques minutes.

- *Décembre 2014* : la patiente présente un nouveau syndrome occlusif. Elle est hospitalisée pour une suspicion de complication au niveau de sa prothèse. L'occlusion est éliminée via des lavements. Ensuite, elle fait une première cure de chimiothérapie. Il est à noter qu'elle a une poche pour l'évacuation des nutriments digérés. Elle doit l'entretenir régulièrement en la remplaçant en fonction de sa digestion.

- *Janvier 2015* : elle revient pour entamer une nouvelle cure de chimiothérapie. En outre, elle est hospitalisée et subit une colostomie cutanée où la cicatrisation sur l'abdomen rend les mouvements difficiles. Elle est à jeun et souffre de fièvre par moment.

Observation personnelle du dossier médical :

Depuis 2012, Madame B subit des complications digestives importantes puis une rechute tumorale qui se solde par plusieurs chimiothérapies. Elle est dans une continuité de soins médicaux pendant laquelle ce temps, elle lutte intérieurement contre la maladie. Est-ce que celle-ci a laissé des traces émotionnelles sur son estime de soi ?

Suivi psychologique :

2013 : Son dossier médical indique qu'elle s'interroge beaucoup sur son devenir. Elle est angoissée, douloureuse. Elle évoque les chirurgies à venir qui l'inquiètent. De plus, elle a ressenti une forte asthénie sur ses dernières cures en septembre 2013.

Observations personnelles du dossier psychologique :

Madame B a déjà été suivie par une psychologue et a pu exprimer ses peurs et angoisses. Cependant, la maladie et les traitements ont peut-être laissé une mémoire corporelle et des traces tonico-émotionnelles négatives sur Madame B et laissent supposer une appréhension pour les soins futurs.

3-1-2 Prise en charge psychomotrice

Séance 1 : une première rencontre

- Entretien :

- *Observations corporelles* : Madame B est allongée sur le côté droit, le corps plié en deux. Dans la lecture psychocorporelle, cette position peut suggérer un sentiment d'insécurité qui s'exprime par cet enroulement foetal. Son visage n'est pas très expressif pendant la conversation. Sa voix est monocorde, pas dynamique comme si elle reflétait sa fatigue physique et psychique. Son regard est un peu vague et elle part dans ses pensées parfois en regardant ailleurs. Sa maigreur ne transparaît pas immédiatement, car elle est habillée avec un pantalon et son buste est recouvert par la « chemise hôpital » pour faciliter un accès aux soins.

- *Etat d'esprit* : elle me dit subir difficilement cette diminution physique et cette nouvelle opération. Elle me raconte qu'elle était confrontée à des attaques de panique avant d'être malade du cancer et qu'elle suit un traitement contre ça. Je choisis de pas la questionner davantage sur le contenu de ses attaques afin de ne pas éveiller un contenu difficile et ainsi faciliter cette première prise de contact pour une future alliance thérapeutique, si je la revois. Je note que les attaques de panique font parties des troubles anxieux. Je fais l'hypothèse que la praxie respiratoire relaxante peut l'aider à surmonter ses attaques de panique.

Pendant cette séance, elle dit s'ennuyer car elle a peu de visites et elle a du mal à supporter cette solitude. Il me semble que cette solitude est un facteur de risque qui peut tendre vers une désorganisation psychique plus importante.

Elle se dit épuisée, stressée. Elle parle de ses angoisses sur son devenir et se demande comment elle va pouvoir s'en sortir, si elle va y arriver. Elle est souvent préoccupée par ces questions, me dit-elle. Je suppose que le stress et ce sentiment d'épuisement doivent demander un effort physique supplémentaire pour sa motricité. L'anticipation des événements peut également constituer l'un des symptômes de l'anxiété et contribuer à

entretenir celle-ci.

- *Motricité* : elle dit ne pas avoir suffisamment de force pour se lever. Elle évoque des douleurs à la mobilisation des membres inférieures suite à son opération et à sa cicatrisation. J'observe que les torsions du buste sont difficiles car son visage se crispe lorsqu'elle s'ajuste dans son lit. Cependant, elle mobilise ses membres supérieurs droit et gauche.

- *Symptômes gênants* : elle sent fortement cette fatigue de fond. Toutefois, elle n'attribue pas de représentation mentale particulière à cette fatigue. En revanche, elle se réveille plusieurs fois par nuit. Le trouble du sommeil est un symptôme de l'anxiété.

- **Objectifs de la séance** :

- Création d'une alliance thérapeutique en favorisant un environnement sécurisant et de confiance.
- Favoriser une régulation tonico-émotionnelle en offrant un moment de contenance psychocorporelle par la praxie respiratoire relaxante.

- **Prise en charge** :

En premier lieu, je lui demande de se mettre en décubitus dorsal afin de faciliter mon approche et de fermer les yeux pour qu'elle soit attentive à ses sensations. Cela ne la gêne pas de fermer les yeux. Elle laisse ses jambes repliées. Je passe la balle à picot sur son corps. Elle apprécie le contact de celle-ci.

Ensuite, j'effectue des mobilisations passives sur ses membres supérieurs droit et gauche. Je remarque un recrutement tonique des deux bras malgré la consigne de se « laisser aller ». Selon la description des types de paratonies d'Ajuriaguerra, je classe ce recrutement tonique dans les paratonies subnormales de situation, qui est peut-être lié à son anxiété, à sa maladie.

Je lui explique ensuite le protocole de la praxie respiratoire relaxante. Nous pratiquons ensemble. Je compte fort car elle entend moins bien en raison de son traitement.

Je la fais respirer plutôt par le haut du buste, en raison de sa cicatrice sur l'abdomen.

Le moment de la verbalisation est important en relaxation car il permet de connecter le sujet à son vécu corporel. Elle dit être surprise des effets de la respiration et se sent plus calme et apaisée qu'en début de séance. Je lui demande si elle souhaite que l'on se revoie et me répond : « oui ».

Cependant, je n'ai pas pu la voir la semaine suivante car sa fille lui a rendu visite toute l'après-midi. À son attitude, il me semble que cette visite est importante et représente un soutien face à son sentiment d'isolement et de solitude.

Séance 2 : jeux et perceptions

- Entretien :

- *Observations corporelles* : Mme B est en décubitus dorsal avec les jambes repliées. Pendant l'entretien, son visage manifeste plus d'expressions avec quelques sourires. Sa tonalité vocale est plus fluctuante. Son regard est plus présent que la dernière fois. Elle porte un pantalon et une chemise de nuit hôpital.

Je suppose que le travail porté sur l'alliance thérapeutique ainsi que l'apaisement via la relaxation lui ont donné un sentiment de sécurité envers moi et mes propositions. Il me semble qu'elle est contente de me voir. Mais peut-être que le moment de la rencontre est aussi favorable ?

- *Etat d'esprit* : elle me dit que son humeur est plutôt agréable car elle pense moins à ses angoisses liées à l'opération et à l'avenir. Pendant l'hospitalisation, elle a perdu beaucoup de poids (anorexie). Elle accepte mieux son état, dit-elle, sans que je n'aille plus loin pour ne pas induire d'affect négatif. Cela me questionne vis-à-vis de la représentation qu'elle a de son image corporelle.

Elle me dit s'occuper de ses papiers, je la sens plus active. Il me semble que psychiquement, elle se sent plus disponible et c'est un signe plutôt positif. Mais elle rajoute après : « ainsi, j'évite de trop penser à mes angoisses ».

Je suppose qu'aujourd'hui est un bon jour mais que son anxiété est toujours présente et la travaille. Peut-être que ce moment d'activité lui permet de masquer son anxiété ? C'est pourquoi, au niveau de son coping actuel, je lui demande dans quel type d'attitude elle se sent vis-à-vis de la maladie ? Elle se sent dans une attitude combative. En revanche, elle a du mal à maintenir son attention pour la lecture alors qu'elle est une grande lectrice. Cela la déçoit de ne pas pouvoir lire comme elle le voudrait. La difficulté d'attention est un des symptômes de l'anxiété.

- *Motricité* : elle est toujours limitée et elle reste le plus souvent au lit.

- *Symptôme gênant* : elle a un sommeil haché et celui-ci est peut-être en lien avec son anxiété.

- **Objectif de la séance :**

- Favoriser un sentiment de contenance psychocorporelle et de conscience corporelle.
- Travailler l'attention et la flexibilité cognitive.
- Favoriser une régulation tonico-émotionnelle.

- **Prise en charge :**

Pour commencer, je lui demande de toucher l'ensemble de son corps en faisant des balayages successifs des différentes parties du corps avec ses mains. Elle le fait dans son lit d'une manière un peu mécanique et en m'imitant. Je ne la sens pas trop présente et elle me semble « déconnectée » d'elle-même.

Après, je lui propose de faire un jeu à deux où il faut compter jusqu'à trois alternativement (le premier dit : « 1 », la deuxième personne dit : « 2 » puis le premier dit : « 3 » et ensuite cela revient à « 1 » à la première personne). Au bout d'un moment, on remplace le chiffre « 1 » par « un geste » et on dit les autres chiffres alternativement d'une manière orale. Ainsi, au fur et à mesure, on remplace « les chiffres » par « un geste » pour finir sur une série de trois gestes à la place des chiffres. Ce jeu travaille la flexibilité, la mémoire de travail et l'attention. Elle fait des erreurs et réagit par des réactions de prestances

comme des petits rires. Je vois qu'elle ne se laisse pas submerger par ses affects en lien avec son attitude combative. Pendant ce jeu, elle est assise dans son lit où son dos repose contre un oreiller. Elle n'est pas dynamique. Peut-être qu'elle a peur de trop se mobiliser et ainsi avoir des douleurs ?

Ensuite je lui fais faire un jeu de perception corporelle où elle doit fermer les yeux, allongée, sentir l'ensemble de son corps par ses appuis. Après, je lui demande de pointer son doigt à distance sur un élément de son corps comme le nez, le front, le coude droit puis le gauche, la largeur du bassin, de ses épaules, avec ses deux mains. Je lui fais vérifier à chaque fois. Elle est peu précise. Il me semble que le manque de mouvement, l'immobilité ne favorisent pas une bonne perception de son corps. Sa représentation de la largeur de son bassin et des épaules sont plus larges que la réalité. Cependant, elle a perdu beaucoup de poids et peut-être qu'elle n'a pas intégré complètement perte au niveau de la représentation de son schéma corporel et/ou image du corps. Le but de cet exercice est de travailler cette perception corporelle et de travailler sa propre représentation mentale de soi. Elle ne fait pas de commentaire sur ses erreurs de largeur hormis ces petits rires.

Nous terminons par une praxie respiratoire relaxante. Pendant le moment de verbalisation de son ressenti, elle me dit avoir une sensation de lourdeur, de bien-être et elle est étonnée car cela a fait diminuer les douleurs. Elle dit : « je suis prête à m'endormir » avec un sourire. La relaxation l'a bien apaisée et a contribué à une réelle détente musculaire et psychique.

Séance 3 : un court entretien et un effet surprenant de la respiration sur la douleur

Sa fille lui rend une visite et elle ne veut pas me recevoir en séance, je fais un bref entretien en présence de sa fille. Je lui demande si elle a refait seule la praxie respiratoire relaxante et me répond : "oui". « À quel moment l'avez-vous pratiquée ? » Elle l'a pratiquée dans les moments de douleurs intenses. Elle dit que son humeur est agréable et qu'elle attend une place pour partir dans une maison de repos spécialisée. Elle se sent mieux, dit-elle.

- *Observations corporelles* : elle est souriante, allongée en décubitus dorsal avec les jambes repliées. Son visage semble ouvert et sa fille est juste à côté. Elle a l'air heureuse de voir sa fille. Elle porte un pantalon et une chemise de nuit hôpital.

- *Motricité* : Lorsque je lui demande comment cela se passe pour sa motricité, elle me dit : « Tous les jours, je fais des efforts, des mouvements mais cela reste limité aux environs du lit et à la salle de bain ». Est-ce-qu'elle dit cela car sa fille est à côté ? Je sens qu'elle ne veut pas prolonger l'entretien donc je me retire sur ces paroles.

Séance 4 : une détente surprenante

- Entretien :

- *Observations corporelles* : elle est en décubitus dorsal, ses jambes sont repliées sur son lit. Son visage est fermé. Sa tonalité vocale n'est pas très fluctuante, plutôt monocorde. Elle porte un pantalon et une chemise de nuit hôpital. Peut-être que sa fermeture corporelle indique aussi une fermeture relationnelle ?

- *Etat d'esprit* : elle me reçoit, hésitante, car elle se sent extrêmement fatiguée. Elle dit qu'elle attend toujours une place en maison de repos spécialisée. Elle a l'air déçue. Cette situation d'attente de placement est peut-être un facteur de risque supplémentaire d'anxiété pour Mme B car elle est restée hospitalisée longtemps et elle veut sortir de cette ambiance. En outre, elle vit son corps comme une douleur. Il me semble que la douleur accentue son sentiment de détresse. Celle-ci est présente depuis longtemps et elle use Madame B. Cependant, elle reçoit des anti-douleurs médicamenteux. Je pense que la situation doit être difficile à vivre pour madame B et accentue son anxiété.

- *Motricité* : elle exprime ses difficultés motrices, ses douleurs à la mobilisation et donc elle bouge le moins possible par anticipation de la douleur. Elle est dans un corps figé et soudé.

- **Objectif de la séance :**

- Favoriser un sentiment de contenance psychocorporelle.
- Ré-investir un corps-douleur par un corps-plaisir.

- **Prise en charge :**

Face à sa réticence et sa fatigue, je lui propose une courte séance avec des mobilisations passives sur chaque membre. Je le lui sou mets car elle bouge peu et ces mobilisations peuvent l'aider à ressentir une détente corporelle ainsi que son unité psychocorporelle.

Je lui demande de fermer les yeux, de respirer calmement et profondément en allongeant son expiration. Ses bras sont hypertoniques et accompagnent le mouvement. Cependant, après lui avoir mobilisé un bras, elle me dit qu'elle le sent différemment, plus lourd que l'autre bras. Je continue sur l'autre bras, puis je passe aux jambes. Je fais un petit massage des mains et des pieds après chaque mobilisation. J'effectue des petites rotations car un mouvement trop ample lui fait mal et ses jambes effectuent des paratonies subnormales de situation. Cela lui fait du bien, me dit-elle, avec un petit sourire pour exprimer sa satisfaction.

Je termine par un massage du visage et là, d'un coup, elle étend ses jambes, se laisse complètement aller à la détente. Je suis extrêmement surpris de cette extension des jambes alors que sur chaque séance, elle est souvent restée les jambes pliées. On peut interpréter cette extension de la posture dans la lecture psychocorporelle, comme une détente et un apaisement.

À la fin, au moment de la verbalisation de ce temps, elle rapporte un sentiment de bien-être car elle s'est sentie « planer, relaxée, un lâcher-prise » dit-elle à sa grande surprise du fait de son état en début de séance, fatiguée et douloureuse. Ce moment de contenance et d'accompagnement par les mobilisations passives et les massages des extrémités lui a peut-être permis de relâcher une tension interne. Celle-ci se traduit par le relâchement de sa posture et une ouverture corporelle voir relationnelle.

Conclusion

Ce sera la dernière fois que je la verrai. Elle sera dirigée vers une Unité de Soins Palliatifs de la région après son hospitalisation où elle décèdera plusieurs semaines après.

Ces séances lui ont permis de voir autrement son corps et de prendre un moment de plaisir par celui-ci. Elle dit avoir reproduit le geste relaxant qui a dû la soutenir, notamment au niveau de sa douleur.

3-2 Madame R

L'interne du service m'oriente vers cette patiente, car elle a exprimé un désarroi et des angoisses à plusieurs reprises.

Elle est âgée de 59 ans. Au niveau familial, elle est veuve et a 2 enfants. Ceux-ci lui rendent visite ainsi que des membres de sa famille.

Diagnostic initial :

Elle a une tumeur d'origine probablement gastrique mais non confirmée. Il est important de trouver la source, pour éviter et prévenir la propagation du cancer.

3-2-1 Anamnèse

- *Antécédents médicaux* : en 2011, un infarctus du myocarde nécessite un triple pontage chirurgical coronarien. La même année, une pathologie de Diabète Non Insulino Dépendant (DNID) survient.

- *Antécédents chirurgicaux* : elle a subi une réduction mammaire en 1984. En novembre 2014, elle a un nouveau syndrome coronarien aigu et subit une angioplastie²⁰ ainsi que la pose d'un stent²¹ sur la coronaire droite.

20 : Intervention consistant à réparer, à dilater ou à remodeler un vaisseau déformé, rétréci ou dilaté.

21 : Cylindre métallique extensible à destinée endo-coronaire.

Histoire de la maladie

- *Mai 2014* : Madame R présente une occlusion intestinale faisant découvrir une carcinose péritonéale. Il y a réalisation d'une intervention chirurgicale en urgence d'une anastomose Iléo-colique transverse. L'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) pelvienne semble retrouver une éventuelle tumeur de la trompe. Mais l'analyse anatomo-pathologique oriente vers une origine plutôt pancréato-biliaire. Une première chimiothérapie de six mois est réalisée pendant cette période.

Cette chimiothérapie provoque des *neuro-paresthésies périphériques des extrémités persistantes*.

- *Février 2015* : Un bilan d'évaluation est entrepris au niveau digestif. La fibroscopie digestive haute retrouve une lésion infiltrante de la petite courbure de l'estomac et évoque la lésion primitive. Le scanner montre une évolution du carcinome sur le plan péritonéal, osseux, ganglionnaire et hépatique. Lors de son bilan, un nouveau syndrome occlusif est également découvert. Une intervention chirurgicale est décidée pour la pose d'une prothèse duodénale. Un traitement de chimiothérapie est entrepris.

- *Mars 2015* : Il y a un arrêt complet des matières ainsi que des gaz associés à des nausées et vomissements incoercibles justifiant la pose d'une sonde naso-gastrique²² en aspiration douce. Un des médicaments de la chimiothérapie ne fonctionne pas et son arrêt est décidé. Par la suite, madame R présente un sepsis sévère²³ sur la chambre implantable²⁴. Celle-ci est retirée en urgence avec une antibiothérapie.

Observations personnelles du dossier médical :

L'annonce de la maladie est « récente » car elle a moins d'un an et des neuro-paresthésies persistent sur ses extrémités suites à son traitement de chimiothérapie. En outre, Mme R a souffert de problèmes cardiaques et est peut-être une femme avec un tempérament actif. Ce sont des facteurs de risques qui peuvent être source de stress.

22 : Sonde introduit dans l'estomac par voie nasale.

23 : Syndrome infectieux grave secondaire à une infection généralisée qui se propage du foyer d'infection initial vers la totalité de l'organisme par voie sanguine.

24 : Réservoir d'accès vasculaire central, implanté sous la peau, pour l'injection de médicaments.

Les médecins cherchent l'origine précise du cancer pour en prévenir une propagation et elle doit subir plusieurs examens. L'origine inconnue de ce cancer ne permet pas de l'éliminer complètement. Cela représente un facteur de risque contre sa rémission et donc une source d'anxiété.

3-2-2 Prise en charge psychomotrice

Séance 1 : une première rencontre en mouvement

- Entretien :

- *Observations corporelles* : elle est allongée en décubitus dorsal. Son regard est présent mais le reste de son visage est peu expressif lors de la séance. Elle parle doucement et sa voix est plutôt basse. Elle ne bouge quasiment pas ses bras pendant notre rencontre, elle semble apathique. Elle ne porte pas de vêtements mis à part une protection intime en raison d'une diminution de sa motricité et une chemise de nuit hôpital.

- *Etat d'esprit* : elle me dit, sans énergie : « Vous tombez bien, car c'est la goutte d'eau qui fait déborder le vase, je suis au bout du rouleau, depuis le début de la semaine, je ne reçois que des mauvaises nouvelles ». Je la trouve dépitée et en colère, quand elle me dit ça. Par la suite, elle me fait part de sa peur face à la maladie. En effet, les analyses histologiques ont mis en évidence une infection, obligeant des précautions particulières de la part des soignants et visiteurs.

Nous devons porter une blouse et des gants protecteurs. Pour éviter les contagions diverses en raison de sa faible immunité, le « peau à peau » est interdit. Elle me dit être angoissée qu'on ait trouvé une nouvelle infection. Elle souligne cette angoisse par cette phrase : « Entre la peste et le choléra, qu'est ce que l'on prend ? ».

Je pense que l'interdit de contact ne rassure pas Madame R. De plus, les vêtements protecteurs portés par le personnel soignant et sa famille peuvent mettre en perspective sa propre faiblesse physiologique et majorer son sentiment d'insécurité.

- *Symptômes gênants* : elle me dit avoir des nuits difficiles, qu'elle est régulièrement réveillée par le bruit. Elle a une motricité réduite. Je pense que la limitation de sa motricité en lien avec une probable personnalité active est un facteur de risque anxieux.

- *Motricité* : elle se met sur le bord du lit mais elle se lève difficilement. Elle marche difficilement.

- **Objectif de la séance :**

- Etablir une alliance thérapeutique.
- Favoriser une régulation tonico-émotionnelle et un sentiment de contenance psychocorporelle pour qu'elle puisse se sentir en sécurité dans son corps.
- Soutenir son effort moteur à la levée du lit par le biais de la respiration.

- **Prise en charge :**

Elle s'assoit difficilement sur le bord du lit. Je remarque une hypotonie axiale et ses bras sont posés sur ses jambes.

Je lui fais faire des allés-venues de sa main sur les différentes parties de son corps. Je lui demande comment elle ressent ces balayages et elle me répond que c'est difficile de l'évaluer. Elle me fait part de ses sensations de fourmillements aux mains et aux pieds (neuro-paresthésie). Elle me dit que ceux-ci lui procurent un équilibre difficile et que cela a perturbé sa marche durant ces derniers mois. Elle me le signifie en disant : « j'ai l'impression de marcher sur un nuage de coton ». Il me semble que ces sensations augmentent le risque de chute et peuvent induire des modifications sur son tonus de fond, d'action et postural.

Pour soutenir sa motricité et travailler son tonus, je lui propose quelques mouvements synchronisés avec la respiration, destinés à se lever du lit en inspirant et se rasseoir en expirant et inversement pour qu'elle puisse comparer. Je remarque que son équilibre est en effet instable et que sa motricité est relativement lente et semble pénible. Je me mets en face d'elle en cas de danger afin de lui apporter une contenance, un sentiment de sécurité. Elle me dit ressentir un peu plus de facilité en faisant cette synchronisation mouvement-respiration

(dans le bon sens). Je le fais en même temps qu'elle pour la soutenir dans ses efforts et ainsi l'encourager.

Ces quelques mouvements l'ont un peu fatiguée, me dit-elle. Sans rupture, je lui explique le protocole de la praxie respiratoire relaxante que nous pratiquons ensemble. Je respire fort et je compte en même temps tout en la regardant.

Au moment de la verbalisation, elle me dit ressentir une sensation de calme et d'apaisement. Je sens dans sa voix une certaine satisfaction. Elle esquisse un léger sourire.

Je lui demande si elle veut que l'on continue les séances pendant son hospitalisation et elle me répond : « oui, car cela m'a fait du bien » puis elle me remercie. Face à son anxiété par rapport à sa motricité, elle me demande des conseils pour des activités afin de renforcer son tonus. Il me semble que les facteurs « d'immobilité » et infectieux renforcent sa vulnérabilité et une tendance anxieuse. Donc pour terminer, je l'invite à faire cette respiration relaxante dès qu'elle en sent le besoin.

Séance 2 : un massage

- Entretien :

- *Observations corporelles* : elle est allongée en décubitus dorsal. Son visage a un léger sourire lorsqu'elle me voit entrer. Elle paraît contente de me voir. Par contre, sa gestuelle est limitée. Son regard est présent. Elle ne porte pas de vêtements mis à part une protection intime en raison d'une diminution de sa motricité et une chemise de nuit hôpital.

- *Etat d'esprit* : elle ne me dit rien de particulier, seulement : « tout va bien ». Toutefois, je lui demande si elle a refait la praxie respiratoire relaxante et me répond qu'elle la fait tous les jours et plus particulièrement le matin.

- *Symptômes gênants* : elle se plaint de son sommeil haché et perturbé et ce malgré la prise de médicament pour le lui faciliter. Elle se plaint du bruit, du passage dans la chambre pendant la nuit vécu difficilement. Il me semble qu'elle prend cela comme une intrusion dans son espace propre.

Elle me parle de sa motricité vécue difficilement mais la fatigue « la cloue au lit », dit-elle. Il me semble que cette diminution de la motricité qui s'exprime par sa plainte nuit à Madame R. Je pense, à ce moment-là, qu'elle a besoin de celle-ci pour se sentir exister en lien avec peut-être avec un tempérament actif.

- *Motricité* : elle me dit ne pas bouger de son lit mais elle me précise qu'elle reste debout lorsque l'aide-soignante lui fait sa toilette. J'ai l'impression que cela sonne comme une victoire pour elle.

- **Objectif de la séance :**

- Ré-investir son corps par des sensations agréables et instaurer une contenance psychocorporelle unifiée.
- Favoriser un sentiment d'existence grâce à une médiation corporelle.

- **Prise en charge :**

Je lui propose d'abord de passer la balle à picot sur son corps. Elle reste allongée mais je remarque qu'elle est plus maigre que la dernière fois. Je ne dis rien pour ne pas induire d'affect négatif. Je lui demande comment elle ressent la balle. Elle me dit que cela lui fait drôle et que c'est la première fois qu'elle fait une chose pareille.

Pendant cette séance, je porte des gants car elle a toujours cette infection. L'absence d'un toucher relaxant peut être un facteur de risque sur la perception de soi comme un corps à réparer, affaibli et fragile. Quel peut-être l'effet d'un toucher médicalisé dans sa sphère intime ?

Anzieu (1995) souligne l'importance du toucher comme élément structurant de l'affect et du psychisme dans le développement de l'enfant. Quel effet cela peut faire à Mme R de ne pas pouvoir ressentir un toucher « peau à peau » avec ses proches ? Anzieu définit une des fonctions du Moi-peau ainsi :

« À la peau comme surface de stimulation permanente du tonus sensorimoteur par les excitations externes répond la fonction du Moi-peau de recharge libidinale du

fonctionnement psychique, de maintien de la tension énergétique interne et de sa répartition inégale entre les sous-systèmes psychiques ». (Anzieu, 1995, p. 128).

Ensuite je lui fais des mobilisations passives des membres supérieurs et inférieurs, où après chaque membre, je termine par un étirement et un massage des extrémités. Je note des paratonies subnormales de situation assez importants pendant la mobilisation qui sont un signe d'anxiété mais au fur et à mesure ceux-ci diminuent. En même temps, je lui demande de respirer profondément et calmement. Au début, ses yeux sont restés ouverts mais lorsque je commence à masser la première main, ceux-ci se ferment. Elle se détend et verbalise pendant la séance son contentement. Je l'invite à ressentir ses appuis, les mouvements de rotation et ainsi renforcer sa perception d'elle-même, son unité psychocorporelle.

À la verbalisation de la fin de séance, elle dit avoir beaucoup apprécié les massages. Ceux-ci ont diminué ses sensations de paresthésies. Elle dit avoir pris du plaisir à la séance et me remercie chaleureusement. J'ai l'impression qu'elle a ressenti un sentiment d'existence plus fort grâce aux massages.

Séance 3 : se sentir exister

- Entretien :

- *Observations corporelles* : elle est allongée en décubitus dorsal. Son visage s'est émacié ce qui lui fait des traits tirés. Son regard est présent. Sa voix n'est pas très énergique. Sa respiration est rapide et se situe dans le haut du buste. Ses gestes sont rares. Elle ne porte pas de vêtements mis à part une protection intime en raison d'une diminution de sa motricité et une chemise de nuit hôpital. Je la sens faible.

- *Etat d'esprit* : elle dit avoir « le moral » car elle n'a pas le choix mais mes observations corporelles sont en contradiction avec ce qu'elle dit. J'ai l'impression qu'elle veut montrer une attitude combative mais est-ce-qu'elle accepte vraiment son état ? Elle parle peu d'elle, hormis qu'elle a eu des modifications de traitement au niveau de sa chimiothérapie. Je lui demande si elle prend toujours les pilules pour dormir et elle me répond : « oui », sans rien rajouter.

- *Symptômes gênants* : elle me dit que le changement de traitement a provoqué des nausées et que la nuit a été difficile. Cela a l'air de l'avoir psychiquement affectée de nouveau. Il me semble que ces changements et échecs rajoutent de l'incertitude sur ses possibilités de rémission et contribuent à accentuer son anxiété.

- *Motricité* : aujourd'hui, les mouvements sont difficiles en raison des nausées et donc elle se mobilise peu. Mais, elle ajoute : « avant le changement de traitement, j'ai réussi à rester debout pendant la toilette... Avec de l'aide, je me suis mise dans le fauteuil de la chambre. ». Je la félicite, car j'ai l'impression que c'est important pour elle de pouvoir participer à celle-ci en restant debout.

- **Objectif de la séance** :

- Ré-investir son corps par des sensations agréables pour favoriser une image positive de son corps.
- Favoriser un sentiment d'existence grâce à une médiation corporelle : le massage.
- Favoriser une régulation tonico-émotionnelle.

- **Prise en charge** :

Je commence par lui demander d'être vigilante à ses sensations. Je lui demande de fermer les yeux. Je commence d'abord par attirer son attention sur ses appuis, en nommant les différentes parties du corps en contact avec le lit. Je le fais pour qu'elle puisse se recentrer sur elle-même. Ensuite, je passe la balle à picot sur les différentes parties de son corps et j'effectue des tapotements sur les os saillants. Je lui demande de respirer doucement, profondément et calmement puis de sentir les différentes sensations en termes de densités, de volumes. Elle apprécie positivement les sensations qu'elle trouve agréables de la balle à picot. Elle réussit à percevoir la propagation de la vibration dans ses bras lorsque je tape sur la partie distale du bord externe de l'ulna et interne du radius. Elle aime bien cela.

J'effectue des mobilisations passives des membres supérieurs et inférieurs avec un massage des extrémités. Je note toujours ce recrutement tonique des bras et jambes mais ils se relâchent peu à peu et d'autant plus après le massage des extrémités. Le massage des extrémités fait diminuer ses sensations de fourmillement et la soulage, me dit-elle. Il me semble que le mouvement des différentes parties du corps renforce son sentiment d'existence et l'apaise, car son tonus diminue.

Nous terminons par le geste respiratoire relaxant pour accentuer son sentiment de détente où son souffle s'allonge progressivement au cours du contrôle respiratoire. Elle ne fait pas de pause.

Au moment de la verbalisation, elle se sent calme et apaisée et a une impression de lourdeur. Cette séance a été longue et elle me dit retrouver son corps. Cela lui procure du plaisir et je sens une certaine satisfaction chez elle qui se traduit par un sourire de fin de séance.

Conclusion

Le lendemain, le médecin des soins palliatifs s'entretient avec elle pour lui annoncer une prise en charge palliative. Le médecin demande un renforcement plus important du suivi psychologique. Plus tard, elle a été transférée dans une Unité de Soins Palliatif (USP) de la région où elle décédera quelques semaines plus tard.

Madame B a toujours été chaleureuse dans ses retours de fin de séance ce qui m'indique qu'elle a trouvé une contenance et du plaisir. Elle m'a dit avoir régulièrement pratiqué la praxie respiratoire relaxante et je pense que cela l'a aidée et soutenue. J'ai travaillé avec les mobilisations passives car elles mettent en jeu la motricité et cela me semblait important qu'elle puisse se ressentir en mouvement, mais aussi pour la détendre. En dépit des paresthésies distales, le massage lui a permis de ressentir un corps-plaisir.

- DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE -

Nous commencerons cette partie par une analyse de ma pratique pour nous amener à questionner les cadres rencontrés durant ce stage et leurs limites. Cette expérience de stage a fait émerger l'importance de la contenance et des questions sur la notion de mémoire identitaire et du rôle de « l'acceptation » pour un mieux-être. Nous finirons sur des pistes de prise en charge possible et mon vécu de stagiaire.

1 - Une analyse de ma pratique

Dans ce chapitre, nous situerons la psychomotricité au sein de la structure et le type de population rencontré durant ce stage. Cela nous guidera vers les contraintes subies pour effectuer une évaluation et vers les objectifs généraux qui ont émergé au fil des prises en charges successives.

1-1 La psychomotricité dans l'institut

L'institut n'a pas de poste de psychomotricien. La psychomotricité est pratiquée par les stagiaires recrutés pour l'année scolaire. Lorsque je suis arrivé dans le service, j'ai expliqué aux différents professionnels notre spécificité. Je ne suis pas passé inaperçu car le nettoyage régulier au désinfectant de la balle à picot a suscité quelques questions. La prescription de séances de psychomotricité est assurée par les médecins mais les infirmières et les psychologues m'adressent aussi des patients :

- Les médecins du service sont parfois amenés à donner des traitements anxiolytiques face aux difficultés psychiques des patients.

- Les infirmières dont la mission de soins les conduit au plus près du corps des patients, recueillent leurs propos exprimant une anxiété liée à leur état psychocorporel.
- Les psychologues, par leur suivi et leur connaissance des patients, détectent ceux nécessitant une aide psychomotrice.

Les prescriptions essentielles concernent une prise en charge liée à l'anxiété. Ces prises en charges psychomotrices peuvent aller d'une à plusieurs séances.

J'ai réalisé un panneau que j'accroche sur la porte pour éviter les intrusions lors d'une séance, mais aussi comme un outil de communication afin de faire connaître notre présence auprès du personnel et des familles.

1-2 Les patients : des personnes âgées essentiellement

La moyenne d'âge des patients est orientée vers le troisième âge. Le cancer confronte le patient à sa propre fin de vie via des difficultés liés aux traitements, aux symptômes et à son corps. J'ai eu des patients jeunes (entre 20 et 50 ans) mais sur les 55 pris en charge, ils représentent seulement 15 patients. La récupération est difficile pour des sujets âgés qui peuvent également être affectés d'autres pathologies.

J'ai ressenti un sentiment d'impuissance face à une patiente souffrant d'un cancer et de la maladie d'Alzheimer. Le cadre de mon stage ne me permettait malheureusement pas d'entreprendre un travail long avec elle mais juste une séance au minimum. Des questions défilaient dans ma tête telles que : Combien de temps va-t-elle rester ? Comment puis-je faire ? Est-ce qu'elle comprend ce qui lui arrive ? Finalement, son état physique ne me permettait pas d'effectuer une séance avec elle car elle était au plus mal médicalement.

J'en ai ressenti un sentiment de soulagement mais aussi de honte face à mon appréhension à la rencontrer. La maladie d'Alzheimer représente, pour moi, une difficulté supplémentaire et mon manque d'expérience avec cette pathologie ne me mettait pas dans un sentiment de sécurité pour la rencontrer.

Madame B et Madame R ne sont pas des personnes âgées à proprement parler. Leur âge les prédispose cependant à certaines difficultés de récupérations psychomotrices qui nécessitent alors un accompagnement. En plus de son anxiété, Madame R avait un trouble probable du schéma corporel en raison de ses paresthésies distales. Il me semble qu'une prise en charge de cette difficulté dans une rééducation psychomotrice, après ou pendant son premier traitement, aurait pu améliorer sa qualité de vie.

1-3 Un bilan psychomoteur préalable est-il envisageable ?

Il est difficile d'effectuer un bilan psychomoteur du fait de la pathologie, car les capacités psychomotrices d'un patient peuvent se dégrader ou s'améliorer très rapidement. L'état de Madame R s'est progressivement dégradé. Ce qui est valable un jour peut ne plus l'être un autre jour.

La variabilité de l'état physique du patient, d'une semaine sur l'autre, est un facteur important qui permet difficilement d'entreprendre un bilan et d'avoir une idée de comment les choses peuvent se passer pendant l'hospitalisation. En outre, personne ne connaît exactement la durée du séjour qui varie en fonction des résultats médicaux obtenus et la gravité médicale du cancer.

Cette difficulté est majorée par les conditions du stage : en moyenne je voyais le patient, une à deux fois seulement. Cette contrainte m'a orienté vers l'objectif de favoriser une régulation tonico-émotionnelle via la praxie respiratoire relaxante afin de l'aider à surmonter leurs émotions négatives et anxiétés. Elle a des effets immédiats et est un outil qu'il peut réutiliser de façon autonome.

Je n'ai pas trouvé de test « coté », validé correspondant à la situation somatique et psychique du patient.

Afin d'élaborer les objectifs de la séance, je me suis appuyé sur des observations cliniques. J'utilise notamment les mobilisations passives pour deux raisons : d'une part, j'essaie d'appréhender l'anxiété du sujet par son tonus de fond en observant les paratonies,

le recrutement tonique de ses membres ; d'autre part, je l'utilise comme moyen de détente et de structuration psychocorporelle d'unification de son corps. Si le patient sort de son lit alors je peux apprécier subjectivement son tonus d'action et postural ainsi que son équilibre.

Comme cela a été évoqué dans la partie théorique relative à l'émotion²⁵, la prosodie et le contour des mouvements gestuels sont des indices de l'émotion. La prosodie correspond à la modulation que nous donnons à notre langage oral. J'observe si la voix est terne, ténue, basse, haute ou effectue des modulations tonales.

Concernant les contours gestuels, je regarde leurs amplitudes, leurs fréquences, les gestes d'ouvertures-fermetures, leurs hauteurs haut-bas. Et enfin, j'observe le visage du patient et la manière dont il regarde : le regard peut être par exemple, plutôt bas, fuyant, fixe, attentif ou rester ouvert²⁶. J'essaie de tenir compte de tous ces paramètres.

L'observation clinique est un apprentissage et ce stage m'a permis de rencontrer beaucoup de patients et ainsi d'apprendre petit à petit. En oncologie, l'asthénie chronique a pour effet de réduire l'expression gestuelle et la rend encore plus difficile à observer.

C'est le début d'une compétence importante à développer en psychomotricité car les situations sont plus nombreuses et plus variées que les tests cotés.

1-4 Dans ce contexte difficile, quels sont les objectifs psychomoteurs généraux qui se sont dégagés pendant les prises en charges successives ?

Comme cela a été évoqué dans la partie théorique, l'image du corps et le schéma corporel sont mis à mal par la pathologie et sont en lien avec l'anxiété. L'hospitalisation, les échecs de traitements, les dysfonctions somatiques et le contexte confrontent le sujet à une image émotionnellement négative de soi, de son corps face aux difficultés liées à la maladie. L'objectif le plus évident pour un psychomotricien est de travailler cette image du corps et/ou le remaniement du schéma corporel. Mais combien de séances faut-il pour les travailler ? Pour accepter la perte d'un organe ou d'une fonction ?

25 : Voir la partie théorique 1-2 : définition de l'émotion, p. 6

26 : Voir en annexe : fiche d'observation du regard

Je ressens de la frustration, car les séances entreprises avec les patients ont confirmé l'importance de ce travail, surtout quand le corps, matrice de l'esprit, est confronté à de tels traumatismes. Mais cela ne m'est pas apparu comme étant vraiment réalisable dans l'optique d'un résultat positif pour le patient. Une séance peut avoir beaucoup d'effet. Mais je pense que c'est plutôt la somme d'expériences renouvelées et répétées, qui peut permettre une intégration efficiente et positive du schéma corporel ainsi que celle de l'image du corps. Le développement des fonctions psychomotrices est un processus complexe. Il met en jeu des critères physiques, psychiques et affectifs.

L'hospitalisation et les changements brusques d'état physique du patient sont des moments délicats pour revaloriser un corps faible et en souffrance.

Tout projet de soin thérapeutique ou rééducatif s'établit avec l'accord du patient parce qu'il en ressent le besoin ou qu'il est dirigé par un médecin et donc vient volontairement vers nous. Dans le cadre du stage, je suis à l'initiative de la rencontre et donc j'accorde de l'importance à établir une alliance thérapeutique.

Cette alliance se forge en demandant aux patients comment ils se sentent physiquement et psychiquement, en me préoccupant de leurs symptômes gênants et de leur motricité. Je suis là pour eux et je les écoute. Je suis totalement disponible pour les patients et je les encourage au cours de la séance. En outre, il me semble que commencer une rencontre par une évaluation est un peu brutal, surtout si les personnes sont affaiblies. Il est arrivé cependant que certains patients refusent la proposition peut-être car ils n'en ressentaient pas le besoin à ce moment-là, qu'ils ne comprenaient pas la démarche ou qu'ils se sentaient trop épuisés.

L'hospitalisation est un moment critique. En effet, dans une situation telle que l'oncologie, il y a une mise en jeu de cette existence vitale qui peut-être à tout moment remise en question. Le corps et ses péripéties pathologiques confrontent le sujet à sa propre fragilité interne et externe et à son sentiment de continuité d'existence. Madame B et Madame R sont dans une incertitude face à la réussite de leurs traitements, des résultats attendus parfois décevants, des échecs de traitements, des infections diverses dues à l'affaiblissement de leurs systèmes immunitaires, une motricité diminuée, une annonce de soins palliatifs. Cette incertitude et des capacités physiques limitées génèrent de l'anxiété

qu'il me semble important de canaliser afin de soutenir les patients dans leurs combats intérieurs contre la maladie et les libérer un tant soit peu pour leurs autres préoccupations familiales ou professionnelles.

L'étude de Gaucher-Hamoudi et Guiose en 2007, révèle l'importance de proposer la relaxation dans les services s'intéressant aux maladies organiques graves. Soulager même momentanément l'affliction psychique d'un patient aux prises avec des angoisses de mort est fondamental : « le soutenir dans ses dimensions affectives et narcissiques, c'est étayer ses forces intérieures » (Gaucher-Hamoudi et Guiose, 2007, p. 53).

Ces facteurs confrontent le sujet à une forme d'anxiété réactionnelle adaptative. C'est pourquoi il me semble important d'étayer les patients par l'apport d'un outil de relaxation reproductible sans l'intervention d'un tiers au vu des conditions particulières. Face à cette anxiété éminemment corporelle, les objectifs suivants ont souvent orienté les prises en charges :

1. *Favoriser une régulation tonico-émotionnelle* : réaliser une séance de relaxation simple et reproductible en m'appuyant sur la respiration.
2. *Instaurer un moment de contenance psychocorporelle* : aider le patient à réinvestir son corps et l'aider à retrouver un sentiment de sécurité et d'existence par des sensations agréables et ainsi favoriser son confort.
3. *Favoriser une image du corps positive* : utiliser les potentialités sensorielles et psychocorporelles du patient pour lui faire retrouver des sensations agréables.
4. *Tenter de renforcer les liens entre le somatique, l'émotionnel et le psychisme* : si le geste respiratoire s'effectue pendant une crise d'angoisse alors le patient peut éventuellement percevoir ces liens.

Ainsi qu'il est exposé dans la partie clinique, les objectifs sont définis en fonction de ce que dit le patient et de mes observations corporelles. Ces séances liées à l'anxiété du sujet ont pour conséquences de revaloriser cette image du corps et le schéma corporel via les mobilisations, le toucher, le massage mais ce n'est pas l'objectif prioritaire à mon sens qui est plutôt de favoriser une régulation tonico-émotionnelle en première instance.

2 - Les cadres et leurs limites

Dans ce chapitre nous verrons le cadre hospitalier et la sécurité qu'il peut offrir pour certains patients. Cependant, les soins sont intrusifs et une perte de repères internes peut s'opérer. C'est pourquoi un projet psychomoteur serait un accompagnement complémentaire important à considérer dans l'optique d'une prise en charge globale. Enfin, nous examinerons le cadre thérapeutique particulier rencontré pendant mon stage.

2-1 L'hôpital : un espace de sécurité

Le centre de référence du cancer est une structure importante et accueille beaucoup de stagiaires : psychologues, sophrologues, art-thérapeutes, psychomotriciens et beaucoup d'autres encore dans le domaine médical et paramédical. Chaque spécialité propose au patient son approche spécifique et offre ainsi un ensemble de prises en charges complémentaires supervisées par la psychologue référente. Par définition, l'hôpital est un espace groupal, de vie, avec ses bruits, ses passages dans les couloirs et les chambres pour des soins et examens médicaux ainsi que pour les approches complémentaires. Bion (1962-1963) précise : « L'institution peut-être pensée comme cadre, enveloppe et contenant » (cité par Marty, 2007, p. 108).

Certaines approches complémentaires, dont la psychomotricité, favorisent une contenance par l'accompagnement proposé pendant l'hospitalisation. Le sujet trouve dans l'hôpital l'accompagnement psychologique et une enveloppe psychique sécurisante, par les soins et l'écoute prodigués en réponse à son monde interne, ses douleurs, ses inquiétudes et angoisses psychocorporelles.

Par exemple, Monsieur S souffre d'un cancer de la thyroïde qui a été diagnostiqué au mois de novembre 2014. Après l'annonce, celui-ci est opéré pour enlever la tumeur et suit une cure en ambulatoire. Au mois de janvier 2015, il est hospitalisé dans l'institut car il est submergé par des angoisses de mort, des angoisses liée à son corps-douleur et souffre, entre-autres,

d'un trouble du sommeil et d'une image du corps teintée d'affect négatif²⁷. L'hôpital représente une enveloppe sécurisante pour lui où il est moins soumis à ses angoisses où il retrouve un meilleur sommeil.

J'ai eu de l'empathie pour Monsieur S dont j'ai ressenti la souffrance et le besoin de sécurité via ses déambulations dans l'institut où il cherchait le contact, le monde. Il évaluait son cancer comme une menace ce qui générerait chez lui une forte anxiété²⁸. Ses passages réguliers dans la chambre, les soins, ses déambulations jusqu'à la cafétéria, le personnel, la relaxation et sa famille autour de lui l'ont aidé à se sentir vivant. Cela a favorisé son sentiment de continuité d'existence, de sécurité et lui a permis de ne plus se percevoir comme un « mort » en devenir, seul et isolé chez lui.

La solitude, l'isolement favorisent-ils un sentiment de discontinuité de l'existence par ce manque de rapport à l'autre, cette insécurité psychocorporelle ? Madame B, en première séance, se plaint de son ennui, de sa solitude et son attitude change lorsque sa fille lui rend visite. Je pense que la solitude peut être vécue comme un élément de désorganisation psychique en plus de son corps malade et douloureux et générer de l'anxiété. En cela, l'hôpital est un espace à caractère sociopète²⁹ et ainsi favorise des rencontres et des possibilités de prises en charges telle que la psychomotricité. Celle-ci peut aider le sujet à restaurer une contenance psychique par son approche psychocorporelle.

2-2 L'hôpital : une perte de repères internes

L'hôpital est évidemment un lieu de soins mais il doit être aussi réfléchi comme un espace contenant. En 1971, Hall s'intéresse à la proxémie³⁰ et détermine quatre sphères :

27 : Voir la partie théorique 2-3 : une image du corps négative, p.17

28 : Voir la partie théorique 1-5-2 : le coping : stratégie d'ajustement, p. 12

29 : Espace organisé favorisant la communication entre les sujets.

30 : Etude de l'utilisation de l'espace par des êtres animés dans leur relations, et des significations qui s'en dégagent.

- La sphère publique : elle est faite pour interpeller ou parler devant un public. Elle est à une distance supérieur à 3,6 m.
- La sphère sociale : elle est faite pour des connaissances et est située entre 1,2 à 3,6 m.
- La sphère personnelle : elle correspond à la distance entre des amis et se situe entre 45 cm et 1,2 m.
- La sphère intime : elle correspond à un chuchotement, à une embrassade et se situe entre 15 et 45 cm.

Les sphères impliquent des niveaux de relations en fonction de la culture et des modifications sensorielles s'opèrent lors d'un passage d'une dimension à une autre.

La chambre du patient n'est pas son espace propre car il est aussi un espace de travail pour le personnel soignant où ceux-ci pénètrent, dans un espace qui devient commun. La personne n'a pas forcément choisi cette intrusion. La manière dont le personnel investit cet espace a donc toute son importance pour ne pas être perçue comme intrusive. Parfois, les praticiens peuvent entrer dans la chambre lors de moments intimes comme la toilette ou les besoins intimes. J'ai eu un sentiment de gêne lorsque cela m'est arrivé et en l'absence de réponse du patient.

Pendant la nuit, Madame R subit les entrées des soignants dans la chambre, le bruit, qui perturbent son sommeil. Cet espace groupal peut avoir des conséquences aliénantes pour le patient en lien avec la pathologie et le processus de soins. Elles influencent cette relation entre son corps et son esprit. Le bruit, les intrusions dans la chambre peuvent être mal vécues par le patient, alors que l'isolement temporaire permet de laisser le temps de se rendre compte de ce qui lui arrive et peut constituer un support de cette réorganisation identitaire. Une autre patiente m'expliquait ressentir les allées-venues dans sa chambre comme une intrusion alors qu'elle avait besoin de tranquillité pour comprendre ce qui lui arrivait.

Les soins ne sont pas sans conséquences pour la personne et sa représentation d'elle-même. Potel décrit l'intimité : « ... comme étant la résultante de cette maturité : « être son corps », avoir un corps s'appartenant » (2010, p. 81). Pendant l'hospitalisation, le corps devient objet de soins et ne lui appartient plus vraiment.

Le cancer peut induire des mécanismes inconscients de défense comme la dépersonnalisation par laquelle l'individu a l'impression de ne plus habiter son corps. Les soins franchissent la barrière de l'intime pour faire face à la maladie. Le patient ne se reconnaît plus vraiment et cela peut s'exprimer par exemple sous la forme de l'impudeur. D'après Potel (2010), la pudeur est la conséquence de cette reconnaissance et de cette représentation de soi et de son corps avec une intériorisation de la différence des sexes et des générations. La pudeur va donner une teinte à la relation. L'impudeur du patient se manifeste dans la façon de s'habiller, avec pour seul vêtement une chemise hôpital, ouverte sur la nudité. C'est une intimité dévoilée aux yeux de tous. Son corps ne lui appartient plus et il en devient l'observateur. C'est son sentiment d'existence qui est mis en jeu à ce moment-là.

Les soins sont un retour vers la vie infantile où des « gestes simples » comme faire sa toilette et s'occuper de soi sont pris en charge par le personnel soignant. Par exemple, Madame R manque d'autonomie et ne peut pas aller dans la salle de bains, c'est la raison pour laquelle elle porte une protection intime.

Cette prise en charge a un impact sur l'identité de la personne. Potel le souligne par :

« d'autres expériences, moins traumatiques en apparence, qui nous rappellent combien le sentiment de notre identité dépend de notre indépendance corporelle et de notre intimité. N'être plus qu'un corps est, pour qui a vécu des hospitalisations mal accompagnées, une expérience totalement dépersonnalisante. ». (2008, p. 107).

J'ai été touché par Madame R face à sa réaction devant la toilette. Elle a besoin de sa motricité pour se sentir vivante et exister. Elle n'a pas le choix pour sa toilette mais elle essaye de participer en restant debout. Ainsi, cela lui permet de demeurer actrice en facilitant celle-ci. Mais cela est-il suffisant ? Le rôle du psychomotricien peut être alors d'étayer son potentiel psychomoteur pour renforcer son sentiment de sécurité interne, d'existence mais aussi d'estime de soi. Si on arrive à faire diminuer le stress de la personne, alors on participe à son bien-être psychocorporel mais aussi à sa lutte face à la maladie en soutenant la résilience³¹ du sujet et sa manière d'habiter son corps.

31 : Terme utilisé en psychologie pour désigner la capacité d'un individu à prendre la mesure d'un traumatisme physique ou psychologique pour réussir à le surmonter et à se reconstruire.

La prise en charge de la personne « dépendante » place l'hôpital, avec son personnel, comme un cadre et processus (Marty, 2007). La fonction de soin et l'organisation de l'hôpital obligent le soignant à pénétrer dans la sphère intime et peuvent favoriser ce phénomène de dépersonnalisation.

Mon expérience de stage me laisse le sentiment que l'aspect psychocorporel du patient n'est pas suffisamment pris en considération au niveau institutionnel. La frustration suscitée par les limites de mon intervention, comme stagiaire, a été redoublée par le fait que ces séances de psychomotricité ne s'intégraient pas à un projet global prenant en compte la dimension psychocorporelle. J'ai l'impression de commencer un travail et de ne jamais vraiment le terminer. Si le cancer devient une affection chronique (Razavi et Delvaux, 2008) alors cela demande à ce qu'elle soit aussi soutenue au niveau psychocorporel et ce à tous les stades de la pathologie et pas seulement à un instant d'hospitalisation.

Dans ce cas-là, le patient s'inscrit dans un projet de soin global (médical, psychologique et psychocorporel) et articulé. Un accompagnement qui favorise une sécurité et une contenance psychocorporelles sont complémentaires aux soins prodigués pour soutenir son sentiment de continuité d'existence, de sécurité et d'estime de soi.

C'est dans ce dialogue entre l'hôpital et un projet de soin global que le patient peut retrouver une place et une sécurité. Marty souligne ce point en disant :

« C'est dans la mesure où cette dynamique institutionnelle est prise en compte et en charge par l'équipe soignante que le patient pourra interioriser un cadre interne » (2007, p. 99).

2-3 Le cadre particulier de la psychomotricité

En 2010, Potel définit le cadre thérapeutique par un lieu, un temps et une pensée. À l'intérieur de celui-ci va s'inscrire le concept d'alliance thérapeutique et donc la relation qui va s'installer entre le psychomotricien et le patient. En psychomotricité, les conditions particulières et concrètes du cadre thérapeutique peuvent être ainsi décrites.

- Des conditions d'espace : c'est un lieu, un espace contenant, où on peut accueillir une pensée, un imaginaire en lien avec les expériences sensorimotrices et sensorielles du patient.
- Des conditions matérielles : ce sont les objets, jeux, matériels et support divers à travers lesquelles s'intègrent l'imaginaire du patient mais aussi en lien avec la sensibilité et l'investissement sensoriel du psychomotricien dans le choix de ces objets.
- Des conditions de temps : les séances doivent avoir une durée suffisante pour que le sujet puisse s'exprimer avec ses capacités motrices et psychiques, leurs fréquences doivent être régulières pour qu'elles s'intègrent comme des repères.
- Des conditions d'encadrement : c'est-à-dire avec un psychomotricien seul ou en co-animation.
- Des conditions de fonctionnement institutionnel : le projet de prise en charge en psychomotricité doit s'intégrer dans un projet de suivi global pour le patient. Cela s'appuie sur une équipe où chacun a sa place et sur un certain nombre de règles pour permettre une cohérence de fonctionnement et de pensée.

2-3-1 Le cadre thérapeutique rencontré pendant mon stage

Le cadre du stage n'a pas permis de réunir toutes ces conditions. En effet, la séance se déroule dans la chambre des patients. La configuration de l'espace de la chambre ne favorise pas toujours un espace suffisant pour se mouvoir librement ou assister le patient d'une manière sécurisante. Pour le délimiter, j'utilisais d'une part un panneau accroché sur la porte « séance de psychomotricité, ne pas déranger, SVP » ; d'autre part, je frappais à la porte, j'attendais une réponse puis je demandais au patient s'il était disponible. C'est un geste qui symbolise un espace et permet à l'autre de se l'approprier mentalement. Ainsi il marque une frontière physique et psychique qui tient compte du patient dans sa globalité et son espace intime. Cela lui laisse la possibilité de refuser et lui ouvre un espace de liberté, alors qu'il subit beaucoup de contraintes (il peut en effet rarement refuser un soin médical).

Au niveau du matériel, le choix est limité. J'avais l'habitude de prendre une ficelle et une balle à picot. Les conditions d'hygiène sont drastiques et l'état des patients ne permet pas toujours une motricité libre. J'ai donc ressenti des difficultés à trouver des « jeux ». Je me suis d'abord orienté vers cette alliance thérapeutique en passant par des exercices sensorimoteurs simples.

Comme il n'y avait pas de rendez-vous, le temps – incertain – de la séance dépendait de la disponibilité du patient, de ses visites, de ses soins et de la durée de son séjour. Pendant mon stage, cela m'est arrivé de faire une prise en charge juste avant ou après une séance de kinésithérapie. Ces enchaînements ne favorisent pas toujours une disponibilité psychocorporelle du patient. En effet, celui-ci se fatigue vite et ce temps peut devenir éprouvant pour lui.

J'ai pris soin de délimiter un cadre spatio-temporel matérialisé par l'apposition du panneau. Cependant, il y a eu des interruptions en cours de séance de relaxation et ce malgré la présence de mon panneau d'avertissement. Cela me mettait dans une situation inconfortable vis-à-vis du patient et du cadre de la séance. Dans les premiers mois du stage, le personnel soignant n'hésitait pas à interrompre une séance. Mais à partir du milieu et jusqu'à la fin de stage, j'ai remarqué que le personnel attendait que je finisse la séance avec le patient, sauf si c'était important. Je suppose que mon panneau, ma pratique et les commentaires positifs des patients ont permis de mieux respecter ce temps « thérapeutique ».

Je n'ai pas fait de séance en co-animation car il n'y avait pas de psychomotricien dans la structure. En revanche, j'ai fait des séances en présence de la famille. Plusieurs fois, j'ai senti chez des familles leur anxiété et leur angoisse sur le devenir de leur proche. Proposer ce protocole d'un geste respiratoire relaxant aux proches est un soutien qui leur permettra d'être plus soutenant à leur tour avec le malade. Parfois, des patients demandaient à ce que leurs familles assistent à la séance. Alors, cette présence du proche devient un élément de sécurité pendant la relaxation. À ces moments-là, c'était une séance de groupe improvisée mais avec l'objectif de favoriser la régulation tonico-émotionnelle.

Toutefois, je ne l'ai pas toujours fait car la séance est un moment où le patient peut délivrer ses angoisses et ne veut pas forcément les partager avec sa famille pour ne pas les inquiéter.

J'ai eu un sentiment de gratitude pour la confiance accordée pendant ces échanges sur l'intime de soi.

Pour le fonctionnement institutionnel, nous sommes des stagiaires et dans ce cadre là il n'y a pas de possibilité de suivi en dehors de l'hôpital. De plus, l'accès au dossier est limité à la simple lecture de celui-ci avec les codes d'accès du personnel. La psychomotricité fait ses premiers pas dans l'univers de l'oncologie. Certains médecins internes étaient même surpris de trouver un psychomotricien dans ce type de service. Régulièrement, j'ai assisté à des réunions de relève du personnel soignant afin de m'inclure dans le fonctionnement du service.

Après chaque journée, je faisais un débriefing avec la psychologue qui nous supervisait sur nos difficultés, nos questions. Cela a été très positif car elle nous a aidés par des conseils concrets sur l'alliance thérapeutique et notre manière d'être à travers nos questions. Ma pratique en a été modifiée, car j'évoquais les émotions négatives avec le patient et ensuite je parlais du geste respiratoire relaxant comme une réponse possible. J'ai pris ensuite conscience, grâce aux échanges avec la psychologue et à mes lectures sur l'anxiété, que j'induisais des émotions négatives chez le patient.

Par la suite, j'ai proposé des exercices corporels autour du tonus, de la conscience de soi et de la relaxation en laissant venir la représentation du patient.

Au fur et à mesure de ce stage, j'ai avancé par expériences successives d'essais-erreurs en cherchant à m'adapter à chaque fois.

2-3-2 Un parcours personnel qui s'exprime par le choix d'une approche psychocorporelle

Au vu de ces conditions et certainement en lien avec mon expérience, je me suis orienté vers des concepts plutôt cognitifs et comportementalistes. En psychomotricité, cinq axes essentiels d'intervention peuvent être distingués (Potel, 2010) :

1. La prévention et l'éducation psychomotrice : c'est un travail qui s'effectue essentiellement en crèche et avec les bébés.

2. Les rééducations psychomotrices : elles sont axées sur les processus fondamentaux de la psychomotricité tels que la structuration spatio-temporelle, les équilibres posturaux et dynamiques, les coordinations, la somatognosie.
3. Les thérapies psychomotrices : l'interaction entre motricité, expression et émotion sont au cœur de ce processus thérapeutique afin de faire émerger une représentation symbolique de cette expression. Les thérapies sont organisées par le lien relationnel établi entre le patient et le psychomotricien.
4. Les médiations thérapeutiques : c'est la relation et la communication autour de la médiation spécifique (par exemple, l'équitation, le cirque, la danse) qui vont être le premier des objectifs.
5. Les psychothérapies psychocorporelles : ce qui donne de la valeur psychothérapique de la thérapie est le contexte institutionnel et symbolique mais aussi la formation complémentaire du psychomotricien (par exemple, cognitivo-comportementalistes, psychodynamique).

Le cadre institutionnel de mon stage ne me permettait pas d'aborder l'un des quatre premiers axes. Cependant, ma formation complémentaire de professeur certifié de Hatha-Yoga m'a naturellement orienté vers l'approche des psychothérapies psychocorporelles. La respiration est l'une des bases fondamentales de cette discipline et occupe, par le Pranayama, une place importante.

Je me suis intéressé aux techniques d'approches comportementales dont le but visé est une nouvelle adaptation. La respiration est utilisée comme un moyen de détente face à l'anxiété et me semble facilement accessible. Elle est l'un de leurs outils³² avec d'autres moyens en complément comme la restructuration cognitive par exemple.

Je me suis fixé des objectifs simples portant sur l'anxiété des personnes malades et pour les atteindre j'ai choisi cette praxie respiratoire relaxante. Cela m'a sensibilisé à la fonction de contenance du psychomotricien.

32 : Voir la partie théorique 3-4 : les techniques respiratoires à but relaxant, p. 21

3 - La contenance

L'expérience de stage a fait émerger l'importance de la contenance pendant les prises en charge. Dans ce chapitre, nous interrogerons cette notion dans le cadre de la psychomotricité pour aboutir à ma recherche d'une méthode de relaxation reproductible. Ensuite, nous finirons sur l'apport du contrôle respiratoire comme élément d'attention et de réappropriation de soi.

3-1 La psychomotricité et sa fonction contenante

En 1962, Winnicott met en évidence la fonction du holding et du handling pour un développement de l'enfant harmonieux. Grâce au holding et au handling, la psyché s'installe dans le soma, l'enfant acquiert le sentiment d'habiter son corps.

Le holding signifie « le maintien », c'est-à-dire la façon dont est porté l'enfant physiquement et psychiquement. Les soins maternels soutiennent le Moi de l'enfant encore immature auquel ils apportent de la contenance face aux débordements de l'enfant en instaurant un sentiment de sécurité. En effet, l'enfant est engagé dans un long processus complexe d'appropriation dynamique de son monde interne et externe. L'appropriation se réalise par cette relation dynamique et duale avec la mère. La mère et l'enfant forment une enveloppe commune interagissante et contenante. Le holding met en place chez l'enfant le sentiment d'exister et de se sentir comme une unité différenciée.

En séance de psychomotricité, cette contenance est apportée par le psychomotricien et le cadre thérapeutique. Le regard du psychomotricien, son attention, son soutien mobilisent et contiennent le patient.

Le handling correspond à la manipulation physique du bébé via des massages, des soins physiques, à la manière dont l'enfant est traité, soigné et manipulé par sa mère. Les conditions et les effets du handling participent au développement du fonctionnement mental mais aussi à la reconnaissance de l'interaction duale entre la mère et le bébé et à la relation

soma-psyché de l'enfant. Les soins prodigués à l'enfant contribuent à la constitution d'une intériorité et des limites corporelles. Cette fonction intervient dans la personnalisation de l'enfant.

En psychomotricité, le handling peut passer par des médiations qui mettent en jeu le toucher, comme le massage par exemple.

La psychomotricité s'inscrit dans cette lignée de contenance entre le thérapeute et le patient. Potel précise celle-ci, en écrivant : « Tous les thérapeutes [...] font donc appel à cette capacité personnelle et professionnelle de contenir en soi ce qui est l'autre, d'abriter et d'accueillir ce qui est délié, défait, désaffecté, déshabité, en menace de débordement ou d'engloutissement » (2010, p. 329). En outre, l'étude de Gaucher-Hamoudi et Guiose (2007) met en avant la fonction contenante de la relaxation en général. Madame B se dévoile facilement dès la première séance lorsque je lui pose la question « comment vous sentez-vous ? ». Elle libère une parole enfermée car elle sent que je suis là pour elle et en capacité de recevoir cette tension interne³³.

Les séances s'axent sur son corps et ses ressentis : elle perçoit son corps différemment et semble prendre du plaisir par son corps, alors qu'elle est habitée par une douleur omniprésente. Je l'accompagne corporellement et verbalement tout le long et elle se sent soutenue dans ce qu'elle fait et entreprend.

Au début du stage, j'ai été surpris par cette libération soudaine de la pensée. Celle-ci s'est réalisée avec d'autres patients, dès le premier entretien.

Pour Madame R, j'arrive à point nommé³⁴ : elle me « donne » cette mauvaise nouvelle d'infection et de son ras-le-bol – que je « prends » – et nous finissons la séance sur un sentiment de détente et d'apaisement. Elle reprend contact avec elle-même par le massage pendant lequel des sensations oubliées ressurgissent et la font exister autrement et agréablement.

33 : Voir la partie clinique 3-1-2 : prise en charge psychomotrice ; séance 1, p. 35

34 : Voir la partie clinique 3-2-2 : prise en charge psychomotrice ; séance 1, p. 44

3-2 À la recherche d'une méthode de relaxation

Par ma formation de psychomotricien, je me suis inspiré du Training Autogène de Schultz et de la méthode de Jacobson. Le training autogène de Shultz (1958) est une technique qui consiste à détendre tour à tour les différentes parties du corps afin d'aboutir à un état de relâchement complet par la force de la pensée. Les patients déclarent apprécier cette technique mais leurs principales difficultés résident dans l'appropriation de la technique et la capacité de s'auto-suggérer des inductions via une estime de soi diminuée.

J'ai essayé une relaxation inspirée de Jacobson (1987) mais les patients ont du mal à l'exécuter et ne la trouvent pas agréable. L'asthénie chronique ne favorise pas ce genre de mobilisation qui demande un effort physique et psychique de leur part.

Des études ont montré leur efficacité pour des personnes souffrant du cancer (Mikolajczak et Quoidba (2009) citent l'étude de Carlson et Hoyle, 1993 ; Luebbert, Dahme et Hasenbring, 2001). Cependant, il est à noter que pour être efficaces en situation de stress, les techniques de relaxation doivent avoir été pratiquées en situation de repos (Brenot, 2003).

Après un entraînement suffisant, elles deviennent efficaces. Le contexte et le manque d'entraînement préalable ne favorisent pas leur accès.

L'analyse de ces tentatives insatisfaisantes, pour favoriser une régulation tonico-émotionnelle et parvenir à une « autonomie » du patient et mon parcours personnel de professeur de Yoga certifié m'ont plutôt orienté vers une technique de relaxation par la respiration.

3-3 L'apport d'une pratique respiratoire

3-3-1 La réorientation attentionnelle par la respiration

Les médecins et les patients ne connaissent pas l'issue de la maladie, l'effet positif ou négatif du traitement. Cette incertitude génère des émotions et de l'anxiété. Par ailleurs, le propre de l'émotion est de donner lieu à un mécanisme d'attention sélective. L'émotion agit

comme une « torche attentionnelle » pour parer la menace. La pensée privilégiera certaines pistes en laissant les autres dans l'ombre. L'émotion sert à s'adapter à une situation mais dans le cas d'affect négatif, la spirale des éléments négatifs, des peurs et des croyances s'enchaînent en boucle. Des expressions telles que « voir la vie en noir » prennent tout leur sens. La rumination des pensées négatives, difficiles à arrêter, forme une toile de fond sans fin.

Cependant, il est important de distinguer la distraction et le déni. Le déni, mécanisme de défense inconscient, entrave la recherche de solution et maintient la personne dans une mystification. À cet égard, il convient d'effectuer un travail thérapeutique avec le patient. En revanche, la distraction est une mise à distance momentanée par rapport à un problème qui est reconnu par le sujet. Pendant ce stage, je n'ai pas constaté de déni car mes prises en charges sont courtes, mais celui-ci peut exister et retarder un traitement indispensable.

Un moyen efficace pour réguler son émotion est de casser cette chaîne de pensées négatives en se distrayant. Dans ce processus de réorientation, il existe deux types de distraction :

- la distraction externe, qui consiste à faire autre chose : comme une activité qui procure du plaisir, faire du sport, lire, regarder la télévision. Cependant en oncologie, les patients sont dans une situation de crise psychocorporelle où il est difficile « de faire » ;
- la distraction interne, qui consiste à penser à autre chose, comme un événement heureux ou à se relaxer.

Ainsi, un geste respiratoire relaxant est un moyen de dévier son attention sur un outil psychocorporel et ainsi de diminuer la tension physique et psychique due à l'anxiété.

3-3-2 Un geste respiratoire relaxant

Une étude démontre que l'efficacité de la respiration est relative (Mikolajczak et Quoidba (2009) citent l'étude de Schmidt, 2000) et qu'elle est contre-indiquée chez des personnes ayant des troubles respiratoires (Mikolajczak et Quoidba (2009) citent l'étude de Cahalin, Braga, Matsuo et Hernandez, 2002).

Cependant, cette technique est couramment employée dans les troubles anxieux. Mon expérience dans le centre de référence du cancer m'a permis de constater qu'elle avait des effets calmants et apaisants sur les patients. J'ai exécuté cette praxie respiratoire relaxante avec plus de 55 patients dont seulement une dizaine de personnes ont semblé ne pas ressentir de calme et d'apaisement à la fin de cette pratique.

Malgré les résultats ambigus de l'étude de Schmidt sur l'utilisation de ce type de respiration dans un but relaxant, elle a l'avantage de pouvoir être pratiquée de façon autonome et sans appareillage particulier. Comme je ne revois pas systématiquement le patient, elle me paraît adaptée. Par la suite, ils peuvent l'utiliser seuls. En première séance, je la pratique avec le patient pour pouvoir apprécier avec lui ses effets sur son vécu corporel. Evidemment, j'adapte la technique utilisée en fonction de la personne qui est en face de moi, de ses peurs, de ses possibilités physiques et psychique, de son anxiété.

Madame B et Madame R réutilisent cette praxie respiratoire de façon autonome ainsi que d'autres patients que j'ai revus par la suite. Je ne peux pas savoir à quel point cela les a aidés, mais d'après Lesage (2012) c'est un outil qui peut aider à se rassembler et à se reconsidérer. Il rajoute : « Réguler et libérer la respiration est donc un axe de travail essentiel en même temps qu'un savoir-faire que l'on met à disposition d'un patient ou d'un élève » (Lesage, 2012, p. 76).

Le contrôle respiratoire va permettre de diminuer l'anxiété ressentie par la détente musculaire et psychique, de la contenir et ainsi aider la personne. Un corps détendu participe à l'expression des émotions, à les penser.

Pour madame R, la relaxation et sa fonction contenante lui ont permis de diminuer la pression psychique liée à l'attaque de son corps par l'infection et à diminuer la colère et la peur de la maladie³⁵.

Madame B décharge, dès notre premier entretien, sa peur et ses questions sur l'avenir. Son esprit est tourné vers la tension interne qui diminue après avoir exécuté cette praxie respiratoire relaxante. À l'issue des séances, elle ressent le calme et la détente. Cela l'a aidée à contenir son anxiété³⁶ et la douleur par la suite³⁷.

Le cadre du stage, avec notamment le nombre réduit de séances avec chaque personne, ne m'a pas permis d'observer finement la dimension de la thérapie psychomotrice qui lie l'affect, le psychisme et la motricité. Lesage (2012) évoque ce travail de la respiration. Il en parle en terme potentiel de « porte d'entrée ». En effet, la respiration contacte une part enfouie de soi liée à l'inscription tonique de notre histoire émotionnelle et relationnelle. Elle entraîne tout le corps³⁸ par un jeu de tension élastique répercutées par les fascias dans un mouvement du dedans en dehors. En ce sens, elle peut devenir un moyen d'unification et de dynamisation de l'ensemble du corps.

4 - Mémoire identitaire et acceptation

Au cours de ce stage, je me suis interrogé sur la notion de mémoire identitaire et ses implications. Le cancer représente un traumatisme important : en conséquence, quelle est la place du corps dans la mémoire ? Le concept d'acceptation ne serait-il pas un élément bénéfique pour la personne ?

35 : Voir la partie clinique 3-2-2 : prise en charge psychomotrice ; séance 1, p. 44

36 : Voir la partie clinique 3-1-2 : prise en charge psychomotrice ; séance 1, p. 35

37 : Voir la partie clinique 3-1-2 : prise en charge psychomotrice ; séance 3, p. 39

38 : Voir la partie théorique 3-2 : physiologie de la respiration, p. 20

4-1 Mémoire corporelle et identité

Selon Damasio (2003), les émotions nourrissent les sentiments qui s'appuient aussi sur ses perceptions corporelles où ensuite se joue le « théâtre de l'esprit »³⁹.

Les émotions d'arrière-fond forment un « proto-soi » source d'une continuité d'existence. Elles alimentent un sentiment d'arrière fond qui se traduit par des perceptions telles que la fatigue, l'énergie, l'exaltation, le bien-être, le malaise, la tension, le relâchement, le sentiment d'émerger, la pesanteur, la stabilité ou l'instabilité, l'équilibre ou la fragilité, l'harmonie ou la discorde. Elles sont en rapport étroit avec nos motivations et nos pulsions fondamentales, nos humeurs, les émotions primaires et pour finir avec la conscience de soi (Damasio, 2003).

L'homme est dans une interaction (psychique et physique) réciproque constante avec soi et son environnement. Cela constitue le « soi-noyau ». C'est-à-dire cette instance qui constitue une identité relationnelle, orientée vers l'action, qui va « pulser » vers le monde. Les émotions et les sentiments sont en lien avec les circuits cérébraux de la mémoire. Ce soi-noyau est présent et connecté dans la mémoire conscience autobiographique et laisse des traces narratives de sa relation à soi, à son corps et au monde (Damasio, 2003). Une mémoire s'établit sur les liens corporels, identitaires et relationnelles.

Madame B souffre de son cancer depuis 2010 et rechute en 2012. De 2012 à 2015, elle est dans une continuité de soins avec ses complications digestives et des rechutes tumorales. Cette affection chronique met en doute une récupération, une guérison par les successions de rechutes et de traitements. Ces états de corps laissent des traces sentimentales sur sa capacité à guérir et une éventuelle anticipation du résultat du traitement. Je n'ai pas eu suffisamment de temps pour travailler où même évoquer cela avec elle.

Madame R souffre d'un probable trouble du schéma corporel en lien avec ses paresthésies. Durant les derniers mois, elle évoque ses difficultés d'équilibre et à la marche. Le corps est relié par un ensemble de schèmes musculaires en interrelation avec des sensations. Ces sensations influent sur les appuis, la manière de se tenir et donc joue sur toutes les composantes du tonus (action, fond, postural). Ces perturbations modifient son rapport au

³⁹ ; Voir la partie théorique 1-3 : la notion de sentiment, p. 8

corps et peuvent inscrire de mauvaises postures, des gestes perturbés qualitativement, des sensations non maîtrisées et non reconnues par le corps. Le temps de prise en charge trop court et l'état somatique de Mme R ne m'ont pas permis de l'évaluer précisément.

En revanche, lorsque je lui fais un massage de ses extrémités, elle en prend plaisir par la diminution de la paresthésie. À ce moment-là, je pense que cette mémoire identitaire et corporelle est sollicitée. En effet, elle retrouve aussi des sensations connues et représentées d'elle-même, un corps-plaisir et un sentiment de soi par ses sensations oubliées et reconvoquées à cet instant et participent à un sentiment de continuité d'existence.

Madame A a 46 ans, une fille de 9 ans et vit seule avec elle. Son premier cancer a été diagnostiqué en 1987. Actuellement, elle subit une rechute et suit un traitement de chimiothérapie en ambulatoire. Lors d'une conversation, elle évoque la mémoire corporelle. Avant de subir cette rechute, lorsqu'elle éprouve une douleur corporelle inhabituelle, un doute vient la saisir sur son origine. Elle se pose la question, à savoir, « est-ce-que ce n'est pas le cancer qui revient ? ». Sur l'instant, une émotion de peur s'installe en lien avec sa mémoire du corps. Si cela dure, sans explication, le sentiment de continuité d'existence est mis en doute. Elle a perdu une confiance en elle, en son corps par l'inscription du cancer dans son corps et donc d'une image négative du corps.

Les notions de mémoire et d'identité me questionnent sur le rôle de l'acceptation comme élément constructif et positif de l'identité.

4-2 L'acceptation

La troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales a pour objectif de changer la relation de l'individu à son symptôme notamment par « l'acceptation ».

Dans des événements traumatiques comme le cancer, les patients savent que c'est incontrôlable avec une issue incertaine, d'où l'émergence d'affect négatif et angoissant. Accepter signifie cesser de se battre dans le vide, arrêter de se blâmer ou de blâmer autrui sur quelque chose que l'on ne peut pas changer. Ce n'est pas de l'impuissance acquise, laquelle

est une acceptation fataliste, désespérée et conduit une attitude passive lors d'événements négatifs ultérieurs (Mikolajczak et Quoidba (2009) citent l'étude de Seligman, 1972), c'est un processus actif qui consiste à accueillir totalement l'événement douloureux et les émotions qu'il provoque tout en gardant à l'esprit, que si douloureux soit-il, l'événement présent ne présage en rien du futur.

Madame R semble être dans ce processus à la séance 3 en disant qu'elle a le moral mais qu'elle n'a pas le choix. C'est-à-dire qu'elle accepte parce qu'elle n'a pas le choix, mais cela n'empêche pas qu'elle soit anxieuse suite à l'échec de traitement.

L'acceptation amène l'individu à être observateur par rapport à ses émotions. Il en prend acte sans chercher à les fuir. Cela demande un effort considérable de lâcher prise, d'accepter que l'on ne puisse pas tout contrôler et que l'on éprouve des émotions désagréables. Les recherches ont montré que l'acceptation améliore le bien-être et la santé physique, diminue les affects négatifs, confère une meilleure résistance à la douleur et une meilleure immunité (Mikolajczak et Quoidba (2009) citent l'étude de Burns, Carrol, Ring, Harrison et Drayson, 2002 ; Mc Craken et Eccleston, 2003).

Ce travail s'effectue principalement par des techniques de mindfulness⁴⁰ (Mikolajczak et Quoidba (2009) citent l'étude de Baer, 2003 ; Langer, 1989 ; Segal et al, 2002).

5 - Des pistes de prises en charge possibles

Selon Razavi et Delvaux (2008), le cancer devient une affection chronique mais qui demeure de façon prégnante associée à la mort. Toutefois, il existe des cancers qui se soignent comme dans le cas de Madame A⁴¹, bien que cette affection prédispose à des rechutes possible. La recherche et la technique avancent et de nouveaux protocoles voient le jour. L'issue fatale n'est pas pour tout le monde et pas pour tout de suite.

40 : Méditation de pleine conscience

41 : Voir la discussion théorico-clinique 4-1 : mémoire corporelle et identité, p. 72

Mon stage s'est porté essentiellement sur cette diminution de l'anxiété liée à l'affection du corps. Je propose une technique simple de relaxation par la respiration qui permet de favoriser une régulation tonico-émotionnelle. Cependant, l'anxiété chronique peut survenir pendant les phases actives ou inactives de la maladie, et ainsi devenir pathologique, surtout si des comorbidités existent (Dolbeault et al, 2007). C'est pourquoi, un accompagnement psychocorporel ou une thérapie psychomotrice me paraît nécessaire auprès de patient anxieux.

Un bilan psychomoteur pourrait-être entrepris afin de déterminer des objectifs précis. Considérant les conséquences psychocorporelles du cancer, il paraît important d'évaluer l'image du corps et le schéma corporel. Ces prises en charges peuvent s'effectuer dans les Maisons de la Ligue Contre le Cancer ou à l'hôpital. Cela nécessiterait un suivi par un psychomotricien intégré dans le cadre d'un projet de soins global. L'acceptation est une piste de travail intéressante à développer.

La prise en charge peut-être individuelle ou en groupe et se construire autour du thème du souffle. La respiration est une porte d'entrée importante pour favoriser une contenance mais aussi un travail tonique portant sur l'axe corporel. En 2011 une étude⁴², réalisée auprès de patientes souffrant d'un cancer du sein, a démontré l'effet positif du yoga sur l'amélioration des symptômes par l'investissement psychocorporel de cette médiation. Cela contribue à réduire la fatigue, à réduire le stress, à l'amélioration de l'état de santé avec de meilleurs résultats aux examens et une meilleure intégration dans la vie active après les traitements.

À l'institut, le placement en « soins palliatifs » s'effectue lorsque les médecins sont à bout de solution médicale et ne peuvent plus rien faire contre la maladie. Il consiste essentiellement en un traitement de confort contre la douleur. Les patients sont transférés dans des établissements spécialisés (USP) lorsqu'il y a de la place. À leur demande, ils peuvent éventuellement retourner chez eux.

42 : News médical, the latest developments in Life, Sciences and Medecine. (2011). *Yoga offers unique benefits beyond fighting fatigue for women with breast cancer*. En ligne <http://www.news-medical.net/news/20110519/Yoga-offers-unique-benefits-beyond-fighting-fatigue-for-women-with-breast-cancer.asp>. Consulté le 28/04/15.

Madame R et Madame B ont été transférées dans une Unité de Soins Palliatif de la région (USP). Elles sont toutes deux décédées par la suite, quelques semaines plus tard.

Un travail d'accompagnement de la fin de vie est important. Hamoudi-Gaucher et Guiose (2007) décrivent les mouvements psychiques, définis par E.Kubler-Ross (1969) des sujets en fin de vie par une succession d'étapes qui sont le refus et l'isolement, la colère et la révolte, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Un accompagnement psychomoteur serait bénéfique pour traverser toutes ou partie de ces étapes. Dans leur prise en charge, Hamoudi-Gaucher et Guiose évoquent le travail de la relaxation comme aide psychocorporelles au deuil. Ils utilisent des médiations corporelles plutôt contenant comme le toucher ou le bain.

Avec Madame R, j'ai constaté l'effet apaisant et thérapeutique du massage comme moyen de relaxation. C'est une piste que j'aurais privilégiée avec elle, vu son adhésion⁴³ à cette médiation.

6 - Mon expérience de stagiaire

L'incertitude est de mise dans le contexte d'un service en oncologie. Les soignants comme les patients vivent l'attente des résultats des traitements.

J'ai vécu cette incertitude à travers l'inconnu de la durée de séjour et l'état psychosomatique du patient au moment de la rencontre. L'emploi du temps n'était pas figé et je devais m'adapter en permanence. Le cadre de l'hospitalisation en oncologie ne permet pas d'élaborer un projet de soin clinique avec un bilan préalable et une thérapie psychomotrice au sens propre du terme. Il est difficile de préparer une séance. Cela m'a perturbé au début car je ne savais pas comment faire, si mes propositions étaient adaptées, quel type d'évaluation mettre en œuvre, quel était le sens de ces séances de psychomotricité.

Ensuite, j'ai perçu la détresse psychologique du patient liée à l'hospitalisation, à la maladie et leur corps. Celle-ci a certainement favorisé des confidences de la part des patients sur leurs angoisses. Cette détresse se voit aussi dans les couloirs, avec la famille.

43 : Voi la partie clinique 3-2-2 : Prise en charge psychomotrice ; séance 2, p. 46

C'est un climat particulier et l'enjeu de la vie en est le cœur. Une détresse que j'avais déjà observée via mon expérience professionnelle dans le travail humanitaire. L'enjeu de la survie fait émerger des processus psychocorporels profonds et transforme cette relation à soi et aux autres.

Face à cette détresse, j'ai éprouvé le désir d'aider les patients à traverser ce moment et de les soutenir à ma manière et par ma profession. Cette situation a fait émerger cet objectif de favoriser une régulation tonico-émotionnelle par le moyen du contrôle respiratoire. De plus, mon intervention dans l'affection chronique auprès d'eux me semblait dénuée de sens si elle se limitait juste à un instant de contenance psychocorporelle. J'ai ressenti ça comme un abandon de l'autre par un travail commencé et non fini.

C'est pourquoi, j'ai aussi cherché un moyen aisément reproductible. Les retours positifs des patients et des médecins m'ont aidé à trouver du sens. La praxie respiratoire relaxante me laisse espérer qu'ils disposeront d'un moyen leur permettant de mieux réguler le flot des émotions et des sentiments dans ce remaniement identitaire profond.

J'ai ressenti de la tristesse lorsque j'ai appris les décès de madame R et de Madame B. Une relation s'établit et se construit par l'investissement réciproque de chacun. J'espère que ces séances de psychomotricités leur ont apporté un mieux-être, les ont aidées à trouver un nouveau souffle face à la crise et à l'issue fatale.

– *CONCLUSION* –

Comme nous avons pu le voir, les émotions font naître des sentiments liés à un état de corps correspondant. La chronicité et la violence du cancer induisent des affects négatifs sur l'image du corps et/ou un trouble du schéma corporel. Pendant l'hospitalisation, ces affects négatifs se traduisent par une anxiété réactionnelle majeure.

J'ai orienté mon stage vers la prise en charge de l'anxiété liée au sentiment d'insécurité et de discontinuité de l'existence. Afin d'en réduire les effets, j'ai utilisé une technique de contrôle respiratoire simple et reproductible permettant de favoriser une régulation tonico-émotionnelle.

Les commentaires positifs des patients et des soignants me conduisent à penser que ce travail de contrôle respiratoire comme moyen de relaxation a aidé des patients. Certains m'ont dit l'utiliser par la suite sans que j'aie pu pour autant l'évaluer statistiquement.

Le corps, à l'aide du contrôle respiratoire, dispose de réponses face à sa propre anxiété et incertitude du moment. Ce travail peut aider à soutenir une identité perturbée par la maladie et en plein remaniement pendant cette période critique d'hospitalisation.

Ce travail commencé pourrait être poursuivi et orienté vers une revalorisation de l'image du corps et un accompagnement du remaniement du schéma corporel dans un projet de soin. En l'absence d'un psychomotricien dans la structure, il est difficile d'envisager un suivi de patient dans ce contexte.

La présence de stagiaire fait cependant connaître la psychomotricité aux professionnels médicaux et aux patients. Cela me semble important car ainsi le corps médical peut se rendre compte, par le retour des patients, de l'impact de ce travail. Par ailleurs, la psychomotricité suscite par notre matériel, nos médiations, des questions de la part du personnel soignant qui favorisent les échanges avec eux et font connaître notre profession.

Les études dévoilent l'intérêt des médiations psychocorporelles et leurs impacts positifs en termes de résultats médicaux. Ce mémoire montre modestement l'intérêt de la psychomotricité dans la prise en charge globale du patient afin d'essayer de lui faire ressentir un mieux-être. La psychomotricité l'accompagne dans sa globalité affective, psychique et corporelle et est complémentaire d'une démarche médicale.

Cette expérience, ces échanges, ces rencontres et ce mémoire contribuent à la construction de mon identité de psychomotricien et m'ont fait prendre conscience de notre spécificité. Le questionnement de ma démarche a fait émerger le rôle de l'acceptation⁴⁴ et l'importance d'une thérapie psychomotrice pour un mieux-être de la personne dans un projet de soin global.

Le travail de psychomotricité auprès de personnes gravement malades m'a passionné. Je m'interroge sur les possibilités de proposer ce type de régulation tonico-émotionnelle par le contrôle respiratoire au sein des Unités de Soins Palliatifs.

44 : Voir la partie discussion théorico-clinique 4-2 : l'acceptation, p. 73

- BIBLIOGRAPHIE -

- ≡ ANZIEU, D. (1995). *Le Moi-peau*. Paris : Ed. Dunod, 291p.
- ≡ BOULENGER, J-P. et LEPINE, J-P. (2014). *Les troubles anxieux*. Cachan Ed. Lavoisier. 326p.
- ≡ BRENOT, P. (2003). *La relaxation*. Paris : Ed. puf, collection "Que Sais Je". 127p.
- ≡ CALAIS-GERMAIN, B. (2005 et 2007). *Respiration : Anatomie geste respiratoire*. Paris : Ed. Désiris. 221p.
- ≡ CARRIC, J-C, SOUFIR, B. (2014). *Pour le psychomotricien, LEXIQUE*, Paris :Ed. Robert Atlanti (ERA). 285p.
- ≡ DAMASIO, A. (2003). *Spinoza avait raison, joie et tristesse, le cerveau des émotions*. Paris : Ed. Odile Jacob. 370p
- ≡ DOLTO, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris : Ed. Seuil. p90 à 98. 371 p.
- ≡ DOLBEAULT, DAUCHY, BREDART, CONSOLI. (2007). *La Psycho-oncologie*. Montrouge : Editions John Libbey Eurotext (JLE). 257 p.
- ≡ GAUCHER-HAMOUDI, O. et GUIOSE, M. (2007). *Soins palliatifs et psychomotricité*. Paris :Ed. Heure de France. 124p.
- ≡ JALLAN, C. (1988). *Psychanalyse et dynamique du souffle*, collection inconscient et culture. Paris : Ed. Dunod. 169 p.
- ≡ LESAGE, B. (1ère Ed. 2006, 2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle. Structure, étayage, mouvement et relation*. Toulouse : Ed.érès. 379p.
- ≡ MIKOLAJCZAK, M., QUOIDBA, J., KOTSOU, I., NELIS, D. (2009). *Les compétences émotionnelles*. Paris : Ed. Dunod, 336p.
- ≡ MUCCHIELI, A. (1ère Ed.1986 et 8ème Ed.2011). *L'identité*. Paris : Ed. Presse Universitaire de France, Que Sais-Je ?. 128p.
- ≡ PAULHAN, I. *Le concept de coping*. In : L'année psychologique, 1992 vol 92, p545, N°4. Pp 545-557.

- ≡ PIREYRE, E.W. (2011). *Clinique de l'image du corps: Du vécu au concept*. Paris : Ed. Dunod. 219p.
- ≡ POTEL.C, *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse :Ed. Eres, 2010, 469p.
- ≡ RAZAVI, D., DELVAUX, N. (2008). *Adaptation psychologique : Généralité. Précis de psycho-oncologie de l'adulte*. Paris : Ed.Masson. p 65-67, 442p.
- ≡ SCIALOM, GIROMINI, ALBARET. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Paris : Ed. De Boeck-Solal. 333p.
- ≡ WALLON, H.(1949). *Les origines du caractère chez l'enfant*. Paris : Ed. Presse Universitaire de France. 324.
- ≡ WIART, Y. (2014). *Stress et Cancer, quand notre attachement nous joue des tours*. Louvain-la-Neuve (Belgique) : Ed. De Boeck. 238 p

Articles :

- Marty François,« L'institution de soin : un espace psychique interne », *Psychotropes*, 2007/1 Vol. 13, p. 99-113. DOI : 10.3917/psyt.131.0099
- Potel Baranes Catherine,« Intimité du corps. Espace intime. Secret de soi », *Enfances & Psy*, 2008/2 n° 39, p. 106-118. DOI : 10.3917/ep.039.0106

Site internet

Pour les données épidémiologiques :

News médical, the latest developments in Life, Sciences and Medecine. (2011). *Yoga offers unique benefits beyond fighting fatigue for women with breast cancer*. En ligne <http://www.news-medical.net/news/20110519/Yoga-offers-unique-benefits-beyond-fighting-fatigue-for-women-with-breast-cancer.aspx>, consulté le 28/04/15.

www.e-cancer.fr

Dr HORDE, P. (2015). *Cancer – Statistique de mortalité*. En ligne :<http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/118-cancer-statistiques-de-mortalite>, consulté le 25/04/15.

Pour les définitions :

www.larousse.fr

www.psychomedia.qc.ca

www.sante-medecine.commentcamarche.net

www.resc.fr

www.soins-infirmiers.com

www.vulgaris-medical.com

Pour les articles :

www.percee.fr

www.cairn.fr

ZEBOUTE, G. (2013). *La proxémie ou l'espace de communication et de vivre ensemble*. En ligne: <https://zeboute.wordpress.com/2013/01/18/proxemie-espace-communication-distance-hall/>, consulté le 10/04/15.

- ANNEXES -

Questionnaire de base :

Comment vous sentez-vous ?

Réponse dans l'onglet état d'esprit

Actuellement, quels sont vos possibilités motrices actuellement ?

Est-ce-que vous faite votre propre toilette ?

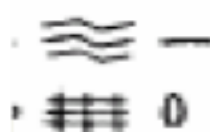
Réponse dans l'onglet motricité

Actuellement quels sont les symptômes les plus gênants ?

Réponse dans l'onglet symptôme gênant.

*Confort*

1. Lisse (de légers rides permanents peuvent être ou ne pas être présents).
2. Des plis ou replis (rides) horizontaux s'étendent sur le front.

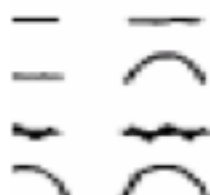
*Inconfort*

3. Des plis ou replis horizontaux au centre, lisse sur chaque côté.
4. Creux horizontal, effet de grillage, ou creux vertical.

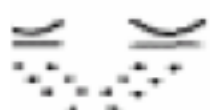
Sourcils

Confort

1. Sourcils horizontaux, pas d'arête ni de creux entre ou sur aucun des deux sourcils.
2. Un sourcil élevé.
3. Léger battement (de haut en bas) d'un sourcil ou des deux.
4. Les deux sourcils élevés.

*Inconfort*

5. Creux au-dessus d'un sourcil ou des deux.
6. Battement des sourcils les plaçant occasionnellement en forme de V.

*Inconfort sérieux*

7. Rapprochement des sourcils vers la ligne médiane en forme de V très nette.
8. Forme de V entre les sourcils et creux au-dessus d'un sourcil ou des deux.



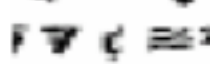
Paupières

Confort (état normal)

1. Paupières immobiles à l'exception des clignotements normaux; aucun pli sur la partie supérieure de la paupière quand l'œil est fermé.

*Inconfort*

2. Battement (de haut en bas) des paupières supérieures.
3. Plis sur les paupières supérieures quand elles se meuvent.
4. Les cas 2 et 3 se présentent simultanément.
5. Les deux yeux fermés avec plis exagérés des paupières supérieures et des plis au-dessus des yeux.
6. S'ouvrent et se ferment à des rythmes accélérés.



MOUSSU SEBASTIEN

Juin 2015

172331

Hospitalisation et cancer

À la recherche d'un nouveau souffle face à la crise

Sous la direction de Mireille Berenguier

Mots clés

Respiration (breathing), remaniement identitaire (identity reorganization), anxiété (anxiety), corps malade (sick body), cancer

Résumé

Le cancer induit un remaniement identitaire par sa connotation morbide et exprime une souffrance psychocorporelle ainsi que des dysfonctions somatiques importants. Quelle est la place du corps dans le champ des émotions ? Comment l'hospitalisation peut-elle être vécue face aux essais thérapeutiques, des traitements, des symptômes de fatigue chronique et de douleur importantes, l'attente de résultats et autres facteurs ? Le corps malade et affaibli génère une vulnérabilité psychique par l'expression d'une anxiété réactionnelle majeure. Comment peut-on alors réguler ses affects négatifs, ses peurs ? Est-il possible de soutenir une motricité défaillante ?

Dans cette configuration, l'utilisation de la respiration constitue un geste à part entière, s'il est contrôlé. Ce geste peut-être relaxant simple et reproductible et prend toute son importance dans la gestion de l'anxiété.

Résumé

Cancer induces an identity reorganization its morbid connotations and expresses a psycho suffering and significant somatic dysfunction. What is the role of the body in the field of emotions? How hospitalization can it be lived deal with clinical trials, treatments, significant symptoms of chronic tiredness and pain, pending results and other factors? The sick and weakened body generates a psychic vulnerability by expression of a major Reactionary anxiety. How then can we control the negative emotions, fears? Is it possible to support a failing motor?

In this configuration, the use of the breath is a gesture in itself, if it is controlled. This gesture can be simple and reproducible relaxing and becomes important in the management of anxiety.