



Université Fernando Pessoa

Faculté de Sciences Humaines et Sociales

Dissertation de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive

**Relation sur le mode du Sensible et pratique
médicale auprès de patients atteints de maladie
grave**

Démarche biographique en première personne radicale

Mathilde Gros

Porto, 2012



Université Fernando Pessoa

Faculté de Sciences Humaines et Sociales
Dissertation de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive

**Relation sur le mode du Sensible et pratique
médicale auprès de patients atteints de maladie
grave**

Démarche biographique en première personne radicale

Directeur: Prof. Dr Danis Bois

Mathilde Gros

Porto, 2012

Abstract

Cette recherche vise à identifier les impacts de ma relation au Sensible dans ma pratique de médecin auprès de patients atteints de maladie grave, notamment sur le plan relationnel. Après avoir développé les enjeux éthiques et thérapeutiques de la relation médecin – malade, et les spécificités de la relation de réciprocité actuante mise en œuvre dans la relation au Sensible, j'ai présenté ma posture épistémologique qualitative et compréhensive. J'ai ensuite effectuée une démarche biographique impliquant l'intervention de deux co-chercheurs sous la forme d'une interview. Sur cette base de données, j'ai déployé une méthodologie d'analyse d'inspiration phénoménologique et herméneutique, donnant lieu à une interprétation des données qui éclaire mon questionnement de départ. Cette recherche s'inscrit dans le courant de la recherche – formation et le résultat qui en découle va dans le sens d'une meilleure compréhension de ma pratique relationnelle sensible en tant que médecin auprès de patients atteints de maladie grave.

Resumo

Esta pesquisa tem como objetivo identificar o impacto da minha relação ao Sensível na minha prática de médica junto de pacientes com doenças graves, especialmente no plano relacional. Depois de desenvolver os desafios éticos e terapêuticos da relação entre o médico e o paciente, e os detalhes da relação de reciprocidade actuante característica na relação ao Sensível, apresentei a minha postura epistemológica qualitativa e compreensão. Efectuei, em seguida, através de um processo biográfico, uma intervenção junto de dois co-investigadores sob forma de entrevista. Com base nos dados recolhidos, desenvolvi uma metodologia de análise de inspiração fenomenológica e hermenêutica, dando lugar a uma interpretação de dados que clarifica a minha questão de investigação. Esta investigação inscreve-se no domínio da investigação-formação eo resultado obtido é consistente com uma melhor compreensão da minha prática relacional sensível enquanto médica junto de pacientes com doença grave.

Remerciements

Au Pr Dr Danis Bois, pour son inlassable démarche de chercheur, sa profonde volonté de transmettre, et pour m'avoir accompagnée dans ma recherche,

Au Pr Dr Marc Humpich, qui m'a offert de précieux points d'appui à l'occasion de chaque travail de groupe,

Au Dr Maria Leao, qui a été la première à m'avoir dit « je comprends ta recherche »,

A mon amie Françoise, qui m'a fait découvrir il y a 14 ans mon intériorité mouvante et émouvante, pour sa présence et pour notre 'entraccompagnement' dans l'aventure un peu folle de ce master,

Aux autres co-chercheurs de ce mestrado 2007, Marianne, Ghislaine, Marie-Hélène, Jean-François... A mon co-finaliste Bruno et à Isabelle pour avoir déployé leurs talents d'intervieweur. A Françoise et Chantale pour leur relecture,

A Christian Courraud, mon 'professeur de fasciathérapie', qu'il trouve dans ce mémoire le fruit de mon apprentissage singulier,

A mon amie et collègue le Dr Hélène Ceyzériat, pour son soutien et pour m'avoir donné le temps dont j'avais besoin...

A mes patients passés et actuels, avec lesquels se fait le véritable apprentissage de la relation

A Marc, mon compagnon, pour sa présence et son soutien sans faille tout au long de cette recherche.

Sommaire

Abstract.....	3
Remerciements	4
Sommaire.....	5
Table des illustrations.....	10
INTRODUCTION.....	11
PREMIERE PARTIE :	
PROBLEMATISATION ET CADRE THEORIQUE.....	15
CHAPITRE 1 : PROBLEMATISATION.....	16
1-1/ Pertinence personnelle.....	17
1-2/ Pertinence professionnelle.....	21
1-3/ Pertinence sociale.....	26
1-4/ Pertinence scientifique.....	27
1-5/ Question de recherche.....	29
1-6/ Objectifs de recherche.....	30
CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE.....	31
2-1/ La relation médecin – malade dans le cas de maladie grave.....	31
2-1-1/ La relation médecin – malade : aspects juridiques et éthiques.....	31
2-1-1-1/ Aspects juridiques : notion de patient sujet et acteur.....	31
2-1-1-2/ Aspects éthiques : notions de subjectivité et d’intersubjectivité.....	33
2-1-2/ La relation médecin – malade dans le cas de maladie grave.....	36
2-1-2-1/ Le potentiel thérapeutique de la relation.....	37
2-1-2-3/ Le potentiel iatrogène de la relation de soin.....	44
2-1-3/ Conclusion et transition.....	51
2-2/ Relation sur le mode du Sensible et déploiement de qualités relationnelles.....	53
2-2-1/ La relation au Sensible.....	53
2-2-1-1/ Relation au Sensible et fasciathérapie.....	53
2-2-1-2/ Introduction à la pédagogie du Sensible.....	54

2-2-1-3/ Corps sensible et modifiabilité perceptivo-cognitive.....	56
2-2-1-4/ Corps sensible et ‘sensibilité’	58
2-2-2/ La posture de saisie du Sensible.....	60
2-2-2-1/ La neutralité active.....	60
2-2-2-2/ L’implication totale du sujet dans son expérience	62
2-2-3/ La relation de réciprocité actuante	63
2-2-4/ Première synthèse et ponts avec la relation médecin-malade	66
2-2-5/ Relation au Sensible et impacts sur l’interactivité en milieu professionnel.....	68
2-3/ Conclusion.....	70

DEUXIEME PARTIE :

POSTURE EPISTEMOLOGIQUE ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE..... 73

CHAPITRE 1 : POSTURE ÉPISTEMOLOGIQUE 74

1-1/ Une recherche qualitative dans le paradigme compréhensif et interprétatif	74
1-1-1/ La recherche qualitative en médecine	74
1-1-2/ Le paradigme compréhensif et interprétatif	75
1-1-3/ Une méthodologie d’inspiration phénoménologique	75
1-2/ Une posture de praticien-chercheur.....	75
1-2-1/ Justification de ma posture de praticien-chercheur	75
1-2-2/ Différenciation d’avec d’autres postures de recherche en médecine	77
1-2-3/ La gestion de l’implication.....	77
1-2-4/ L’homme derrière le chercheur	78
1-3/ Une démarche heuristique	79
1-3-1/ Présentation de la démarche heuristique	79
1-3-2/ Un point de vue radicalement en première personne	80
1-3-3/ Une recherche dans le courant de la recherche-formation	80

CHAPITRE 2: MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE..... 82

2-1/ Mon choix radical d’être l’unique participante à ma recherche	82
2-2/ La collecte des données.....	83
2-2-1/ Choix de l’interview en profondeur	83
2-2-2/ Choix des intervieweurs.....	83
2-2-3/ Choix d’une interview semi-directive avec guide.....	84

2-2-4/ Construction du guide d'entretien	85
2-2-5/ Déroulement de l'entretien.....	86
2-3/ Analyse.....	86
2-3-1/ Phase de pré-analyse	86
2-3-2/ Analyse.....	87
2-3-2-1/ Analyse classificatoire	87
2-3-2-2/ Mise en intrigue et en valeur par un récit argumenté.....	88

TROISIEME PARTIE :

ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES	91
---	----

CHAPITRE 1 : RESULTATS D'ANALYSE.....	92
---------------------------------------	----

Présentation des résultats.....	92
---------------------------------	----

1-1/ Genèse et motivations de mes choix professionnels	93
--	----

1-1-1/ Genèse de la 'double casquette' de médecin et de fasciathérapeute	93
--	----

a/ le choix de devenir médecin : au carrefour de mon intérêt pour le corps et de mon envie de 'prendre soin' des personnes en souffrance	93
--	----

b/ Le choix de devenir médecin et thérapeute manuel : soigner avec mes mains comme l'image d'une pratique de soin et d'une modalité relationnelle 'idéales' avec le patient	95
---	----

c/ le choix de devenir fasciathérapeute : issu d'une rencontre incarnée émouvante avec moi-même ainsi qu'avec une qualité relationnelle et d'accompagnement.....	96
--	----

1-1-2/ Genèse de ma motivation pour la pratique en soins palliatifs.....	98
--	----

a/ Le constat de mes difficultés relationnelles auprès de patients en souffrance	98
--	----

b/ La rencontre avec la théorie des soins palliatifs comme déclencheur d'une motivation à apprendre par la pratique.....	99
--	----

c/ L'internat en Unité de Soins Palliatifs comme terrain d'apprentissage par la pratique et d'autoformation.....	100
--	-----

1-1-3/ Synthèse	101
-----------------------	-----

1-2/ Impacts de mon expérience de la relation au Sensible dans ma pratique médicale auprès de personnes atteintes de maladie grave.....	102
---	-----

1-2-1/ Particularités de l'entretien médical en soins palliatifs.....	103
---	-----

a/ Confrontation à la souffrance et difficultés émotionnelles	103
---	-----

b/ Confrontation aux silences du patient et difficultés de communication	104
--	-----

c/ Confrontation au discours 'extra-ordinaire' du patient et difficultés cognitives.....	104
--	-----

1-2-2/ La relation au Sensible pendant les entretiens : pourquoi et comment	105
---	-----

a/ La recherche d'un positionnement permettant de rester soignant.....	105
--	-----

b/ La relation au Sensible comme réponse à cette recherche de positionnement	105
c/ Un repositionnement par un effort perceptif, postural et attentionnel	106
d/ Conditions requises et limites de ce positionnement	106
1-2-3/ Impacts de ma relation au Sensible au cours des entretiens.....	108
a/ Impacts sur la gestion des difficultés émotionnelles	108
b/ Impacts sur le rapport aux silences	110
c/ Impacts sur le mode réflexif.....	113
d/ Une posture juste : adaptation à la singularité du patient sans perdre mon rôle de médecin.....	116
1-2-4/ Synthèse	119
1-3/ Impacts professionnels et personnels de mon expérience de médecin fasciathérapeute auprès de patients atteints de maladie grave	122
1-3-1/ Impacts professionnels : mon point de vue sur l'accompagnement.....	122
a/ Accompagner des patients en médecine générale	122
b/ Accompagnement des patients atteints de maladie grave	123
c/ Accompagner un patient en fin de vie.....	123
d/ Accompagner les proches sans pour autant leur donner le statut patient.....	126
e/ Synthèse	127
1-3-2/ Impacts dans des dimensions personnelles et existentielles.....	127
a/ Impacts dans mon rapport à la vie, à la mort, à la maladie grave : une expérience incarnée perceptible comme tremplin d'une dynamique réflexive.....	127
b/ Impacts dans mon vécu des difficultés personnelles : un gain en stabilité	130
c/ Impacts dans mon rapport à la communication : un apprentissage paradoxal	130
d/ Synthèse	131
CHAPITRE 2 : DISCUSSION ET RÉSULTATS DE RECHERCHE	132
2-1/ Dynamiques d'un parcours singulier.....	132
2-2/ Impacts de mon expérience de la relation au Sensible dans ma relation aux patients atteints de maladie grave.....	134
2-2-1/ La relation du soignant à son corps sensible : modalités d'accès et limites.....	135
2-2-1-1/ Les critères qui signent l'accès à la dimension du Sensible.....	135
2-2-1-2/ Les modalités d'accès et la nécessité d'un entraînement	135
2-2-1-3/ Les limites : l'importance de la donnée temporelle	136
2-2-2/ La relation au Sensible donne accès à une dimension non verbale de la communication	138
2-2-2-1/ L'accès à la capacité à donner sens aux silences	138
2-2-2-2/ L'accès à une permanence de la présence du soignant	139

2-2-3/ La relation au Sensible donne un accès concret à une juste distance relationnelle.....	141
2-2-3-1/ Le dédoublement du 'je' et la proximité défusionnée.....	141
2-2-3-2/ la posture de la neutralité active et la juste distance relationnelle	143
2-2-4/ La relation au Sensible donne accès à une modalité et à un lieu d'écoute renouvelés	144
2-2-4-1/ L'accès à un lieu de stabilité	144
2-2-4-2/ L'accès à l'écoute d'autrui sur le mode de la réciprocité actuante	145
2-2-4-3/ L'écoute d'autrui depuis la posture de neutralité active	146
2-2-5/ Synthèse	147
CONCLUSION, LIMITES ET PERSPECTIVES	149
BIBLIOGRAPHIE	153
ANNEXES	160
ANNEXE A : Les différents rapports du soignant à son corps.....	161
ANNEXE B : Relation au Sensible et impacts relationnels au quotidien.....	167
ANNEXE C : Guide d'interview	172
ANNEXE D : Verbatim	173
ANNEXE E : Analyse classificatoire.....	191

Table des illustrations

Tableau 1 : Les différents statuts du corps (d'après Bois, 2007).....	55
Tableau 2 : Processus de transformation au contact du corps sensible (d'après Bois, 2007)...	57
Tableau 3 : L'interactivité mise à l'œuvre au contact du Sensible (d'après Santos, 2012)	70
Tableau 4 : Impacts de ma relation au Sensible dans mes entretiens avec les patients atteints de maladie grave.....	121
Tableau 5 : Nature et impacts de la part active du soignant dans l'établissement d'une relation au patient atteint de maladie grave sur le mode du Sensible.....	148

INTRODUCTION

Cette recherche porte sur la relation médecin – patient, et plus spécifiquement sur les enjeux et les difficultés qui apparaissent au sein de cette relation lorsque le patient est atteint d'une maladie grave.

La relation au patient atteint de maladie grave a occupé une place importante dans ma formation médicale initiale. J'ai en effet effectué six mois d'internat dans une Unité de Soins Palliatifs réservée à des patients cancéreux en phase terminale. Dans le prolongement de mon internat, j'ai consacré ma thèse d'exercice à l'enseignement de l'annonce de maladie grave dans la formation médicale (Gros, 2009), sous la forme d'une revue de la littérature.

J'ai ainsi pu faire l'expérience des difficultés relationnelles qui assaillent le soignant lorsque le pronostic vital de son patient est menacé, et que la science médicale atteint ses limites. Les enjeux d'une telle situation sont bien résumés par De Hennezel (2004) : « *le sentiment d'échec et d'impuissance quasi insupportable pousse à fuir les malades ou au contraire à s'engager dans une poursuite déraisonnable d'investigation et de traitement. Comment dans ce cas s'asseoir au lit du malade, lui apporter l'attention et la présence qui témoignent de son engagement à ne pas l'abandonner dans ses derniers instants ?* » (p.32). L'importance pour le soignant d'être capable de déployer une qualité relationnelle apparaît alors dans toute son ampleur. Au sein de ce contexte empreint de souffrances, le soignant doit parvenir à se situer dans une 'sécurité de base' qui « *ouvre au mourant le chemin vers sa sécurité intérieure, infiniment mieux que ne le ferait n'importe quel discours.* » (De Hennezel citée par Lahet, 1993, p 44). Se pose alors la question de façon très pragmatique : comment faire pour rejoindre sa sécurité intérieure et apporter au patient une présence de qualité ?

J'aborde cette recherche depuis ma double profession de médecin et de fasciathérapeute. La fasciathérapie est une thérapie manuelle qui s'inscrit dans le cadre de la discipline universitaire de la psychopédagogie perceptive, laquelle se situe dans le paradigme du Sensible et renvoie à une « *science des rapports* » (Bois et Austry, 2007). La psychopédagogie perceptive est une discipline qui peut se définir comme une psychopédagogie du développement humain, ou plus précisément encore, une psychopédagogie des potentialités humaines. L'originalité de cette discipline, qui fait l'objet d'un master et d'un doctorat à l'Université Fernando Pessoa de Porto, est qu'elle repose sur le

prima de la perception et de la relation. Les cadres d'expérience qu'elle propose favorisent l'exploration de la subjectivité humaine ; et les applications pratiques renvoient à des connaissances et des méthodes transversales à toutes les activités humaines. Il s'agit d'une 'science des rapports' dans laquelle l'innovation première est l'émergence d'un rapport perceptif renouvelé du sujet à lui-même et à autrui.

En me formant à la fasciathérapie, j'ai appris à développer une relation à mon corps sur le mode du Sensible, qui se caractérise par un « *rapport singulier perçu, éprouvé et conscientisé* » (Bois et Austry, 2007) avec sa propre intériorité. Ce nouveau rapport à mon corps est venu progressivement s'intégrer dans ma pratique médicale, et j'ai pu constater des effets. Dans ma relation avec les patients atteints de maladie grave notamment, je me suis rendue compte que je gagnais en solidité, en stabilité émotionnelle, en qualité d'écoute...

Ma recherche vise à identifier et comprendre les impacts de cette relation au corps sur le mode du Sensible dans ma pratique relationnelle auprès de patients atteints de maladie grave.

La première partie de ce mémoire est consacrée à la problématisation et au champ théorique.

Le chapitre 1 comporte mon mouvement de problématisation, au sein duquel j'explique les pertinences personnelle, professionnelle, sociale et scientifique de mon questionnement. Ces pertinences m'ont amenée à formuler ma question de recherche de la façon suivante :

Quel est l'impact de mon expérience de la relation au Sensible dans ma pratique relationnelle de médecin auprès de patients atteints de maladie grave ?

Je présente ensuite mes objectifs de recherche.

Le chapitre 2 comporte le champ théorique relatif à ma question de recherche. Dans un premier temps, j'explore les enjeux et les difficultés de la relation médecin – patient dans le cas de maladie grave. Je précise la place de la subjectivité de patient et du soignant au sein de la relation, l'importance de l'authenticité du soignant, les difficultés liées à la dimension subjective dans ce contexte de maladie grave, et les mécanismes de défense du soignant. Dans un deuxième temps, je précise la nature de la subjectivité corporelle qui se donne à vivre au sein de la relation au Sensible. Je donne des précisions concernant la posture de neutralité

active qui correspond à la posture de saisie d'une telle subjectivité. Je présente la relation de réciprocité actuante, qui est le mode relationnel au sein duquel la personne s'implique activement vis-à-vis de sa subjectivité corporelle, et par lequel cette subjectivité évolue, s'actualise.

La deuxième partie de ce mémoire est consacrée à ma posture épistémologique et à ma méthodologie de recherche.

Le chapitre 1 comporte l'explicitation de ma posture de praticien-chercheur (Albarello, 2003 ; De Lavergne, 2007) et de ma démarche heuristique (Moustakas, 1990) radicalement en première personne (Berger, 2009b), inscrivant cette recherche dans le courant de la recherche-formation (Lanaris, 2001). Dans cette recherche qualitative qui s'inscrit dans un paradigme compréhensif et interprétatif (Dilthey, 1992 ; Paillé, 1997), mon analyse fait appel plus précisément à une démarche phénoménologique (Bois, 2007).

Le chapitre 2 comporte ma méthodologie de recherche. J'explique mon choix d'être l'unique participante, mon choix d'être interviewée, la démarche de construction de mon guide d'interview, puis ma démarche d'analyse.

La troisième partie de ce mémoire est consacrée à la présentation des résultats d'analyse et de recherche. Dans un premier temps, je présente mes résultats d'analyse en trois volets : un volet consacré à la genèse de ma motivation professionnelle, un volet concernant l'impact de la relation au Sensible dans ma pratique relationnelle auprès de patients en fin de vie, et un volet relatif à mon regard actuel sur l'accompagnement, ainsi que sur des dimensions plus personnelles et existentielles. Dans un deuxième temps, j'élabore une discussion en confrontant l'interprétation de mes données à mon champ théorique : cela me permet de présenter mes résultats de recherche.

Enfin, dans la conclusion, je résume les résultats de ma recherche avant d'ouvrir sur les perspectives qui en découlent.

PREMIERE PARTIE :

PROBLEMATISATION

ET

CADRE THEORIQUE

CHAPITRE 1

PROBLEMATISATION

Toute recherche implique un travail de problématisation permettant de mettre à jour les motivations qui la sous-tendent ainsi que la dynamique réflexive qui m'a amenée à formuler ma question et mes objectifs de recherche.

Je déploierai mon mouvement de problématisation en faisant appel à ma propre expérience acquise durant mes études médicales et à ma pratique de médecin sur le terrain, et notamment en Unité de Soins Palliatifs, confronté à la prise en soin des patients atteints de maladie grave. Ce terme de maladie grave peut s'appliquer à différents types de maladies, telles que le cancer, ou encore les maladies neuro-dégénératives. Ces maladies, curables ou non, ont en commun de mettre en jeu le pronostic vital du patient.

Je tiens d'emblée à préciser que ma dynamique de problématisation fait également appel à une double fonction de médecin et de fasciathérapeute. Afin de permettre au lecteur de se familiariser avec la fasciathérapie, précisons que cette pratique, tout comme celle de la somato-psycho-pédagogie, s'inscrit dans la discipline universitaire de la Psycho-pédagogie perceptive, laquelle se situe dans le paradigme du Sensible et renvoie à une « *science des rapports* » (Bois, Austry, 2007).

Le Sensible dont il est question ici diffère du sensible auquel les sciences humaines font habituellement référence. La perception sensible en sciences humaines correspond à la saisie, par les six sens, et de façon plus ou moins consciente, d'un objet du monde extérieur. Telle que nous la définissons en psycho-pédagogie perceptive, la perception *du* Sensible émerge d'un rapport intime, direct et conscient aux manifestations de l'intériorité corporelle.

L'éducabilité de ce rapport est décrite dans les résultats de recherche de Bois (2007). La mise en pratique des outils spécifiques de la fasciathérapie permet ainsi à la personne de modifier sa relation à son corps, jusqu'à ce que celui-ci lui apprenne quelque chose d'elle-même. Ce *corps sensible* devient alors « *la caisse de résonance de l'expérience, capable de recevoir l'expérience et de la renvoyer, en quelque sorte, au sujet qui la vit* » (Berger, 2005, p. 52).

La part active et l'implication totale de la personne dans sa relation de perception à elle-même, qui lui donne accès à une intense présence à elle-même, est la base à partir de laquelle s'établit la relation de perception de l'autre et la présence à l'autre. Ce rapport d'implication et d'influences réciproques (de soi à soi, de soi à l'autre), dénommé « *réciprocité actuante* », est mis en jeu dans chacun des outils de la psychopédagogie perceptive, et notamment au cours de la relation d'aide manuelle (Courraud, 2007 ; Bourhis, 2007), offrant la possibilité d'un échange particulièrement riche entre soigné et soignant.

Cette double posture de médecin et de fasciathérapeute trouvera sa place dans les différentes phases de ma problématisation : les pertinences, la partie théorique, et la discussion finale, avec comme objectif avoué d'articuler les savoirs acquis de mon expérience de fasciathérapeute avec les savoirs collectifs ou universels rapportés par la communauté scientifique médicale.

1-1/ Pertinence personnelle

Mes pertinences personnelles à m'engager dans cette recherche s'articulent autour de ma trajectoire professionnelle, qui m'a amenée à devenir médecin et fasciathérapeute.

1-1-1/ Mes premiers pas en médecine et mes premiers questionnements autour de la relation médecin - malade

Mon choix de devenir médecin était porté par l'envie de prendre soin d'autrui, de ses souffrances psychiques autant que physiques. Au cours des six premières années de ma formation, constituée de cours théoriques et de stages hospitaliers, je constatais que je n'étais pas attirée par une spécialité médicale particulière. En revanche, ce qui éveillait le plus mon intérêt, ce qui venait régulièrement me questionner, m'interpeller, tant sur le plan théorique que pratique, c'était « la relation médecin-malade ».

Sur le plan théorique, cette relation faisait l'objet d'un seul cours, nous présentant les différents modèles relationnels que l'on peut retrouver chez les médecins ; du modèle paternaliste, directif, au modèle informatif, invitant le patient à l'autonomie. Les enseignants soulignaient l'importance d'instaurer une relation empathique avec le malade, afin de comprendre ses pensées et ses émotions durant le temps de la consultation. Ils nous mettaient en garde contre deux extrêmes : une distance trop grande, dans laquelle le patient risquait de

ne pas se sentir compris, et une relation fusionnelle. Ils nous incitaient à trouver la « bonne distance » relationnelle, telle que décrite par le Dr Jutard :

« La problématique de la distance entre le médecin et son patient se pose également en terme de psychologie. Car se prêter à la relation dont a besoin le malade est à la fois très simple et très compliqué. S'agissant de se donner sans se perdre, il faut être assez proche pour être présent pour les besoins relationnels, mais rester assez distant pour ne pas outrepasser notre rôle de soignant. Tout l'art du soin est sous-tendu par notre capacité d'écoute, d'adaptation aux besoins du patient, sans être nous-mêmes trop impliqués émotionnellement ». (Jutard, 2001, p.15)

Dans le cadre de la formation médicale, peu d'outils nous étaient proposés pour réussir à trouver cette bonne distance et cette empathie, qui restaient donc de l'ordre de l'abstrait.

Sur le plan pratique, lors des stages hospitaliers, cette problématique de la relation médecin – malade était rarement abordée : l'enseignement au lit du malade tournait exclusivement autour des examens cliniques et paracliniques, des données objectives... Mon intérêt pour cette relation n'en était pas émoussé pour autant. Ainsi, lorsque j'étais spectatrice (en assistant à des consultations par exemple), je percevais bien toute la fragilité de cette relation, qui pouvait se désintégrer à l'occasion d'un simple mot ou d'une attitude inadéquate. Il m'arrivait aussi de percevoir quand le message ne passait pas, quand le patient n'avait pas compris ce que le médecin pensait pourtant en toute bonne foi avoir clairement expliqué. Je ne comprenais pas comment un tel « dialogue de sourd » pouvait s'installer entre deux personnes, et tout particulièrement dans ce contexte médical, où il me semblait qu'une compréhension mutuelle était indispensable pour prendre soin du patient de la meilleure façon possible. A cet étonnement s'ajoutait parfois une forme de déception : à quoi pouvait donc bien servir toute cette panoplie thérapeutique, toute cette technologie médicale si la rencontre humaine, qui me semblait fondatrice du soin, n'était pas là ?

Lorsque j'étais actrice au sein de cette relation, dans mes entretiens avec les patients, une multitude de choses se bouscuaient dans mon esprit. Tout d'abord il y avait ces concepts d'empathie et de bonne distance qui me paraissaient très pertinents d'un point de vue intellectuel, et très importants dans la relation : je voulais donc à tout pris les appliquer, je tâtonnais, j'essayais de sentir ... ces concepts ! Ensuite la prise de conscience de mes responsabilités actuelles et futures m'a fait porter un regard nouveau sur mon comportement : il s'agissait de ne pas dire ou faire n'importe quoi. Toutes ces considérations ne me laissaient pas la possibilité d'une grande spontanéité !

Lorsque j'arrivais à dépasser ces obstacles intellectuels et à m'exprimer pleinement dans ma relation au patient, je pouvais faire l'expérience qu'une attitude authentique était souvent la plus payante, amenait le patient à se confier, et permettait de désamorcer une relation conflictuelle bien plus facilement qu'avec de la gentillesse ou une attitude paternaliste par exemple. Sans le savoir, je faisais l'expérience d'une forme de réciprocité.

Il me semble néanmoins que je restais sur ma faim en terme d'apprentissage relationnel et que l'observation de mes pairs avait ses limites, notamment lorsque le patient était atteint d'une maladie grave : en effet, lors des consultations d'annonce, le médecin souhaitait généralement rester seul avec le patient. Si cette démarche est parfaitement compréhensible en terme de pratique médicale, il n'en reste pas moins qu'en terme d'enseignement, nous nous retrouvions privés d'une possibilité d'observation des mots qui se disaient et de la manière de les dire dans cette phase cruciale de la relation médecin-malade.

Pour pallier à ce manque, j'ai choisi de travailler dans une Unité de Soins Palliatifs lors de mon cinquième semestre d'internat. Les soins palliatifs sont des « *soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle* »¹. Cette approche avait particulièrement éveillé mon intérêt lors d'enseignements théoriques en 6^{ème} année, et il me semblait que la dimension relationnelle y était particulièrement développée, comme faisant explicitement partie du soin : aussi je souhaitais pouvoir la découvrir dans la pratique.

1-1-2/ *Ma rencontre avec la fasciathérapie : la découverte d'une nouvelle relation à mon corps*

Je souhaitais devenir thérapeute manuel. En effet, j'avais envie d'exercer une pratique de soin basée sur un contact direct avec le corps du patient, sans passer par la pharmacopée. Lors de ma première année de médecine, j'ai découvert en tant que patiente la fasciathérapie. Au bout de quelques séances, ma décision était prise : je serai fasciathérapeute. Mon envie était telle que j'ai commencé la formation alors que je n'étais qu'en troisième année de médecine.

¹ Définition de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, SFAP, site Internet consulté le 13/09/2007.

Cette formation accorde une place majeure à l'expérience corporelle, dans le but de développer tout d'abord la potentialité perceptive de la personne.

« Ce terme désigne la capacité d'un sujet à percevoir mieux qu'il ne le fait habituellement, à entrer en relation avec ses perceptions de manière plus consciente et à s'ouvrir à une nature de perception différente de celle qui lui est accessible par l'usage quotidien de ses sens.(...) Dans cet espace [de progrès perceptifs] se dévoile notamment, grâce à une démarche pédagogique centrée sur la relation au corps, un rapport à l'intériorité corporelle renouvelé par la perception de détails imperçus jusque-là.» (Bois, 2007, p 72-73).

Le développement de cette potentialité perceptive permet notamment d'accéder consciemment à cette dimension non verbale de la communication qu'est l'empathie, comme le précise Bois : *« notre expérience nous amène à affirmer que les capacités empathiques sont tout à fait éducatibles et en particulier qu'elles s'améliorent considérablement quand on développe les capacités perceptives de son propre corps.»* (Bois, 2006, p 138). Par l'intermédiaire du travail corporel qui m'était proposé dans la formation de fasciathérapie et de l'enrichissement perceptif qui en résultait, j'avais donc enfin un accès concret, vécu, éprouvé à cette empathie, qui de théorie devenait pratique.

1-1-3/ Découverte des effets de ce nouveau rapport à mon corps dans ma relation aux patients

J'ai progressivement constaté que cette formation avait une influence sur la qualité de mes entretiens avec les patients dans le cadre de ma pratique médicale. Lors de ces entretiens, et notamment dans les situations délicates, je prenais soin d'installer en premier lieu une auto-empathie, car cette intense présence à moi-même me permettait une présence et une disponibilité tout aussi intense à l'autre. Dans le même temps, la voie d'accès à cette empathie, caractérisée par une présence et une attention très active tout en restant neutre, non dirigée, *se révélait être* la bonne distance. Il n'était plus question d'aller-retour, d'hésitation entre le trop proche et le trop loin, il n'était même plus question de distance entre moi et l'autre mais de distance entre moi et moi.

La formation en fasciathérapie comporte d'une part un enseignement des concepts théoriques et d'autre part un enseignement des pratiques gestuelles et manuelles propres à cette méthode. L'apprentissage expérientiel se base sur un postulat de démarche heuristique : l'étudiant doit non seulement apprendre les gestes techniques mais également vivre l'expérience de la relation d'aide manuelle sur lui-même. Il est donc alternativement étudiant-patient et étudiant – praticien dans un double mouvement d'apprentissage et de transformation

de ses modes perceptifs, gestuels, relationnels à travers la rencontre avec soi-même... En suivant cette formation, je me rendais bien compte qu'en même temps que je développais des compétences professionnelles, techniques, manuelles ou gestuelles, je développais une nouvelle manière d'être à moi, qui avait une influence directe sur ma relation avec les patients dans mes études de médecine. Cette formation professionnelle était donc à l'origine de transformations personnelles.

J'ai conscience que j'ai vécu un métissage de paradigmes dans mon parcours. D'un côté, j'étais formée au paradigme biomédical et de l'autre côté au paradigme de l'accompagnement à travers la médiation corporelle. Au sein de ce métissage mon intérêt pour la relation n'a cessé d'être interpellé, nourri, enrichi. Je souhaite que cette recherche m'aide à mieux comprendre le processus d'entrelacement de ces deux sensibilités qui ont eu l'une et l'autre un impact positif dans ma manière d'être à moi et dans ma relation d'aide au patient.

1-2/ Pertinence professionnelle

1-2-1/ Importance des manières d'être du médecin auprès des patients atteints de maladie grave

Si l'on se réfère à Buckman (2007), toute personne « *qui choisit de travailler dans le domaine de la santé perd le droit de dire ou de faire n'importe quoi et accepte le devoir de respecter certains engagements à l'égard des malades* » (p. 57). Ce propos rend compte de la responsabilité du médecin et de la sollicitude qu'il doit déployer envers les personnes vulnérables. Nous voyons que le médecin n'est pas uniquement responsable des mots prononcés, mais aussi de son attitude, de toute sa manière d'être avec le patient.

Cette dernière revêt une importance considérable dans la relation médecin – malade. Ainsi, comme le précise Bancon (2008), lors de l'entretien médical les patients sont attentifs à la 'manière d'être' du médecin, « *leurs sens sont aux aguets, à l'écoute de signes, d'informations non verbales concernant nos orientations diagnostiques mais aussi notre façon d'être* » (p. 45). Cette situation semble nettement amplifiée en soins palliatifs, où le patient « *perçoit comme avec une antenne les multiples attitudes de ceux qui l'entourent, un regard qui se détourne, une expression d'angoisse* » (Pillot, 1993, p 23).

On retrouve ce même phénomène lors de l'annonce du diagnostic de maladie grave. Voici l'exemple d'une patiente qui décrit son expérience vécue lors de l'annonce d'un cancer

du rein, et qui illustre les enjeux de la dimension relationnelle du soin dans de telles circonstances.

« Allongée sur ce chariot qui avance dans ce tunnel, j'ai froid... L'angoisse gagne du terrain... Je voudrais dormir, être ailleurs... loin d'ici ! Puis me voilà dans la cabine, revêtue et attendant le diagnostic du radiologue ; C'est un moment interminable... Je voudrais à la fois qu'il cesse et à la fois retarder le moment où le médecin va réapparaître pour m'annoncer le diagnostic. Il arrive et rapidement, comme pour se débarrasser de sa mission, me dit qu'il y a bien une masse au niveau du rein et qu'il va falloir enlever « ça »... Que devais-je entendre par ces quelques paroles ? (...) Et là, mes doutes commencent à se confirmer ; le radiologue qui va et vient vers le bureau de la secrétaire, posant ses notes et les clichés, fuit mon regard à plusieurs reprises : c'est donc bien ça ! Je ne sais aujourd'hui ce qui aurait été préférable pour moi ce jour-là, mais cette attitude, je l'ai longtemps réprouvée ; ce qui n'a pas été dit avait du coup un poids intolérable. » (Bothuyne, 2010, pp. 166-167).

Ce témoignage illustre la nécessité de prendre en considération tous les aspects de la dynamique interactive entre soignant et soigné. Au moment du contact avec le médecin, comme le soulève la littérature spécialisée, la patiente est aux aguets et scrute le moindre geste qui puisse lui offrir quelques indices auxquels elle pourrait se raccrocher. A l'évidence, l'attitude du médecin n'atténue pas son angoisse mais au contraire l'amplifie. On constate que la représentation qu'elle a de la situation est négative : elle a le sentiment que le médecin se débarrasse de sa mission, que son regard est fuyant, et que la parole n'est pas dite ; autant d'attitudes qui traduisent pour elle le signe d'une gravité extrême.

Si l'on fait une analyse de cette situation, on s'aperçoit des enjeux de la 'manière d'être' du soignant, puisqu'il s'agit dans cet exemple de gestes, de regards et de silences plus que de mots prononcés. Ici, tout dans l'attitude relationnelle, la précipitation, la fuite, l'évitement dans le regard comme dans les mots, vient amplifier l'angoisse préexistante de la patiente. Il y a donc un caractère iatrogène dans l'attitude du médecin, dans le sens où, pour le patient, la relation avec le soignant génère une souffrance supplémentaire.

Ce type de situation amène cependant à un questionnement : n'est-il pas normal que ce type d'annonce génère de la souffrance ? N'est-il pas utopique d'envisager une annonce de cancer qui 'ne fasse pas mal' ? Après tout, quelle que soit la manière d'être du médecin, celle-ci ne transformera jamais une mauvaise nouvelle en une bonne nouvelle... Or, c'est justement dans ce type de situation que l'importance de bien différencier ce qui est dit de la manière dont cela est dit prend tout son sens. En effet, et les recherches sont nombreuses pour en témoigner, les patients qui font l'expérience d'une telle annonce sont parfaitement à même de juger si cette annonce a été faite « comme il faut » : une mauvaise nouvelle reste une

mauvaise nouvelle, mais cette dernière peut être ressentie comme ayant été annoncée d'une bonne ou d'une mauvaise manière (Buckman, 2007 ; Cunningham, 1984 ; Daneault, 2006 ; Fallowfield, 1993).

A ce stade de notre réflexion, nous pourrions conclure que la meilleure manière d'être du soignant dans ces circonstances serait celle qui ne génère pas de souffrance, dans la lignée du fameux principe de non malfaisance « *primum non nocere* ». Mais ce serait là une vision bien réductrice de la relation médecin – malade que de l'envisager uniquement comme le support d'un échange d'information. Cette relation, à l'opposé des conséquences iatrogènes sus-citées, porte aussi en elle un potentiel et une dimension thérapeutique : il ne s'agit plus seulement de ne pas nuire, mais de déployer la relation à autrui dans un « prendre soin » et d'apporter par la relation elle-même un soulagement aux souffrances du malade. Au final, comme le mentionne Moley - Massol, « *toute rencontre entre un soignant et un soigné instaure une relation qui peut être parfois toxique, inopérante ou au contraire porteuse d'une vertu thérapeutique. Elle est alors relation de soin, c'est-à-dire relation 'soignante'* » (2007, p 45).

Ainsi, derrière la dynamique de ma recherche apparaît au grand jour la question de la relation humaine entre le soignant et le soigné, et soulève la question de l'accompagnement, surtout quand la haute technicité du médecin trouve des limites dans la prise en charge médicamenteuse du patient. C'est ce que souligne Verspieren quand il précise que sous la douleur « *se cache souvent une souffrance humaine complexe, à la fois psychique, sociale et spirituelle. Contre elle, la pharmacopée est d'efficacité limitée. Pour l'atténuer, rien ne peut remplacer une relation humaine* » (1986, p VII). Je souhaite dans ma recherche explorer plus avant le potentiel thérapeutique de la relation.

1-2-2/ La responsabilité du soignant à prendre soin de la relation

Au sein de ma pratique, j'ai maintes fois constaté que la relation humaine constitue l'ultime recours pour préserver une dynamique de soin, mais que cette relation est difficile à maintenir quand la souffrance vient envahir la relation. Cet aspect du 'prendre soin' me concerne non seulement en tant que professionnel de santé mais également en tant que personne, dans ma fibre sensible. En effet, j'ai acquis dans ma formation initiale la compétence à gérer des situations de détresse physique, biologique, en m'appuyant sur des protocoles, des thérapeutiques précises. Mais face à tous les aspects de la fragilité humaine, je n'ai pas eu le sentiment d'avoir reçu une formation approfondie et praxique qui m'aide à

trouver la manière d'être la plus juste ou la plus pertinente, la plus soignante. Je me sens parfois désarmée pour gérer la dimension psychique et existentielle des souffrances liées à l'annonce et à la gestion des maladies graves, et dans le récit d'annonce que nous avons vu plus haut, si l'angoisse de la patiente éveille en moi un écho par empathie personnelle, le malaise du radiologue éveille tout autant des échos pour la professionnelle que je suis. Ces réactions d'évitement, de fuite, sont aussi une souffrance du médecin que je connais intimement, et que je souhaite explorer plus avant dans cette recherche.

Dans ce contexte délicat, empreint de souffrances et de difficultés pour chacun des protagonistes, c'est au médecin qu'incombe la tâche d'offrir les meilleures ressources relationnelles, et nous savons que la qualité d'impact de la relation dépend en grande partie de la manière d'être du soignant. Autour de cette dynamique relationnelle vient donc se greffer la problématique suivante : comment faire pour enrichir sa manière d'être à autrui ? Existe-t-il un mode opératoire qui favorise le développement de cette manière d'être, et ce jusque dans les moments de soin les plus difficiles ?

Je souhaite apporter un éclairage nouveau sur ces questions fondamentales sous l'angle de la psychopédagogie perceptive. En effet, je me suis formée à la fasciathérapie. A travers cette formation j'ai développé des outils me permettant d'écouter le patient différemment, de lui offrir une présence stable, de sentir plus facilement ce qu'il faut dire, de respecter ses silences sans être déstabilisée (Gros, 2010)... J'ai le sentiment que cette formation m'a apporté des outils relationnels et communicationnels aidants quand je me trouve dans cette situation délicate. Cela m'a ouvert à des pistes pratiques et concrètes qui assument la nature relationnelle dans la fonction soignante.

Dans cette recherche, je chercherai donc à explorer les divers registres du soin en mettant en lumière et en perspective la réciprocité actuante, qui constitue le mode relationnel propre à la fasciathérapie. Sur cette base je développerai l'importance de la place de la relation au corps dans les diverses modalités relationnelles qui font appel à la dimension humaine sensible.

Ma pratique clinique depuis que j'ai suivi la formation de fasciathérapie ne peut plus se restreindre à une démarche rationnelle qui se fonde sur les preuves objectives. Cette posture oriente mes actions relationnelles de façon différente en prenant en compte ma propre dimension subjective dans l'acte d'accompagnement. Dans cette perspective, la qualité relationnelle implique de la part du soignant une démarche heuristique forte faisant appel à

une sensibilité qui place l'intersubjectivité au cœur de la relation. Ce mode relationnel rompt l'asymétrie entre le soignant et le soigné dans la mesure où la relation s'organise autour d'une expérience commune vécue de manière singulière.

Il m'apparaît d'emblée sur la base de mon vécu que face à un homme atteint dans sa santé, le médecin a pour devoir de lui offrir les meilleures ressources relationnelles, tant techniques qu'intersubjectives, et en s'appuyant sur un fond commun d'humanité, source de confiance et de dialogue.

La première évidence est que, dans le contexte de la fasciathérapie, mon rapport au corps est devenu le centre de la dynamique relationnelle. Il est un lieu de ressenti de tonalités internes porteuses de sens, qui m'aide à créer un mode relationnel sur la base d'une connaissance intérieure, dynamique qui s'inscrit dans la lignée de la phénoménologie (Maine de Biran 1995, Henry 1965, Henry 2004, Fernandez-Zoila 2002). Dans cette lignée, il existe deux natures de connaissances, l'une est une connaissance qui vient de l'extérieur et l'autre est une connaissance intérieure qui prend en compte les modifications internes et influence les actes. « *Il y a une connaissance intérieure... une certaine faculté intime à notre être pensant, qui sait... que telles modifications ont lieu, que tels actes s'exécutent* » (Henry, 1965, p 19). Le concept de la connaissance intérieure introduit la donnée de la présence au corps. « *Habituellement, la notion de présence concerne surtout la relation à autrui et à l'environnement, mais la nature de présence qui est mise à l'œuvre dans notre approche est une présence à soi, à partir d'un contact conscient avec l'intériorité du corps* » (Bois, 2009, p 49). Cette nouvelle manière d'entrer en relation avec son propre corps définit le 'corps sensible', véritable « *caisse de résonance capable tout à la fois de recevoir l'expérience et de la renvoyer au sujet qui la vit* » (Berger, 2005, p 52). Dans ce contexte spécifique, l'enrichissement de la manière d'être à autrui passe donc d'abord par le développement de la manière d'être à soi. Cela m'obligera à problématiser la question de la place du corps dans la relation entre le soignant et le soigné, en développant plus spécifiquement la dimension du corps sensible.

Si par ma formation en fasciathérapie j'ai pu apprendre et développer ce type de rapport avec ma propre intériorité, et si dans ma pratique médicale j'ai pu constater quelques impacts de cet enrichissement dans ma relation aux patients, ces constats sont loin d'avoir la précision et la profondeur que peuvent avoir des résultats de recherche. Or, comme le précise Jutard (2001) :

« Attendre que les années fassent leur office et que la patine du temps nous donne une aura de sage et de connaisseur (...) est bien évidemment une illusion. Nous ne saurions nous contenter, en choisissant une telle profession, de rester passif, de ne rien faire pour apprendre et de rester ainsi dans une certaine ignorance de soi – et donc de l'autre -, pourvoyeuse de difficultés et de souffrance. » (p. 140).

De nos jours les médecins doivent réaliser une 'évaluation de leur pratique professionnelle', mais ma démarche ici n'est pas d'évaluer si ma pratique est conforme aux recommandations officielles, mais plutôt d'en comprendre les spécificités. Dans cette optique, une recherche qualitative est adaptée.

Aussi, en cherchant à comprendre ce que ma relation au corps sensible m'a apporté au sein de ma pratique de médecin dans ma relation avec les patients atteints de maladie grave, je cherche non seulement à mieux comprendre ma pratique, dans une dynamique d'apprentissage expérientiel, mais aussi à présenter à la communauté médicale une voie de passage inédite concernant l'apprentissage de la relation médecin – malade.

1-3/ Pertinence sociale

Ces dix dernières années ont été marquées par un remaniement de la relation entre le médecin et son patient. Le paternalisme, qui prévalait depuis Hippocrate (-460 av J.C.), laisse désormais la place à une relation de partenariat, au sein de laquelle le patient est considéré comme acteur de sa santé. La loi, qui gère les rapports au sein de la société, reconnaît désormais cette nouvelle posture du patient. Ainsi, la loi Kouchner du 4 mars 2002 reconnaît au patient le droit d'être informé, de refuser d'être informé, le droit de participer aux décisions concernant sa santé. Dans le cas de maladie grave, pour le médecin, la question de dire la vérité au patient ne se pose donc plus comme avant, il s'agit désormais de développer des qualités relationnelles lui permettant de révéler ce diagnostic de la meilleure manière possible, puis d'accompagner son patient pas à pas dans sa vie avec la maladie.

Cette nouvelle relation n'est pas simple, d'autant que dans notre société, qui accorde une place d'honneur à la jeunesse et à la santé, la maladie grave et la mort restent des sujets particulièrement effrayant, voir tabou. La question de la fin de vie fait régulièrement l'objet de rapports au ministre de la santé. Celui de 2002, demandé par Mattei, et réalisé par De Hennezel (2004), met en lumière le désarroi de la population face à la mort, la solitude des familles qui *« regrettent que la mort et l'écoute de la souffrance des proches soient des sujets rejetés du champs social. Rien dans la vie sociale ne prépare à affronter ce type de situation.*

On ne sait pas « parler » au malade, comment le préparer à la fin de vie ou comment se préparer soi-même à son départ. » (p. 37)

Ce rapport précise les attentes des familles : plus d'écoute, d'humanité, de disponibilité, de compassion de la part du médecin ; moins de maladresse dans l'annonce de maladie grave et moins de distance. Mais il souligne aussi les difficultés des médecins, qui ne semblent pas plus préparés que les familles à accompagner les patients :

« Le sentiment d'échec et d'impuissance quasi insupportable pousse à fuir les malades ou au contraire à s'engager dans une poursuite déraisonnable d'investigations et de traitement. Comment dans ce cas s'asseoir au lit du malade, lui apporter l'attention et la présence qui témoignent de son engagement à ne pas l'abandonner dans ses derniers instants ? » (Ibid., p.32)

Ce virage législatif représente donc une opportunité pour le soignant d'ouvrir sa relation au patient sur une dimension plus humaine, opportunité qu'il convient de bien saisir, et tout d'abord d'en mesurer les enjeux et les risques de dérive : en effet, si le droit d'un patient de connaître son diagnostic est affirmé, le médecin ne doit pas pour autant se faire un devoir de lui asséner la nouvelle dans les moindres détails. Cette recherche me donnera l'occasion de revenir sur cette notion de vérité, et d'explorer plus avant les subtilités qu'elle recouvre dans la pratique relationnelle.

Cette recherche est donc l'occasion d'explorer la relation médecin – malade à un moment où l'on assiste à un tournant, une transformation de celle-ci. De nombreux témoignages de personnes en prises avec l'épreuve de la maladie sont publiés, témoignant d'un processus de socialisation de leur expérience. Ces témoignages sont très précieux pour le soignant, permettant de mieux comprendre les patients et d'enrichir sa démarche clinique. L'expérience du soignant, elle, est moins socialisée. Je souhaite donc que ma recherche soit aussi l'opportunité d'entendre le soignant, de rendre visible ses difficultés et ses efforts de recherche d'une voie de passage pertinente permettant d'enrichir sa relation au patient, dans le but d'atténuer les souffrances de ce dernier.

1-4/ Pertinence scientifique

En 2009, j'ai réalisé ma thèse de doctorat sur l'enseignement de l'annonce de maladie grave dans la formation médicale (Gros, 2009). Ce travail m'a permis de comprendre que l'enseignement de l'annonce de maladie grave est indissociable de l'enseignement de la relation médecin – malade, et que le développement de savoir-faire et de compétences ne peut

s'envisager exclusivement par une approche théorique, mais passe par la pratique et la réflexion sur cette pratique. En médecine, l'apprentissage de la relation s'envisage rarement au cours des stages pratiques : cet apprentissage est envisagé tantôt comme impossible ('la relation ne s'apprend pas'), tantôt comme automatique et inconscient ('le fait d'observer un autre médecin suffit'). Lorsque certaines équipes enseignantes prennent le temps de le formaliser, c'est essentiellement sous la forme d'une pratique simulée, par des jeux-de-rôle.

Je souhaite maintenant apporter l'éclairage de la psycho-pédagogie perceptive, notamment l'impact de la subjectivité et de l'intersubjectivité corporelle dans la relation à autrui. La fasciathérapie est une formation expérientielle, au cours de laquelle l'étudiant fait l'expérience d'un nouveau rapport perceptif à son corps (le corps sensible) et d'une modalité relationnelle spécifique (la réciprocité actuante). En envisageant les impacts de cette pratique sur les compétences relationnelles du médecin, ma recherche s'inscrit dans le cadre du CERAP², laboratoire qui construit son objet collectif de recherche autour de « *la notion d'expérience corporelle comme lieu de formation de soi et d'apprentissage de nouveaux modes de relation à soi, à autrui, au monde et au savoir.* »³ Au sein du CERAP, nous pouvons voir que certaines recherches ont une dynamique similaire à la notre. Par exemple, Villeneuve (2011) s'est intéressée aux apports de la psycho-pédagogie perceptive à l'enseignant de primaire, pour lui-même et dans sa fonction. Elle a ainsi constaté que la relation au corps sensible développe les compétences relationnelles de l'enseignant, et améliorent la qualité de sa relation aux élèves : plus de douceur, plus de disponibilité, plus de patience, plus d'écoute... Ma recherche s'inscrit donc dans une même dynamique d'impact et de transfert, se proposant d'explorer l'impact de la relation au corps sensible du médecin dans sa relation au patient.

Au sein de CERAP toujours, nous voyons que d'autres recherches se rapprochent de notre domaine d'étude, comme celle de Bothuyne (2010) qui envisage les apports de la relation au corps sensible chez le patient atteint de cancer. Si l'on envisage la relation médecin – malade comme une expérience commune vécue de manière singulière par chacun des deux protagonistes, on comprend qu'il est important d'étudier aussi le vécu du médecin

² Centre d'Etude et de Recherche Appliquée en Psycho-pédagogie perceptive, Université Fernando Pessoa de Porto, Portugal

³ (site du CERAP : cerap.org, consulté en février 2012).

au sein de cette relation. Une telle étude mérite d'être menée sous l'angle de la relation au Sensible, ce qui renforce la pertinence et le caractère novateur de ma recherche.

1-5/ Question de recherche

Mes motivations pour réaliser cette recherche, telles que décrites dans mes pertinences personnelles et professionnelles, sont en lien direct avec l'expérience vécue dans ma fonction de médecin auprès de patients atteints de maladie grave, notamment lors de mon semestre d'internat en unité de soins palliatifs, lorsque j'étais déjà fasciathérapeute. De ces six mois de pratique, je garde le sentiment que ce carrefour de la pratique médicale et de la relation au corps sensible telle qu'elle est déployée en fasciathérapie peut être riche et fécond pour le médecin qui s'y engage.

A travers ma recherche, je me propose donc d'explorer et d'analyser plus finement le vécu et la pratique spécifique qui émergent de ce carrefour :

Médecin - corps sensible – patients atteints de maladie grave

Comme nous l'avons vu dans le mouvement de problématisation dans le chapitre consacré aux pertinences, mon thème de recherche a vu le jour progressivement et s'est transformée au fur et à mesure de mon questionnement. Je suis partie d'une problématique pratique, ancrée sur mon terrain : quelle est la nature de mes difficultés à trouver la bonne distance relationnelles, à gérer les situations délicates liées à l'annonce de maladie grave ou de pronostic péjoratif ? Puis ce questionnement a donné lieu à une orientation qui incluait dans ma relation au patient ma pratique de la fasciathérapie, et plus précisément mon expérience de la relation au Sensible et de mon rapport au corps sensible. Ma question s'est alors déclinée de la manière suivante : qu'est ce que mon expérience de la relation au Sensible m'a apporté au sein de ma pratique de médecin dans ma relation avec les patients atteints de maladie grave ?

Cependant, il me semble que le terme 'apport' renvoie à l'idée d'un ajout, d'un 'plus'. Or, quand je réfléchis à ma pratique, il me semble que la relation à mon corps sensible vient modifier, transformer ma façon d'entrer en relation avec le patient : il ne s'agit peut être pas d'un 'plus' mais d'un 'différent'. Dans cette optique, le terme d'impact me semble alors plus adapté pour envisager des répercussions, des changements, une rupture avec un modèle déjà en place.

Mais si je sais qu'il y a des impacts, je n'en connais pas les contours ou l'étendue exacte, ni les mécanismes de fonctionnement. Seule une recherche qualitative depuis une posture de praticienne-chercheuse pourra me permettre d'aboutir à ce niveau de compréhension de mon expérience.

Cette réflexion d'ensemble m'a permis de finaliser ma question de recherche qui se décline de la manière suivante : **quel est l'impact de mon expérience de la relation au Sensible dans ma pratique relationnelle de médecin auprès de patients atteints de maladie grave ?** Cette dernière formulation répond, de mon point de vue, aux critères de scientificité dans la mesure où d'un problème pratique personnel, la question a pris une ampleur en s'ouvrant à la communauté scientifique des médecins, des fasciathérapeutes, et des psychopédagogues de l'accompagnement perceptif.

1-6/ Objectifs de recherche

Mon premier objectif est d'explorer, au travers de mon champ théorique notamment, les enjeux et les difficultés de la relation médecin-malade dans le cas de maladie grave.

Mon deuxième objectif est d'identifier et de comprendre les impacts de mon expérience de la relation au Sensible dans ma dynamique relationnelle auprès de patients atteints de maladie grave.

Ce deuxième objectif peut être réparti en deux sous-objectifs. Il y a d'abord un sous-objectif évident, qui est de mieux comprendre ces impacts au sein de ma pratique, dans mon acte relationnel. Mais si l'on se réfère au postulat de Bois selon lequel « *derrière toute thérapie il y a un thérapeute, derrière tout thérapeute il y a une homme* » (Bois cité par Quéré, 2004, p. 23), un autre sous-objectif apparaît. Ce postulat peut en effet s'appliquer à la pratique médicale : derrière toute pratique médicale il y a un médecin, et derrière tout médecin il y a un homme. Il me semble alors légitime d'évaluer les impacts de mon expérience de la relation au Sensible et de ma pratique auprès de patients atteints de maladie grave sur un niveau plus personnel, voir existentiel. Il s'agira dans cette optique d'évaluer les impacts dans mon rapport à la vie, à la maladie, à la mort, à la souffrance.

CHAPITRE 2 :

CADRE THEORIQUE

2-1/ La relation médecin – malade dans le cas de maladie grave

2-1-1/ La relation médecin – malade : aspects juridiques et éthiques

2-1-1-1/ Aspects juridiques : notion de patient sujet et acteur

La relation entre un soignant et son patient n'est pas un élément satellite ou accessoire du soin : elle en constitue la condition première. En effet, « *il n'y a pas de soin sans l'établissement de relations entre des êtres humains, dont certains demandent – plus ou moins explicitement – à être soignés, alors que d'autres ont la mission de répondre aux besoins de santé de la population* » (Curchod, 2009, p. 13).

Une telle relation semble s'inscrire dans une dynamique de complémentarité, répondant à une logique presque commerciale d'offre et de demande. Le caractère asymétrique, inégal, de cette mise en rapport est souligné. En effet, l'expertise du médecin, le fait qu'il dispose d'un savoir médical et de connaissances concernant la santé de son patient que ce dernier n'a pas, lui confère un certain 'avantage', un 'pouvoir potentiel'. La déontologie médicale reconnaît cette asymétrie relationnelle et la nécessité de protéger le patient. Ceci est à l'origine d'un contrat tacite entre le médecin et son malade : le médecin doit utiliser son savoir dans le seul intérêt du malade et ne pas lui nuire – *primum non nocere*.

Mais que recouvre cette injonction : 'ne pas nuire' ? Cette expression se comprend facilement sur le plan de la prise en charge biomédicale : il s'agit de ne pas exposer le patient à des examens ou à des traitements dangereux si le bénéfice escompté n'est pas supérieur au risque encouru. Les pratiques médicales évoluent ainsi au rythme des progrès de la recherche scientifique, des recommandations de pratique... Mais ce *primum non nocere* recouvre aussi la dimension relationnelle, la communication et l'information du patient. En d'autres termes : quelle type de relation établir avec le patient ? Quelle manière d'être adopter pour ne pas lui nuire ? Que dire, ne pas dire, et comment le dire ? Dans ce domaine également on constate une évolution des pratiques et de la législation.

Ainsi, avant 2002, le droit du patient à être informé sur sa propre santé n'était pas affirmé dans la loi française. C'est uniquement au Code de Déontologie Médicale que le médecin se référait pour décider de sa conduite face au patient. Ce code rappelle au médecin son devoir d'informer le patient de sa santé, mais également son droit de ne pas l'en informer dans certaines situations spécifiques : si le médecin estime par exemple que la révélation d'un diagnostic grave risque de plonger le patient dans une trop grande souffrance. L'annonce d'un diagnostic grave y est ainsi envisagée comme un acte pouvant nuire au patient ; le médecin a l'opportunité de surseoir à l'annonce et d'éviter toute communication sur ce sujet. Ainsi, l'article 35 stipule que « *dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave* » (Décret du 6 septembre 1995).

Suite à une évolution scientifique, sociale et juridique (Brzustowski, 2004 ; Hoerni, 2008 ; L'Eplattenier, 2007 ; Gros, 2009) l'information du patient est désormais non seulement une obligation déontologique du médecin mais aussi un droit des patients affirmé dans le Code de Santé Publique. La loi Kouchner du 4 mars 2002, relative aux droits des malades, « *confirme la triple évolution philosophique, sociale, et juridique qui transforme le patient 'objet de soins' en 'sujet pensant' et 'usager et acteur économique (client)' avec un renforcement de ses droits* ». (Brzustowski, 2004, p. 12). L'article 1111-2 de cette loi reconnaît le droit pour toute personne d'être informée sur son état de santé, tout en précisant que « *la volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission* ». Ainsi, ce n'est plus au médecin que revient le droit d'estimer seul si un patient doit ou non être informé, mais ce n'est que dans le cas de l'expression d'un refus *par le patient lui-même* que le médecin peut se soustraire à l'obligation d'information.

Par ailleurs, outre le droit d'être informé et celui de refuser d'être informé, cette loi précise dans l'article 1111-4 le droit du patient d'exprimer sa volonté et de prendre des décisions le concernant : « *toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* ».

Ainsi, si dans le modèle relationnel paternaliste promu depuis Hippocrate le patient était considéré comme objet de soins, dépossédé de ses facultés à penser et agir ; la reconnaissance de ces divers droits du patient change le statut de ce dernier. Il est désormais

reconnu comme sujet à part entière, en capacité d'être informé et de prendre part aux décisions le concernant. Ce partenariat médecin-malade fait émerger la notion de 'démocratie sanitaire', « *laquelle peut se définir comme la possibilité offerte au patient de s'affirmer comme acteur de son traitement* » (Brzustowski, 2004, p. 5).

Points clés : La démarche de soin en médecine débute par l'établissement d'une relation entre deux personnes, dont l'une a un statut de patient et l'autre un statut de soignant. L'asymétrie d'une telle relation est reconnue par la déontologie médicale, laquelle impose au médecin le devoir de ne pas nuire au patient : *primum non nocere*. Parallèlement, le code de santé publique affirme le droit du patient à être informé, le reconnaissant ainsi comme sujet et acteur de sa prise en charge médicale.

2-1-1-2/ Aspects éthiques : notions de subjectivité et d'intersubjectivité

Le médecin informe son patient pour lui permettre de rester sujet de sa vie, de connaître et comprendre sa maladie, de prendre des décisions. Le médecin doit donc développer des compétences adaptées afin d'accompagner le patient dans cette nouvelle autonomie. Il y a là une rupture épistémologique, entre le paradigme biomédical (le médecin fait un soin, prend soin de la personne) et un paradigme d'accompagnement (le médecin accompagne la personne et lui apprend à prendre soin d'elle). Alors que dans la démarche biomédicale le médecin peut se contenter de données objectives et s'adresser à un patient 'objet' sans pour autant entrer véritablement en relation avec celui-ci, dans la démarche d'accompagnement, le médecin ne peut faire l'économie d'une rencontre avec la subjectivité du patient, avec ce qui en fait un individu unique, un sujet singulier. Il s'agit pour le médecin de rentrer dans une démarche compréhensive des représentations du patient, du sens qu'il donne à sa maladie, de la façon dont il l'intègre dans sa vie et son histoire, des souffrances vécues, de sa normativité propre, des choix et des décisions qu'il prend. Il s'agit d'une rencontre avec *un sujet en ce qu'il est percevant, pensant et agissant* pour reprendre la formule de Bois (2001) ou encore Florenson (2010). L'essence relationnelle du soin apparaît alors : le soin ne peut se déployer qu'au sein d'une relation qui dépasse la simple mise en rapport de deux individus.

La reconnaissance de la coexistence des ces deux démarches bien différentes au sein d'une même prise en charge médicale n'est pourtant pas récente. Les textes de loi sus-cités apparaissent ainsi comme l'expression juridique actuelle d'une réflexion bien plus ancienne

concernant les fondements éthiques de l'art médical. Canguilhem (1943) définissait la compréhension et le respect de l'individualité et de la normativité propre du sujet comme la finalité et l'essence même de la médecine. Lefève (2010), développant une réflexion sur la nature de la relation de soin, prolonge les propos de Canguilhem et précise la dimension éthique de la relation médicale : « *Il apparaît que la médecine tire sa finalité et son essence propres de la finalité et de l'essence éthiques du soin. L'écoute, l'observation et la compréhension cliniques, le travail exégétique du soignant constituent le fondement de la médecine, car elles répondent à la finalité éthique qui définit et anime le soin. En effet, nous définissons le soin comme le souci de l'individualité et de la liberté du sujet, comme la mise en œuvre de l'exigence, intrinsèquement éthique, du respect de sa liberté.* » (pp. 119-120). Cette dimension relationnelle, cette démarche compréhensive de la subjectivité du patient, présentée ici comme le fondement de la médecine, est paradoxalement très peu abordée dans la formation médicale initiale, laquelle privilégie le contenu 'objectif' de l'examen du patient. Cela est pourvoyeur de difficultés dans la pratique médicale, et notamment dans la relation aux patients atteints de maladie grave, comme nous le verrons plus loin.

Points clés : Envisager le patient comme sujet et acteur de sa prise en charge médicale nécessite pour le soignant d'entrer dans une démarche d'accompagnement. Cela ne peut se faire sans s'ouvrir à la singularité et à la subjectivité du patient. La relation éthique demande au soignant d'être capable d'établir une relation avec un sujet singulier, de promouvoir l'individualité et de respecter la liberté de son patient.

Explorons plus avant la nature de la relation de soin ou de la relation éthique, puisque comme le souligne Barrier (2010) : « *d'une certaine façon, toute relation éthique à l'autre est une relation de soin. Toute relation qui prend en considération l'autre comme digne, en lui-même, d'attention et de respect est déjà une relation de soin.* » (p. 156).

Pour Barrier, « *la relation éthique soigne en construisant l'autre et soi-même comme sujets dans la relation, qui apparaît ainsi comme le mode d'être véritable du sujet* » (p. 156). Vu sous cet angle, une relation de soin vise à construire non seulement le patient mais aussi le soignant comme sujet : il s'agit dès lors d'une relation au sein de laquelle se déploie une intersubjectivité. Pour le soignant il ne s'agit pas uniquement de considérer le patient comme sujet singulier, mais également d'investir lui-même une posture de sujet singulier. Il y a alors à ce niveau un effacement de l'asymétrie médecin-patient, permettant à une forme de réciprocité de s'installer: les participants ne se rencontrent plus seulement à travers leurs

statuts, mais aussi à travers leur singularité ; et prendre soin d'autrui devient indissociable de prendre soin de soi-même. *« La relation de soin, qui définit l'essence et fonde l'existence même de la médecine, est le lieu d'une égalité et d'une réciprocité lorsque la normativité propre et l'autonomie du malade sont reconnues et respectées, et lorsque, de ce fait, le soignant connaît sa propre normativité et renforce sa propre autonomie. La relation de soin transforme dès lors profondément les sujets, soignés comme soignants, et participe de manière privilégiée à la construction de leur subjectivité et de leur liberté. La pratique du soin apparaît alors dans sa double polarité, à la fois soin de l'autre et soin de soi. »* (Lefève, 2010, p. 126).

C'est quand tous les participants sont actifs en tant que sujet au sein de la relation que celle-ci n'est plus simplement une 'relation entre' un médecin et un patient, mais se donne à vivre comme une 'relation à' autrui, mettant en jeu la subjectivité de chacun : *« pour que la mise en rapport ait des chances de devenir une authentique relation, il lui faut ne pas se contenter d'être une relation entre, mais aussi une relation à, c'est-à-dire toujours positionnement et implication personnelle, réflexivité et engagement, relation à soi et à l'autre, résonance interne et externe, présence à soi et à l'autre. »* (Barrier, 2010, p. 158). Ces propos de Barrier rendent compte de la part active déployée par le soignant dans sa démarche de soin, qui n'est pas uniquement une part active 'scientifique' (démarche diagnostique, prescription médicale, réalisation de geste technique...), mais une part active faisant appel à une capacité d'implication du soignant dans sa relation à autrui. Ces propos soulignent également le 'dédoublement' spécifique qui fonde l'établissement d'une relation entre deux sujets : il s'agit pour le soignant d'être en relation tout autant avec lui-même qu'avec son patient, d'être présent tout autant à lui-même qu'à son patient.

La subjectivité propre du soignant n'est pas considérée comme un élément accessoire, mais bien comme le point de départ, la base même sur laquelle peut s'établir une véritable relation de sujet à sujet. *« Le 'rapport entre' devient 'relation à', dès lors qu'il est ainsi un acte de pensée et pas seulement un fait ; et relation de sujet à sujet, lorsqu'il est pensé subjectivement, lorsqu'il est 'subjectivé', c'est-à-dire accompli comme ouverture intérieure à une autre intériorité. »* (Barrier, 2010, p. 158). Le soignant apparaît bien ici comme sujet percevant, pensant et agissant, en miroir du patient et en interaction avec ce dernier. La démarche de soin doit donc prendre en compte la subjectivité du patient mais aussi du soignant.

Points clés : La relation de soin est éthique quand elle construit non seulement le patient mais aussi le soignant comme sujet. Il y a donc une réciprocité et une intersubjectivité à l'œuvre dans la relation médicale. La subjectivité du soignant est à la base de cette rencontre de deux singularités, vécue comme une ouverture intérieure à une autre intériorité. Le soignant doit être présent à lui-même tout autant qu'à son patient, et promouvoir au sein de la relation sa propre liberté et sa propre singularité, dans le même temps qu'il s'ouvre à celle d'autrui

A ce niveau également, je peux témoigner du fait que cette dimension de la subjectivité du soignant reste peu abordée dans les études médicales. Or, occulter cette dimension humaine est lourd de conséquences, autant pour le soignant que pour le patient, et ceci particulièrement dans la relation avec les patients atteints de maladie grave. C'est donc ce domaine particulier que je vais explorer maintenant.

2-1-2/ La relation médecin – malade dans le cas de maladie grave

D'après les propos de Barrier et Lefève, la relation éthique, de sujet à sujet, est soignante pour chacun des protagonistes. Moley-Massol (2007) évoque également le 'pouvoir thérapeutique' potentiellement contenu dans la relation soignant-soigné : *« toute rencontre entre un soignant et un soigné instaure une relation qui peut être parfois toxique, inopérante ou au contraire porteuse d'une vertu thérapeutique. Elle est alors relation de soin, c'est-à-dire relation 'soignante' »* (p. 45).

Envisager la relation comme porteuse d'un potentiel thérapeutique est très pertinent. D'une part, cela permet de situer la relation au sein de la panoplie thérapeutique à disposition du médecin, et d'envisager ses spécificités, ce qui la rend unique : ce qu'elle peut apporter et qu'aucun médicament ou opération chirurgicale ne pourra jamais apporter. Concernant le vécu des patients atteints de maladie grave, notamment, Verspieren précise que sous leur douleur *« se cache souvent une souffrance humaine complexe, à la fois psychique, sociale et spirituelle. Contre elle, la pharmacopée est d'efficacité limitée. Pour l'atténuer, rien ne peut remplacer une relation humaine »* (in Saunders, 1986, p. VII). D'autre part, cela permet d'être attentif aux deux aspects de toute thérapeutique : les effets bénéfiques, souhaités et souhaitables, mais aussi le potentiel iatrogène, les effets indésirables ou délétères.

Je vais explorer ces deux facettes de la relation (vertu thérapeutique et iatrogénie) dans la situation particulière de la relation aux patients atteints de maladie grave.

2-1-2-1/ Le potentiel thérapeutique de la relation

En quoi et comment la relation au médecin peut-elle avoir un impact positif, soignant, pour les patients atteints de maladie grave ? Quels effets bénéfiques peut-on en attendre ? Sous quelles conditions ?

La relation répond à des critères d'éthique si tous les protagonistes sont considérés comme sujets. Cela demande de questionner la capacité du soignant à promouvoir chez son patient cette posture de sujet tout en étant lui-même pleinement sujet au sein de sa démarche professionnelle.

Sur le plan législatif, cette notion de patient sujet et acteur de sa santé est en lien direct avec la notion d'information : le médecin doit à la personne qu'il soigne une information honnête concernant sa santé, ce qui permet au patient de participer aux décisions médicales le concernant, mais aussi de donner sens à sa maladie en l'intégrant à sa vie et à son histoire de vie (travail de biographisation). Cette notion d'information et de vérité, comme participant à la construction du patient en tant que sujet, sera donc étudiée dans un premier temps.

Par ailleurs, la pratique médicale est double, comprenant à la fois une démarche biomédicale basée sur des données objectives, et un accompagnement du patient dans ce qu'il a de plus singulier, demandant au médecin de s'ouvrir à la subjectivité de ce dernier. En ce qui concerne la maladie grave, l'expérience vécue est empreinte de souffrance, d'angoisse, que le médecin doit accueillir. Dans un deuxième temps, cette dimension de subjectivité liée à l'expérience de la maladie grave sera étudiée. Je me pencherai particulièrement sur la part active et l'authenticité que doit déployer le médecin pour accueillir cette subjectivité, écouter la souffrance du patient, pour que ce dernier se sente reconnu dans son entièreté et ne soit pas réduit à un corps objet.

De la vérité de l'information à la vérité relationnelle

Une recherche qualitative menée au Québec en 2002 questionnait l'expérience vécue par les patients atteints de maladie grave en phase terminale. Cela permet d'entendre, de la bouche des patients, ce qu'est pour eux un soignant humain : « *un soignant humain est celui qui parle clairement sans pour autant parler crûment. Cette différence subtile revêt une*

grande importance. On voit très bien ici que le soignant qui ne génère pas de souffrance, pour parler, prend le temps de s'asseoir, d'expliquer, de discuter, et ce, sans masquer la gravité de la situation » (Daneault, 2006, p. 59). Ce témoignage permet de découvrir ce que le *primum non nocere* peut recouvrir du point de vue des patients : ceux-ci souhaitent avoir avec leur soignant un dialogue honnête, au sein duquel la vérité n'est pas masquée, ni minimisée.

Mais que recèle cette notion de vérité ? Puisque le médecin s'adresse à un patient en tant que sujet singulier, il est fort probable que la vérité de ce dernier ne corresponde pas à la vérité du soignant, ni même à la 'réalité' objective de sa situation médicale... Faut-il lui expliquer tout ce que nous savons, dans les moindres détails ?

Les différents auteurs consultés donnent à voir l'importance d'une vérité pas à pas, respectant la singularité de chaque patient : son rythme, sa volonté et sa capacité à entendre. Ainsi, « *respecter la personne malade, son humanité, son autonomie, consiste précisément à lui donner l'information dont elle a besoin pour rester pleinement sujet de sa vie sans aller au-delà par des informations dont le caractère pourrait être destructeur* » (Schaerer cité par Jutard, 2001, p. 31). Il s'agit alors de délivrer une information respectueuse du rythme du patient, de là où il en est comme de là où il souhaite aller (ce qu'il demande à savoir). L'information délivrée devrait permettre au patient de se repérer, de comprendre sa maladie, ce qui lui arrive, ce qu'on lui propose comme traitement. Elle n'a pas besoin d'être exhaustive pour lui apporter des repères. Elle sert également d'ouverture à un dialogue honnête entre médecin et patient. Comme l'explique Schaerer, « *pour se repérer dans le temps, pour trouver un sens à la vie qui reste, au combat pour se soigner ou supporter le traitement, on n'a pas nécessairement besoin de connaître toutes les évolutions possibles ni la durée précise du temps qu'il reste à vivre. On a en revanche besoin de pouvoir en parler librement avec son médecin et avec celui ou celle qui nous soigne* » (Ibid., p. 30).

L'asymétrie est donc toujours présente dans la relation, afin que le médecin puisse accompagner son patient sans partager pour autant un fardeau à parts égales, comme le décrit L'Eplattenier (2007) : « *La relation médecin-malade n'est ni égale ni symétrique et le rôle du médecin se tient à la place d'où il est attendu par le malade. Ni enfant irresponsable, ni adulte spécialiste de lui-même, le malade est un être en attente d'une présence qui l'aide à affronter l'épreuve, lui assure une compétence technique et médicale, le soutienne sans le déposséder de lui-même, le suive à son rythme, à sa mesure* » (p. 42).

Buckman, oncologue canadien, a consacré une grande partie de sa carrière à étudier et enseigner comment annoncer un diagnostic ou un pronostic grave de la meilleure façon possible. Dans son ouvrage consacré à cette question (2007), il aborde de façon détaillée la manière dont le médecin va délivrer l'information à son patient, après s'être assuré que ce dernier souhaite bien être informé. La première démarche effectuée par le médecin consiste à s'aligner sur les connaissances du patient et à s'en servir comme point de départ pour délivrer des informations pertinentes. Il s'agit donc dans un premier temps de 'rentrer dans le monde' du patient, puis s'ensuit une phase 'pédagogique' au cours de laquelle le médecin va progressivement effectuer une '*correction de la dérive*' du patient afin de réduire l'écart entre la situation médicale effective du patient et la compréhension (plus ou moins juste) que ce dernier en a.

Cette image de correction de la dérive mérite d'être comprise dans toute sa subtilité. Le médecin serait-il un capitaine de navire corrigeant la dérive d'un bateau égaré que serait le patient, et pour lequel il saurait mieux que ce dernier la route qu'il convient de suivre ? Cela resterait finalement une approche assez paternaliste. Il ne faut pas perdre de vue que dans la pratique, c'est le patient lui-même qui guide pas à pas cette correction. La prudence et la délicatesse sont donc de mise, et il est nécessaire pour le médecin de s'adapter constamment au patient, à son rythme, à la quantité d'information qu'il peut et souhaite recevoir, mais aussi au 'niveau' où il souhaite recevoir l'information. En effet, si certains patients sont d'accord pour nommer explicitement les choses, d'autres souhaitent un niveau de dialogue plus implicite...

La correction de la dérive doit donc être envisagée dans deux sens : tantôt le médecin apporte une information au patient, venant modifier la compréhension que ce dernier a de sa situation ; tantôt c'est le patient qui corrige la démarche du médecin, lui montrant que sa façon d'être ou de faire ne lui convient pas. A titre d'exemple de cette deuxième situation, lors de ma pratique en Unité de Soins Palliatifs, il m'est arrivé à deux reprises de débiter un entretien avec un patient sur un niveau de dialogue explicite alors que celui-ci ne souhaitait pas ce niveau de dialogue: ce sont alors les patients eux-mêmes qui ont 'corrigé ma dérive' afin de repositionner le dialogue au niveau voulu. Par une phrase telle que « *vous savez, ça me fait trop peur, je préfère qu'on n'en parle pas* », une patiente m'avait clairement signifié que l'on pouvait parler de tout sauf de sa maladie. Un autre patient, qui n'avait jamais parlé de sa maladie et qui semblait évoquer sa mort prochaine à demi-mots, et à qui je demandais de reformuler plus explicitement afin d'être sûre que l'on parlait bien de la même chose, me

répondit tout simplement : « *je vous trouve dure de me poser une telle question alors que vous savez très bien de quoi il retourne* ». Dans ce cas-là, c'était très clair : on pouvait parler de tout, mais de façon plutôt... métaphorique ou sous-entendue.

Les deux anecdotes ci-dessus illustrent les moments où la correction de la dérive est effectuée par le patient, faisant ressortir l'aspect interactif et dynamique de la relation médecin-malade, au sein de laquelle chacun est acteur, et en aucun cas passif. A mon sens, il y a là à la fois la possibilité pour le soignant de favoriser chez le patient une posture de sujet au sein de sa vie (par l'appropriation d'information concernant sa santé), mais aussi une posture de sujet au sein même de la relation. Par un effet de réciprocité, quand le patient se positionne activement et s'exprime dans toute sa singularité, il offre alors au soignant l'opportunité de renforcer et d'explorer plus avant sa propre dimension de sujet. En effet, le soignant a l'opportunité de s'ouvrir à la singularité d'autrui, de reconnaître les besoins spécifiques de son patient, de s'y adapter. Le soignant n'est plus dans une posture figée de toute puissance, il peut devenir un sujet qui apprend de l'autre au sein de la relation, qui est capable de reconnaître et de corriger ses propres erreurs... L'intersubjectivité à l'œuvre dans la relation médecin – malade apparaît alors.

Au final, il semble qu'il n'existe pas de Vérité, mais plutôt des vérités de chaque instant, qui suivent l'évolution psychique et le rythme propre du patient. De nombreux auteurs (Moley-Massol, 2004 ; Hirsch, 2002 ; Demischelle, 2002 ; Schaerer, 2002 ; L'Eplattenier, 2007 ; Jutard, 2001), et certains malades (Bettevy *et al.*, 2006) vont plus loin encore, affirmant que la vérité ne peut se vivre et prendre sens qu'inscrite au sein du processus relationnel qui unit le médecin à son patient. Ainsi, annoncer une maladie grave ne se réduit pas à transmettre une information objective, ne se limite pas au contenu du discours mais « *engage le médecin et le patient dans une aventure relationnelle exigeante* » (L'Eplattenier, 2007, p. 45). Pour Schaerer, c'est la vérité de cette relation qui répond le mieux à la demande de vérité des patients. La définition de l'accompagnement donnée par Pandélé (2008) prend ici tout son sens : il s'agit d'un « *agir relationnel qui consiste, au côté de l'autre et à son rythme, à accueillir ce qui vient de lui dans le respect de sa personne* » (p. 76). La part active développée par le médecin va dans le sens d'un accueil d'autrui, ce qui est bien différent de la part active que le médecin apprend à développer au cours de sa formation (analyse diagnostique, réflexion thérapeutique, prescription, geste technique).

Points clés : Dans une démarche éthique, le médecin informe le patient pour que celui-ci reste sujet de sa vie. Il s'agit de dévoiler une vérité pas à pas, cela demande au soignant de s'ouvrir à la singularité du patient (ses rythmes, ses besoins en terme de repères). Le patient est sujet et acteur au sein de cette démarche puisque c'est en exprimant sa singularité qu'il peut guider le soignant. Le soignant est lui aussi sujet et acteur, sa part active consiste à repérer la singularité de son patient et la respecter en s'y adaptant.

La présence authentique du soignant

Le terme 'authenticité' revient fréquemment pour décrire une caractéristique importante de la relation soignante. Cela permet d'aborder la notion de vérité sous une autre facette : non pas comme vérité de l'information, mais comme caractéristique du soignant : un soignant 'vrai', c'est-à-dire profondément lui-même. On retrouve ici la notion de singularité et de subjectivité du soignant. Ainsi, l'authenticité peut être définie comme le fait d'être « *profondément soi-même dans le comportement verbal comme non verbal et dans une relation humaine empreinte de sincérité. Cette authenticité ne s'acquiert pas aisément, elle demande un long travail de l'aidant sur lui-même pour arriver au maximum d'harmonie entre ce qu'il sent, ce qu'il pense et ce qu'il exprime* » (Nectoux et al., 2009, p. 185).

Par un travail de congruence entre son ressenti, ses pensées et ses actions, le soignant est ainsi invité à instaurer une authenticité vis-à-vis de lui même, et de son patient. Comme le précise Goldenberg (1991) : « *la perception par le patient de l'authenticité de la relation de soin a des vertus immédiatement thérapeutiques, c'est-à-dire susceptibles de faire reculer l'angoisse et le cortège de souffrances psychiques induites. Cette authenticité permet que s'expriment aussi bien l'attachement que les sentiments négatifs. Elle crée un espace de liberté relative où tout le monde se retrouve et où l'angoisse a sa place, mais aussi l'agressivité, la dépression et tous les sentiments négatifs qui ont besoin d'être élaborés* » (p. 20). Grâce à l'authenticité de la relation, à la présence entière du soignant dans sa singularité, le patient se sent libre de s'exprimer, quel que soit le contenu de cette expression : le patient est accueilli, entendu dans son entièreté, dans sa singularité. Cette expression permet une diminution des souffrances ressenties.

En cas de maladie grave, ce qui est exprimé est souvent difficile à entendre : la souffrance non seulement physique mais psychique, émotionnelle, spirituelle et sociale ; la

peur de mourir, la détresse à l'idée de laisser ceux que l'on aime... L'enjeu pour le soignant est alors de maintenir son authenticité devant l'expression de ces 'sentiments négatifs', et de pouvoir les accueillir. Cette fonction d'accueil n'est pas si simple. Marin (2010), développant sa réflexion sur l'attention au malade dans la relation thérapeutique, réaffirme l'attention à autrui comme part décisive du soin, et donne à voir une façon particulière d'envisager cette attention : « *L'attention à l'autre n'est pas une posture, c'est un regard, mais un regard sans projection, un regard qui se ferait en quelque sorte réceptacle de ce que l'autre a à y déposer pour se délester de sa douleur propre. Cet élan vers l'autre sans intentionnalité est une ascèse éreintante, puisqu'elle exige de se mettre entre parenthèses, se retirer de soi pour se laisser envahir par la douleur de l'autre* » (p. 137). Ces propos m'interpellent fortement : est-il possible de retrouver, dans cette accueil d'autrui basée sur un effacement de soi-même, l'implication et la présence du soignant en tant que sujet singulier et fondement d'une relation éthique ? Comment concilier présence à autrui et à soi-même lorsque la souffrance envahi la relation ?

Pour De Hennezel (2009), rester présent sans trop d'angoisse dans de tels moments suppose pour le soignant d'assumer sa propre vulnérabilité. Citant les réflexions de Bauer sur le soignant blessé, elle précise que : « *le soulagement et la transformation de l'angoisse ne sont possible que lorsque soignant et soigné peuvent se rencontrer, humblement, sur le même terrain de l'expérience humaine, reconnaissant que nous portons tous en nous joie et douleur, vie et mort, et que c'est par les choses qui nous blessent, nous pénètrent, qu'on devient vulnérable, donc ouvert aux autres et véritablement humain.* » (p. 186). Soignants et soignés ne se rencontrent donc plus uniquement au travers de leurs statuts respectifs, mais aussi au travers de leur vulnérabilité commune. De Hennezel invite donc au déploiement et à la rencontre de deux subjectivités singulières sur une base universelle commune : celle de la vulnérabilité de l'être humain. Une autre interrogation émerge alors : être blessé, est-ce pour le soignant l'unique voie pour devenir plus ouvert à autrui ? La vulnérabilité est-elle le seul terrain commun sur lequel patient et soignant peuvent se rencontrer ?

Terminons maintenant notre exploration de l'authenticité et de ses effets. Si celle-ci permet de diminuer ou relativiser la souffrance en créant un espace d'expression, Goldenberg évoque aussi une dimension plus temporelle de la présence authentique : elle permet d'entrer dans un temps d'élaboration des pensées et des sentiments en lien avec la maladie. « *La présence de l'autre, la présence à l'autre, fournit une sorte d'étau, de point d'appui qui permet à de véritables changements psychiques de survenir. Un travail d'élaboration*

psychologique, dernier travail positif commence, alors que la mort approche. Pour qu'il prenne toute son ampleur, il faut qu'un passeur soit là qui accompagne » (Goldengerg, 1991, p. 15). L'auteur précise que ce travail psychique est valable pour tous les protagonistes de la relation : le patient comme le soignant, mais aussi les proches...

En étudiant le potentiel thérapeutique de la relation de soin, je me rends compte que cela enrichit et dépasse le *primum non nocere*. En plus de ne pas nuire, la relation soignant - soigné recèle ce potentiel de soulagement des souffrances, d'apprentissage et de transformation, de croissance, pour toutes les personnes impliquées, patient comme soignant. Les effets bénéfiques ont également une portée dans le temps, pour ceux qui resteront après le décès du patient. Ainsi, « *le rôle de la médecine, celui des soins palliatifs, est de créer les conditions de ces communications, les conditions de ce dernier travail psychique, élaboration ultime qui aura une grande influence sur les modalités mêmes de la mort, sur la place que garderont éventuellement la souffrance et l'angoisse et même sur les modalités du deuil des survivants.* » (*Ibid.*, p. 13). Le rôle principal du soignant n'est pas l'utilisation de compétences techniques, de connaissances scientifiques (bien que celles-ci soient indispensables), mais bien le déploiement d'une qualité relationnelle facilitant le travail d'élaboration psychique de chacun. Le soignant apparaît donc ici aussi comme un sujet en croissance et en transformation, au même titre que le patient.

Points clés : La présence authentique du soignant, dans sa singularité, permet de créer un espace d'expression dans lequel le patient se sent accueilli dans son entièreté : pouvoir exprimer son vécu participe à diminuer son angoisse. Mais la question de la capacité du soignant à accueillir cette subjectivité faite de souffrance se pose alors. Pour pouvoir rester authentique dans un tel contexte, accepter sa propre vulnérabilité paraît essentiel.

L'authenticité de la relation permet aussi à tous les protagonistes d'entrer dans un temps d'élaboration psychique : patient comme soignant apparaissent comme des sujets en croissance psychique et existentielle, partageant une vulnérabilité commune.

Les paragraphes ci-dessus ont permis d'explorer la relation médecin – malade et son potentiel thérapeutique à travers le prisme de l'éthique, et notamment la dimension de sujet, de subjectivité et d'intersubjectivité. La réflexion éthique, de manière générale, vise à répondre à un questionnement pragmatique concret : « que convient-il de faire ? ». Je souhaiterais pour conclure revenir à quelque chose de très concret, car la relation se tisse au

travers de la communication, verbale et non verbale, faite de choses concrètes et simples. Je vais laisser la parole à Céline, une patiente en fin de vie interviewée par l'équipe de Daneault, qui décrit ce dont elle a besoin dans sa relation avec les soignants.

Céline a besoin de « *deux minutes de plus d'écoute mais intenses. Ce n'est pas la longueur, c'est l'intensité de la personne qui nous fait comprendre qu'elle comprend notre souffrance. C'est une phrase, quelques mots, des fois même, c'est juste un geste. Juste te prendre la main, la taper, ou l'épaule, avec le regard franc, juste ça. La personne repart, pis là tu fais : 'ouf, j'ai été compris, comme ça fait du bien...'* » (in Daneault, 2006, p. 67).

Nous avons dans ces deux minutes décrites par Céline tous les éléments vitaux de la manière d'être du soignant : une présence intense, une sincérité, une congruence entre les mots, le regard et la parole, qui permettent au patient de se sentir compris, écouté. De 'ne pas nuire' le soignant passe à 'faire du bien'.

2-1-2-3/ Le potentiel iatrogène de la relation de soin

Dans le cas de maladie grave ou de fin de vie, lorsque la souffrance envahit le champ de la relation, le soignant réagit souvent par le biais de mécanismes de défense : la relation de soin devient alors dommageable pour le patient comme pour le soignant. Ces mécanismes psychiques, bien souvent instinctifs et inconscients, se mettent en place lors de « *toute situation d'angoisse, d'impuissance, de malaise, d'incapacité à répondre à ses propres espérances ou à l'attente d'autrui* », et permettent au soignant de se préserver « *d'une réalité vécue comme intolérable parce que trop douloureuse* » (Ruszniewski, 1999, p. 15). Apparaît ici la notion de subjectivité du soignant entrevue comme la façon dont le soignant vit (et se vit dans) sa pratique de soin. Cette subjectivité, dans la relation au patient atteint de maladie grave, comprend des souffrances et des difficultés ressenties par le soignant.

Je vais dans un premier temps explorer les grandes causes de cette souffrance avant de présenter les différents mécanismes de défenses que le soignant peut mettre en place en réponse à de telles difficultés.

Principales causes de la souffrance des soignants

Les différents auteurs consultés m'ont permis de mettre à jour quatre grandes origines de la souffrance et des difficultés ressenties par le médecin face à un patient atteint de maladie

grave. Ce sont la nature humaine du soignant, sa formation professionnelle, le fonctionnement du système de soin, et les mécanismes de défense du patient.

- La nature humaine du soignant

Le soignant est avant tout un être humain. En tant que tel, la confrontation à la maladie grave et à la mort est loin d'être anodine, pouvant réveiller ou provoquer des peurs, des souffrances et des blessures propres à tout être humain. Prendre soin d'un patient nous amène en effet non seulement à nous questionner en tant que professionnel (quel est le sens de mon travail ? ai-je donné le bon traitement ? ai-je de bons résultats ?), mais également en tant qu'être humain qui partage une destinée commune avec son patient. Le soin est ainsi l'occasion pour le soignant d'une rencontre avec lui-même : « *la personne malade – au travers d'elle-même autant qu'au travers de sa maladie, de son handicap ou de sa destinée – nous renvoie à qui nous sommes, à qui nous aurions aimé être ou devenir, à qui nous aimerions surtout ne jamais ressembler, à nos propres destinées* » (Curchod, 2009, p. 174). Accompagner ces personnes vient alors nous confronter, personnellement, dans notre rapport à ces souffrances, à la mort, au deuil. Pour pouvoir écouter et accueillir la souffrance de nos patients, « *temps primaire et fondateur du soin, (...) nous devons aussi être capable d'accueillir notre propre souffrance de soignant et de nous en occuper* » (*Ibid.*, p. 176). Je retrouve ici la notion de vulnérabilité commune développée par De Hennezel. Dans cette optique, prendre soin de soi apparaît indissociable au prendre soin de l'autre. Tous les auteurs écrivant sur les soins palliatifs s'accordent sur le caractère indispensable de ce 'travail sur soi', par des groupes de pairs ou des séances de supervision individuelles, afin d'appivoiser peu à peu nos souffrances, et d'assouplir progressivement nos mécanismes de défense.

Par ailleurs, tout être humain se construit et vit au sein d'une société. Dans toute réflexion sur les difficultés humaines face à la maladie grave, il convient d'avoir à l'esprit les caractéristiques que cette société possède, dans son rapport à la maladie et à la mort. Or, notre société offre une place d'honneur à la jeunesse, la santé, la beauté ; conduisant à la marginalisation des personnes âgées ou malades. A cette conception négative de la maladie en général vient se surajouter une difficulté supplémentaire dans le cadre des maladies graves, dans la mesure où l'évocation renvoie de façon plus ou moins implicite à l'idée de la mort. La société dans laquelle nous vivons entretient un rapport particulier à la mort, celle-ci étant devenue le "dernier tabou" selon Buckman. Les décès surviennent de nos jours le plus

souvent à l'hôpital, en l'absence de la famille. Les proches se trouvent ainsi privés d'une expérience douloureuse mais formatrice, qui leur offrait auparavant la possibilité de « *se situer dans une continuité qui investissait de sens la vie, le vieillissement et l'inévitable extinction d'un être* » (Buckman, 2007, p. 25). Actuellement, il existe donc une inexpérience de la population en matière de décès, un désarroi face à la mort, un sentiment de solitude des familles qui « *regrettent que la mort et l'écoute de la souffrance des proches soient des sujets rejetés du champs social. Rien dans la vie sociale ne prépare à affronter ce type de situation.* » (De Hennezel, 2004, p. 37). Même au sein de l'hôpital, mon expérience m'amène à avancer que la réalité de la mort reste cachée, confidentielle. Sur le plan social, ce sont surtout les progrès scientifiques qui sont médiatisés, renforçant le leurre d'une quasi-immortalité. Au final, « *notre société semble acquise à une conception de la mort comme expérience étrangère et effrayante qui creuse un gouffre entre le mourant et les vivants* » (Buckman, 2007, p. 26). Le soignant, être humain au cœur de cette société, n'est pas imperméable à une telle conception ; ces caractéristiques de la société ont toutes un impact sur le soignant, qui n'est aucunement à l'abri des difficultés.

- La formation professionnelle

On pourrait penser que l'un des objectifs principaux de la formation des soignants est de permettre à ceux-ci de se sentir plus 'à l'aise' face à un patient atteint de maladie grave, de pallier à ce manque social de repères face à la mort et aux mourants. Comment, en effet, prendre soin de quelqu'un si l'on a plutôt envie de partir en courant ? Cependant, tout n'est pas si simple, et la formation professionnelle a en réalité des 'effets secondaires' plutôt surprenants sur le soignant. Buckman a étudié la façon dont cette formation contribue à générer chez le soignant un certain nombre de peurs et d'angoisse, elles-mêmes à l'origine d'un sentiment de malaise et d'inconfort dans sa relation avec les patients atteints de maladie grave. J'en propose ici un résumé.

Au cours de son parcours de formation, le futur soignant se voit conseillé de garder la tête froide, de laisser ses émotions 'au vestiaire', et de maintenir ses connaissances scientifiques au meilleur niveau dans la prise en charge de son patient : il en vient ainsi naturellement à penser (à tort) que « *le médecin donne au malade un soutien qui se distingue radicalement de celui qui s'exprime dans la vie non professionnelle, et qu'il doit toujours savoir quoi dire* » (Buckman, 2007, p. 23). Cette peur d'exprimer ses sentiments va pourtant nuire à la communication médecin-patient, au sein de laquelle savoir faire preuve d'un degré

normal de compassion s'avère extrêmement bénéfique... Lefève (2010) précise les conséquences dramatique d'un tel évitement de la dimension émotionnelle chez le soignant : « *alors que l'on a trop longtemps occulté l'affectivité des soignants au prétexte de les 'protéger' et d'exercer une médecine scientifique, les manuels de psychologie médicale et de psychologie des soins enseignent désormais que ce déni conduit, au nom d'un professionnalisme mal compris, à de multiples formes de violence, depuis l'indifférence et la négligence jusqu'à la maltraitance verbale ou physique et à l'épuisement des soignants, le burn out* » (p. 114).

Par ailleurs, la prévention et le traitement de la douleur fait largement partie de la formation du médecin, qui anticipe spontanément toute intervention douloureuse en anesthésiant son patient. Dans le cas d'une annonce de maladie grave, il sait non seulement que cette nouvelle va être douloureuse à entendre, mais aussi qu'il n'y a pas de possibilité d'anesthésie de la souffrance psychique à venir : la peur de faire mal est donc bien présente chez le soignant avant l'annonce.

En outre, l'approche thérapeutique enseignée est souvent basée sur des protocoles, des guides de bonne pratique : le médecin fait ce qu'il a appris à faire, il ne lui viendrait pas à l'idée de se lancer dans un acte dont il ne maîtrise ni le déroulement, ni les conséquences. Or, la communication médecin – malade et l'acte d'annoncer une maladie grave occupe une place très variable, souvent mineure, au sein du cursus de formation en France (L'Eplattenier, 2007), et le médecin se retrouve ainsi contraint de réaliser un acte *sans avoir de repères*. De plus, il sait qu'il va être confronté à une réaction émotionnelle intense chez son patient, réaction qu'il n'a pas non plus appris à gérer. A la peur de mal faire s'ajoute la peur de provoquer une réaction qu'il ne saura pas gérer, bref tout ce que sa formation lui a soigneusement appris à éviter.

Enfin, la formation étant essentiellement axée sur le curatif, cela entretient l'illusion pour le soignant d'une médecine toute puissante. Non seulement le soignant souffre « *de ne pas avoir appris à ne pas guérir* » (Daneault, 2006, p. 116), mais une conséquence indirecte de cette illusion est que le médecin a peur des reproches qu'on pourrait lui adresser. En effet, dans ce contexte de toute puissance médicale, comment expliquer la survenue d'une maladie grave, qui plus est à un stade incurable, autrement que par le fait que quelqu'un, quelque part dans le parcours de soin, a commis une erreur ?

Au final, le médecin se retrouve dans une position tout à fait paradoxale, amené dans sa pratique à gérer des situations de détresse psychique non seulement sans y avoir jamais été

réellement formé, mais qui plus est en ayant reçu une formation qui amplifie ses propres angoisses dans ce type de situation.

- Le fonctionnement du système de soin

La recherche menée par l'équipe de Daneault (2004, 2006) au Québec visait à mieux comprendre les liens entre la souffrance des patients atteints de cancer et le système de soin québécois. Cette recherche a permis de constater que le fonctionnement du système de soins était aussi à l'origine de souffrances importantes chez le soignant lui-même. Ces résultats, qui valent pour le système québécois, semblent également être valables pour le système de soin français actuel.

Les soignants évoquent facilement leur surcharge de travail comme cause de souffrance. En effet, le fait de ne pouvoir répondre à la demande des patients, du fait d'un manque d'effectif notamment, entraîne chez les soignants de la frustration, de la culpabilité, voire un sentiment d'impuissance.

Mais ce visage du soignant « *surchargé et essoufflé* » n'est qu'une facette de la problématique. En effet, à côté de cet aspect quantitatif, se profilent des difficultés d'ordre plus qualitatif, à l'origine d'un soignant « *écartelé et piégé* ». Confronté au système de soin dans lequel il travaille, le soignant se sent en contradiction avec son projet initial qui l'a guidé vers une pratique de soin. En effet, ceux qui « *ont choisi de devenir soignants parce qu'ils se sentaient interpellés par la souffrance des personnes malades et vulnérables (...) finissent plutôt par croire qu'ils travaillent dans une 'fabrique de petits pois' [qui] valorise une approche axée sur la productivité et l'efficacité* » (Daneault, 2006, p. 113). La contradiction vécue par les soignants se situe en fait à deux niveaux : non seulement les soignants souffrent d'un décalage entre leurs aspirations personnelles et la réalité du terrain, mais ils se sentent également piégés par une « *contradiction systémique entre le discours sur l'humanisation des services et l'absence de moyens pour y accéder* » (Daneault, 2006, p. 114).

- Les mécanismes de défense des patients

Le patient met lui aussi en place des mécanismes de défenses, variés et variables, au long de sa maladie. Ses réactions face au choc de l'annonce sont imprévisibles, pouvant aller du déni à la colère en passant par une tristesse incommensurable (Daneault, 2006 ; Buckman, 2007 ; Rusniewski, 1999). Ses sentiments, ses besoins, son comportement va changer en

fonction de là où il en est dans son rapport à sa maladie. La relation soignant – soigné est parfois au bord de la rupture. De par sa mission et les compétences qu'on lui reconnaît, c'est au soignant qu'incombe la responsabilité de s'adapter au patient et de tenter de rétablir une relation soignante. Pour Rusniewski (1999), les souffrances du soignant sont donc aussi liées « *aux difficiles transitions entre ces différents temps imposés par le malade et sa maladie et auxquels le soignant doit adapter son propre cheminement pour admettre les mutations, les volte-face et les fluctuations, pour s'accepter soi-même et réinventer, à chacune de ces phases, une réelle relation d'empathie avec le malade* » (p. 128).

Points clés : L'ouverture à la subjectivité du patient atteint de maladie grave confronte le soignant à sa propre subjectivité, le renvoie à des peurs universelles, sociales ou plus personnelles, mais également à des angoisses professionnelles. Pour se protéger d'une telle souffrance, le médecin met en place de façon réflexe des mécanismes de défenses.

Description des mécanismes de défense du soignant et de leurs impacts

Je vais décrire brièvement quelques uns de ces mécanismes, étudiés finement par Ruszniewski (1999), qui permettent au soignant de gérer ses propres angoisses et de s'adapter petit à petit à une situation difficile.

Le mensonge, mécanisme le plus massif et le plus radical, peut être utilisé lors d'une annonce de diagnostic par des médecins pour lesquels la maladie en question et la mort sont si étroitement liées qu'ils ont l'impression que la révélation du diagnostic ne peut que précipiter l'échéance. En travestissant la réalité, ce mécanisme d'urgence permet au soignant de différer la vérité, source d'angoisse intense, mais empêche tout échange avec le patient, qui ne peut devenir sujet et acteur de sa santé, et ne peut élaborer ses propres défenses psychiques.

La banalisation est un mécanisme de distanciation dans lequel le soignant reconnaît une vérité 'tronquée' : il axe alors ses soins sur les symptômes physiques et concrets de la maladie, négligeant la dimension subjective du patient. Celui-ci se retrouve donc enfermé dans une souffrance psychique non reconnue.

L'esquive correspond à l'attitude d'un soignant bien conscient de la souffrance psychique de son patient mais se sentant incapable d'y faire face : il élude alors le sujet lorsque celui-ci se présente au cours de l'entretien. Ce comportement crée un déphasage entre

les deux protagonistes, et le patient se retrouve désemparé, ne pouvant exprimer ses craintes face à un mur de surdité.

Par le mécanisme de *rationalisation*, le médecin donne des informations au patient, mais d'une façon qui ne permet pas à ce dernier de se les approprier. Cela permet au soignant d'éviter de s'engager dans le domaine émotionnel du patient en se retranchant derrière un vocabulaire médical spécialisé, incompréhensible pour le patient : ce dernier perçoit alors sa maladie comme d'autant plus menaçante, sans phase d'intégration possible, ce qui augmente son angoisse. Ce mécanisme est souvent utilisé lors d'étapes clés très anxiogènes pour le soignant telles qu'une annonce de diagnostic, de métastases...

Lorsque l'angoisse est plus quotidienne, auprès de patients en souffrance hospitalisés, un mécanisme tel que l'*évitement* permet de surseoir à tout échange, en réduisant le patient à un objet de soins, voir à un dossier médical, niant jusqu'à sa présence physique : le patient ne peut alors être sujet au sein de la relation puisqu'il n'y a même plus de relation.

Quand le soignant est contraint à un minimum d'échange avec son patient, *la dérision* offre un autre type de refuge : le patient y est réduit au silence dans une souffrance non reconnue, banalisée voire tournée en ridicule.

La fuite en avant correspond à la façon dont un médecin peut dire la vérité abruptement à son patient, comme s'il se débarrassait d'un fardeau trop lourd pour lui. Cette façon de faire, donnant une réponse directe à *la question* du patient, ne répond en fait ni à sa demande, ni à ses besoins, ni à son rythme singulier, et peut être très destructrice, annihilant toute forme d'espoir.

Ces différentes formes de mise à distance de la souffrance du patient sont aussi pour le soignant une mise à distance, un évitement de sa propre subjectivité.

L'identification projective, à l'opposé des autres mécanismes de défenses qui visent à instaurer une distance entre la souffrance du soignant et celle du patient, est une tentative de dissoudre cette distance par la prise en charge globale de la souffrance du patient, réalisant une forme de symbiose avec ce dernier. Cette identification à l'autre va en fait instaurer une relation où le soignant est en position d'autorité affective, ne permettant pas au patient d'exprimer ses propres angoisses. L'identification projective, niant la subjectivité propre du patient, ne permet en fait ni à ce dernier ni au soignant d'être sujet singulier, puisqu'il s'agit d'une fusion entre deux individus.

Au final, la mise en route de ces mécanismes chez le soignant aboutit à une situation tout à fait paradoxale pour le patient : la rencontre avec le soignant, *professionnel du soin*

censé lui apporter un soulagement, est en elle-même génératrice de souffrance, laquelle vient se surajouter à celle déjà existante du fait de la maladie. Ainsi, dans l'expérience des patients, « *la froideur, le manque de tact et la précipitation sont vivement ressentis comme des atteintes qui redoublent l'affront de la maladie et la violence qu'elle inflige* » (Daneault, 2006, p. 59). Cet échec flagrant du principe de base '*primum non nocere*' a des conséquences immédiates mais aussi différées, comme l'a démontré une étude anglo-saxonne en mettant en évidence un taux deux fois plus élevé de dépression deux ans après un diagnostic de cancer du sein chez les femmes pour lesquelles l'annonce de leur maladie avait été vécue comme 'mal faite' (Fallowfield, 1993).

Points clés : Les mécanismes de défense du soignant ont pour effet de gommer la dimension subjective du patient comme du soignant, soulageant momentanément le vécu douloureux du soignant, mais ne permettant ni à l'un ni à l'autre de se construire comme sujet singulier en croissance.

2-1-3/ Conclusion et transition

L'approfondissement de tous ces aspects de la relation médecin –malade m'a permis de comprendre la nécessité, en même temps que la difficulté, pour le soignant, de reconnaître et s'adapter à la singularité de son patient. C'est à un exercice de haute voltige qu'est convié le soignant : celui d'une adaptation perpétuelle, lui permettant de trouver « *un point d'équilibre, non pas fixe mais mouvant* » (Hoerni, 2008, p. 166) dans sa pratique relationnelle. Car comme le précise Rusniewski (1999) « *le malade qui sait qu'il va mourir doit pouvoir continuer à poser son regard sur un être de vie dont la mouvante stabilité le renvoie à sa propre vie et à son être tout entier* » (p. 106). Cette dimension de la médecine fait appel à la notion de réciprocité entre deux sujets, entre deux 'êtres' singuliers. L'implication du soignant, son positionnement comme sujet capable d'engager sa propre subjectivité dans son acte relationnel est alors fortement questionnée. Les différents auteurs consultés donnent à voir une subjectivité qui peut être faite de difficultés, de souffrances, d'angoisses aussi bien universelles, personnelles que professionnelles, lesquelles ne sont pas porteuses dans la relation au patient atteint de maladie grave. En effet, confronté à sa propre souffrance, le soignant réagit alors par des mécanismes de défenses, qui ne permettent pas au patient de se construire comme sujet, d'être reconnu dans sa dimension subjective et singulière...

Les différentes solutions proposées au soignant pour enrichir sa capacité à entrer en relation avec le patient sont toujours envisagées en dehors de la relation elle-même. Ainsi, les supervisions et les groupes de parole proposent de revenir *a posteriori* sur nos difficultés pour mieux les comprendre, assouplir nos mécanismes de défense, et espérer ainsi améliorer la qualité de notre relation pour les futures rencontres avec le patient. Si ces temps d'analyse en différé me paraissent indispensables, il me semble aussi que face au patient atteint de maladie grave, devant l'importance des enjeux physiques, psychiques, émotionnels et existentiels auxquels ce dernier est confronté, le soignant doit être capable de déployer *dans l'instant* des ressources relationnelles pertinentes.

Je vais maintenant explorer dans la deuxième partie de mon cadre théorique une dimension de subjectivité particulière, qui n'a jusqu'alors pas été abordée dans la littérature médicale. Il s'agit de la subjectivité corporelle qui se donne à vivre lorsqu'on rentre en rapport avec son intériorité sur le mode du Sensible.

2-2/ Relation sur le mode du Sensible et déploiement de qualités relationnelles

2-2-1/ La relation au Sensible

La démarche heuristique qui sous-tend ma recherche m'oblige à explorer cette deuxième partie de mon champ théorique, consacré à la relation sur le mode du Sensible, sous l'angle de la fasciathérapie. En effet, ma question de recherche est bien née de ma pratique singulière de médecin formé à la fasciathérapie.

2-2-1-1/ Relation au Sensible et fasciathérapie

La fasciathérapie Méthode Danis Bois est une thérapie manuelle pratiquée par des kinésithérapeutes et des médecins, dont l'émergence se situe dans les années 1980. La démarche de soin en fasciathérapie a pour objectif de relancer par le geste manuel une force d'autorégulation de l'organisme, et ainsi de remettre en mouvement ce qui dans le corps du patient est immobile, bloqué ou en restriction. Cette force d'autorégulation trouve son expression sous la forme d'un *mouvement interne* perceptible sous les mains du thérapeute, et considéré comme « *une animation de la profondeur de la matière, portant en elle une force qui non seulement participe à la régulation de l'organisme, mais aussi à l'équilibre du psychisme* » (Bois, 2009b, p. 23). Comme tout mouvement, il peut être décrit par quatre paramètres : une vitesse, une orientation directionnelle, une amplitude et une cadence. Marty (2012) précise que « *c'est un mouvement lent, autonome, involontaire, perçu dans sa vitesse de manière identique dans tous les corps, ce qui lui confère un statut d'universalité* » (p. 51).

Ce mouvement interne, cette force d'autorégulation de la personne, est sous certaines conditions perceptible, non seulement par le thérapeute, mais aussi par le patient. Il ne se donne pas à vivre comme un trajet d'énergie dans le corps, mais bien comme une substance en mouvement, avec une consistance matérielle, une épaisseur, une chaleur spécifique et reconnaissable. La perception consciente de ce mouvement par une personne signe son entrée dans l'expérience de la relation au Sensible et à son corps sensible : « *la relation au mouvement interne est le point d'émergence du Sensible, expérience du corps et de soi dans laquelle la personne témoigne en conscience de ce processus dynamique qu'elle sent en elle* » (Bois, 2009b, p. 23). Le terme de 'Sensible', avec une majuscule, renvoie alors à l'expérience d'un contact direct, intime et conscient d'un sujet avec son corps. Au sein de l'univers

perceptif auquel l'homme peut avoir accès, il ne s'agit donc pas des perceptions sensibles dévolues à la saisie du monde extérieur, mais de perception du Sensible, laquelle émerge d'une relation de soi à soi qui donne accès au mouvement interne animant l'intériorité de son corps. Ainsi, « *la notion de Sensible renvoie à l'ensemble des phénomènes éprouvés et qui se déploient au contact conscientisé du mouvement interne, dans toutes les dimensions de l'existence de la personne humaine* » (Humpich, Lefloch-Humpich, 2009, p. 92).

Sur le plan universitaire, le paradigme du Sensible est développé dans la discipline de la psychopédagogie perceptive, dont la fasciathérapie et la somato-psychopédagogie⁴ sont les deux applications pratiques.

2-2-1-2/ Introduction à la pédagogie du Sensible

Le modèle pédagogique utilisé pour enseigner la fasciathérapie respecte une dynamique circulante entre la pratique et la théorie (Bourhis, 2007). La formation en fasciathérapie s'inscrit à ce titre dans le courant de la formation expérientielle, courant qui fut initié par Dewey au début du 20^{ème} siècle, et qui met en avant l'importance de l'expérience concrète, de la pratique, dans les processus d'apprentissage visant notamment l'acquisition d'une compétence ou d'un savoir-faire nouveaux. Dans notre cas précis, l'étudiant en fasciathérapie est amené à vivre une expérience à médiation corporelle, qui le sollicite dans un nouveau rapport à lui-même et à son corps, lui permettant de développer avec son intériorité un « *rapport singulier perçu, éprouvé et conscientisé* » (Bois & Austray, 2007) et de devenir sujet de son expérience.

Pendant la formation, le toucher manuel est la pratique privilégiée pour permettre la découverte de contenus de vécu expérientiels et corporels inédits. Au cours de ces ateliers pratiques, l'apprentissage s'effectue en binôme, et l'étudiant se trouve alternativement dans une posture d'apprenti-praticien et dans une posture d'apprenti-patient. Cette alternance de posture permet à l'étudiant d'acquérir une expérience intense du phénomène interne étudié, de renouveler le rapport à son propre corps pour mieux renouveler le rapport au corps de l'autre dans une démarche heuristique, comme le précise Bourhis : « *Notre pratique d'accompagnement implique une posture heuristique de la part de l'étudiant afin qu'il*

⁴ La somato-psychopédagogie est une pratique faisant elle aussi appel à la médiation du corps sensible. Elle est pratiquée par des professionnels hors du domaine paramédical dans une optique d'éducation, d'accompagnement de personnes ou de groupes et / ou d'expressivité.

devienne expert de la subjectivité corporelle qui se donne sous ses mains. L'étudiant reconnaît les phénomènes internes à partir de ses propres catégories d'analyse, lesquelles dérivent de son expérience personnelle en tant que patient ou en tant que praticien. » (Ibid., p. 50).

La notion de *relation* au corps est primordiale lorsqu'on envisage un processus d'apprentissage, car comme le précise Bourhis (2007), « le corps en lui-même n'offre que très peu d'expériences signifiantes si on ne lui associe pas le vocable de 'relation'. En effet, ce n'est pas le corps qui porte en lui la donnée expérientielle, mais la relation que l'étudiant instaure avec son corps. Si l'on supprime la dimension relationnelle, le corps devient objet, non porteur de signification pour la personne. Grace à la relation, la personne devient 'sujet' de son expérience. » (p. 37). Au cours de la formation, par l'intermédiaire de pratiques corporelles spécifiques (relation d'aide manuelle, gestuelle, introspective et entretien verbal), l'étudiant instaure progressivement un rapport perceptif de plus en plus subtil, profond, impliqué avec son corps : le 'corps objet' laisse ainsi la place à un 'corps sujet' puis à un 'corps sensible'. Ces différents statuts du corps, témoignant de différentes relations que la personne peut instaurer avec son propre corps, sont regroupés dans le tableau ci-dessous, issu de la recherche doctorale de Bois (2007).

Tableau 1 : Les différents statuts du corps (d'après Bois, 2007)

	Fonctions
« J'ai un corps »	Corps utilitaire , corps machine, corps étendu
« Je vis mon corps »	Corps ressenti (douleur, plaisir) nécessitant un contact perceptif
« J'habite mon corps »	Corps prenant le statut de sujet , impliquant un acte de perception plus élaboré, le ressenti devenant lieu d'expression de soi à travers les perceptions internes
« Je suis mon corps »	Corps faisant partie intégrante du processus réflexif de la personne à travers des tonalités qui livrent un fort sentiment d'existence
« J'apprends de mon corps »	Corps sensible , caisse de résonance de l'expérience capable de recevoir l'expérience et de la renvoyer au sujet qui la vit

En annexe de ce mémoire (annexe A), j'ai choisi de développer une réflexion sur les différents rapports que le médecin entretient avec son propre corps, tel que cela apparaît dans la littérature médicale. Le médecin développe classiquement un rapport à son corps utilitaire et à son corps ressenti. Dans certaines formations (Balint), son corps est envisagé comme support de ses émotions et lieu d'émergence d'intuitions au sein de sa relation au patient. Je n'ai pas développé cette réflexion dans le corps du mémoire, car je souhaite me consacrer à définir plus précisément l'expérience du corps sensible.

2-2-1-3/ Corps sensible et modifiabilité perceptivo-cognitive

Les perceptions du corps sensible, telles que la chaleur, la perception d'un mouvement lent au sein de son corps, l'accès à une sensation de profondeur ou de globalité, la présence à soi et le sentiment d'existence... sont aussi porteuses de sens et de connaissance pour le sujet qui en fait l'expérience. *« L'accès au Sensible dévoile ainsi tout un univers de tonalités et de nuances qui prendront tantôt la forme de sensations cinétiques précises (...), tantôt la forme d'informations signifiantes, (...) tantôt la forme de prises de conscience spontanées faites par contraste. (...) Ces informations ne sont pas arbitraires ou quelconques mais sont, pour le sujet, en lien avec son potentiel de transformation »* (Bois, Austry, 2007, p. 8).

La formation expérientielle proposée en fasciathérapie ne se réduit donc pas aux seuls objectifs pragmatiques œuvrant aux acquisitions de compétences professionnelles. Elle est impliquante et participe à l'épanouissement existentiel de l'étudiant en favorisant de profondes prises de conscience. Dans cette optique, le modèle de la modifiabilité perceptivo-cognitive (Bois, 2005) met en avant 'la potentialité perceptive' comme support de la transformation cognitive et comportementale. Le terme 'modifiabilité perceptivo-cognitive' désigne : *« la capacité d'un sujet à percevoir mieux qu'il ne le fait habituellement, à entrer en relation avec ses perceptions de manière plus consciente, et à s'ouvrir à une nature de perception différente de celle qui lui est accessible par l'usage quotidien de ses sens »* (p. 72).

Dans cette perspective éducative et formative, la relation à la subjectivité corporelle unifie la démarche professionnelle avec la démarche existentielle. Pour apprendre le métier de fasciathérapeute, l'étudiant doit devenir sujet de sa propre expérience. Le fait d'être touché et de se ressentir de manière différente dans un cadre extra-quotidien participe à l'acquisition de nouvelles compétences, de nouvelles manières d'être à soi et à autrui qui se déploient dans le quotidien.

Ainsi, au cours de sa formation, « *l'étudiant connaît de l'intérieur l'expérience du sensible, qu'il est en train de vivre, et c'est à partir d'elle qu'il déploie de nouvelles ressources, de nouvelles manières d'être à soi et aux autres. L'accès à de nouvelles manières d'être à soi change les croyances, le regard sur la vie et sur les autres, et initie de manières de s'y prendre inédites* » (Bois, 2007, p. 295). Le tableau ci-dessous illustre ce processus de transformation, depuis le vécu perceptif jusqu'aux manières d'être à autrui.

Tableau 2 : Processus de transformation au contact du corps sensible (d'après Bois, 2007)

S'exposer	Ressentir	Devenir	Être
Expérience extraquotidienne	Sensation, tonalité	Manière d'être à soi	Manière d'être au monde
Toucher de relation	Chaleur	Je me sens en sécurité et en confiance.	Je suis plus confiant et plus sûr de moi.
	Profondeur	Je me sens touché et concerné au sein de mon intériorité.	Je suis moins artificiel, moins périphérique, plus concerné par les autres.
Toucher psychotonique	Globalité	Je me sens solide, unifié, à moi-même et à plus grand que moi-même.	Je suis moins dispersé dans ma vie, plus ancré dans les actions, plus proche des autres.
Relation d'aide gestuelle	Présence à soi	Je me sens présent à moi-même et découvre ma singularité. J'ai le goût de moi.	Je suis moins à distance des autres. Je ne suis plus à l'extérieur de moi et des choses. Je suis présent à tout ce qui m'entoure.
Introspection sensorielle	Sentiment d'exister	Je me sens situé dans ce que je ressens. Je valide ma façon d'être. Je me sens ancré dans ma subjectivité incarnée.	Je trouve ma place auprès des autres. J'ose être. J'existe en tant que moi. Je me valide. Je suis autonome et adaptable.

La lecture de ce tableau permet de voir ce que cette transformation signifie concrètement pour les étudiants : ils se découvrent plus solides, plus adaptables, se situent mieux par rapport aux autres. Bois (2007) conclut également que « *de façon quasi générale, les étudiants disent avoir gagné en ouverture d'esprit et avoir développé leur capacité d'écoute des autres* » (pp. 307-308).

Les nouvelles manières d'être développées par les étudiants au contact de leur corps sensible (plus d'écoute, de solidité, d'adaptabilité) correspondent à des manières d'être vivement recherchées par les médecins lorsqu'ils sont face à des patients atteints de maladie grave. En effet, nous aimerions tous, dans ces circonstances, pouvoir offrir au patient l'écoute dont il a besoin, être plus adaptable pour faire face à ses besoins parfois contradictoires, tout en nous sentant plus stable et plus solide.

2-2-1-4/ Corps sensible et 'sensibilité'

Au fur et à mesure que ces habiletés se développent, les étudiants ont coutume de dire qu'ils deviennent « plus sensibles », ou, comme le souligne Y1, une des participantes à la recherche de Bois, que « *le sensible fait apparaître une nouvelle sensibilité vis-à-vis de soi, des autres, du monde* » (Y1 : 1.609-610) (In Bois, 2007, p. 254).

Il est important de s'arrêter un instant sur cette notion de sensible et de sensibilité nouvelle, qui pose nécessairement question dans le contexte de mobilisation qui m'intéresse. En effet, si j'aspire à avoir une meilleure écoute, à devenir plus adaptable, plus stable, quelles pourraient bien être les conséquences de devenir *plus sensible* face à un patient atteint de maladie grave ? Rappelons ici la définition que donne Berger (2005) du corps sensible : « *un corps de l'expérience, considéré comme étant la caisse de résonance de toute expérience, quelle soit perceptive, affective, cognitive ou imaginaire. Une caisse de résonance capable tout à la fois de recevoir l'expérience et de la renvoyer au sujet qui la vit, la lui rendant palpable et donc accessible* » (p. 52). Cette image de caisse de résonance est fortement interpellante lorsque l'on s'imagine face à un patient à qui l'on doit annoncer un diagnostic de cancer ou l'apparition de métastases. N'y a-t-il pas là une mise en danger pour le soignant ? Un risque d'être trop vulnérable, trop fragile, et de percevoir avec trop d'acuité les souffrances du patient, au point de devoir s'en protéger par un mécanisme de défense, un 'blindage' protecteur ?

L'exploration des données de la thèse de Bois permet de mieux comprendre ce que signifie concrètement cette nouvelle sensibilité. Si Y1 ne précise pas la nature de cette nouvelle sensibilité, nous pouvons voir dans ses propos qu'elle n'est pas source de fragilité, ou d'instabilité, bien au contraire. Elle décrit ses sensations corporelles issues de sa relation au sensible comme un « *baume apaisant et cicatrisant* » (Y1 : l. 118-120) (Ibid., p. 254), elle

fait l'expérience d'une confiance, « *un état de confiance sur lequel je pouvais m'appuyer, une confiance corporelle* » (Y1 : l. 116-117) (Ibid., p. 254) qui la rend plus solide et plus dynamique dans le quotidien : « *Je me sens plus tonique, plus gaie, avec plus d'élan en ce qui concerne la vie quotidienne. L'état de confiance est plus stable, je me sens plus solide.* » (Y1 : l. 499-501) (Ibid., p. 255).

D1 se rend compte rétrospectivement du gain en stabilité et en adaptabilité que lui a permis son travail au contact du corps sensible : « *C'est aujourd'hui que je prends conscience de l'ampleur de ce travail de construction, de solidité, de capacité à m'adapter.* » (D1 : l. 163-164)(Ibid., p. 183).

Un autre étudiant, N1, témoigne lui aussi d'un gain en stabilité : « *plus on travaille le corps en mouvement avec sa pensée, plus la pensée et le corps deviennent libres, positifs, réflexifs, ouverts à toutes nouveautés, stables et solides* » (N1 : l. 281-283) (Ibid., p. 214), et évoque à son tour la confiance retrouvée grâce au travail avec le corps sensible : « *Je retrouve une réelle confiance, une énergie et un équilibre en moi* » (N1 : l. 252) (Ibid., p. 214).

Terminons ce panorama avec S1, qui débute tout juste sa formation, et ressent déjà un gain d'équilibre et de stabilité : « *Au niveau de mon rapport à moi-même, comme à travers mes perceptions en mouvement, je ressens plus d'équilibre, d'ancrage, de force, de sérénité.* » (S1 : l. 160-161) (Ibid., p.233).

Dans ces différents témoignages, il n'est jamais fait état d'un sentiment de « fragilisation » lié au rapport avec le corps sensible. Cette nouvelle sensibilité dont les étudiants et praticiens font état, semble au contraire porteuse de solidité, de stabilité, qui se prolonge dans le quotidien, non par un mécanisme de « blindage » ou de durcissement, mais au contraire par une meilleure adaptabilité aux événements, associé à un sentiment et un vécu incarné d'un état de confiance. Cette forme d'adaptabilité m'apparaît pertinente dans le cadre de la relation avec les patients atteints de maladie grave, qui traversent des phases psychiques variées, à un rythme qui leur est propre et auquel le soignant doit s'adapter.

Points clés : L'expérience de la relation au Sensible est une expérience à médiation corporelle qui se donne à vivre à partir du moment où l'on entre en rapport de façon consciente avec le mouvement interne, processus dynamique incarnant une force d'autorégulation de l'organisme. La formation en fasciathérapie met les étudiants en contact avec leur corps sensible. Ils font alors l'expérience d'un état de confiance incarné, gagnent en

stabilité et en adaptabilité, et développent de nouvelles manières d'être à eux-mêmes et à autrui.

2-2-2/ La posture de saisie du Sensible

2-2-2-1/ La neutralité active

La subjectivité corporelle qui se donne à vivre au sein de l'expérience du Sensible réclame la mise en œuvre de conditions spécifiques, appelées extra-quotidiennes, et tout particulièrement le déploiement d'une posture attentionnelle spécifique : la neutralité active. Cette posture interne est requise pour mettre en pratique chacun des outils de la fasciathérapie, que cela soit la thérapie manuelle, la thérapie gestuelle, l'introspection sensorielle, ou l'entretien verbal. Pour des raisons didactiques, je prendrai l'exemple de la thérapie manuelle afin de donner à voir ce positionnement intérieur spécifique que l'étudiant apprivoise peu à peu.

Le geste thérapeutique manuel en réalisé en fasciathérapie comporte deux temps: un phase de *suivi dynamique* manuel accompagnant le mouvement interne du patient tel qu'il s'offre sous les mains du thérapeute, puis une phase de *point d'appui*, au cours de laquelle le praticien réalise un « *arrêt circonstancié du mouvement interne, appliqué au bon endroit, au bon moment et avec la bonne pression* » (Bois, 2006, p. 72). L'objectif du point d'appui est de potentialiser les forces internes du patient, qui se manifestent par une réaction tonique au point d'appui. Cette réaction tonique évolue en différentes phases successives jusqu'à un *mouvement interne de résolution* (Courraud, 2009, Marty, 2012). Ce nouveau mouvement interne donne lieu à une nouvelle phase de suivi dynamique, puis à un nouveau point d'appui.

L'apprentissage du geste thérapeutique requiert un développement du savoir-faire mais aussi du savoir-être et de la sensibilité du praticien : il doit apprendre à écouter, à percevoir les mouvements internes déclenchés par son toucher dans le corps du patient. L'accès à ces perceptions requiert de la part de l'étudiant une manière d'être spécifique. En effet, le praticien ne peut pas préjuger de la forme précise que va prendre la réponse à son geste manuel : sous quel délai, dans quelle orientation, concernant quelle profondeur, dans quelle amplitude ce mouvement de résolution apparaîtra-t-il ? Il doit ainsi développer une attitude de neutralité, une capacité à laisser venir à soi des phénomènes en lien avec le mouvement interne sans préjuger de leur forme, tout en restant actif à la fois sur le plan moteur (maintenir son geste manuel par exemple) et sur le plan perceptif. C'est donc une

manière d'être très qualitative que l'étudiant doit développer : « *la posture de neutralité active procède d'une infinité de précautions afin de ne pas peser sur les phénomènes qui émergent de la relation au Sensible* » (Bois, Austry, 2007, p. 10).

L'effectuation du geste est contemporaine de la lecture de ses effets, et l'étudiant doit procéder à des réajustements perceptifs constants pour épouser la mouvance qu'il accueille et son caractère évolutif. Cette attitude, cette posture à la fois manuelle et attentionnelle est appelée *neutralité active* : « *neutre, pour permettre au mouvement interne de s'exprimer ; et active, pour lui permettre de se libérer des résistances tissulaires s'opposant à son expression* » (Bois, 2006, p. 18). L'étudiant développe ainsi une capacité d'écoute, un savoir attendre, une capacité à suivre le processus singulier de son patient en mettant de côté ses propres a priori.

Cette posture lui donne l'occasion de découvrir une modalité attentionnelle nouvelle, appelée *attentionnalité*, en ce sens que l'étudiant non seulement laisse venir à lui les perceptions, mais c'est ensuite comme si les mouvements internes qui émergent attireraient son attention : « *nous assistons alors à une mutation de l'attention, en tant qu'acte volontaire du sujet, en une attentionnalité, que nous définissons comme une qualité des phénomènes du Sensible eux-mêmes, capable de se donner à l'attention du sujet. Cette dernière se trouve comme 'aspirée' par le phénomène qui émerge et qui s'impose de lui-même dans le champ perceptif* » (Bois, Austry, 2007, p. 5).

Cette posture de neutralité active permet aussi au praticien de conserver une certaine distance vis-à-vis des contenus de vécus qui émergent, de pouvoir valider et analyser ces indicateurs internes et les prendre en compte dans sa démarche thérapeutique. En permettant d'associer logique interne du patient et démarche thérapeutique, cette posture apporte une justesse dans la relation d'aide manuelle que le praticien perçoit clairement : « *la neutralité active dans le toucher manuel offre au praticien le sentiment de coïncider avec le mouvement profond de la personne en touchant au bon endroit, au bon moment, avec la bonne présence* » (Courraud, 2007, p. 62).

Cette posture de neutralité active et cette attentionnalité doivent aussi être apprivoisée en tant que patient : il s'agit de savoir laisser venir à soi l'animation intérieure déclenchée par le geste thérapeutique du praticien.

2-2-2-2/ L'implication totale du sujet dans son expérience

Au cours des ateliers pratiques de relation d'aide manuelle, l'étudiant découvre progressivement les différents rapports qu'il peut avoir avec son intériorité corporelle, du 'corps objet' au 'corps sujet', pour enfin découvrir son 'corps sensible', ce dernier type de rapport faisant appel à un véritable paroxysme perceptif. L'affinement des potentialités perceptives s'avère une condition nécessaire mais non suffisante pour accéder à ce paroxysme perceptif : une implication du sujet lui-même est indispensable, comme le note Bourhis (2007) : « *la complicité entre la perception et la vie réflexive n'est pas suffisante pour atteindre le paroxysme perceptif, il faut y associer aux fonctions perceptive et cognitive, une dimension d'implication (éprouvé) à sa propre subjectivité. Ainsi, on comprend que la dimension du sensible nécessite l'entrelacement entre perception, cognition et implication du sujet qui vit l'expérience* » (p. 108).

L'étudiant passe alors d'une posture distanciée à une posture impliquée vis-à-vis de son expérience corporelle. L'animation interne qu'il perçoit est l'expression de ce 'corps sensible' qui lui donne à vivre des informations, des sensations, des tonalités ; elles témoignent du rapport d'implication perceptif, cognitif, affectif qu'il a avec son corps. L'étudiant est touché, concerné par son ressenti : il ne fait pas seulement l'expérience de son corps mais fait l'expérience de lui-même en s'éprouvant dans son corps. Comme le précise Courraud à l'issue de sa recherche sur les impacts de la relation d'aide manuelle chez le patient : « *ce toucher de relation soigne la relation à soi, la présence à soi et le sentiment de soi, intimement liés à la qualité de la relation au corps* » (2007, p. 126).

A travers ce rapport au corps sensible, l'étudiant fait l'expérience d'une présence à lui-même et d'un sentiment d'existence nouveau que décrit Berger : le corps sensible « *nous offre à vivre la densité – la substance, pourrait-on dire - de notre présence, la mouvance unique qui est la marque de la vie, agrémentée de ce que nous avons appelé le goût de soi, c'est-à-dire la saveur particulière qui naît du fait de ressentir cela en soi. Cette expérience n'est pas neutre, on s'y sent impliqué, elle nous concerne profondément par ce qu'elle nous révèle de nous-mêmes* » (Berger, 2006, p. 35,36). L'expérience du corps sensible fait donc intervenir une forme de 'dédoublement du je', dans le sens où la personne non seulement perçoit mais aussi se perçoit percevant. S'éprouver va donc plus loin que se ressentir, il s'agit d'entrer en relation avec soi-même : « *Etre un sujet sensible engage la personne dans un rapport privilégié à sa subjectivité incorporisée singulière. Il s'agit ici d'un sujet qui s'aperçoit*

ressentant, pensant, agissant... Le fait de s'en apercevoir implique qu'il entre en relation avec son ressenti, sa pensée et son action » (Santos, 2012, p. 181).

La relation d'aide manuelle, en ouvrant l'accès au corps sensible, permet à l'étudiant de faire l'expérience d'une nouvelle relation à son corps, d'identifier sa présence à lui et son sentiment d'existence à partir de repères organiques internes perceptibles : il s'agit d'une vraie réconciliation avec son corps comme *lieu de référence interne* (Courraud, 2007).

Au final, la médiation du corps sensible permet à l'étudiant la découverte d'une subjectivité incarnée : « *la caractéristique première de la démarche de subjectivation au contact du Sensible (...) est d'inviter chacun, à travers un enrichissement perceptif, à retrouver sa singularité* » (Santos, 2012, p. 117). Par la mobilisation d'une qualité attentionnelle à la fois active et neutre, une dimension corporelle, incarnée de la subjectivité peut se déployer. La subjectivité est alors enrichie : il ne s'agit plus uniquement de connaître des émotions, des pensées, des croyances singulières, mais d'éprouver le goût de soi, à travers des tonalités corporelles animée et mouvantes.

Points clés : Pénétrer la dimension du Sensible nécessite une posture intérieure spécifique, la neutralité active, qui permet à la fois d'accueillir les phénomènes qui émergent au contact du mouvement interne et d'ajuster conjointement son geste et son écoute. Il existe aussi une dimension d'implication de la personne : cette dernière s'éprouve au sein de sa relation au Sensible, elle se perçoit percevante dans un 'dédoublement du je'. Elle accède à son lieu de référence interne, porteur d'une subjectivité incarnée et singulière.

2-2-3/ La relation de réciprocité actuante

La relation d'aide manuelle telle qu'elle est réalisée en fasciathérapie sollicite fortement l'activité perceptivo-cognitive du patient ou de l'étudiant-patient qui s'y prête. Elle permet non seulement d'amplifier la vie tissulaire, mais aussi d'enrichir conjointement la qualité d'attention et de présence que la personne peut déployer vis-à-vis de cette même vie tissulaire, lui offrant progressivement l'opportunité d'accueillir les informations qui émergent de son corps et d'entrer en relation avec. La relation instaurée génère une réciprocité. En effet, ce qui apparaît au sein de cette relation de perception apparaît toujours sous la forme d'un processus dynamique, évolutif, venant influencer en retour celui qui perçoit : on assiste alors à

des variations infinies de tonalités, d'états, de sensations et de sens qui se déploient dans l'intériorité du sujet sensible.

Ce mode relationnel par lequel la personne accède à la dimension du Sensible, et qui traduit un rapport d'implication et d'influence entre le percevant et la chose perçue, est dénommé *réciprocité actuante*. Le terme actuant fait référence à la fois à la part active mobilisée pour entrer en relation, et également à l'altération, à l'actualisation qui en résulte. En effet, comme le précise Bois : « *La réciprocity est une double circulation qui crée une altération, c'est-à-dire un changement d'état ou de point de vue* » (littérature grise, 2011, université d'été de Chamblay).

Le premier niveau de réciprocity actuante est le déploiement d'une réciprocity de soi à soi : « *lorsque la personne est consciente de l'animation de sa matière vivante et que celle-ci lui renvoie des informations internes* » (Bois, *ibid.*). La personne déploie en ce sens un véritable geste d'altérité envers elle-même tout d'abord, en entrant en relation avec son intériorité, puis en se laissant altérer, transformer, par cette mouvance interne.

L'étudiant en fasciathérapie fait donc l'expérience de cette nouvelle modalité relationnelle qu'il instaure et apprivoise vis-à-vis de lui-même, mais cette relation vers l'intériorité ne le coupe pas des autres et du monde. Bien au contraire, le corps sensible s'envisage comme « *le lieu d'émergence perpétuelle d'une forme singulière de rapport entre soi et soi, qui devient le prima du rapport entre soi et le monde* » (Bois, Austry, 2007, p. 10). Il s'agit donc, sur la base d'un nouveau rapport à son corps et à soi-même, de déployer une nouvelle relation à autrui. Il s'agit là du deuxième niveau de réciprocity actuante : la réciprocity de soi à autrui et d'autrui à soi. La relation de réciprocity actuante est ainsi le mode de relation de la personne à son mouvement interne, mais aussi le mode de relation entre deux personnes lorsque chacune d'entre elle est en relation avec son mouvement interne, comme le précise Berger (2009) : « *la réciprocity actuante ne peut être établie que si chacune des personnes en présence fait ce qu'il faut pour accueillir l'autre dans ou depuis son rapport au Sensible, ce qui suppose qu'elle ait au préalable fait ce qu'il fallait pour être en contact avec elle-même sur ce même mode. Une relation de ce type relève donc d'un acte, un acte relationnel, au sens où elle ne peut être machinale. 'Actuante' renvoie également au fait que cette modalité de relation étant basée sur la perception du mouvement interne et de ses réactions à ce que dit, fait ou est l'autre, il y a en permanence actualisation de l'échange en fonction des données internes corporéisées.* » (p. 32,33).

Pour des raisons didactiques, je vais donner un aperçu un peu plus concret de ce que donne à vivre cette modalité relationnelle au cours d'un traitement manuel en fasciathérapie.

L'apprentissage du toucher passe par le développement d'une qualité de présence de l'étudiant à son geste thérapeutique de plus en plus grande, lui permettant d'acquérir des niveaux de perception de plus en plus fins. Le praticien s'engage dans une implication 'totale' et une relation de réciprocité actuante peut alors se déployer entre patient et praticien. L'implication concerne à la fois le patient et le praticien. Non seulement ce dernier perçoit l'animation interne de son patient, mais il entre en réciprocité avec celle-ci : il est impliqué perceptivement mais aussi organiquement dans la relation avec son patient, cette animation commence à résonner en lui, il se sent touché, concerné. Son tonus, son animation intérieure, son 'paysage intérieur' se transforme au grés de l'évolutivité des points d'appui et de l'évolutivité de l'intériorité du patient.

La perception de cette animation intérieure, de ces différents mouvements toniques générés par le point d'appui, passe par le corps sensible du thérapeute : le praticien déploie donc une double attention, à la fois aux informations internes du corps du patient et à celles qui résonnent dans son propre corps sensible. C'est une véritable communication non verbale qui s'installe alors à travers un dialogue tonique conscientisé, comme le décrit Courraud (2007), « *le phénomène de modulation tonique qui se produit dans le corps du patient (...) résonne à l'unisson chez le praticien et le patient qui perçoivent la résonnance et la tonalité que cette modulation tonique produit en eux : chacun est alors conscient des effets que la modulation tonique produit en eux (réciprocité de soi à soi) donnant lieu à une expérience subjective singulière (résonance, tonalité) sur le fond d'une expérience commune (modulation tonique)* » (p. 61). Ici se dévoile donc la relation de réciprocité actuante telle qu'elle est réalisée lors de la relation d'aide manuelle. Chacun des deux participants a un rapport singulier avec le fond perceptif commun (le mouvement interne, les réactions toniques) déclenché par le toucher, chacun est en relation avec son propre corps sensible, et avec celui de l'autre. Cela leur permet de partager une expérience commune sans être fusionné l'un à l'autre, comme conclut Courraud « *le toucher [en fasciathérapie] ne crée pas de fusion, de troubles relationnel, au contraire il permet véritablement à la personne de se distinguer elle-même, de se reconnaître elle-même dans cette expérience d'être touchée* » (Ibid., p. 124). Le terme de personne peut faire autant référence au patient qu'au praticien.

Cette modalité relationnelle peut donc se déployer lorsqu'une personne est seule avec elle-même, lors d'introspection sensorielle, lors d'une pratique gestuelle par exemple : c'est le

premier niveau de réciprocité actuante : se soi à soi. A partir de ce niveau, elle peut aussi se déployer sur un second niveau : entre deux personnes. Cette relation de réciprocité actuante de soi à autrui et d'autrui à soi peut s'instaurer grâce à un contact physique (la relation d'aide manuelle) mais également sans contact physique, lors d'un entretien verbal sur le mode du Sensible. Au final, « *la réciprocité actuante confère à vivre la possibilité de toucher par le biais de sa propre présence et d'être touché par la présence de l'autre, que le contact soit tactile ou pas* » (Lefloch, 2008, p. 55).

Points clé : La relation de réciprocité actuante définit la modalité de relation à la fois de soi-même à sa propre intériorité et de soi-même à autrui au sein de la relation au Sensible. Elle procède d'une démarche active permettant d'entrer en relation avec les phénomènes en lien avec le mouvement interne, et de se laisser altérer, transformer, de s'actualiser à leur contact.

2-2-4/ Première synthèse et ponts avec la relation médecin-malade

En découvrant la posture de neutralité active et le toucher manuel sur la base de la réciprocité actuante, l'étudiant fait l'expérience d'une relation à autrui qui s'instaure sur la base d'une relation à soi spécifique, relevant d'une implication perceptive et organique totale vis-à-vis de sa propre intériorité corporelle. Dans la formation médicale, la relation du soignant à lui-même n'est jamais envisagée *pendant* la relation au patient, mais en différé, lors de séance de formation continue, de groupe de pairs ou de supervision. Ici, l'étudiant découvre qu'il n'y a au contraire pas de relation au patient sans l'établissement préalable d'une relation à soi, sans un rapport intense à sa propre subjectivité, et cette relation se manifeste par des données perceptives corporelles très concrètes.

L'implication, ici, n'est pas d'ordre émotionnelle, comme elle l'est souvent entendue dans la littérature médicale, mais d'ordre perceptive : l'étudiant expérimente les effets de ce type d'implication, en terme de présence à soi, d'accès à des repères internes, de possibilité de présence à autrui en amont de ses a priori.

La réciprocité actuante permet aussi l'accès concret, perceptible et éprouvé à une forme de communication non verbale par le biais du dialogue tonique. L'étudiant fait l'expérience d'une modalité relationnelle qui ne crée ni une fusion ni une trop grande distance par rapport au patient. Mais la réalité tangible, perceptible de cette relation, sous la forme du

dialogue tonique, permet d'aller au-delà de la formulation par la double négative (ni fusion ni distanciation), en donnant au praticien des repères internes, concrets, de la justesse de sa relation. La relation de réciprocité actuante ne se définit pas par ce qu'elle n'est pas mais par ce qu'elle est. Ainsi, les effets générés par le point d'appui et perçus par le praticien lui indiquent que la relation de réciprocité est bien en train de s'instaurer avec son patient ; l'évaluation des paramètres de la réaction tonique lui permet d'évaluer de façon très précise la qualité de sa relation d'aide (Courraud, 2007). Il s'agit là d'une nouveauté particulièrement marquante pour l'étudiant, surtout s'il vient d'une formation médicale, au sein de laquelle la bonne distance relationnelle est trop souvent décrite par ce qu'elle n'est pas (ni fusion, ni distanciation) : les repères y sont donc donnés en terme 'd'échec', il n'y a pas de repères perceptifs pour signifier à l'étudiant que sa relation est juste et donc thérapeutique.

Enfin, nous avons vu que l'accès à la réciprocité actuante dans la thérapie manuelle nécessite un praticien qui s'implique jusqu'à être touché par ce qu'il perçoit. Pendant les études de médecine, les conseils relationnels délivrés par nos pairs comprennent souvent l'injonction : 'ne te laisse pas trop toucher !', être touché s'envisageant dans ce cas sur le plan émotionnel, et représente une situation à éviter. Dans la formation en fasciathérapie, l'étudiant fait l'expérience d'une nouvelle façon d'être touché : sur le mode du sensible, être touché n'est pas un échec, une conséquence néfaste d'une mauvaise gestion de la distance thérapeutique, mais fait au contraire partie des voies d'accès à sa subjectivité corporelle, pour construire avec autrui une relation thérapeutique porteuse. Etre touché signe d'ailleurs une juste distance relationnelle. Comme le dit Austry : « *être touché n'est pas à envisager simplement comme effet, mais plutôt comme une posture qui construit le rapport à l'autre dans le geste. Etre touché n'est donc pas non plus à entendre comme émotion ou sensualité mais comme attitude de prendre soin* » (2009, p. 145). Une fois de plus, il y a là un changement profond dans les représentations que l'on peut avoir de la relation soignant – patient. La relation de réciprocité actuante, permet d'être touché, altéré. Pour s'ouvrir à autrui il ne s'agit pas d'être blessé, comme l'envisage De Hennezel, mais de se rendre altérable et de se laisser altérer depuis un lieu de stabilité.

2-2-5/ Relation au Sensible et impacts sur l'interactivité en milieu professionnel

Ma recherche vise à identifier des impacts de l'expérience de la relation au Sensible dans un terrain d'application autre que celui d'une 'pratique du Sensible'. Je ne cherche en effet pas à comprendre les impacts relationnels dans ma pratique de fasciathérapeute, pratique lors de laquelle je suis nécessairement en relation avec le Sensible, mais bien dans le cadre de ma pratique de médecin, laquelle ne fait pas appel de façon nécessaire à la dimension du Sensible. Dès lors, je dois encore déployer dans le champ théorique ce qui a trait à ce type de situation.

La dimension du Sensible se dévoile à la personne par la mise en œuvre de conditions dites extra-quotidiennes, par des pratiques telles que la relation d'aide manuelle, l'introspection, la relation d'aide gestuelle ou l'entretien verbal à médiation corporelle, par l'adoption d'une posture interne de neutralité active et d'une implication totale dans son acte relationnel à son intériorité corporelle. Comment envisager le transfert, les impacts vers une activité plus quotidienne, ne faisant pas appel à ces pratiques ?

Le processus de modifiabilité perceptivo-cognitive, au contact du corps sensible, génère de profonds changements dans les manières d'être et les comportements des étudiants. Parmi les participants à la recherche de Bois (2007), j'ai par exemple repéré cette étudiante qui témoigne de l'impact de l'enrichissement du rapport à son corps dans la sphère relationnelle : « *il m'est clairement apparu que mes difficultés relationnelles ne pourraient se transformer qu'en changeant ma relation à moi, à mon corps* » (I1 : l. 144-145)(p. 200). J'ai exploré plus avant les résultats de recherche de Bois (2007), ce qui m'a permis de constater les impacts de cette transformation sur le plan relationnel personnel, 'au quotidien'. A travers les témoignages des différents participants, il m'apparaît que les manières d'être qui se développent au contact de la relation au corps sensible vont dans le sens d'une manière d'être en relation plus équilibrée, moins jugeante, défusionnée et respectueuse d'autrui. Ces personnes qui font l'expérience de la relation au corps sensible tendent à entrer en relation avec autrui avec moins de peur (d'être envahie, d'envahir, d'être ébranlée), plus d'authenticité, plus de respect aussi (moins de jugement). Mais cette dynamique de transfert dans la vie *personnelle* n'est pas exactement celle qui correspond à ma recherche, c'est pourquoi j'ai décidé de mettre les résultats détaillés de cette exploration en annexe (Annexe B).

Je m'intéresse en revanche à une forme de transfert par laquelle les personnes restent en relation avec le Sensible au cours d'une pratique *professionnelle*. Les recherches de Santos (2012) et Villeneuve (2011) sont intéressantes dans ce cas, car elles ont évalué les impacts de la relation au Sensible pour des enseignants, au sein de leur pratique professionnelle (respectivement la formation d'adulte et la formation d'enfants).

La recherche de master de Villeneuve (2011) a permis d'évaluer les impacts, chez l'enseignant de primaire et au cours de son activité professionnelle, de la relation au Sensible. Villeneuve conclut que les enseignants qui ont fait l'expérience de la relation au Sensible, et qui parviennent à rester en relation avec le Sensible pendant leur temps de travail, sont plus disponibles, plus ouverts, plus stables et plus adaptables. Ils gagnent en souplesse et en possibilités de réactions dans une situation donnée. Ces gains sont directement liés à leur capacité de présence à eux-mêmes et à autrui à travers une subjectivité corporéifiée. Comme le note Villeneuve : « *cette présence lui permet d'abandonner ses stratégies de contrôle et de relâcher ses tensions. Ce relâchement engendre déjà un abaissement du stress.* » (p. 51). Les enseignants gagnent en authenticité, et développent une écoute plus fine de leurs états internes mais aussi de l'état de leurs jeunes étudiants.

La recherche doctorale de Santos (2012), quant à elle, s'intéresse à des formateurs universitaires. Chacun des six participants témoigne du fait que sans la relation au Sensible, certaines expertises ne pourraient se développer, telle qu'une capacité à être authentique et juste dans la relation aux étudiants, la capacité à créer une interaction plus nourrissante avec le groupe. La qualité relationnelle qui se déploie avec les étudiants est en lien direct avec la qualité relationnelle que les formateurs instaurent avec leur propre corps. Ils parviennent alors à instaurer avec les étudiants une interactivité sur le mode du Sensible, qui « *favorise l'écoute dans le groupe grâce à l'incarnation et à la qualité de la présence* » et au sein de laquelle émerge « *un état de confiance partagé* ». Cette interactivité « *favorise l'adaptabilité du formateur dans sa classe et l'émergence créative* », elle retentit jusque dans la parole du formateur, lui permettant « *de parler plus lentement et d'habiter sa parole* » (Santos, 2012, p. 403, 404).

La capacité des formateurs à pénétrer leur subjectivité sur le mode du Sensible semble décupler leur capacité d'interaction avec autrui, comme le conclut Santos : « *Le retour à soi rencontré dans la démarche du Sensible est le préalable à l'accueil d'autrui. Chez les six participants, on constate un souci constant de l'altérité. (...) Il y a une affirmation de la subjectivité du sujet comme lieu qui favorise l'interactivité, tant au niveau personnel que*

professionnel » (Ibid, p. 407). La démarche des formateurs est synthétisée dans le tableau suivant.

Tableau 3 : L’interactivité mise à l’œuvre au contact du Sensible (d’après Santos, 2012)

L’interactivité mise à l’œuvre au contact du Sensible		
L’interactivité est :	L’interactivité résulte :	L’interactivité favorise :
<ul style="list-style-type: none"> • incarnée • partagée sur le mode de la réciprocité avec le groupe par la voie de la résonance corporelle 	<ul style="list-style-type: none"> • d’un entraînement à contacter le Sensible • d’une préparation à contacter le Sensible avant le cours • d’une présence à soi sur le mode du Sensible • d’un effort perceptif et attentionnel au groupe 	<ul style="list-style-type: none"> • l’adaptabilité du formateur • L’attitude à saisir de l’émergence créatrice • La posture à se laisser porter par le processus qui émerge du groupe • La parole du formateur • La compréhension des étudiants

2-3/ Conclusion

J’ai constaté au cours de mon exploration théorique combien la relation médecin – malade était importante dans le cas de maladie grave, et combien elle était fragile. En effet, dans ce contexte de souffrance, l’accès du soignant à la dimension subjective (la sienne et celle du patient) a souvent pour effet de le renvoyer à des mécanismes de défense. La relation ne peut alors plus être soignante.

J’ai aussi constaté l’impact positif de l’enrichissement du rapport au corps, tel qu’il est proposé en fasciathérapie et à travers la relation au Sensible, sur l’enrichissement et le déploiement de qualité relationnelles. Plus précisément, au sein d’une pratique d’enseignement, les professionnels qui mettent en œuvre une interactivité avec leur étudiants sur le mode de la relation au Sensible témoignent d’une plus grande adaptabilité, d’une meilleure capacité d’écoute, du déploiement d’une qualité de présence, d’une diminution de leur stress et d’un abandon de leurs stratégies de contrôle.

Ma dynamique de questionnement concernant l’objet de ma recherche s’en trouve enrichie: que peut-il se passer pour le soignant quand il est face à un patient atteint de maladie grave ? Peut-il mettre en place facilement un rapport avec sa subjectivité corporelle sur le

mode du Sensible ? Quels en sont les impacts ? Que deviennent alors ses mécanismes de défense ?

C'est pour répondre à ce questionnement que j'ai mis au point ma méthodologie de recherche, que je présente dans la deuxième partie de ce mémoire.

DEUXIEME PARTIE

POSTURE EPISTEMOLOGIQUE

ET

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

CHAPITRE 1

POSTURE ÉPISTEMOLOGIQUE

1-1/ Une recherche qualitative dans le paradigme compréhensif et interprétatif

1-1-1/ La recherche qualitative en médecine

Tout chercheur se doit non seulement de *veiller à* mais également *d'explicitier* la cohérence épistémologique de sa démarche. Dans le domaine médical, deux types de démarche de recherche sont envisageables : la recherche quantitative d'une part, la recherche qualitative d'autre part.

La recherche quantitative, positiviste, est la plus répandue. Ce type de recherche a pour but de prouver et de quantifier l'efficacité (ou l'inefficacité) d'une procédure diagnostique ou thérapeutique. La méthodologie consiste en la mise en œuvre de protocoles de recherche très strictes, visant à exclure toute subjectivité, et permettant le recueil de données objectives qui seront ensuite analysées à l'aide d'un outil statistique. Les résultats sont des données chiffrées.

La recherche qualitative, quant à elle, s'effectue non pas dans un but de preuve et de quantification, mais dans un but d'éclairage et de compréhension d'une expérience humaine singulière. La méthodologie employée vise à recueillir des données qualitatives, telles qu'un témoignage par exemple. Dans un deuxième temps, l'analyse qualitative de ces données est réalisée, dans le but d'en « *extraire le sens plutôt que de les transformer en pourcentage et statistique* » (Paillé, Muchielli, 2008, p. 9). Ce deuxième type de recherche, qui prend en compte la subjectivité des vécus humains, a été initialement développé dans le domaine sociologique. Il a émergé plus récemment en médecine. Ainsi, une visite sur PubMed permet de déterminer que 1842 articles de recherches qualitatives s'intéressant à la relation soignant – patient ont été publiés, dont 1761 dans les dix dernières années⁵. La recherche menée par Daneault et son équipe (2004) citée dans le cadre théorique en est un exemple.

⁵ Recherche sur le site internet Medline (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed) effectuée en mai 2012 avec : [qualitative research] AND [Professional – patient relations]

1-1-2/ Le paradigme compréhensif et interprétatif

Ma recherche s'intéresse à la dimension subjective contenue dans l'acte de soin, au vécu intime du soignant dans sa relation avec le patient atteint de maladie grave. Au sein de cette relation, ma recherche vise plus précisément à comprendre les impacts d'un rapport du soignant à son corps sensible, expérience elle aussi intime et subjective. A ce titre, une démarche qualitative dans le paradigme compréhensif et interprétatif m'a paru la plus adéquate pour questionner cette expérience interne (Dilthey, 1992 ; Paillé, 1997).

1-1-3/ Une méthodologie d'inspiration phénoménologique

Ma recherche vise à identifier et comprendre les impacts de ma relation au Sensible dans ma pratique : mon analyse m'amènera donc à explorer le contenu de mon expérience, à le décrire au plus juste, se rapprochant d'une méthodologie d'inspiration phénoménologique : « *La science humaine phénoménologique est l'étude des significations vécues ou existentielles ; elle essaye de décrire et d'interpréter ces significations avec un certain degré de profondeur et de richesse* » (Van Manen cité par Bois, 2007, p. 136). Ces propos attirent l'attention sur le fait que description et interprétation sont fortement inter-reliés dans une démarche de compréhension, comme le note Bois : « *la description de l'expérience même appelle déjà son interprétation pour que son sens soit mis à jour* » (Bois, 2007, p. 142).

1-2/ Une posture de praticien-chercheur

1-2-1/ Justification de ma posture de praticien-chercheur

L'objet de ma recherche est ma propre pratique de soignant au contact de patients atteints de maladie grave. A ce titre, j'effectue ma recherche depuis une posture de praticien-chercheur, comme le définit De Lavergne (2007) : « *le 'praticien-chercheur' et un professionnel et un chercheur qui mène sa recherche sur son terrain professionnel* » (p. 28).

Cette posture particulière nécessite d'être argumentée et précisée, afin d'en comprendre les enjeux, les difficultés et les richesses.

C'est à la suite de découvertes et de questionnements en lien direct avec ma double pratique de médecin et de fasciathérapeute qu'a émergé ma question de recherche. Le choix d'une posture de praticien-chercheur est dicté par la nécessité de cohérence avec mes objectifs de recherche : l'envie de mieux comprendre les spécificités de ma pratique.

Qu'est ce qu'une pratique ? Pour le dictionnaire du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales⁶, la pratique d'un métier désigne le « *fait d'exercer une activité particulière, de mettre en œuvre les règles, les principes d'un art ou d'une technique* ». La pratique de tout médecin, mettant en œuvre un savoir-faire en lien avec des connaissances théoriques, n'échappe pas à cette définition, mais celle-ci s'avère incomplète. En effet, elle ne prend pas en compte l'aspect dynamique, vivant de toute pratique, qui en fait un atout fondamental dans le cadre d'une recherche. Le praticien est sans cesse confronté à des situations inédites, le poussant à chercher des solutions tout aussi inédites ou lui faisant découvrir des aspects de lui-même ou de l'autre jusqu'alors inconnus.

Ainsi, la pratique peut aussi être envisagée comme « *le lieu privilégié de la création, de l'invention. En effet, c'est dans l'expérience vécue que se situe une 'région sauvage', pour reprendre les termes du phénoménologue Tenguely, c'est-à-dire une région d'émergence qui déborde le contrôle de la conscience réfléchie, et qui de ce fait permet la création, l'invention, la saisie de nouvelles intuitions au sein même du vécu professionnel.* » (Vermersch dans Bois, 2006, pp.11-12). On peut d'ailleurs constater que la pratique, de par son côté créatif, est parfois en avance sur la recherche universitaire ; mais il est indispensable d'ajouter que seule une recherche bien menée permet de valider ces « intuitions » issues de la pratique, de les formaliser, de les transformer en théories ou en modèles, de les inscrire dans le « *champ de connaissance de l'humanité en marche* » (Berger, 2007, littérature grise⁷). C'est précisément ce que permet la recherche menée en tant que praticien-chercheur.

Mener une recherche depuis ce lieu de création permet de produire des connaissances qui viendront enrichir à la fois le monde scientifique et le monde professionnel dans un « *étayage mutuel* » tel que l'explique De Lavergne : « *l'activité professionnelle génère et oriente l'activité de recherche, mais aussi de façon dialogique et récursive, (...) l'activité de recherche ressource et ré-orienté l'activité professionnelle.* » (De Lavergne, 2007, p. 29). De plus, les résultats d'une recherche ancrée dans une pratique ont l'avantage d'être directement applicables dans cette pratique, ce qui n'est pas toujours le cas dans la recherche pure.

⁶ www.cnrtl.fr Site internet consulté en novembre 2007

⁷ Cours de mestrado de psychopédagogie perceptive, Université Moderne de Lisbonne

1-2-2/ Différenciation d'avec d'autres postures de recherche en médecine

Il n'existe pas de statut officiel de praticien-chercheur, aussi il me semble nécessaire de citer 2 postures reconnues dans le monde médical et qui *ne correspondent pas* à la posture de praticien-chercheur, afin d'éviter toute confusion et de souligner encore une fois l'originalité de celle-ci.

D'une part, les médecins français sont désormais tenus de réaliser régulièrement une Evaluation de leur Pratique Professionnelle. Il s'agit pour eux d'analyser leur pratique afin d'objectiver ce qu'ils font (et non pas ce qu'ils croient faire) puis de corriger leur pratique afin de diminuer l'écart entre ce qui est fait et ce qui devrait être fait conformément aux recommandations de la Haute Autorité en Santé. Cette posture semble se rapprocher de celle de *praticien-réflexif*, dans le sens où le médecin prend du recul par rapport à sa pratique afin de l'améliorer ; mais elle ne vise pas à une production de connaissance et ne correspond donc pas à celle de praticien-chercheur, où le praticien, « *tout en partant des questionnements issus de sa pratique, est en mesure de les complexifier, d'établir des mises en relations élargies, et de construire ainsi des connaissances sur différents phénomènes du réel* ». (Lanaris, 2007, p. 6)

D'autre part, le *praticien hospitalo-universitaire* est un statut classique dans les CHU en France. Il correspond au médecin qui a une triple pratique : une pratique clinique dans sa spécialité médicale, une pratique d'enseignant et une pratique de chercheur. Les 3 pratiques sont dans ce cas compartimentées. La recherche qu'il mène, même si elle relève de son domaine d'expertise théorique, ne s'effectue pas *sur* sa pratique de clinicien ou d'enseignant ; il n'est pas impliqué dans sa recherche ; il n'est donc pas un praticien-chercheur.

1-2-3/ La gestion de l'implication

Dans le cas du praticien-chercheur, on assiste à un décloisonnement des différentes activités et à la naissance d'une nouvelle identité, « *constituée de l'interaction entre ces 2 mondes : un praticien qui cherche, un chercheur qui pratique* » (De Lavergne, 2007, p. 29).

C'est de cette interaction que le travail d'un praticien-chercheur tire toute sa richesse, mais aussi ses difficultés, d'une part de reconnaissance (par ses deux communautés), et d'autre part dans la conduite même de la recherche.

En effet, « *adopter cette position originale n'est jamais simple car cela pose la question fondamentale de la capacité du chercheur à jeter sur un terrain dans lequel il évolue bien souvent lui-même en tant qu'acteur, un regard qui n'est précisément plus celui d'acteur* » (Albarello, 2003, p. 20).

Au delà des choix méthodologiques, il s'agit de trouver une « *maléabilité intérieure* » permettant d'être « *à la fois distant et impliqué, immergé et surplombant, expert et lucide* » (Bois, 2007, p. 129). La gestion de l'implication du chercheur va plus loin que la nécessité de trouver une distance adaptée à la pratique de la recherche. En effet, il s'agit aussi de se décentrer de sa pratique pour la regarder d'un œil neuf, comme le précise Berger (2009b) : « *ce n'est pas seulement d'éloignement qu'il s'agit, mais aussi de décentrage, c'est-à-dire de capacité à regarder sa pratique depuis un autre endroit que celui dont on a l'expertise ; il ne s'agit plus uniquement de s'en éloigner mais de s'en décaler, de la dépasser.* » (p. 196).

1-2-4/ L'homme derrière le chercheur

« *Derrière une thérapie il y a le thérapeute et derrière le thérapeute, il y a l'homme* » (Bois cité par Quéré, 2004, p. 23). Ce postulat peut aussi s'appliquer à la posture de praticien-chercheur : derrière la recherche il y a le chercheur et derrière le chercheur, il y a l'homme. Dès lors, il convient de s'interroger : qui est l'homme derrière le praticien-chercheur ? quelles sont ses motivations, ses aspirations profondes ?

Pour De Lavergne, qui détaille les enjeux de recherche du praticien-chercheur, si « *il y a là une véritable demande adressée à la communauté scientifique, une demande de théories, de savoirs (...) il y a aussi, dans un mouvement paradoxal, l'intention de comprendre sans que le discours scientifique de conduite 'au dépouillement identitaire des acteurs' (Bergier, 2000, p. 13), à la non reconnaissance de l'autre dans son identité, 'à la rupture du lien intérieur de l'humanité' (ibid) » (De Lavergne, 2007, p. 30)*

Après un bac 'scientifique' suivi de 9 années d'études 'scientifiques', les découvertes et les questionnements générés par mon travail de médecin-fasciathérapeute m'ont donné une soif nouvelle de nourritures scientifiques, de référents théoriques et de méthodes pour revisiter ma pratique et la comprendre différemment tout en restant profondément praticien, au contact direct de ce *lien intérieur de l'humanité*, de cette dimension humaine de ma

pratique. En ce sens, la posture de praticien-chercheur est également adaptée, cohérente avec ce que je suis ou ressens en tant que personne, et je me retrouve clairement dans les propos de De Lavergne, sans toutefois être complètement en accord avec sa vision. En effet, si je comprends le caractère paradoxal que possède cette posture dans la communauté scientifique, il me semble que pour 'l'homme derrière le chercheur', il ne s'agit pas d'un paradoxe mais peut être au contraire d'une aspiration très unifiante que de penser que la rigueur n'empêche pas l'humanité et que l'on peut puiser dans ce que la communauté humaine a produit de plus méthodique afin d'éclairer sous un nouveau jour l'une des facettes les plus singulières et les plus vivantes de l'être humain.

1-3/ Une démarche heuristique

1-3-1/ Présentation de la démarche heuristique

J'ai adopté dans ma recherche une posture et une démarche heuristique. « Dérivée du grec *Heuriskein*, qui signifie 'découverte', la recherche heuristique part du principe que nous ne pouvons réellement connaître un phénomène qu'à partir de nos catégories propres d'analyse, lesquelles dérivent de notre expérience personnelle de la réalité. » (Paillé, in Muchielli, 2004, p. 226). A partir de ce principe de base, on voit ici se dessiner la posture du chercheur, qui ne cherchera à comprendre un phénomène qu'à la condition d'en avoir une expérience personnelle, suffisamment intense pour qu'il puisse en extraire ses propres catégories d'analyse. Ainsi, comme le souligne Bois, c'est une approche « à la fois qualitative et impliquante qui autorise une exploration expérientielle et donc la participation directe du chercheur au processus de sa recherche » (Bois, 2007, p. 139). Cette posture est donc en accord avec ma posture de praticien-chercheur, et avec ce qui a présidé à la genèse de cette recherche. En effet, je part du principe que mes six mois d'internat en Unité de Soins Palliatifs ont contribué à me donner une expérience intime et intense du phénomène que je souhaite explorer.

Paillé précise que la procédure habituelle de recherche comprend d'abord « une réflexion et un questionnement introspectif intenses de la part du chercheur » suivi de la réalisation « d'entrevues en profondeur avec les co-chercheurs » (Paillé, ibid, p. 226). Cela offre un premier éclairage sur la démarche heuristique globale, laquelle consiste à interroger

d'abord sa propre expérience avant d'aller interroger d'autres personnes qui ont eu une expérience similaire, et qui deviennent alors des co-chercheurs. Ma recherche ne faisant appel qu'à ma propre expérience, apparaît alors comme la première phase d'une démarche de recherche heuristique. Cependant, la démarche heuristique permet que ce processus autobiographique retentisse de façon plus vaste qu'une simple problématique personnelle, ainsi que le souligne Moustakas: *“la recherche heuristique est un processus qui commence par une question ou un problème que le chercheur souhaite éclairer ou approfondir. La question s'appuie sur ce qui a été un enjeu personnel et une interrogation dans sa quête de se comprendre soi-même et le monde qui l'entoure. Le processus heuristique est autobiographique, cependant dans pratiquement toute question qui importe personnellement il y a une dimension sociale – et peut être universelle – de sens.”* (Moustakas, 1990, p. 15, traduit par Cusson, 2011). Dans toute recherche qualitative, c'est la valeur représentative d'un cas, et non pas l'importance du nombre, qui prime: *« l'échantillon n'est pas seulement affaire de nombre (...). L'échantillon remplit cette tâche qui consiste à 'bien construire' l'objet d'étude en le représentant adéquatement et, à cet égard, un cas peut suffire »* (Hamel, 2000, p. 15)

1-3-2/ Un point de vue radicalement en première personne

Cette démarche heuristique, visant à la compréhension plus fine de l'expérience qui a été la mienne, se fera donc non seulement en première personne, mais plus précisément radicalement en première personne: *« le point de vue en première personne 'au sens fort', ou encore 'radicalement' en première personne (Vermersch, 2000) se rapportant exclusivement à ce que le chercheur lui-même peut dire de son expérience propre, à son propre témoignage qu'il prend pour matériau de et pour sa recherche »* (Berger, 2009b, p. 204).

1-3-3/ Une recherche dans le courant de la recherche-formation

Ma recherche s'inscrit dans le courant de la recherche formation, tel que défini par Lanaris : *« dans la recherche – formation, le chercheur est à la fois le SUJET qui effectue la recherche et l'OBJET sur lequel porte la recherche »* (Lanaris, 2001, p. 232). Mener cette recherche m'amène successivement à explorer mes motivations professionnelles, à confronter ma pensée à celle de référents théoriques, à verbaliser avec plus de précision que je ne l'ai jamais fait ma pratique professionnelle, à rentrer dans une compréhension profonde de mon expérience, enfin à mettre en lien ces différentes dimensions. Ma pratique en est

profondément enrichie, je la regarde et la comprend différemment, que peux déployer mes questionnements professionnels dans des dimensions non explorées jusqu'alors... Je retrouve ici les changements professionnels évoqués par Lanaris : « *le praticien – chercheur est au centre de sa démarche, l'expert de sa pratique, l'auteur des (...) changements de sa pratique (...) changement de la perception de soi, changements de rapport (au pouvoir, au savoir, aux autres)* » (Lanaris, 2001, p. 236)

CHAPITRE 2

MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

2-1/ Mon choix radical d'être l'unique participante à ma recherche

Comme je l'ai développé dans mes pertinences et dans l'explicitation de ma posture épistémologique, et tel que je l'ai formulé à travers ma question de recherche, je suis l'unique participante à ma recherche. Ma démarche se présente donc comme la première phase d'une démarche heuristique (interroger mon propre vécu d'un phénomène), depuis une posture de praticien-chercheur et radicalement en première personne.

J'aurais pu néanmoins orienter ma question de recherche de façon plus vaste, telle que : quels sont les impacts de la relation au Sensible chez les soignants au contact des patients atteints de maladie grave ? Cela aurait permis d'inclure d'autres participants, en élargissant à d'autres professions (médecin, infirmière, kinésithérapeute), et en sortant du cadre restreint de la pratique médicale. En effet, certains professionnels fasciathérapeutes (médecins, kinésithérapeute, infirmières) accompagnent des patients atteints de maladie grave, mais cela se fait dans le cadre de séances de fasciathérapie, lors desquelles les thérapeutes sont nécessairement en relation avec la dimension du Sensible. Un tel choix de participants ne m'aurait pas permis d'étudier précisément le contexte de l'entretien médical, et les impacts de la relation au Sensible sur ce terrain extérieur à la dimension du Sensible.

Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient donc fermes et restreints, répondant à ma démarche heuristique, et aboutissant au final à n'avoir qu'un seul participant : moi-même.

Cependant, une recherche ne s'effectue jamais en solitaire, et l'apport des co-chercheurs a été déterminant pour la collecte des données, comme je vais le décrire maintenant.

2-2/ La collecte des données

2-2-1/ Choix de l'interview en profondeur

Au départ de ma recherche, je pensais collecter mes données par la rédaction d'un journal concernant ma pratique auprès de patients atteints de maladie grave. Mais si l'écriture n'était pas un obstacle pour moi, je savais néanmoins qu'une certaine pudeur me caractérise, et je craignais, en réalisant un travail d'écriture en solitaire, de ne pas suffisamment me dévoiler. Il me semblait aussi qu'une dynamique interactive telle qu'une interview me permettrait d'aller plus en profondeur dans l'explicitation de mon vécu. C'est ainsi que j'ai choisi l'interview en profondeur comme mode de recueil de mes données.

De ce choix allait découler deux autres choix : qui allait m'interviewer et comment.

2-2-2/ Choix des intervieweurs

En tant que future interviewée, j'avais une double expertise : celle de médecin travaillant auprès de patient atteints de maladie grave, et celle de la relation au Sensible. En miroir, j'avais donc théoriquement le choix parmi quatre types d'intervieweur :

- Ceux ayant une expertise de la relation au Sensible,
- Ceux ayant une expertise de la pratique médicale auprès de patients atteints de maladie grave,
- Ceux ayant les deux expertises,
- Ceux n'ayant aucune de ces deux expertises.

Mon choix s'est porté sur le premier type d'intervieweur. Ce choix d'interlocuteur était intéressant à double titre : les modalités d'interview et le contenu des questions.

En effet, avec un interlocuteur expert dans le domaine de la relation au Sensible, l'interview pouvait se dérouler sur le mode de la *réciprocité actuante*, telle que je l'ai définie dans mon cadre théorique. Il me semblait que cette qualité d'écoute et cette qualité relationnelle me permettraient dans un premier temps de me sentir en confiance pour me dévoiler. Il me semblait aussi que cela permettrait de faire jouer pleinement la dimension d'interactivité entre intervieweur et interviewée, terreau fertile à l'expression d'une parole authentique et inédite. Cette interview serait finalement proche d'une relation d'aide au sein de laquelle mon interlocuteur saurait quand et comment m'aider à préciser ma pensée, à affiner ma description, à rentrer en profondeur dans une dynamique de compréhension...

Par ailleurs, le fait que mon interlocuteur connaisse la relation au Sensible faisait que je n'avais pas à lui expliquer cette dimension particulière. Cela pouvait lui permettre de questionner avec une réelle curiosité les impacts de cette relation dans un contexte de mobilisation qui lui était moins familier : la pratique médicale auprès de patients atteints de maladie grave.

Au final, l'interview s'est réalisée pendant un stage de mestrado, elle a été faite non pas par un mais deux intervieweurs qui étaient donc des co-chercheurs.

2-2-3/ Choix d'une interview semi-directive avec guide

Le but de l'interview était de produire des données qualitatives (ici sous la forme d'un témoignage verbal) qui puissent par l'analyse servir mes objectifs de recherche. Au sein de mon thème général de recherche, il y avait donc la nécessité d'aiguiller les intervieweurs dans des axes plus spécifiques. J'ai à cet effet construit un guide d'entretien. Cette méthodologie s'accorde avec la démarche heuristique. En effet, l'*Encyclopedia britannica* décrit cette démarche comme une procédure de résolution de problème en trois temps: « - se faire une idée de ce que l'on s'attend à découvrir; - utiliser cette idée comme guide dans la recherche des faits, dans la sélection et l'attribution de significations à ces faits; - élaborer sans cesse de nouvelles idées plus pertinentes au fur et à mesure que l'on avance dans la découverte et l'interprétation des faits. » (Bois, 2007, p 138).

Cette notion d'idée directrice, qui oriente le regard du chercheur, peut paraître de prime abord en contradiction avec la notion même de recherche qualitative, dont l'une des caractéristiques essentielles est de comprendre « *des phénomènes au départ des patterns de données plutôt que de recueillir des données pour évaluer un modèle théorique préconçu ou des hypothèses a priori* » (S.P. Pourtois et H. Desmet dans Mucchielli, 2004, p 73). Pourtant, certains auteurs s'opposent à l'idée de l'émergence des sujets, des thèmes ou des problèmes uniquement à partir des données du terrain. Becker par exemple précise la façon dont données et théorie se génèrent réciproquement: « *la théorie soulève des questions, suggère des choses à regarder, souligne ce que nous ne savons pas encore, et la recherche répond à des questions mais nous rend aussi conscient de choses auxquelles nous n'avions pas pensé et ce qui, en retour, suggère des possibilités théoriques* ». Ainsi, « *la recherche qualitative est toujours menée à l'intérieur d'un cadre théorique et (...) le chercheur possède au départ un petit nombre de questions qui orientent l'étude (...).* » (S.P. Pourtois et H. Desmet, ibid, p 74).

2-2-4/ Construction du guide d'entretien

C'est à partir d'une réflexion personnelle nourrie par ma pratique et par des référents théoriques, et régulée par mes objectifs de recherche, que j'ai défini six grandes idées directrices ou plus précisément six grands axes de mon guide d'entretien.

La formulation de mon guide d'entretien a nécessité l'aide d'un co-chercheur qui connaissait très bien ma question et mes objectifs de recherche. J'ai dû m'y reprendre à deux fois avant d'aboutir au guide tel qu'il apparaît en annexe (Annexe C). En effet, les remarques de mon co-chercheur m'ont permis de prendre conscience que j'avais tendance lors des deux premiers guides à formuler des questions en lien avec ma recherche, mais auxquelles je savais répondre, pour lesquelles j'avais une réponse 'toute faite'. Le guide tel qu'il apparaît en annexe est celui que j'ai donné à mes intervieweurs. Il était à mon sens abouti, car d'une part je savais que les questions posées permettaient de solliciter mon témoignage dans des axes précis et concrets en lien avec ma recherche, et d'autre part, il me générait un sentiment d'inquiétude, voir de peur : allais-je être capable d'y répondre ? Je sentais qu'à travers ces questions, qui étaient justifiées et cohérentes avec mes objectifs de recherche, je me mettais d'une certaine façon en danger. Ces questions venaient réellement me questionner, j'allais devoir m'exposer et m'expliquer...

Mon guide témoigne donc d'une démarche anticipatrice, et les six grands axes explorés, qui forment autant de rubriques ou de catégories 'a priori' sont les suivants :

- Axe 1 (question 1) : il vise à préciser le contexte et la genèse de ma dynamique évolutive vers l'intérêt pour la médecine, la fasciathérapie, les soins palliatifs. Cet axe me permettra de revisiter mes motivations et probablement participera à la construction de ma problématisation, notamment au niveau de mes pertinences.
- Axe 2 (question 2): il vise à identifier ce que signifie pour moi 'accompagner'.
- Axe 3 (question 3): il vise à faire un état des lieux de ma formation à l'accompagnement des patients atteints de maladie grave.
- Axe 4 (question 4): il questionne directement les impacts de mon expérience de la relation au Sensible dans ma pratique médicale auprès de patients atteints de maladie grave et notamment sur le plan relationnel. Cet axe apparaît central et constitue le corps de l'entretien. Il se trouve en continuité avec le développement de mon cadre théorique.
- Axe 5 (question 5): il vient questionner plus précisément mon rapport à la souffrance et à la nécessité de trouver une bonne distance dans la relation, depuis une posture du

Sensible, et est également central par rapport à mes objectifs de recherche.

- Axe 6 (question 6): il interroge les impacts de mon expérience de la relation au Sensible et de mon expérience auprès des patients en fin de vie dans des secteurs personnels et existentiels.

2-2-5/ Déroulement de l'entretien

L'entretien s'est déroulé lors d'un stage d'accompagnement collectif des travaux de mestrado. Deux co-chercheurs ayant un intérêt pour mon thème de recherche se sont proposés pour m'interviewer. Le thème, la question, les objectifs de ma recherche leur étaient détaillés par écrit (Annexe C). L'entretien n'était pas figé, ils étaient libres de laisser leur créativité s'exprimer, mais pouvaient se référer à tout moment au guide d'entretien afin d'orienter leurs questions selon les six axes définis, ceci pour susciter mon témoignage dans des régions utiles de mon expérience. L'interview s'est déroulée dans des conditions de réciprocité actuante, il a été enregistré ; il a duré 1h20.

2-3/ Analyse

Je l'ai réalisée seule, sans faire appel à mes co-chercheurs. De façon schématique, elle a consisté en un travail de *transcription, transposition et reconstitution* (Paillé et Mucchielli, 2008, p. 62) faisant appel à une analyse principalement phénoménologique des données.

2-3-1/ Phase de pré-analyse

A partir de l'enregistrement audio, j'ai réalisé une *transcription* strictement mot-à-mot donnant lieu à un premier verbatim, puis une '*traduction*' afin de lisser et franciser le discours des différents participants, d'en rendre la lecture plus fluide, tout en gardant les caractéristiques de l'oralité. Ce verbatim comporte 19 pages et est présenté en annexe (Annexe D).

Dans cette phase de pré-analyse, j'ai réalisé un *découpage descriptif de la structure* de l'entretien. Cela m'a permis de constater que mes intervieweurs ne se sont pas appuyés de façon stricte sur les différentes questions du guide, mais que tous les axes ont été abordés, de façon informelle mais bien présente, et également en suivant la chronologie du guide d'entretien. Il y a en effet 70 questions ou relances, parmi lesquelles sept questions majeures. Dans ces sept questions majeures, on retrouve les six grands axes du guide, ainsi qu'une toute

première question majeure, en début d'interview, destinée à préciser mon contexte professionnel (question 0 définissant l'axe 0).

L'axe 0 (question 0) est suivi de 2 relances. L'axe 1 du guide bénéficie de 4 relances, l'axe 2 de 5 relances, l'axe 3 de 2 relances, l'axe 4 de 23 relances, l'axe 5 de 16 relances et l'axe 6 de 11 relances. Je constate que ce sont les axes 4 et 5, cruciaux pour ma recherche, qui ont le plus de relances, ce qui est bon signe.

Sur un plan plus qualitatif, cette phase de pré-analyse m'a permis de mettre en valeur les qualités de mes intervieweurs. Leurs relances sont très variées et je note une différence entre les deux intervieweurs. Bruno a pris en quelque sorte la direction des opérations : c'est lui qui débute l'interview et qui a le plus de relances à son actif. Ses relances sont souvent destinées à me faire préciser mes paroles (exemple : R0-1, R0-2, R3-1, R3-2), à approfondir (R 1-1, R1-2, R4-16, R4-17), ce sont parfois des relances empathiques (exemple : R4-10, R5-7), des relances catégorielles témoignant de son esprit analytique (R2-3, R2-4), des relances pour explorer un même phénomène dans différents secteurs (R4-2, R5-8). Isabelle, si elle se fait entendre plus rarement, n'en est pas moins présente, impliquée et déterminée dans cette interview. Ses relances permettent de rythmer et de faire avancer l'interview quand celle-ci 'patine', soit en passant à des sous-questions (R2-1, R2-2) soit en changeant d'axe. Ses relances servent aussi à me faire verbaliser un implicite (R4-1), à préciser ma pensée (R4-7, R4-4), m'aide à faire 'aboutir' ma réflexion (à ce titre la succession R5-1, R5-2, R5-3 et R5-4 donne à voir un véritable accouchement). Mes deux intervieweurs ont donc été complémentaires au cours de l'entretien.

2-3-2/ Analyse

2-3-2-1/ Analyse classificatoire

Au contact du verbatim, j'ai reformulé les six axes tout en restant fidèle à l'esprit et à l'intention de ma recherche, afin de construire un récit et une intrigue qui soit la plus en lien avec la dynamique de mon expérience telle que je la voyais émerger au contact des données.

J'ai donc dans un premier temps effectué une analyse classificatoire et un travail de *transposition*, en réarrangeant les données pour leur donner une nouvelle mise en valeur. J'ai ainsi regroupé les six axes a priori en trois grandes phases.

La première phase s'intéresse à la *genèse* de ma pratique, aux choix successifs qui m'ont amené à travailler en soins palliatifs en tant que médecin fasciathérapeute (axe 1). L'analyse de mes données m'a également permis de comprendre que la formation que j'ai reçue pour accompagner les patients atteints de maladie grave (axe 3) a fait partie intégrante de mes motivations. C'est pourquoi cette phase consacrée à la genèse de ma pratique regroupe les axes 1 et 3 (genèse et formation).

La deuxième phase revient sur cette *expérience singulière* : celle de ma *pratique* concrète, actée, auprès de patients atteints de maladie grave. Elle regroupe donc les axes 4 et 5 (impacts de la relation au Sensible dans ma pratique, et notamment dans mon rapport à la souffrance, car cette souffrance est incontournable dans cette pratique).

La troisième phase s'envisage comme une *interrogation actuelle de mes points de vue*, comme résultants de cette expérience d'accompagnement de patients en soins palliatifs. Elle réunit les axes 2 et 6, en interrogeant l'impact de cette expérience sur mon point de vue professionnel sur l'accompagnement d'une part et l'impact de cette expérience dans des dimensions plus personnelles voir existentielles d'autre part.

Cette analyse classificatoire est présentée en annexe (Annexe E) : elle comprend toutes les parties et sous-parties, les séquences et les sous-séquences qui se sont dévoilées au fur et à mesure que je rentrais dans une compréhension phénoménologique des données.

2-3-2-2/ Mise en intrigue et en valeur par un récit argumenté

Suite à cette analyse classificatoire, j'ai réalisé un travail de *reconstitution*, pour donner à voir mais surtout à lire, sous forme d'un récit argumenté, mes résultats de d'analyse. Il s'agit d'une mise en intrigue, qui reprend les trois phases de ma dynamique : genèse, expérience intense d'une pratique, points de vue actuels. Ce récit est dit argumenté, car chaque énoncé est soigneusement illustré par l'extrait du verbatim qui a permis de lui donner naissance. J'ai de façon méthodique interrogé les données dans une dynamique phénoménologique, me posant à chaque fois la question : « qu'est ce que je veux dire par là ? », explorant en profondeur le vécu relaté et lui donnant sens. Mais à certains moments, je percevais que ma dynamique réflexive changeait, que les données m'offraient un tremplin pour réfléchir, prendre du recul, conceptualiser un phénomène que je pouvais alors nommer en terme de catégorie émergente. La notion de « proximité défusionnée » en est un exemple. Au final, mes résultats d'analyse apparaissent dans le corps de ce mémoire sous forme d'un

récit argumenté à la fois descriptif et interprétatif, réparti en trois volets correspondant à trois phases de mon parcours.

TROISIEME PARTIE

ANALYSE

ET

INTERPRÉTATION DES DONNÉES

CHAPITRE 1

RESULTATS D'ANALYSE

Présentation des résultats

Je rappelle ici ma question de recherche : quel est l'impact de mon expérience de la relation au Sensible dans ma pratique relationnelle de médecin auprès de patients atteints de maladie grave ?

Mon expérience de la relation au Sensible étant issue de ma pratique de fasciathérapeute, une première dynamique d'analyse a été développée afin de comprendre la genèse de cette situation singulière : celle d'un médecin fasciathérapeute exerçant auprès de patients atteints de maladie grave. Comment en suis-je arrivée là ? Quelles ont été les motivations à l'œuvre ? Ces résultats de recherche sont présentés dans le sous-chapitre 'Genèse et motivations de mes choix professionnels'.

Une deuxième dynamique d'analyse a consisté à explorer les impacts de mon expérience de la relation au Sensible dans ma pratique 'en acte', concrète, auprès de ces patients. Ces résultats sont présentés dans le sous-chapitre 'Impacts de ma relation au Sensible dans ma pratique médicale auprès de patients atteints de maladie grave'.

Une dernière dynamique d'analyse a été développée afin de faire le point sur les impacts plus généraux de cette expérience professionnelle, depuis une posture en retrait ou en surplomb de ma pratique. Les impacts ont été évalués sur le plan professionnel, dans ma façon d'envisager mon rôle de médecin, en répondant à la question suivante : que signifie pour moi, au jour d'aujourd'hui, accompagner un patient ? Les impacts ont aussi été évalués sur le plan personnel et existentiel : comment mon expérience de la relation au Sensible auprès de patients atteints de maladie grave m'a transformée et enrichie dans ces dimensions ? Ces derniers résultats sont présentés dans le sous-chapitre 'Impacts professionnels et personnels de mon expérience de médecin fasciathérapeute auprès de patients atteints de maladie grave'.

1-1/ Genèse et motivations de mes choix professionnels

L'analyse des données classées dans cette rubrique a pour objectif de mieux comprendre la genèse de cette situation singulière : celle d'un médecin fasciathérapeute exerçant auprès de patients atteints de maladie grave. L'analyse des données s'est ainsi faite selon deux grandes orientations : une première ayant pour objectif de mettre à jour ce qui a motivé ma double formation à la médecine et à la fasciathérapie ; une deuxième ayant pour objectif de mettre à jour ce qui a motivé à mon exercice auprès de patients atteints de maladie grave, notamment en Unité de Soins Palliatifs.

1-1-1/ Genèse de la 'double casquette' de médecin et de fasciathérapeute

Au moment de l'interview, je suis un jeune médecin généraliste de 28 ans. J'ai soutenu ma thèse de doctorat quelques mois plus tôt, et j'exerce depuis 3 ans en tant que remplaçante. *« je suis médecin généraliste, je fais des remplacements »* 1 2. Je suis également diplômée en fasciathérapie depuis 4 ans, et ma pratique professionnelle est déjà caractérisée par cette double formation: *« je fais des consultations de médecine 'classique' (...), et puis des séances de fasciathérapie »* 1 5, 6.

L'analyse des données m'a permis d'identifier 3 phases distinctes et successives dans la genèse de mon choix de cette double formation professionnelle, à la fois médecin et fasciathérapeute. En effet, après une première phase qui a abouti à mon choix de devenir médecin, j'ai décidé de devenir également thérapeute manuelle, et c'est seulement dans un troisième temps que j'ai choisi de me former à la fasciathérapie, parmi d'autres thérapies manuelles possibles.

a/ le choix de devenir médecin : au carrefour de mon intérêt pour le corps et de mon envie de 'prendre soin' des personnes en souffrance

Cette première phase a lieu lorsque j'ai 16 ans, *« au lycée, en première »* 1 15, 16. Je constate que déjà à cette époque, je démontre un intérêt pour un rapport au corps dans sa dimension expressive, en faisant du théâtre notamment. *« je faisais du théâtre et on avait travaillé le jeu d'acteur à travers la gestuelle, l'expressivité, etc »* 1 37-40.

Lorsque j'évoque ma motivation à choisir une orientation professionnelle, je m'aperçois que cette motivation est double : d'une part une soif de connaissance concernant le fonctionnement du corps humain, d'autre part l'envie de 'prendre soin' des personnes en souffrance : « *Ce qui me plaisait c'était la dimension à la fois de connaissance, comprendre comment ça fonctionnait, la physiologie du corps humain, etc ; et puis j'avais aussi l'envie de soin, enfin vraiment de prendre soin des personnes qui souffraient.* » l 16 – 19. Je vois donc qu'à cette période, j'ai non seulement un intérêt intellectuel pour le corps humain, mais aussi l'envie de m'engager dans une profession de 'soignant', dans une pratique de soin. Je remarque également que les souffrances que j'évoque dans l'interview ne sont pas uniquement d'ordre somatique, mais également psychique : « *ça pouvait aussi bien être souffrance psychologique* » l 20.

Mon intérêt est donc tourné vers une prise en charge globale, c'est-à-dire physique et psychique, de mes patients potentiels. Je suis alors confrontée à une indécision et à la difficulté de choisir un seul métier qui pourrait remplir ce vaste cahier des charges alliant connaissance approfondie et pratique de soin, dimension somatique et dimension psychique. « *J'ai hésité entre psychologie et médecine, et même kinésithérapie* » l 20, 21. Je constate que si mon choix de devenir médecin s'est posé relativement tôt, pendant cette année de première au lycée « *Donc médecine (...), en première c'était décidé* » l 22, l'analyse de mes données ne me permet pas d'accéder à ce qui m'a permis de trancher et de choisir cette profession parmi les autres possibles « *ça m'est venu comment... ? Je ne sais pas trop* » l 15. L'analyse de mon interview ne m'apporte pas de précision : je ne peux ainsi qu'émettre l'hypothèse que le métier de médecin me semblait pouvoir répondre à « *toute cette envie-là...* » l 21, sans s'attacher exclusivement au corps ('kinésithérapie') ou au psychisme ('psychologie').

Au final, ce qui transparait de l'analyse de cette première phase c'est que c'est au carrefour de mon intérêt pour le corps humain et de mon envie de 'prendre soin' des personnes en souffrance que j'ai dans un premier temps posé mon choix de devenir médecin.

b/ Le choix de devenir médecin et thérapeute manuel : soigner avec mes mains comme l'image d'une pratique de soin et d'une modalité relationnelle 'idéales' avec le patient

L'analyse de mon interview me permet d'identifier la deuxième phase, qui survient l'année suivante, « *en terminale* » l 24. Je suis surprise à la fois de la brièveté et de l'impact de cette phase, constituée par un événement fondateur à la fin d'une séance d'ostéopathie, qui m'apparaît à l'origine d'un tournant décisif dans mon choix professionnel. Le soin manuel en lui-même ne semble pas m'avoir laissé de souvenir particulier, et je constate que je l'évoque de manière assez indifférente : « *c'était du pur cracking, 'paf-paf' et c'est bon...* » l 35. Si je reconnais dans l'interview n'avoir pas eu de ressenti corporel notable, je vois en revanche clairement qu'il me reste une image, gravée dans ma mémoire, et associée à une idée : celle de soigner avec les mains. « *l'image qui m'est restée c'est... à la fin on discutait puis [l'ostéopathe] m'a dit 'tu vois, moi je soigne avec ça' et elle me montre ses deux mains. Et c'est vraiment resté, ça, comme (...) un moment fondateur* » l 24-26. Cette image a eu un profond écho en moi et j'estime que ce moment a été fondateur dans le sens où il a donné naissance à une première certitude pour moi (certitude qui par la suite influencera radicalement mon parcours professionnel) : celle de vouloir devenir thérapeute manuel. Je constate que j'ai vécu ce moment comme un 'déclat intérieur' : « *'ah oui c'est ça ; oui c'est ça que je veux faire'* » l 27.

Une deuxième source d'étonnement à l'analyse de mon interview est de constater ce que signifie pour moi, à cet instant, soigner avec les mains : c'est établir une relation directe au corps du patient : « *une (...) relation au corps [du patient] avec son propre corps... (...) une relation directe avec le patient sans passer par des médicaments ou autre...* » l 29-31. Je constate donc mon envie de ne pas laisser mon propre corps de côté dans ma pratique de soin, et je remarque également avec surprise que c'est le mode relationnel qui semble pour moi si attractif dans cette idée de soigner avec les mains, ainsi que l'idée de s'affranchir de la pharmacopée ou de tout 'intermédiaire' dans la pratique de soin.

Je tiens enfin à préciser que cette prise de décision ne correspond pas à une forme de 'copier-coller' ou d'imitation par une adolescente d'un adulte pouvant faire forte impression ou autorité. En effet, je semble bien dans une dynamique de recherche de *mon* métier : c'est ainsi que suite à cet échange fondateur avec ce kinésithérapeute ostéopathe, j'ai décidé de devenir « *médecin thérapeute manuel* » l 28-29.

c/ le choix de devenir fasciathérapeute : issu d'une rencontre incarnée émouvante avec moi-même ainsi qu'avec une qualité relationnelle et d'accompagnement

L'analyse me permet enfin d'identifier la troisième et dernière phase de cette genèse qui a lieu l'année suivante, lorsque je commence mes études de médecine. Je réalise que j'ai à cette période une connaissance et une expérience très limitées dans le vaste champ des thérapies manuelles. « *En tant que patiente je ne connaissais que l'ostéopathie* » l 36 ; « *j'avais juste eu 2 séances* » l 34-35. Rappelons que j'avais aussi expérimenté la pratique gestuelle proposée en fasciathérapie dans le cadre de mes activités théâtrales. Pendant ma première année de médecine, je fais alors le choix d'expérimenter, en tant que patiente, la relation d'aide manuelle telle qu'elle est réalisée en fasciathérapie : « *j'ai commencé à me faire traiter [en fasciathérapie] en première année de médecine* » l 42, 43. Je me rend compte que cette phase d'expérimentation a débouché progressivement sur une évidence : j'ai eu le sentiment d'avoir trouvé *la* méthode que je voulais pratiquer en tant que thérapeute manuel. « *au fur et à mesure [des traitements en fasciathérapie], (...), il y a eu je pense une évidence (...) c'est clair que c'était cette méthode-là que je voulais, (...) c'était ça, quoi.* » l 43- 46.

Interrogée sur ce qui m'a touchée au point de générer cette évidence, je constate que j'ai tout d'abord du mal à isoler un seul événement fondateur, tant 'tout' semble m'avoir touché dans mon expérience de patiente : « *je ne me souviens pas d'un moment précis (...) Et bien il y avait tout* » l 50. Mais en analysant plus finement mon interview, je me rend compte qu'en réalité, je relate avec précision deux séances qui dans mes souvenirs ont chacune contribué à leur manière à faire naître cette évidence.

Je m'aperçois ainsi que j'ai été d'emblée touchée par mon ressenti corporel, et cela au cours de ma toute première séance de thérapie manuelle. J'évoque en effet ce moment comme celui d'une rencontre émouvante avec ma propre intériorité, avec moi-même. « *le ressenti corporel (...) la première séance, il y avait un côté très émouvant, [lorsque ma thérapeute est allée travailler] au niveau osseux (...) là c'était quelque chose de très très émouvant, en fait, de moi* » l 50- 53.

Si je ne donne pas plus de précision concernant cette séance, je détaille en revanche plus facilement une autre séance, pendant laquelle j'ai aussi été particulièrement touchée, mais pour une toute autre raison. En effet, au cours de ma première séance de travail gestuel avec cette même thérapeute, je constate que j'ai été vivement touchée non pas par mon

ressenti corporel, mais par la qualité de présence de ma thérapeute : « *assez vite on est passé à des séances de gestuelle, et il y avait beaucoup, je pense, sa présence à elle* » l 54, 55. Je suis surprise de pouvoir me remémorer avec précision ce qui m'a touché dans sa présence, plus de dix ans après cette séance. En effet, je relate que j'ai vécue cette présence comme un soutien solide et constant, permanent : « *tout au long de la séance. Je me souviens qu'il y avait une heure de séance (...) et elle avait vraiment une présence, enfin à aucun moment elle ne m'a lâché* » l 55- 57. Cette permanence du soutien me semble d'autant plus remarquée et appréciée que je me trouve pendant cette séance au cœur d'une difficulté gestuelle: « *[je devais] trouver une transversalité du bassin en position assise (...) et ce n'était vraiment pas gagné* » l 56-59. Au sein de cette difficulté, une autre qualité que je remarque concernant la présence de ma thérapeute est qu'elle se caractérise par une volonté de m'aider à trouver ma propre solution, mes propres voies de passage, sans se substituer à moi : « *elle me disait : 'trouve, trouve', et elle essayait avec moi de trouver ma voie de passage, pour que j'arrive enfin à avoir un mouvement linéaire* » l 57-59. Au final, au cours de cette séance, je constate que j'ai été touchée par la nature et la qualité de ma relation avec ma thérapeute, que j'ai vécue comme un véritable accompagnement et une relation d'aide, « *il y avait aussi cette relation-là, (...) d'accompagnement (...) et d'aide* » l 60, 61.

Par ailleurs, je remarque que j'exprime une fois de plus mon goût pour le travail gestuel proposé par cette méthode : « *et puis il y avait toute la gestuelle, aussi, ça me plaisait bien* » l 62.

Au final, mon analyse me permet de comprendre non seulement qu'il y a eu deux phases fondatrices distinctes qui ont participé à orienter mon choix professionnel vers la fasciathérapie, mais également que ces deux phases étaient très différentes l'une de l'autre. En effet, je remarque que lors du premier événement fondateur (la séance d'ostéopathie) ma certitude de vouloir devenir thérapeute manuel était issue d'une image, d'une phrase, et que l'idée que j'avais alors de ce métier était qu'il correspondait conceptuellement à une modalité relationnelle idéale, et me permettait d'engager mon propre corps dans mon action de soin. En revanche, au cours de la deuxième phase tout aussi fondatrice (l'expérimentation de la fasciathérapie), l'évidence est cette fois-ci issue d'un vécu corporel, d'une rencontre avec moi-même dans ma chair et d'une rencontre avec une qualité de présence du soignant, ainsi qu'une qualité relationnelle. Je constate que ce que j'ai découvert du métier de fasciathérapeute en me faisant traiter, et ce qui m'a touchée dans cette pratique au point de vouloir en faire mon métier, c'est principalement la qualité de la relation entre le thérapeute et

le patient, la qualité de présence du soignant, une présence constante et qui lui permet d'aider le patient tout en cheminant à ses côtés : « *voilà, tu es toujours là en temps que thérapeute à côté de ton patient, à l'aider* » l 61. C'est pour moi un constat surprenant que de voir à quel point ma motivation était liée non pas à l'efficacité du geste thérapeutique mais à la qualité relationnelle qui se déploie au cours d'une séance de fasciathérapie. L'importance de la dimension relationnelle est donc pour moi une donnée présente dès la genèse de mon parcours professionnel.

Je débute ma formation en fasciathérapie lors de ma 3^{ème} année de médecine, précocité qui est assez rare dans le parcours d'un médecin, et témoigne de l'importance de ma motivation qui ne pouvait visiblement pas tolérer de délai.

1-1-2/ Genèse de ma motivation pour la pratique en soins palliatifs

a/ Le constat de mes difficultés relationnelles auprès de patients en souffrance

Je rappelle ici que la prise en charge des personnes en souffrance, que celle-ci soit physique ou psychique, est une des mes motivations initiales dans mon choix de devenir médecin: « *j'avais aussi l'envie de soin, enfin vraiment de prendre soin des personnes qui souffraient. (...) Ca pouvait aussi bien être souffrance psychologique* » l 18-20.

Dans mon interview je souligne qu'au cours de mes six premières années d'études de médecine j'ai été confrontée à plusieurs reprises à des patients en souffrance, qui présentaient par exemple des mécanismes de défense psychiques tels que le déni : « *on avait été confronté à plein de patients qui étaient dans des réactions de déni,* » l 77. Je note que tout comme mes collègues étudiants, j'avais des difficultés à comprendre ces patients et j'étais incapable de mettre en place une attitude pertinente : j'aboutissais à une impasse relationnelle: « *on était un peu dans une espèce d'incompréhension de ce qui se passait, on se disait 'je lui explique, il ne comprend pas, je lui réexplique, il ne comprend toujours pas',* » l 79, 80.

Cette incompréhension, à l'origine d'une mauvaise approche relationnelle, pouvait s'expliquer par le fait que je n'avais pas encore reçue de formation théorique sur ces facettes de la souffrance. En effet, la psychologie médicale et la dimension palliative de la médecine ne nous a été enseignée qu'en sixième année : « *on ne l'a abordé [les soins palliatifs] qu'en*

toute fin de cursus (...) on a eu quelques cours sur la prise en charge de la douleur, la prise en charge des symptômes en fin de vie, le deuil, etc » l 73-75.

b/ La rencontre avec la théorie des soins palliatifs comme déclencheur d'une motivation à apprendre par la pratique

Je m'aperçois en analysant mon interview que recevoir ces cours théoriques tardivement dans mon cursus de formation a été comme un choc : *« on avait vraiment été choqué, (...) on avait l'impression d'arriver à la fin de notre cursus et qu'on nous expliquait enfin les choses qu'on avait pu rencontrer. »* l 77-81.

Je souligne à plusieurs reprises que ces cours théoriques censés nous former à l'accompagnement de patients atteints de maladie grave, étaient à mon goût peu nombreux. *« En 6^{ème} année, c'était un peu la gestion de la douleur, un petit peu la théorie pour traiter la dyspnée ou les symptômes qui sont gênants en fin de vie. On a eu des petits cours théoriques sur les étapes du deuil, par exemple, ils nous ont dit que c'était pareil que lorsqu'on annonce une maladie grave, le patient passe par des étapes de déni, de colère, etc»* l 168-172.

Je constate aussi que peu d'outils d'accompagnement concrets nous étaient proposés : *« concernant les outils en eux-mêmes d'accompagnement, dans les cours, rien »* l 174, 175. Je cite toutefois quelques conseils relationnels reçus, m'encourageant par exemple à trouver la bonne distance avec les patients, à ne pas me laisser toucher émotionnellement. *« ce qu'on retrouve beaucoup dans la littérature, ou même dans les conseils qu'on te donne, c'est qu'il ne faut pas te laisser toucher, qu'il ne faut pas rentrer dans l'émotionnel, et c'est souvent une question de distance par rapport au patient. »* l 520-522. Mais je vois bien que ces conseils n'étaient cependant pas accompagnés d'outils ou de clés facilitant leur mise en œuvre concrète.

Néanmoins, je note que ces cours théoriques, si minimes soient-ils, m'ont fourni des éléments de compréhension qui jusque-là m'avaient fait défaut dans ma relation aux patients. *« Donc il y avait une première compréhension de comment un patient en théorie peut réagir quand il est dans cette situation-là »* l 172-174. Cette compréhension m'a donc permis d'avoir un autre regard sur mes difficultés relationnelles avec les patients atteints de maladie grave. Cette approche théorique m'a aussi permis de découvrir qu'il était possible de procéder d'une façon plus adaptée auprès de ces patients, puisque toute une dimension de la médecine y était consacrée à travers la pratique des soins palliatifs.

C'est de cette découverte théorique des soins palliatifs, associée au constat que jusqu'à présent je n'avais sans doute pas été très pertinente dans ma relation avec ces patients en grande souffrance, qu'est née l'envie d'aller voir sur le terrain ce que pouvait être la pratique médicale auprès de ces patients : « *du coup moi j'avais cette envie-là de voir un peu dans la pratique ce que ça pouvait être.* » l 81-82. Sentant que j'avais encore des choses à apprendre dans ce domaine, c'est ce qui m'a motivé à aller me former en Unité de Soins Palliatifs.

Cette 'envie' était loin d'être une idée en l'air, puisque je l'avais même inscrite sur une 'liste' de choses à faire : « *J'avais fait ma petite liste de spécialités (...) que je voulais faire ou au moins essayer, pour voir si au niveau pratique ça me plaisait.* » l 66-68. Mon objectif était clairement un objectif de découverte dans un apprentissage sur le terrain : « *j'avais envie d'essayer, de faire ça, pour voir... ce que ça pouvait être.* » l 71, 72. Il s'agissait pour moi d'un essai, pas d'un choix de spécialisation définitif : « *ce n'était pas un choix de profession pour tout le temps* » l 84.

Enfin, je constate que j'étais très consciente de m'engager dans une pratique éprouvante, difficile pour le soignant. Dans ces circonstances, les conditions de l'internat me semblaient idéales pour découvrir cette pratique, m'offrant à la fois une durée déterminée de six mois et un encadrement par une équipe spécialisée, élément protecteur et rassurant à mes yeux. « *l'internat c'était une chance pour ça, de pouvoir être 6 mois dans un service, avec une équipe, donc un espace un peu protégé* » l 83-85. En relisant mon interview, je suis assez surprise de m'apercevoir aussi déterminée et réfléchie dans ma façon de m'engager dans un apprentissage par la pratique, en ayant bien pris soin de trouver le terrain d'apprentissage le plus sécurisant possible.

c/ L'internat en Unité de Soins Palliatifs comme terrain d'apprentissage par la pratique et d'autoformation

En tant que nouvelle interne dans l'Unité de Soins Palliatifs (USP), j'ai travaillé initialement avec un médecin référent qui avait une approche relationnelle très différente de la mienne : celui-ci parlait beaucoup et donnait aux patients de nombreuses explications que je jugeais compliquées. « *on n'avait pas du tout la même approche des patients, il parlait beaucoup, il expliquait beaucoup de choses, et c'était quand même compliqué pour les*

patients, les familles. » l 203-205. Par contraste, je me vois apparaître comme un médecin parlant peu, et qui cherche à être la plus simple possible dans ce que je dis.

Ne me reconnaissant pas dans la façon de procéder du médecin référent, j'ai alors choisi de ne pas opter pour un apprentissage par mimétisme : « *du coup je me suis retrouvée dans une assez grande liberté, c'était clair qu'il ne serait pas mon modèle, donc à partir de là, j'ai découvert par moi-même comment faire, comment gérer, comment m'adapter, etc. Oui c'était sur le tas.* » l 205 – 208. Je suis une nouvelle fois étonnée de constater chez moi un caractère très affirmé, une prise de décision radicale dans mon choix d'apprentissage, dans le repérage et le refus d'un modèle qui ne me ressemblait pas, dans le choix de faire cet apprentissage 'seule'. Je m'aperçois aussi avec surprise que loin de me déstabiliser, cette situation semblait me plaire, comme si m'affranchir d'un référent était synonyme de liberté, me permettant de partir à la découverte de ma propre façon de faire pour accompagner un patient en fin de vie. « *découvrir au jour le jour comment moi je faisais. (...) 'comment on accompagne un patient dans un service de soins palliatifs'.* » l 188-190.

Cette autoformation au contact des patients avait non seulement le goût de la découverte, mais aussi celui de la création « *découvrir, et puis créer, en fait, ce que c'est pour moi qu'accompagner, et comment je le fais* » l 176, 177, soulignant la part active qui a été la mienne dans ce processus.

Au final, je considère mon semestre en USP comme la plus grande part de ma formation à l'accompagnement des personnes atteintes de maladie grave : « *dans la pratique, c'est mon internat, c'est les 6 mois en soins palliatifs* » l 175-176 : il s'agit donc d'un apprentissage par la pratique.

1-1-3/ Synthèse

A l'âge de 16 ans, j'ai décidé de devenir médecin. Ce choix professionnel me permettait de répondre à ma motivation principale : prendre soin des personnes en souffrance, que celle-ci soit d'ordre physique ou psychique.

A l'âge de 17 ans, j'ai choisi de devenir 'médecin – thérapeute manuel'. Ce choix répondait d'une part à mon intérêt à la fois intellectuel et pratique pour le corps, et d'autre part à mon intérêt pour une dimension relationnelle passant par le toucher, l'envie d'un contact direct avec le corps du patient dans ma pratique de soin.

A l'âge de 18 ans, j'ai décidé de devenir fasciathérapeute après m'être faite traiter par un professionnel de cette méthode. Au fil des séances, j'avais fait l'expérience d'une thérapie manuelle permettant au patient d'entrer en relation avec lui-même par le biais d'un rapport perceptif à son propre corps, et permettant au soignant de développer une qualité relationnelle importante et d'offrir au patient une présence constante, l'aidant à traverser des phases de difficulté. Ce sont ces deux aspects qui m'ont touchée et motivée particulièrement. J'ai débuté ma formation en fasciathérapie alors que j'étais en troisième année de médecine.

Prendre soin de personnes atteintes de maladie grave faisait partie de mes motivations professionnelles initiales. A l'issue de mes 6 premières années de médecine, cette motivation semblait intacte, mais je me suis trouvée face à mes limites en tant que soignant. En effet, face aux souffrances psychiques de ces patients, j'éprouvais des difficultés relationnelles. La découverte des soins palliatifs dans des cours théoriques m'a permis de prendre du recul sur mes difficultés et d'envisager une possibilité d'apprentissage par la pratique. J'ai ainsi décidé de faire un semestre d'internat dans une Unité de Soins Palliatifs afin d'apprendre 'sur le terrain'. Mon travail auprès des patients en fin de vie résultait donc d'une motivation d'apprentissage. A mon arrivée dans ce service, j'avais 25 ans. J'ai appris aux côtés d'un jeune médecin référent que j'ai choisi de ne pas prendre pour modèle concernant la façon de gérer la relation au patient, car je ne me reconnaissais pas dans sa façon de faire. Je suis alors entrée dans une dynamique d'autoformation au contact des patients en fin de vie et de leur famille.

1-2/ Impacts de mon expérience de la relation au Sensible dans ma pratique médicale auprès de personnes atteintes de maladie grave

Ma formation à la fasciathérapie m'a apporté une expérience approfondie dans le domaine de la relation au Sensible. A 24 ans, j'étais diplômée en fasciathérapie. Mon travail auprès de patients atteints de maladie grave s'est d'abord fait de façon 'intensive' lors de mon semestre d'internat en Unité de Soins Palliatifs (USP), lorsque j'avais 25 ans, puis s'est prolongée dans ma pratique de médecin généraliste.

La dynamique d'analyse dont je vais maintenant présenter les résultats vise à mieux comprendre les impacts concrets de mon expérience de la relation au Sensible dans ma

pratique de médecin avec les patients atteints de maladie grave. Mon analyse m'a permis dans un premier temps de mettre en évidence trois difficultés concrètes face à ces patients. Puis j'ai pu préciser la place de la relation au Sensible au sein de ma recherche d'un positionnement me permettant de rester soignant malgré ces difficultés. Ensuite, j'ai pu identifier les impacts de la relation au Sensible sur ces trois grandes difficultés, et rentrer dans une compréhension des mécanismes de ces impacts. Au final, j'ai pu préciser la posture de saisie du Sensible comme me permettant d'être ajustée au plus près de la singularité du patient sans perdre pour autant mon rôle de médecin.

1-2-1/ Particularités de l'entretien médical en soins palliatifs

A l'analyse de mon interview, je relève combien l'entretien verbal est omniprésent dans ma pratique médicale auprès des patients atteints de maladie grave : « *l'entretien, on va dire verbal, il est toujours là, déjà de par ma fonction de médecin, je leur parle pour évaluer s'il y a besoin de changer de traitement, des choses comme ça* » l 360-361. Comme je le précise, j'ai appris lors de ma formation médicale à mener un entretien clinique 'classique' visant à poser un diagnostic et à informer le patient de sa situation. « *l'entretien médical 'classique', celui que j'ai appris : les antécédents, les motifs de consultation, les symptômes, et puis après on fait l'examen, et puis on explique au patient : on va faire tel bilan, on va essayer tel traitement, etc. Ca c'est celui que j'ai appris à l'hôpital* » l 215 – 218.

J'ai relevé dans mes données trois grandes particularités des entretiens avec les patients atteints de maladie grave, qui sont la confrontation à la souffrance, aux silences des patients et aux contenus inhabituels de leur discours. Ces trois particularités sont à l'origine de difficultés émotionnelles, communicationnelles et cognitives pour moi en tant que soignant, face au patient.

a/ Confrontation à la souffrance et difficultés émotionnelles

A la dimension 'objective' de l'entretien médical classique s'ajoute dans la pratique une part de subjectivité importante. Ainsi, je note qu'au cours de mes entretiens en Unité de Soins Palliatifs, j'ai été confrontée directement à la souffrance des patients et de leur famille : « *ce qui se passe dans la chambre c'est dur, c'est souffrant* » l 525-529.

Je constate que je ne suis pas indifférente à cette souffrance, que j'éprouve des difficultés d'ordre émotionnelles dans ma fonction de soignant : « *il y a des moments où tu as*

envie de pleurer » l 233, et que je suis bien consciente que ces entretiens sont une situation où je risque d'être ébranlée : « *je sais que je vais être trop ébranlée* » l. 409.

b/ Confrontation aux silences du patient et difficultés de communication

Ces entretiens sont aussi caractérisés par le fait que le patient reste parfois longtemps silencieux avant d'oser aborder un sujet « *des fois il faut un temps de maturation avant qu'ils osent en parler,* » l 255, 256. Je remarque que d'après moi, face à ces silences, tout soignant s'interroge sur ce qu'il convient de faire « *la question c'est : est-ce qu'il faut parler ? Est-ce qu'il ne faut pas parler ?* » l 250, 251. Savoir déceler le bon moment pour parler semble critique. Je précise en effet le risque qu'il y a selon moi à ne pas respecter ces silences : cela empêche le patient de développer sa réflexion, de s'exprimer sur le sujet de son choix, en imposant un autre sujet de conversation. « *Parce que si tu parles trop tôt (...) 'hop' tu sautes tout de suite sur un autre sujet (...) tu vois lui il ne s'est pas développé, il ne s'est pas exprimé, tu lui as coupé l'herbe sous le pied* » l 251 – 258. Je vois que j'entretiens un rapport particulier à ces temps de silence, que je considère comme des moments 'privilegiés', alors que, toujours de mon point de vue, ce n'est pas le cas des autres médecins : « *je sais que ce n'est pas le cas généralement des médecins, mais pour moi les moments de silence sont des moments privilégiés* » l 248 - 250. Mais qu'est ce que j'entends exactement par-là ? Est ce un moment privilégié pour le patient car c'est le moment où, comme je le dis, il peut développer sa réflexion ? Vu sous cet angle, mon propos signifierait que les autres médecins ne voient pas en quoi les silences sont précieux pour le patient. Or, l'importance de respecter ces temps de silence est bien mise en avant dans la littérature médicale. Je peux donc émettre une autre hypothèse : celle que ces temps de silence forment des moments privilégiés pour moi-même, des moments qui présentent pour moi un intérêt particulier, à l'inverse des autres médecins qui ne s'y sentent peut être pas aussi à l'aise. Cette hypothèse trouvera des éclaircissements plus loin.

c/ Confrontation au discours 'extra-ordinaire' du patient et difficultés cognitives

Je fais également état de difficultés cognitives. En effet, outre le contexte général empreint de souffrance dans lequel les entretiens se déroulent, et les temps de silence inhabituels auxquels je suis confrontée, je décris également certaines particularités du discours des patients en fin de vie, face auxquelles de prime abord je ne sais tout simplement

pas quoi répondre. Ces patients ont parfois des attitudes paradoxales, formulent des espoirs irréalistes ou des demandes d'euthanasie, ou encore font part de leur expérience de mourant : « souvent il y a des questions, des demandes d'euthanasie ou ça va être des choses lourdes comme ça, ou bien ils te racontent des expériences, ils ont des hallucinations, ils voient des choses, ou encore ils te demandent s'ils vont guérir alors qu'ils sont en stade terminal... Ce sont des situations dans lesquelles, quand je n'ai pas la relation au Sensible, (...) je ne sais pas quoi répondre » 1 483-489.

1-2-2/ La relation au Sensible pendant les entretiens : pourquoi et comment

a/ La recherche d'un positionnement permettant de rester soignant

Quand je suis en difficulté pendant les entretiens, je constate que je garde un objectif précis : continuer à remplir ma fonction de soignant, c'est-à-dire rester à l'écoute de mon patient, sans subir ma propre instabilité émotionnelle. « *Il y a des moments où tu as envie de pleurer, etc, donc [il faut] trouver la bonne méthode, tu n'as pas trop de temps pour vite te retrouver un positionnement, une posture qui te permette de rester, et d'être toujours plus à l'écoute de l'autre, pour ne pas avoir envie de partir, ne pas avoir envie de pleurer, etc.* » 1 230 – 233. Dans mon expérience telle que je la relate, je constate ainsi qu'être trop touchée émotionnellement ne me permet pas d'apporter à mon patient une présence en terme de qualité d'écoute, voire ne me permet pas de rester ne serait-ce que physiquement présente face à lui. J'insiste sur la nécessité de me repositionner pour 'inverser cette tendance' (trouver un moyen pour parvenir à mon objectif), ainsi que sur la rapidité de ce repositionnement, qui pour moi doit s'effectuer dans le temps même de l'entretien : j'ai, je le constate, une exigence, une volonté de trouver cette posture 'ici et maintenant', dans l'urgence.

b/ La relation au Sensible comme réponse à cette recherche de positionnement

Interrogée sur ce que signifie pour moi l'action de 'me repositionner' dans les moments d'instabilité, je constate que cela signifie clairement me remettre en relation avec le Sensible. « *[me] remettre en relation avec le sensible (...) pendant l'entretien* » 1 235, 236 . Cela me demande d'adopter une posture interne que je peux trouver rapidement : « *C'est une posture que je peux trouver, interne, intérieure, qui peut venir assez vite.* » 1 430, 431.

c/ Un repositionnement par un effort perceptif, postural et attentionnel

Je décris à plusieurs reprises la démarche que j'effectue pour me (re)mettre en relation avec le Sensible.

Ce repositionnement passe par l'instauration d'un rapport perceptif conscient à mon corps et par un changement de mon mode d'attention. L'attention focalisée caractéristique de la vie quotidienne laisse alors la place à l'attentionnalité, mode attentionnel propre au Sensible : *« au niveau de l'attention, c'est un peu une bascule de mode, tu vois dans le quotidien, comme elle est focalisée, et là c'est juste une petite bascule, et du coup quand tu as l'attentionnalité, ça vient assez vite, tu vois juste retrouver un peu une globalité, plus me sentir, et puis une petite épaisseur, les contours, c'est au niveau on va dire perceptif, au niveau du mode »* l 503-507. Je fais donc état d'une capacité à mettre en oeuvre un travail perceptif spécifique et un mode attentionnel différent, celui du Sensible. J'ai des repères, des critères perceptifs précis qui signent la bascule du mode attentionnel. Je note ici la caractéristique de rapidité de mise en place de ce nouveau 'mode', rapidité que je recherche.

Je décris aussi le travail d'ajustement postural et tonique que je peux effectuer, visant à retrouver dans un premier temps une stabilité corporelle et un relâchement musculaire : *« des fois ça part d'une posture physique, de retrouver, d'essayer d'être plus dans mes appuis, plus posée, au niveau musculaire qu'il y ait moins de muscles, etc, vraiment me réasseoir dans moi ; et puis en même temps, du coup tu as à nouveau le changement attentionnel »* l 237-240. Au cours de cette 'bascule' dans le mode du Sensible, je constate l'importance du tonus comme interface somato-psychique, puisque je précise que cette diminution du tonus musculaire est associée à une sensation de calme qui me permet de poursuivre l'entretien. *« il y a quelque chose qui se dépose, dans toi c'est 'hop' c'est plus calme, on pose tout, et là moi je peux continuer l'entretien. »* l 240-242.

d/ Conditions requises et limites de ce positionnement

Entrer en relation avec le Sensible au cours d'un entretien médical ne relève pas de la recette miracle disponible à la demande. J'évoque dans l'interview des conditions 'intérieures' et des conditions extérieures nécessaires pour y parvenir.

- Conditions ‘intérieures’

Ma capacité à entrer en relation avec moi-même sur le mode du Sensible résulte d’un entraînement qui est directement lié à ma formation à la thérapie manuelle, puisque rappelons-le, je suis tout juste diplômée en fasciathérapie quand j’effectue mon semestre en USP : « *dans les traitements [manuels] (...) c’est un entraînement de posture (...), de valider des informations perceptives, (...) pour moi c’est un outil (...) qui est entraîné.* » l 639-643. Me former à la fasciathérapie m’a donc permis de développer une capacité à trouver un positionnement intérieur, une capacité à mobiliser de façon active mes outils perceptifs et attentionnels dans le temps de l’entretien.

- Conditions extérieures

Je remarque que dans mon interview je distingue des conditions extérieures qui m’ont initialement permis de mettre en place ma relation au Sensible pendant mes entretiens : ce sont principalement le fait de travailler dans un environnement professionnel sans précipitation, me permettant de passer suffisamment de temps avec les patient, et le fait qu’il y ait des temps de silence pendant les entretiens : « *je pense que j’ai rencontré cela en soins palliatifs parce que j’avais le temps, tu vois, parce que je n’étais pas pressée, il y avait du temps et il y avait du silence, et au sein de ça, j’ai trouvé* » l 432-434.

Je souligne aussi que si ces conditions m’ont semblé nécessaires au début, elles ont évoluées pour devenir moins indispensables : « *je pense qu’il y a quand même un rapport à la temporalité, mais qui doit s’éduquer, (...) je pense que maintenant, même s’il n’y a pas beaucoup de temps ou pas beaucoup de silence, (...) ça ne me dérange pas.* » l 431-436.

Une relecture attentive me fait apparaître que la question de la nécessité ‘d’avoir du temps’ semble se décomposer en deux aspects. D’un côté le temps objectif passé avec les patients, et d’après mon vécu tel que je le décris dans mon interview, même si ce temps est court, cela n’est pas forcément un problème. D’un autre côté le temps tel qu’il est ressenti au sein de l’environnement professionnel : ainsi, dans un autre service hospitalier où dominait la sensation d’être toujours pressée, d’être dans une dynamique de course perpétuelle, je n’ai pas pu entrer en relation avec le Sensible, et cette ambiance de précipitation apparaît dans mon interview comme une cause directe de cette incapacité. « *il fallait être très très rapide avec les patients, il fallait vite passer d’un patient à l’autre, c’était la course toute la journée, toute*

la semaine, pendant 6 mois c'était la course, donc là je sais que je n'ai pas pu, du tout, ça n'était pas possible » l 424-427.

A côté de ce stress temporel, j'évoque une autre condition qui a participé à mon incapacité : la mauvaise ambiance générale qui régnait entre les différents soignants : « *il y avait une mauvaise ambiance dans le service, c'était difficile entre les soignants »* l 423- 424, contribuant à créer un contexte de travail difficile.

1-2-3/ Impacts de ma relation au Sensible au cours des entretiens

L'analyse reprend ici les trois grandes sources de difficultés précédemment découvertes (émotionnelles, communicationnelle et cognitives), et s'attache à étudier non seulement les impacts de la relation au Sensible dans ces trois domaines, mais aussi, par une démarche compréhensive plus poussée, les mécanismes par lesquels ces impacts se font.

a/ Impacts sur la gestion des difficultés émotionnelles

Je constate que je recherche la relation au Sensible de façon systématique quand je suis en difficulté : « *je sais que dès que je suis en difficulté, je reviens dans la relation [au Sensible], si je ne l'ai pas, je vais la trouver très vite »* l 417, 419. Ce partenariat ne s'est pas fait en un jour, mais semble le résultat d'un apprentissage progressif. L'analyse de mon interview me permet de préciser les deux grandes phases de celui-ci. Pendant la première phase, j'effectue une démarche dite 'correctrice' une fois que je suis émotionnellement ébranlée. A mon arrivée en USP, je rentre dans une deuxième phase d'apprentissage, en anticipant ces difficultés par la mise en place de la relation au Sensible avant leur survenue.

- Première étape : démarche correctrice par l'adoption de la posture de point d'appui quand je suis ébranlée par une situation

La 'solidité' est le premier impact de la relation au Sensible que j'ai repéré dans ma pratique médicale, et ceci bien avant mon travail en USP, lors de 'situations de crise'. « *Au début, (...) quand j'étais externe à l'hôpital, c'était la solidité quand parfois il y a des patients qui sont en colère, ou qui sont un peu violents en face, donc c'était « ouh la... point d'appui ! », pour moi, pour ne pas pleurer, pour être calme.... »* l 412-414. Je vois que dans une situation où je suis déstabilisée en tant que soignante, je fais appel à la technique de point

d'appui pour moi-même, et dans un but conscient et précis : gagner en calme et en stabilité émotionnelle. Le point d'appui évoqué ici n'est pas le point d'appui manuel réalisé lors d'un traitement de fasciathérapie, mais la posture, le positionnement interne qui sous-tend ce geste thérapeutique, comme je le précise plus loin : « *C'est une posture (...), interne, (...), intérieure* » l 430. L'analyse de mon interview me permet de comprendre que je réalise un transfert d'une posture interne spécifique du travail du fasciathérapeute dans une pratique autre : l'entretien médical, avec comme but recherché : me maintenir dans ma fonction de soignante.

Je comprend aussi par cet exemple que pour moi, un soignant est celui qui reste calme et ne pleure pas, même dans une situation violente ou conflictuelle ; dans le même temps je vois bien que c'est une de mes zones de fragilité, qui me demande un travail particulier.

Je remarque que cette première forme de transfert intervient précocement, à un moment où je suis encore en cours de formation en fasciathérapie : je ne suis pas encore diplômée, et n'ai pas d'expérience de thérapeute manuel autre que celle fournie par les stages de formation.

Enfin, je note que l'impact en terme de solidité dont je fais état ici n'est pas de façon évidente un impact de la relation au Sensible mais plutôt un impact lié à la mise en œuvre d'une part active interne spécifique de la technique de point d'appui qui mobilise une manière d'être et une posture intérieure spécifique. Cette posture est également la posture de saisie du Sensible.

- Deuxième étape : démarche anticipatrice par la relation au Sensible

L'analyse de mon interview donne à voir que je connais ma propre fragilité émotionnelle. Je connais également les impacts en terme de solidité et de stabilité qu'a sur moi la mise en œuvre d'une posture intérieure spécifique de la relation au Sensible. Aussi, je vois que j'essaie d'anticiper, et d'instaurer cette relation avant d'être face aux patients : « *généralement, surtout avec les patients en fin de vie, ou avec la famille (...) j'essaie de mettre en place la relation au Sensible avant, parce que sinon je sais que je vais être trop ébranlée* » l 407-409.

Au sein de la relation au Sensible, l'analyse de mon interview me permet d'identifier des éléments précis qui concourent à installer cette solidité, cette stabilité émotionnelle. Le 'dédoublé du je' apparaît comme ce qui me permet d'être plus stable émotionnellement,

en me défusionnant de mes propres émotions. « *Quand tu es en contact avec l'animation interne, ou ce calme-là, du coup à la fois tu es plus proche de toi, et puis en même temps tu as quand même le dédoublement du je, donc tu as quand même ce « je sens que je sens » : je sens que je sens moi et je sens que je sens l'autre. Du coup tu vois tu n'es pas collé à tes émotions, et puis du coup il y a aussi cette stabilité qui fait que je ne vais pas m'effondrer en pleurant, même si ce qui se passe dans la chambre c'est dur, c'est souffrant.* » l 524-529. Je vois qu'il ne s'agit pas d'une anesthésie, ou d'un blindage émotionnel, puisque j'identifie toujours une situation souffrante comme telle. Je ne suis pas insensibilisée, ni par rapport à autrui, ni par rapport à moi-même, au contraire, puisque je me ressens comme plus proche de moi-même. Mes propres émotions sont toujours présentes, mais je m'aperçois que grâce à la relation au Sensible, je peux les ressentir consciemment au sein d'un état de stabilité ou depuis un lieu de stabilité au lieu d'être emportée par elles.

Dans cet état de 'proximité défusionnée' d'avec moi-même, je peux même aller jusqu'à être touchée par moi-même : « *c'est dans la notion d'être touchée aussi, du coup quand tu es dans le sensible, tu as l'animation, tu commences à avoir le goût, tu vois, dans toi, cette chose-là. Et du coup tu n'es pas touchée... tu ne vas pas t'effondrer...* » l 537-539. Je commence à comprendre que je distingue deux façons d'être touchée. D'une part je peux être touchée d'une façon trop émotionnelle, ce qui provoque chez moi une instabilité ne me permettant pas de remplir mon rôle de soignant (effondrement, pleurs). D'autre part je peux être touchée sur le mode du Sensible, c'est-à-dire touchée par moi-même, par la saveur spécifique qui se donne à vivre lorsque je suis profondément en relation avec moi-même, avec mes états intérieurs, au sein de la relation au Sensible. Cette façon d'être touchée par le goût de ma propre présence me permet au contraire d'être disponible pour le patient. « *C'est un mode qui change, et du coup tu es touché par toi, enfin par le mouvement, par toi, par ta présence, et du coup tu es disponible pour l'autre.* » l 537, 542.

b/ Impacts sur le rapport aux silences

- Le rapport à l'animation interne comme support de la relation

Je constate que quand je suis en relation avec mon intériorité animée par le mouvement interne, toute ma façon d'être en relation et d'être soignant est imprégnée par ce mode. C'est en effet sur la base de la relation à moi-même sur le mode du Sensible que j'entre en relation avec mes patients : « *la relation au Sensible c'est d'abord l'animation dans moi, et*

de là je vais pouvoir capter ce qui se passe dans l'autre » l 262-264. Ainsi, si mon activité perceptive est initialement orientée vers ma propre intériorité, elle s'élargie ensuite vers l'intériorité du patient : *« dès que je rentre dans la chambre, pour commencer à sentir, tu vois, à instaurer un lien, commencer à sentir comment il est lui, (...) je commence à essayer de sentir le lien, mais toujours sans me quitter moi, ça c'est le truc »* l 478-481. Je constate qu'instaurer un lien avec mon patient, me relier à lui, se fait sur la base de la perception de mon animation interne et de la sienne : la relation repose donc sur des critères perceptifs concrets, incarnés.

Je souligne la nécessité de ne pas quitter la relation à moi-même pour entrer en relation avec mon patient sur ce mode. Ne pas quitter la relation à moi-même me permet de conserver ce fameux 'dédoublement du je', et ainsi de ne pas être fusionnée ni à moi-même ni au patient, de distinguer clairement ce qui vient de moi ou de l'autre : *« tu as quand même le dédoublement du je, donc tu as quand même ce : « je sens que je sens », et je sens que je sens moi et je sens que je sens l'autre (...). Déjà d'emblée c'est plus par le rapport à soi, en gérant ça, tout de suite tu t'adaptes à ce dont le patient a besoin, et sans... tu ne te perds pas là-dedans, tu n'es pas fusionné à lui. »* l 525-532.

Une des clés pour moi est donc de gérer dans un premier temps le rapport à moi-même : s'il est évident que me tourner vers moi-même implique dans un premier temps de me détourner d'autrui (défusion), je constate qu'avec l'intention soignante qui sous-tend l'entretien, et avec le mode relationnel spécifique du Sensible, la qualité perceptive se déploie aussi vers le patient, me permettant de mieux percevoir ses besoins et de m'y adapter en temps réel.

Grâce à la qualité d'attention, d'écoute et de présence que j'ai développé plus haut et sur la base de ce rapport perceptif à moi-même et à mon patient, je réajuste constamment mon positionnement interne afin de toujours rester la plus performante dans ma qualité d'écoute : *« commencer à sentir dans l'interaction ce que je ressens de lui et ce que je ressens de moi, et du coup comment me positionner pour moi être encore plus à l'écoute »* l 228-230. Je remarque d'ailleurs que j'érige cette dynamique de gestion des rapports (à moi, à l'autre) comme principe de base de ma technique d'entretien, que ça soit avec des patients ou des proches de celui-ci *« pour moi ça va être le même principe, de gestion de rapport à soi et de rapport à l'autre, de faire évoluer l'entretien... »* l 276-278. Je constate que je ne m'efforce pas de gérer la distance au patient, comme cela m'a été conseillé dans ma formation médicale,

mais plutôt le rapport perceptif, d'abord à ma propre intériorité puis à celle du patient, tout en étant défusionnée des deux.

- L'accès aux significations de l'animation interne comme guide de la communication

Mon écoute ne s'intéresse pas exclusivement aux mots prononcés. C'est une écoute capable de capter les informations perceptives qui émanent de l'intériorité, notamment pendant les silences. Pendant les silences, je mets en œuvre une part active résolument tournée vers la recherche et l'accueil de ces informations : *« pour moi les moments de silence (...) c'est aussi être aux aguets : «c'est quoi ce silence ?»* l 249, 250. La relation à mon intériorité sur le mode du Sensible m'apporte une capacité non seulement à percevoir l'animation interne des patients, mais à leur donner sens et à adapter ma communication en fonction. *« La relation au sensible c'est d'abord l'animation dans moi, et de là je vais pouvoir capter ce qui se passe dans l'autre : est-ce qu'il y a aussi cette animation-là, et quelle en est la nature, tu vois ? »* l 262, 264.

La perception de l'état intérieur, et notamment le niveau tonique du patient, peut ainsi me renseigner sur l'état émotionnel de ce dernier. *« Pendant les temps de silence, essayer vraiment d'instaurer un lien avec l'autre et commencer à sentir ses états à lui, au niveau physique, son tonus, et puis où est-ce qu'il en est ? C'est une angoisse ? C'est une inquiétude ? Il est en train de réfléchir ? Il ne parle pas parce qu'il n'a plus rien à dire ou parce qu'il est trop ému ? »* l 225-228. Je retrouve les dimensions à la fois physique et psychique du tonus.

Parfois, comme je le décris dans mon interview, la 'nature' de l'animation interne perçue dans le patient n'est pas de l'ordre d'un état tonique lié à une émotion, mais plus d'une mise en mouvement qui témoigne pour moi d'une réflexion en cours : *« dans le patient des fois il y a quelque chose qui est en train de se dérouler, tu vois, c'est soit une réflexion, tu sens qu'il y a quelque chose qui se met en route, qui est en train de se dérouler, il développe sa réflexion dans lui, quelque chose mature, et 'hop' après il va te dire quelque chose, il va aborder un sujet. »* l 252-255. Il ne s'agit pas de télépathie, je n'ai pas accès au contenu de la pensée de mon patient, mais c'est la nature de l'animation interne que je perçois qui me fait comprendre que le patient est en train d'élaborer une réflexion : c'est donc pour moi un silence qu'il convient de respecter.

La perception de la nature de l'animation interne pendant les temps de silence guide donc mes manières d'être, mes phases d'attente, je peux leur donner sens, adapter mon temps d'attente et mon écoute en fonction ; je sais pourquoi, et pour quoi j'attends. « *Est-ce qu'il est trop ému ? Bon d'accord on attend un peu. Parfois tu sens la locomotive qui est en train d'avancer donc j'attends, il va me sortir un gros truc dans pas longtemps, donc j'attends, j'attends, j'attends.* » l 265-267. L'analyse de mon interview me fait comprendre toute la richesse de ces précisions perceptives me permettent aussi d'anticiper sur le niveau d'intensité de ce qui va être dit, et donc de m'y préparer.

Les silences ne sont donc pas une absence de mots, une absence de langage, mais un temps d'écoute de cette animation interne riche en significations : angoisse, réflexion... Ces informations perceptives que je vais chercher et accueillir, à la fois de moi-même et de mon patient, sont à la base du lien qui se crée entre moi et lui : un lien perceptible et non verbal. « *D'accord il y a les mots, mais en même temps tu sens le lien, tu sens le tonus, tu sens comment est l'autre* » l 741, 742. Les informations perceptives auxquelles j'ai accès au sein de la relation au Sensible font que pour moi les phases de silences ne sont donc pas l'occasion d'une rupture de continuité dans la relation au patient, « *pour moi tu es autant en relation quand il ne parle pas que quand il parle.* » l 267-268, mais au contraire une opportunité d'accueillir et soutenir le patient dans un moment d'émotion ou de réflexion : « *C'est comme si, quand il dit quelque chose tu l'accueilles, mais quand il est en train d'élaborer avant de dire tu l'accueilles pareillement, tu vois, il y a toute cette posture-là à trouver.* » l 268-270. Les temps de silence sont donc pour moi des moments où je développe une part active importante pour percevoir la dynamique interne de mon patient, y donner sens, et adapter ma posture afin d'accueillir mon patient. En développant cette qualité d'écoute, qui permet de soutenir l'évolution émotionnelle ou réflexive du patient, je suis pleinement 'soignante' à ce moment, et c'est sans doute je pense en cela que les moments de silence sont pour moi des moments privilégiés.

c/ Impacts sur le mode réflexif

Comme je l'ai déjà mis en relief, je ne sais pas forcément quoi répondre face aux questions surprenantes, délicates, ou encore douloureuses des patients en fin de vie. L'analyse de mon interview donne à voir plus en détail ce qui se passe en moi dans ces moments-là :

« quand je n'ai pas la relation au sensible, il y a un espèce de : « ouh la, ben je ne sais pas quoi lui répondre ! ». Il y a un truc qui est un peu sec et ça se précipite dans ma tête, je ne sais pas quoi répondre, je me trouve toute bête, je suis un peu bloquée » l 487-490. Je remarque que dans ces situations, ma pensée est comme sidérée, avec à la fois une précipitation et un blocage, ce blocage étant peut être le résultat de vouloir trop vite répondre.

En analysant plus avant cette donnée, je peux également voir que je réagis de façon assez superficielle, basique, ou encore 'réflexe', puisque dans ma façon de voir les choses, une question du patient appelle nécessairement une réponse du soignant. L'analyse de mon interview devient à ce moment une réelle source d'étonnement, car si j'avais bien pressenti la richesse d'apport de la relation au Sensible en terme de stabilité émotionnelle et dans la gestion des silences, les apports sur le plan du mode réflexif sont plus inattendus pour moi. L'interview me donne à voir toutes les modifications générées à ce niveau par la relation au Sensible.

Dans un premier temps, c'est comme si je disposais d'un 'temps supplémentaire' créé par la relation au Sensible : « quand je suis plus en relation avec moi (...) au niveau temporel ça me donne du temps, pour penser, pour sentir... comme si j'avais un temps supplémentaire dans la relation » l 481-484. Ce temps supplémentaire je le mets à profit 'pour penser et sentir' : ici le mode du penser n'est pas isolé mais associé au mode du sentir, réflexion et perception fonctionnent conjointement. Je note aussi que ma façon même de penser et de sentir est modifiée. Dans un premier temps, mon écoute est différente, plus profonde, puisqu'au lieu de vouloir répondre à tout prix, je choisis au contraire de laisser rentrer en moi la question du patient, je l'accueille : « quand j'ai plus la relation au sensible, déjà il y a un temps en plus, c'est comme si j'avais plus de temps dans moi pour laisser rentrer sa question ou sa remarque » l 490-492.

Ce temps supplémentaire apporté par la relation au Sensible n'est pas nécessairement long sur le plan quantitatif, mais très qualitatif, puisqu'il correspond pour moi à un état de calme, de sérénité, et de confiance en mes propres capacités à être aidante dans ma relation au patient. : « Il y a un calme, une sérénité. (...) même s'il n'y a pas beaucoup de temps, j'ai toujours quand même dans moi cette notion de « j'ai du temps, j'ai des possibilités pour trouver ce qui va lui convenir, sur quoi il faut enchaîner dans l'entretien »... » l 514-517.

Ce temps de latence et cette présence à moi qui instaure un état de calme sont mis à profit pour accueillir la question du patient et essayer ainsi de percevoir son besoin, sa

demande profonde au-delà des mots prononcés : « *c'est comme si j'avais plus de temps dans moi pour laisser rentrer sa question ou sa remarque, et puis trouver une façon pour lui répondre, ou bien, parce que souvent ce n'est pas lui répondre directement qui va être aidant pour lui, c'est l'aider à développer encore plus, souvent il y a une question mais ça cache une autre question, en fait...* » l 491-498. Je constate ici que j'évoque précisément le mécanisme de défense de la fuite en avant, qui consiste à répondre à la question du patient et non à sa demande profonde.

L'état de calme et le temps de latence sont aussi mis à profit pour envisager différentes façons de répondre au patient et choisir celle qui semble la plus adaptée à ce que je ressens du patient en ayant accueilli sa question sur ce mode-là. « *Ca me permet d'être plus calme pour envisager : « je pourrais lui dire ça, ou bien je pourrais lui dire ça, et puis en fait vu comme je le sens là à mon avis c'est plus ça dont il a besoin donc je vais partir là dessus ». Donc il y a cette dynamique-là.* » l 491-498. J'accueille donc en moi ce qui vient du patient, dit comme non dit, je me laisse altérer par cela, et sur la base de mon ressenti interne je formule une réponse. Même si le 'dédoublé du je' n'est pas nommé explicitement ici, je constate que je suis comme défusionnée non pas de mes émotions mais de mes pensées : je peux les percevoir, les envisager, entrer en relation avec : 'je perçois ce que je pense'.

Le fait d'entrer en réciprocité avec les propos du patient me permet de percevoir les effets de ce qu'il me dit sur un plan plus personnel. Ainsi, lors des entretiens, les propos des patients peuvent venir me questionner sur un plan personnel : « *Ce ne sont pas des choses que je vais traiter pendant l'entretien, mais je sais que du coup ça me questionne* » l 609, 610. Je suis capable de prendre en compte mes pensées et de les traiter en immédiat ou en différé. Cette capacité fait pour moi appel à la même capacité que celle que j'utilise en tant que thérapeute manuelle : « *c'est comme dans les traitements en thérapie manuelle, tu traites, et tu sens qu'au niveau du diaphragme, il y a quelque chose, donc il faudra que tu ailles voir, mais peut être que le plus urgent, c'est les genoux, ou les fémurs... Donc tu gardes, tu as une espèce d'attention à ça, sur le diaphragme, mais tu vas d'abord faire une prise sur les fémurs* » l 618-622. Ainsi, pour moi, la pratique de la thérapie manuelle a clairement développé et entraîné une part active, une capacité perceptivo-cognitive que je met en œuvre dans les entretiens « *dans les traitements, et il me semble que c'est un entraînement de posture, et dans la part active de dire : « là j'y vais maintenant, là j'y vais plus tard », d'envisager, de valider des informations perceptives et de dire : « ça je le fais maintenant, ça je le fais après »... (...) Pour moi c'est un outil cognitif qui est entraîné* » l 639-643. J'ai donc

une capacité à valider des informations perceptives, et de façon simultanée à organiser le temps du soin, à décider d'une chronologie.

Cette dynamique réflexive au sein de la relation au Sensible est caractérisée par sa simplicité : « *il y a plus de simplicité (...). Je ne me pose pas de questions trop réflexives ou cognitives, sur ce qu'il faut que je touche, est ce qu'il faut que je touche l'épaule, est ce qu'il faut que je dise ça, etc ; c'est dans un autre état que la réflexion se passe, et du coup c'est plus simple.* » l 556-559.

d/ Une posture juste : adaptation à la singularité du patient sans perdre mon rôle de médecin.

- Adaptation spatiale : une posture juste jusque dans la distance physique

Jusqu'à présent, l'analyse de mon interview m'a permis de voir que la relation au Sensible me permet de m'adapter au maximum aux besoins du patient, en me donnant des indications me permettant de respecter les temps de silence ou en me permettant de trouver une façon de répondre au plus près de son besoin réel (et souvent non formulé). Interrogée sur le risque que le patient se sente gêné par cette proximité, je mets en avant dans mon interview le fait que cette situation a peu de chances de se produire, justement du fait de cette adaptation précise aux besoins du patient : « *non parce que du coup ça s'adapte* » l 545. Ainsi, le respect du besoin du patient va jusque dans le respect de la distance physique dont il a besoin entre lui et le soignant, et qui est rendue perceptible par la relation au Sensible. Je donne un exemple avec un patient pour lequel je percevais la nécessité d'une grande distance physique : « *là c'était très clair, il ne fallait pas que je m'assoies, il ne fallait pas que je m'approche de lui. Il avait besoin d'une distance, que les médecins soient loin. Donc du coup tu respectes ça* » l 547-549. Je vois que pour moi, dans ma pratique, le référentiel qui prime, celui qui me guide, celui à respecter, est celui qui est perceptible au sein de la relation au Sensible, mais que l'indication donnée peut aller à l'encontre des guides de bonne pratique (qui préconisent par exemple de s'asseoir à proximité du patient). La relation au Sensible apparaît donc comme porteuse d'un référentiel pratique incarné, perceptible, de l'immédiateté, respectueux de la singularité du patient, ce que n'offre pas un référentiel théorique fait de généralités.

- Adaptation temporelle : exemple d'une annonce de diagnostic 'par points d'appui successifs'

Mon rôle de médecin n'est pas perdu de vue au sein de cette adaptation constante au patient, comme en témoigne l'annonce de sclérose en plaque que je réalise avec une patiente qui est dans un déni (oubli massif) de son diagnostic et qui présente une lésion médullaire. Cette partie de l'interview me donne l'occasion de revenir sur l'utilisation que je fais de la posture de point d'appui au cours de l'entretien médical, et de rentrer dans une compréhension plus fine de cette posture. Initialement, comme je l'ai déjà souligné, j'utilisais le point d'appui pour moi, pour retrouver une stabilité, « *quand parfois il y a des patients qui sont en colère, ou qui sont un peu violent en face, donc c'était « ouh la... point d'appui », pour moi, pour ne pas pleurer, pour être calme....* » l 412-414. Tout comme la relation au Sensible, que je mettais en place initialement de façon correctrice, avant de l'utiliser de façon anticipatoire pour les entretiens difficiles, l'utilisation de la posture de point d'appui a également évolué. Le point d'appui est désormais utilisé à la fois pour moi et pour le patient, dans le but d'aider le patient à se développer : « *Et puis maintenant... le point d'appui, il est pour moi, et puis il est pour l'autre, pour qu'il puisse se développer dans la relation, dans l'entretien.* » l 414-416. Je constate ici que cet objectif de 'développement' du patient correspond aussi à l'objectif du point d'appui réalisé en thérapie manuelle.

Au cours d'une seule et même consultation de médecine générale, dans laquelle je dois ré-annoncer un diagnostic de sclérose en plaque à une patiente qui est dans une phase de déni massif, je décris précisément les différentes étapes, l'évolutivité des points d'appui au fur et à mesure que la consultation avance. (je précise ici qu'à ce moment de mon parcours professionnel, je travaille comme généraliste et fasciathérapeute, j'ai déjà effectué mon semestre en Soins Palliatifs). Au début de l'entretien, le point d'appui instauré semble un point d'appui d'abord assez général, puis consolidé, réaffirmé, parce que quelque chose de grave semble se profiler : l'objectif est sans doute de gagner en stabilité pour se préparer à une situation difficile. « *c'est une patiente qui arrive au cabinet et qui me dit : 'je sens ma jambe, c'est comme du carton jusqu'ici [en regard de l'ombilic]'. Bon je me dis ça ne sent pas très bon, donc déjà la première chose c'est : 'bon, point d'appui'. Et puis dans l'entretien elle me dit que ça évolue depuis un mois : 'bon ça ne sent vraiment pas bon donc encore plus point d'appui'* » l 564-568. Lors de l'examen clinique, le diagnostic de lésion médullaire se confirme. Je constate que je fais alors évoluer mon point d'appui, cherchant dans un premier temps à percevoir chez ma patiente des signes de compréhension de sa situation, tout en

restant neutre. « à l'examen c'était clair qu'il y avait un niveau lésionnel au niveau de la moelle ; et puis tout le temps c'est un point d'appui pour voir comment elle va réagir, la réflexion qu'elle va élaborer, si elle commence déjà à penser que ça sent pas très bon, ou si elle n'en a aucune idée » l 568-571. Ce type de point d'appui dans l'entretien n'abouti pas à une évolution escomptée : la patiente reste dans son déni. La situation médicale relève pourtant d'une semi-urgence fonctionnelle, et la patiente doit en être informée. « Et bon, point d'appui, point d'appui. Parce que quand même il fallait que ça se passe dans le temps de la consultation, qu'elle arrive à entendre qu'effectivement il y avait ce problème neurologique, qu'il fallait qu'elle aille consulter en urgence, pour refaire le diagnostic, faire des flashes de solumédrol s'il y avait besoin... » l 576-579. Dans cette perspective, je décide d'orienter mon discours dans ce sens, d'amorcer l'annonce de la maladie, et sollicite donc par la parole une orientation de pensée qui n'est pas prise spontanément par la patiente : « Et donc tout doucement je commence à lui dire 'mais je suis étonnée, parce que dans votre dossier, j'ai ce courrier de Dr Untel..' » l 580-581. Je n'ai pas à aller jusqu'à dire le diagnostic, puisque celui-ci revient à la mémoire de la patiente : la sollicitation verbale a provoqué une remémoration et je perçois ce moment de remémoration sous la forme d'un mouvement ascendant qui anime l'intériorité de la patiente : « Et là, dans elle 'hop', ça commence, un petit mouvement qui commence à se mettre en route, et là j'ai vu, c'était ... vraiment tous ces souvenirs-là liés à sa maladie (qui avait été diagnostiquée effectivement) qui sont remontés, vraiment c'est un moment 'pouf!', et tout d'un coup ça lui est tout revenu » l 582-585. A cette remémoration, la patiente s'effondre : le point d'appui est alors utilisé pour accueillir, soutenir la patiente dans ce moment difficile : « et donc elle s'est effondrée devant moi et donc là le fait d'être en point d'appui ça permet de vraiment être là, et être présente, et quand elle s'effondre tu es toujours là et à aucun moment tu ne la lâches » l 585-587. En revisitant sous cet angle cet épisode, je ne peux m'empêcher de voir le parallèle qu'il y a entre cet entretien d'annonce et un traitement de fasciathérapie, au cours duquel le praticien va utiliser différents points d'appui, va solliciter les tissus dans des orientations non prises spontanément, va accueillir la réaction du patient au point d'appui. Dans cette annonce les postures de point d'appui ont été employées pour annoncer et pour accueillir le patient une fois l'annonce faite, en restant stable et soutenant.

1-2-4/ Synthèse

Les entretiens médicaux avec les patients atteints de maladie grave s'avèrent délicats pour moi. Je fais état de trois grandes difficultés. Il y a tout d'abord des difficultés émotionnelles : face aux souffrances des patients, je suis « ébranlée », j'ai parfois « envie de pleurer ». Par ailleurs, je souligne l'importance qu'il y a à respecter les temps de silence qui ponctuent les entretiens, et la difficulté à savoir à quel moment il convient de parler. Enfin, j'éprouve des difficultés cognitives, notamment pour savoir comment répondre face aux demandes d'euthanasie, aux attitudes paradoxales, aux témoignages d'expériences auxquelles je ne suis pas habituée.

Comment rester soignant lors de ces entretiens délicats ? Pour moi, il est nécessaire de trouver au sein de ma relation au patient un positionnement qui me permette de surmonter mes difficultés et d'améliorer mon écoute du patient.

Je recherche systématiquement la relation au Sensible pour m'aider dans ces moments difficiles, mais plus spécifiquement je constate qu'au sein de cela, c'est le positionnement interne caractéristique du point d'appui que j'adopte. Je souligne à plusieurs reprises comment mes outils internes, attentionnels, perceptifs, cognitifs, ont été entraînés, développés par ma formation en fasciathérapie.

Au sein de mes difficultés, je mets en place tout d'abord et avant tout un point d'appui 'pour moi'. L'objectif de celui-ci est de gagner en calme et en stabilité, émotionnelle notamment. J'entre en relation avec le Sensible en instaurant un rapport perceptif avec mon propre corps, en ajustant ma posture physique, mon tonus. Le passage de l'attention à l'attentionnalité signe la transition vers le mode du Sensible.

Au sein de la relation au Sensible, je trouve une solution à mes difficultés émotionnelles car je suis dans un état de 'proximité défusionnée' d'avec moi-même : par le 'dédoublement du je', je suis défusionnée de mes émotions, et peut entrer en rapport perceptif avec celles-ci sans être emportée par elles, grâce à l'état de stabilité que j'éprouve au sein de la relation au Sensible.

Touchée non plus exclusivement par la souffrance d'autrui, source d'effondrement, mais par le goût de ma propre présence animée par le mouvement interne, empreinte de calme et de stabilité, je suis alors disponible pour mon patient.

Je gère soigneusement non pas la distance au patient mais le rapport perceptif avec moi-même sur le mode du Sensible. En effet, non seulement celui-ci me procure une stabilité émotionnelle, me défusionnant de moi-même et de mon patient, mais c'est aussi par son intermédiaire que j'entre en rapport perceptif avec mon patient. Sans jamais quitter le rapport à ma propre intériorité animée par le mouvement interne, je déploie une activité et une posture interne me permettant de rechercher, d'écouter et d'accueillir ce qui émane de l'intériorité du patient. Cette relation sur le mode du Sensible est constante, permanente, et ceci que la personne soit en train de parler ou reste silencieuse, qu'elle soit calme ou complètement effondrée : la relation n'est jamais rompue.

Pendant les temps de silence, ce que je perçois de l'animation interne du patient guide ma communication. Je peux par exemple percevoir le niveau tonique du patient, et lui donner sens : cela me renseigne sur l'état émotionnel du patient. Je peux aussi percevoir si l'animation interne du patient est de l'ordre d'une mise en mouvement signant une dynamique réflexive qu'il convient de respecter, de soutenir.

J'écoute mon patient sur le mode du Sensible, qui est différent de mon mode réflexif habituel. Je prend le temps de me laisser pénétrer par ce qui est dit, pour mieux percevoir les besoins du patient, au delà des mots prononcés. La relation au Sensible me procure un état de calme, un sentiment de confiance en mes capacités à gérer l'entretien : cela m'apporte une sérénité, et c'est dans cet état psychique que j'entre en relation avec mes pensées, prenant le temps d'envisager plusieurs réponses possibles avant de choisir la plus adaptée aux besoins ressentis du patient.

Le point d'appui, utilisé initialement pour moi, comme un bouée de sauvetage dans la tempête, est ensuite destiné au patient. Comme lors d'un traitement manuel, j'utilise une variété de points d'appuis différents : point d'appui d'écoute, point d'appui visant à solliciter le patient dans une orientation qu'il n'explore pas spontanément, point d'appui d'accueil lorsque le patient s'effondre, pour toujours maintenir le lien avec lui. Tous ces points d'appui ont pour objectif que le patient se développe dans l'entretien, que l'entretien 'évolue' ; tout comme le fasciathérapeute fait évoluer sa séance, pour que le patient se développe.

Tableau 4 : Impacts de ma relation au Sensible dans mes entretiens avec les patients atteints de maladie grave

Particularités des entretiens	Contexte empreint de souffrance	Temps de silences inhabituels	Discours extra-ordinaire
Difficultés éprouvées	Emotionnelles : <i>J'ai envie de pleurer, je suis ébranlée</i>	Communicationnelles : <i>Est ce qu'il faut parler ? ne pas parler ?</i>	Cognitives : <i>Ca se précipite dans ma tête, je ne sais pas quoi répondre, je me trouve toute bête</i>
Recherche d'un positionnement	Objectif de rester soignant : <i>rester, ne pas avoir envie de pleurer, être toujours plus à l'écoute</i> Contrainte d'immédiateté : <i>pendant l'entretien</i>		
La relation au Sensible	Méthodologie : ajustement tonico-postural et perceptif, bascule du mode attentionnel vers l'attentionnalité... 'Point d'appui' Conditions: intérieures (entraînement) et extérieures (temporelles)		
Impacts	Dédoublement du 'je' : une proximité défusionnée : par rapport à mes émotions, à mes pensées, au patient		
	Etat de calme, solidité. Lieu de stabilité depuis lequel je peux entrer en rapport avec mes émotions sans être emportée par elles. Etre touché par moi me permet de devenir disponible au patient	Depuis mon corps sensible : Je peux percevoir l'animation interne du patient, Je peux lui donner sens (émotion, réflexion), Je peux ajuster la communication, les délais d'attente, anticiper l'intensité de la parole du patient	Etat de sérénité, de simplicité, de confiance en mes capacités de soignant. Je peux laisser rentrer la question, et depuis ce que je ressens je formule une réponse. Réflexion et sensation ensemble.
	Maintien du lien relationnel permanent Ajustement spatial et temporel à la singularité du patient		

1-3/ Impacts professionnels et personnels de mon expérience de médecin fasciathérapeute auprès de patients atteints de maladie grave

1-3-1/ Impacts professionnels : mon point de vue sur l'accompagnement

a/ Accompagner des patients en médecine générale

- Les dimensions préventives, diagnostiques et curatives de la médecine dans un accompagnement tout au long de la vie

Durant mon interview j'énonce tout d'abord mon point de vue de généraliste, qui est conforme à ce qui est attendu aujourd'hui de la part d'un médecin référent. Ainsi, dans mon travail, accompagner un patient s'envisage dans la durée, à partir du moment de la première rencontre et tout au long de la vie du patient : « *c'est tout au long de sa vie, donc on le prend à partir du moment où on le rencontre, et puis jusqu'où ça va (...) donc il y a vraiment toute cette dimension déjà temporelle : on le prend à partir d'un moment, et on l'accompagne* » 1 92 – 95.

Accompagner un patient sollicite pour moi les dimensions diagnostiques, curatives, et préventives de la médecine, « *il y a toutes les dimensions de la médecine générale, aussi bien diagnostique, curatif, le côté préventif* » 1 95, 96.

Cela sollicite aussi une dynamique de chef d'orchestre pour faire le lien avec d'autres professionnels médicaux ou paramédicaux nécessaires à la prise en charge du patient. « *en tant que médecin c'est aussi être le chef d'orchestre de sa prise en charge, donc réguler s'il y a besoin d'une autre prise en charge, psycho, kiné, de voir des spécialistes, les hospitalisations, etc, de faire le lien avec les autres acteurs* » 1 99 – 101.

- Un accompagnement des évènements extra-médicaux

Enfin, je remarque que pour moi l'accompagnement ne se limite pas à accompagner un malade dans la gestion de ses problèmes médicaux, mais m'engage aussi à accompagner une personne dans sa vie, confrontée parfois à des évènements extra médicaux, d'ordre sociaux ou familiaux : « *et puis l'accompagner dans sa vie, (...) il y a aussi des évènements sociaux où les patients viennent nous voir, des moments difficiles, soit de divorce, soit de chômage, des choses comme ça ; et puis aussi des petites étapes où on est là aussi, il y a aussi ce côté-là.* » 1 102-105. J'envisage mon travail d'accompagnement comme d'être présente aux côtés

de mon patient quand ce dernier me sollicite, et que ce soit pour des petits évènements ou des grands, « *quoi qu'il arrive* » l 98.

b/ Accompagnement des patients atteints de maladie grave

Je souligne, sans préciser dans un premier temps, l'importance de la qualité humaine du soignant dans l'accompagnement de ces patients. « *il y a la qualité humaine qui est importante quand tu es médecin avec un patient atteint de maladie grave* » l 154, 155.

- Une implication et une disponibilité accrue, dans une ouverture aux questionnements existentiels

Lorsque j'ai à accompagner un patient atteint de maladie grave, je note tout d'abord une augmentation de ma 'disponibilité'. « *je suis plus disponible, encore plus disponible, pour lui [le patient]* » l 108-109. Cette disponibilité accrue se définit par plus de temps passé avec le patient s'il le faut « *pour le patient ... je suis encore plus là, je suis encore plus disponible, et voilà, et s'il faut plus de temps on prend plus de temps...* » l 110-112, mais aussi par une ouverture (d'esprit et de dialogue) à des questionnements de nature existentiels, qui ne se poseraient pas avec d'autres patients : « *c'est clair il y a plus de temps, on va dire, objectif ; et puis il y a aussi quand même être ouvert à tous les autres questionnements qui vont se poser sur des choses existentielles, des pourquoi, essayer d'envisager comment ça va se finir, etc...* » l 140-143.

- Une implication et une disponibilité accrue aussi pour les proches

Cette disponibilité supplémentaire n'est pas que pour le patient, mais aussi pour ses proches, vis à vis desquels je 'prend les devant', cherchant à savoir l'impact qu'a la maladie du patient pour eux. « *je suis plus disponible (...) aussi pour sa famille, pour les proches. Je vais m'enquérir d'emblée du retentissement sur les proches, comment la famille elle prend ça.* » l 108-110.

c/ Accompagner un patient en fin de vie

Toutes les qualités humaines sus-citées sont bien sûr requises pour accompagner un patient en fin de vie et ses proches. L'analyse de mon interview donne à voir avec plus de précision les changements profonds dont j'ai fait l'expérience dans ma pratique lorsque j'accompagnais les patients en stade terminal en Unité de Soins Palliatifs.

- L'entrée dans une dynamique palliative et la primauté de la qualité relationnelle vécue comme un 'allègement'

En me remémorant ma période d'accompagnement de patients en fin de vie, je constate qu'il me vient à l'esprit l'existence d'un changement au sein de la relation médecin – patient : « *il y a quelque chose qui change dans la relation* » l 120, 121. Ce changement est pour moi d'abord lié au fait que j'entre dans une dynamique palliative, c'est à dire que les soins ne sont plus faits dans une optique de guérison mais de confort du patient : « *au niveau relationnel il y a des choses qui changent un peu, parce que déjà il n'y a plus le côté soit de lutter contre la maladie, soit d'être dans une dynamique diagnostic, de traitement curatif* » l 114-116.

Si ma posture de médecin est toujours bien présente et bien claire, avec un travail thérapeutique orienté vers des soins de confort, « *il y a toujours le côté médical, de voir si au niveau traitement on ne peut pas être un peu plus confortable, est ce qu'il y a des choses à modifier au niveau douleur, au niveau respiration, etc* » l 121- 123, je note que c'est la relation au patient qui devient à mon sens primordiale dans ces circonstances. « *avec les patients en fin de vie, d'accord tu es encore médecin, c'est toi qui va gérer le traitement, les médicaments, tout ça, mais à la rigueur ça devient accessoire, un peu dérisoire, même si c'est important aussi, et ce qui va compter le plus, c'est toute la relation en elle-même, c'est toi et lui.* » l 155-159.

Visiblement, je ressens que ce type de relation vient me chercher dans ma singularité d'être humain, au delà et en plus de ma fonction de médecin. « *La fonction elle reste la même, pour l'extérieur c'est la même fonction, mais moi dans la façon dont je la vis, je pense qu'il y a quelque chose en plus qui est vraiment du relationnel, au-delà du médecin qui parle avec son malade, ça va être moi Mathilde qui vais parler avec Mr Untel.* » l 161 – 164. Ne me réduisant pas à mon rôle de médecin mais m'engageant plus personnellement auprès du patient, je vis cette relation comme plus informelle, avec une sensation d'allègement par rapport à une relation médecin – patient classique. « *il y a quelque chose je dirais de plus léger, par rapport à une prise en charge thérapeutique médecin –patient classique (...) je suis pas que médecin, c'est une relation qui est un peu plus informelle qui se crée avec ce genre de patient* » l 123- 126. Je me rends compte ici du côté en apparence tout à fait paradoxal de ressentir plus de légèreté auprès de ce type de patient. Peut être que l'entrée dans une démarche palliative ôte le poids de l'attente de résultats propre à la médecine curative.

C'est une relation d'un tout autre ordre qui peut se tisser avec le patient ; je ne me sens plus réduite à mon rôle technique de médecin mais je peux engager ma personne en entier dans le soin.

- La qualité de présence nécessaire à l'écoute d'une parole ultime

Je note également qu'au sein de cette relation ma qualité de présence et ma qualité humaine sont selon moi indispensables pour que les personnes puissent s'exprimer : je deviens alors dépositaire de la parole du mourant. *« à des moments, tout simplement on va parler, c'est aussi être le dépositaire des choses qu'ils vont dire, et qui n'ont pas d'objectif précis, c'est juste des petits trucs qu'il va dire, 2 jours, 3 jours avant de mourir, et il y a juste à être cette présence-là, et si tu n'es pas là toi en tant que toi, pas que en tant que médecin mais je pense qu'il y a toute la qualité de l'être humain, oui ça ne va pas forcément être dit. »* l 126-131. Si les mots prononcés évoquent parfois des choses de peu d'importance *« c'est pas des choses énormes ou super importantes »* l 131, ce sont aussi parfois des choses très lourdes, telles que des demandes d'euthanasie, des expressions d'un déni massif ou encore le récit d'expériences intenses à l'approche de la mort : *« souvent il y a des questions, ça va être des demandes d'euthanasie ou ça va être des choses lourdes comme ça. Ils te racontent des expériences, il y a des hallucinations, ils voient des choses, ou ils te demandent s'ils vont guérir alors qu'ils sont en stade terminal »* l 483-487. Dans mon accompagnement, si je me sens donc toujours médecin, je note l'importance de développer une qualité d'être, indispensable pour que le patient s'exprime. Le soignant devient alors pour moi 'dépositaire' de la parole du mourant, si banale ou si extra-ordinaire soit elle.

Au sein de ma pratique, j'envisage mon rôle comme un rôle de *« point d'appui »* l 290, facilitant l'évolutivité de patient.

Je suis ainsi le témoin des expériences vécues par ces patients en fin de vie. Cela est source pour moi de questionnement et de réflexions personnelles : *« ce sont des moments de vie où tu commences à envisager ce que c'est pour eux leur réalité, ce qu'ils sont en train de vivre, et puis moi ça me permet d'envisager après, envisager des choses comme ça »* l 185, 187. Dans mon vécu des accompagnements de fin de vie, je constate que les fonctions bien définies de chacun (médecin et patient) s'estompent pour laisser place à l'humanité de chacun. *« c'est plus être dans cette relation d'humain à humain. Il y a toujours médecin-patient, mais ça englobe plus le côté humain »* l 132-133.

d/ Accompagner les proches sans pour autant leur donner le statut patient

J'élargis ma disponibilité aux proches du patient en fin de vie. *« il y a toujours le patient qui est au centre, et il y a aussi l'entourage, donc être là aussi pour la famille, s'ils ont besoin »* l 118-120. Cette disponibilité prend la forme d'un véritable accompagnement : *« c'est aussi les accompagner eux, donc on ne va pas parler du patient, on va parler d'eux, de leur souffrance, de leur peine, etc... »* l 304, 305.

Dans cet disponibilité, je leur accorde du temps en dehors de la présence du patient pour qu'ils puissent s'exprimer librement: *« je pense que c'est un temps qui est important pour les familles, tu vois des fois ils ne s'autorisent pas à pleurer devant les proches, donc du coup, quand ils sortent de la chambre, et qu'ils vont voir les soignants, les médecins, les infirmières, enfin l'équipe, c'est vraiment le côté où ils s'extraient de la chambre (où des fois c'est très très lourd) et du coup ils peuvent ...déposer des choses, dire des choses, ils peuvent craquer, ils peuvent... tout ce qu'ils veulent, et des choses qu'ils ne vont pas s'autoriser devant le patient. »* l 311-317.

Dans cet accompagnement, comme dans celui du patient, j'envisage mon rôle comme un point d'appui leur permettant d'évoluer. *« mais ça peut être des liens très forts aussi, je trouve que tu as ce rôle de point d'appui aussi pour [l'entourage des patients] (...) L'entretien avec le médecin (...) c'est un moment de point d'appui pour essayer de les soutenir dans cette étape-là pour qu'ils passent à l'étape suivante, qu'il y ait toutes ces choses-là qui se mettent en route »* l 287-292.

Même si mon travail d'accompagnement est le même, et si des liens forts peuvent se tisser, comme avec le patient, je suis surprise de constater que je fais une distinction nette entre ma relation aux proches et ma relation au patient, distinction à laquelle je n'avais jusqu'alors jamais réfléchi. Je précise ainsi que les proches ne prennent pas le statut de patient à mes yeux : *« je vais être là, je vais les accompagner, (...) je suis là ; mais... ils ne sont pas mes patients. »* l 280-282. Pour moi, mon patient reste *« au centre »* l 118, et les proches en périphérie : *« je les vois autour »* l 284. Cette façon différente d'envisager les relations est associée dans la pratique à une façon différente de les ressentir : le lien qui me relie à mon patient est spécifique et reconnaissable par le 'goût' que j'en ai, et qui est différent du goût qu'ont les liens qui me relient aux proches : *« c'est le lien qui est différent »* l 278 *« ça n'a pas le même goût qu'avec avec ton patient, c'est différent »* l 286, 287.

e/ Synthèse

Je note qu'en accompagnant les patients atteints de maladie grave ou en fin de vie, mon implication change. Je met à leur disposition une plus grande disponibilité : en terme de temps, mais aussi dans l'ouverture à des questionnements plus existentiels, ainsi qu'en terme d'engagement d'une part de moi plus singulière dans la relation. En effet, je ne suis pas que médecin, je suis aussi 'Mathilde'. Je note l'importance de l'écoute et de la qualité d'être du soignant, indispensable pour que le patient s'exprime. Le soignant devient alors pour moi 'dépositaire' de la parole du mourant, si banale ou si extra-ordinaire soit elle.

Pour moi, l'accompagnement de la famille, des proches, est indispensable. Je m'implique également dans une présence, une écoute, une disponibilité vis-à-vis d'eux. Pour autant, ils ne prennent pas le statut de patient à mes yeux. Cette différence est soulignée par mon ressenti : la relation au patient n'a pas le même 'goût' que celle avec les proches.

Accompagner signifie pour moi tenir un rôle de point d'appui permettant ainsi à l'autre de se développer.

1-3-2/ Impacts dans des dimensions personnelles et existentielles

a/ Impacts dans mon rapport à la vie, à la mort, à la maladie grave : une expérience incarnée perceptible comme tremplin d'une dynamique réflexive.

- Une rencontre avec le vivant, même jusque dans les derniers instants : la mort comme processus physiologique

A l'analyse de mon interview, je me rends compte que ma formation à la fasciathérapie m'a permis de percevoir dans ma chair le goût de la vie en moi et en autrui, et ainsi de faire l'expérience concrète de ce qui auparavant restait de l'ordre du concept : « *le contact avec ce goût-là, tu vois, le mouvement interne dans soi, dans l'autre. Avant c'est une idée, la vie, le vivant c'est quelque chose que tu approches intellectuellement ; là du coup c'est une expérience, c'est incarné* » l 722, 725.

Le fait d'accompagner des patients en fin de vie, d'être témoin de leurs questionnements, m'offre un tremplin à partir duquel je me questionne moi aussi, personnellement. « *d'avoir accompagné les gens, et de me rendre compte de leurs*

questionnements, de leurs expériences, moi ça me renvoie à des questionnements et ça me donne un tremplin pour me questionner moi personnellement là-dessus. » l 737-740.

Dans ma dynamique de questionnement existentiel, la perception du mouvement interne apparaît comme un véritable support de réflexion. *« le mouvement interne, sa perception, ça m'a ... moi c'est vraiment mon support quand je réfléchis à la mort » l 651-652.* Je constate que la perception du mouvement interne a été particulièrement intense et singulière lors du tout premier contact que j'ai eu avec un mourant, lorsque j'étais encore externe. *« C'est parti d'une expérience que j'avais faite quand j'étais externe, auprès d'un patient qui était en stade terminal d'une cardiopathie, donc qui était en train de mourir, enfin moi je ne le savais pas » l 653-655.* N'ayant pas conscience que ce patient est en train de mourir, j'ai été surprise de ce que j'ai ressenti auprès de lui le jour précédant son décès : j'ai en effet senti une 'mise en travail' dans ce patient (comme j'avais pu en percevoir lors des points d'appui en thérapie manuelle), et celle-ci était particulièrement puissante. *« un jour il était un peu moins bien, il n'y avait pas d'ascite à ponctionner, et puis il y avait une espèce d'énorme mise en travail, dans lui, dans la chambre (...) pour moi c'était : 'tiens, il y a une mise en travail dans ce patient', c'était comme s'il y avait toutes les couches physiques, psychiques du patient en train de travailler » l 656-662.* Je constate que j'ai immédiatement connoté cette mise en travail très positivement, que je l'ai vécue comme quelque chose de très beau mais aussi d'agréable à ressentir. *« c'était quelque chose ... absolument magnifique, tu vois, qui se déroulait. » l 658-659 ; « j'arrivais dans la chambre et c'était bon, ce qui se passait » l 663.* D'après mon ressenti, il était clair pour moi que j'étais en présence d'un événement complètement physiologique *« C'est comme si tout ce qui se passait pour lui, ça se passait comme il faut, c'était une physiologie » l 700, 701.*

J'ai été surprise d'apprendre la mort de ce patient le lendemain. Cette expérience fut mon premier contact avec une personne en train de mourir, et la représentation que j'en ai eu était loin d'être effrayante. En revisitant mon interview, j'ai compris l'importance de cette expérience en ce qu'elle a fondé les bases de ma réflexion sur la mort, ou plutôt sur le mourir, que j'entrevois dès lors comme un processus physiologique qui va nécessairement quelque part, sans que l'on sache où. *« ça c'était mon premier contact avec quelqu'un en train de mourir, et du coup pour moi c'est resté : 'le processus de mourir', c'est un processus, il y a une mise en travail, du coup c'est un processus. Donc dans ma réflexion, s'il y a un processus, il va quelque part, et puis il y a une continuité, et il y a aussi tout l'inconnu, enfin ça emporte un inconnu. Quand tu suis un patient en fasciathérapie, tu ne te dis pas 'il va*

devenir comme-ci, comme-ça', tu suis le processus et tu vois bien ce que ça donne. Il y a vraiment cette ouverture : à la fois c'est un processus, et puis je ne sais pas. Ca va quelque part, autre chose, mais ... » l 664-673.

Mais cette représentation d'une physiologie du mourir a nécessairement son pendant pathologique, et je remarque que je ressens parfois l'existence d'une façon 'pathologique' de mourir : *« il y en a certains pour lesquels tu as l'impression que ça ne se passe pas vraiment bien »* l 702, 704. Je suis également en prise avec des questionnements concernant les conditions requises pour que cette physiologie se déploie ou non *« c'est quelque chose qui me questionne parce que je me demande toujours pour les morts subites, par accident, est-ce que ce processus peut se passer super vite, en une fraction de secondes ? ou est-ce que du coup ce n'est pas fait et la personne ne part pas « au bon endroit » ? C'est beaucoup plus des questionnements »* l 708-711.

- La coexistence paradoxale d'une physiologie et d'une pathologie

Je remarque que cette façon d'envisager la mort comme faisant partie de la vie n'a pas été un chamboulement pour moi. *« Déjà auparavant, je pense que j'envisageais la mort comme faisant partie de la vie, ce n'est pas « il y a la vie et après il y a la mort », c'est « il y a la vie et ça inclut la mort » . Mais là du coup qu'il y ait toute cette continuité avec le mouvement interne, le principe de vie et après... C'est plus de voir ça dans la continuité »* l 673-677. La perception de la continuité du mouvement interne, principe de vie, jusque dans les derniers instants d'un patient vient au contraire conforter cette idée.

Mais je constate que je suis alors entrée dans un autre questionnement, concernant la coexistence d'une pathologie définie médicalement, comme causalité de la mort, *« de toute façon tu meurs de quelque chose : cancer, arrêt cardiaque, ça c'est la maladie au sens de... »* l 688, 689 ; et d'une physiologie 'magnifique' qui est celle du mourir. Ce paradoxe, cette coexistence 'en parallèle' d'une physiologie et d'une pathologie, peut être aussi vécue en amont d'un stade terminal, en percevant le mouvement interne chez des patients gravement malades. *« Et après concernant la maladie... Et bien des fois je la vois comme quelque chose à part, parce que tu vois les patients peuvent avoir des cancers, des SLA, des maladies en stade terminal, il y a quand même le mouvement interne. Donc des fois c'est comme si c'était à côté. »* l 677-680.

b/ Impacts dans mon vécu des difficultés personnelles : un gain en stabilité

Concernant les apports de l'expérience de la relation au Sensible dans ma vie personnelle, je note que je me trouve plus stable, que j'ai une « *stabilité de fond* » l 715, qui n'est pas due à moins d'aléas dans ma vie mais à un gain en sérénité dans le vécu des difficultés : « *quelque chose de plus serein dans le vécu des difficultés* » l 719. J'envisage mes difficultés de vie comme des phases de résistances au sein d'un processus plus vaste « *peut être que c'est un peu le creux de la vague, parce qu'il y a quelque chose qui est en travail, qu'il y a une résistance dans ma vie* » l 716, 717 ; et reste confiante dans le temps qui reste à venir comme source de solutions « *j'aurai la solution après, il y aura quelque chose de mieux après, ou je vais comprendre quelque chose après* » l 718, 719.

c/ Impacts dans mon rapport à la communication : un apprentissage paradoxal

Enfin, toujours sur un plan personnel, je note un apport important concernant mon rapport à la communication : « *plus concrètement, dans les phases d'accompagnement, moi j'ai énormément appris de l'entretien, l'entretien avec le patient, mais du coup plus largement sur la communication* » l 740-742. Avant mon semestre en soins palliatifs, je précise en effet que j'avais des difficultés dans ce domaine : « *Avant pour moi la communication c'était hyper problématique, c'était compliqué, j'avais l'impression que je ne savais pas faire* » l 745-747. « *Je n'avais comme modèle qu'une communication qui était problématique* » l 752, 753. La découverte d'une nouvelle façon de communiquer, articulant mes perceptions issues de la relation au Sensible et la parole, a été pour moi thérapeutique dans ce domaine : « *ça a été très soignant, d'avoir accès à du temps avant de parler, des phases de silences, quelque chose qui s'incarne, quelque chose qui se transforme avant de parler, toute l'articulation avec la parole, etc. Ça ça a été une grosse découverte, et du coup les 6 mois en soins palliatifs ça a été aussi une grosse expérimentation autour de ça, enfin un gros apprentissage* » l 748-752. En me permettant d'explorer la simplicité que la communication peut avoir, cet apprentissage est venu modifier mes représentations « *ça m'a changé, en tous cas dans mes représentations : il y a quelque chose de très simple dans la communication* » l 757-758. Je suis une nouvelle fois surprise du caractère résolument paradoxal d'avoir découvert et goûté cette facilité de communication dans un contexte où classiquement, celle-ci est extrêmement difficile : « *j'ai expérimenté en plus où c'est le plus*

difficile, (...) pour moi c'est là que c'est devenu plus facile, et que ça avait plus de goût, tu vois, c'est un peu paradoxal » 1 753-757.

d/ Synthèse

Grâce à la perception d'une animation interne dans mon corps et dans celui d'autrui, la vie, le vivant, ne sont plus pour moi des notions abstraites, mais des expériences concrètes, vécues, incarnées.

La représentation que j'ai de la mort s'est principalement fondée grâce à la perception d'une résonance interne de façon très intense chez un patient en train de mourir, alors que j'étais encore jeune étudiante. Ce premier contact avec un mourant réaffirme pour moi la vision de la mort comme faisant partie de la vie, me permet d'envisager le mourir comme un processus physiologique, bon et magnifique : la représentation que j'en ai est donc loin d'être effrayante. Cette représentation me fait aussi entrer dans une dynamique de questionnement concernant la place respective des pathologies telles qu'elles sont envisagées en médecine au sein de ce processus physiologique.

Mon semestre d'internat en Unité de Soins Palliatifs a été pour moi une période d'apprentissage remarquable, tant sur le plan professionnel que personnel. En effet, en introduisant la relation au Sensible dans ma posture de médecin et en faisant l'expérience de ses impacts dans mes entretiens avec les patients en fin de vie, j'ai découvert une facilité, une simplicité, un goût dans la communication que je n'avais jamais pu expérimenter jusqu'alors.

CHAPITRE 2

DISCUSSION ET RÉSULTATS DE RECHERCHE

Ma démarche de recherche a été constituée de plusieurs mouvements, qui m'ont amenée successivement à problématiser ma recherche, à confronter ma pensée avec celles de divers auteurs, à élaborer une méthodologie permettant de recueillir des données puis de les analyser. Les résultats de cette analyse ont été répartis en trois volets, correspondant à trois phases de mon parcours professionnel : une phase de genèse, une phase de pratique et d'expérience intense auprès de patients atteints de maladie grave, une phase de réflexion plus générale sur les dimensions professionnelles, personnelles et existentielles liées à cette pratique.

J'arrive maintenant à une dernière étape de ma recherche, dans laquelle je souhaite prendre du recul et élaborer une discussion à partir de ces résultats d'analyse.

J'ai choisi dans un premier temps d'élaborer une discussion entre les trois volets de mes résultats, dans le but de mieux comprendre les dynamiques qui ont été à l'œuvre au sein de mon parcours singulier.

Puis dans un deuxième temps, j'élaborerai une discussion entre mes résultats d'analyse et mon champ théorique. Cette discussion sera guidée par ma question de recherche qui, je rappelle, est la suivante : *quel est l'impact de mon expérience de la relation au Sensible dans ma pratique relationnelle auprès de patients atteints de maladie grave ?* Cette discussion permettra de mettre en lumière et en perspective mes résultats de recherche concernant mon objectif principal : identifier et comprendre les impacts de ma relation au Sensible dans ma relation avec les patients atteints de maladie grave.

2-1/ Dynamiques d'un parcours singulier

Mon analyse m'a offert la possibilité de revenir sur ma période d'adolescence, et de constater que mon choix de devenir médecin-fasciathérapeute s'est posé relativement vite, entre l'âge de 16 et 18 ans. Mon aspiration était explicitement de prendre soin des personnes en souffrance, mais au delà de cela, j'ai pu constater un intérêt pour le corps, ainsi qu'un intérêt pour la dimension relationnelle. J'étais attirée par la thérapie manuelle, parce que cela me permettait d'établir avec le patient une relation passant par le corps, par le toucher. Ma première séance de fasciathérapie fut un événement fondateur en ce qu'elle m'a permis

d'expérimenter un rapport à ma subjectivité corporelle sur le mode du Sensible. La perception du mouvement interne devint pour moi un indicateur tangible de l'instauration d'une bonne relation à moi-même et à autrui sur le mode du Sensible. A l'interprétation de mes données, j'ai été surprise de constater que mon choix de devenir fasciathérapeute n'était pas lié à l'efficacité thérapeutique 'objective' de cette méthode, mais à la qualité relationnelle que j'avais pu expérimenter pendant les séances. La dimension de subjectivité corporelle et la dimension relationnelle étaient donc, dès la genèse de mon parcours, intimement liés.

Alors que j'étais à la fois étudiante en médecine et en fasciathérapie, j'ai pu expérimenter des transferts entre ces deux disciplines. Pendant mes stages hospitaliers, je ne traitais pas les patients en thérapie manuelle, je ne transférais donc pas un savoir-faire, mais plutôt un savoir-être. En effet, j'adoptais par exemple une posture intérieure de point d'appui face à un patient agité, et je découvrais que je gagnais alors en solidité. Je commençais donc à faire l'expérience des impacts relationnels du rapport à mon corps sensible. Autre exemple : je me suis surprise à ressentir une résonance interne dans mon corps avec un sentiment de sérénité dans la chambre d'un patient mourant. Cette expérience a participé à l'élaboration d'une représentation de la mort comme d'un processus physiologique et non effrayant. Je pense que cette représentation, ainsi que le fait de sentir que j'avais quelques 'outils' face à ma fragilité émotionnelle, ont contribué à ma capacité à choisir sans peur de travailler en Soins Palliatifs.

J'ai décidé d'effectuer un semestre d'internat dans une Unité de Soins Palliatif dans une optique d'apprentissage par la pratique, car les cours théorique me semblaient insuffisants pour pallier à mes difficultés relationnelles avec les patients atteints de maladie grave. Refusant de me conformer au 'style' relationnel du médecin référent, je me suis engagée dans une auto-formation. Je me suis alors appuyée sur la seule chose qui avait 'fait ses preuves' jusqu'à présent : la relation à mon corps sensible. Le fait d'avoir beaucoup de temps à consacrer uniquement à la relation a été visiblement un plus pour réussir à instaurer avec les patients une relation sur le mode du Sensible. Les nombreux temps de silence qui punctuaient les entretiens me permettaient également de consolider le rapport à mon corps dans sa dimension sensible. Je découvrais que je gagnais en stabilité émotionnelle, mais aussi que se dévoilait, au sein de ces silences, tout un dialogue silencieux avec le patient, fait d'animation interne, de mouvements toniques, qui prenaient sens et à partir desquels je pouvais guider mes relances. Je découvrais que je pouvais aussi écouter le patient d'une autre façon, sans me précipiter pour trouver une réponse, mais au contraire en accueillant sa question dans mon intériorité.

Cette autoformation en soins palliatifs a eu des impacts professionnels, en me faisant découvrir une nouvelle façon d'entrer en relation avec le patient, qui me permettait de dépasser mes difficultés et d'adopter une posture au plus près de ce dont le patient avait besoin. Cette autoformation était aussi un apprentissage personnel, me permettant de découvrir qu'il pouvait être simple et savoureux de communiquer.

Cette expérience intense dans cette Unité de Soins Palliatifs a forgé mon point de vue actuel sur l'accompagnement des patients en fin de vie : dans cette pratique médicale spécifique, je sens que je m'allège du poids que peut avoir pour moi le statut de médecin. Je m'investis de façon plus singulière, j'offre un point d'appui pour le patient ou ses proches, je développe une qualité d'écoute qui me permet d'être dépositaire de leur parole. J'accompagne chacun, en instaurant une relation incarnée. Chaque relation possède un goût unique, singulier : la relation à mon corps sensible me permet de faire l'expérience de ma propre subjectivité et d'accueillir celle de l'autre.

Finalement, comme illustration de cet apprentissage singulier, je me rend compte de la similitude de ces deux épisodes : d'une part la relation d'aide réalisée par ma fasciathérapeute lors de ma première séance de travail gestuel, qui pendant une heure m'a aidé : *« elle avait vraiment une présence, à aucun moment elle ne m'a lâché »* ; et cette annonce de sclérose en plaque que j'ai faite, dix ans plus tard, à une patiente : *« elle s'est effondrée devant moi, et là le fait d'être en point d'appui ça permet de vraiment être là, et être présente, et quand elle s'effondre tu es toujours là et à aucun moment tu ne la lâche »*.

2-2/ Impacts de mon expérience de la relation au Sensible dans ma relation aux patients atteints de maladie grave

Cette deuxième discussion, menée à partir des résultats d'analyse et des données théoriques, s'intéresse spécifiquement à la pratique concrète, en acte, auprès des patients atteints de maladie grave. A partir de mon expérience professionnelle singulière, en discutant avec les points de vue de différents auteurs, je peux alors mettre en valeur mes résultats de recherche et ouvrir sur des réflexions plus générales.

2-2-1/ La relation du soignant à son corps sensible : modalités d'accès et limites

2-2-1-1/ Les critères qui signent l'accès à la dimension du Sensible

Cette recherche m'a permis d'établir le fait qu'il est possible, pour un soignant, d'instaurer une relation avec son corps sur le mode du Sensible *pendant* l'entretien avec un patient atteint de maladie grave. Ainsi, je retrouve à l'interprétation de mes données l'existence de critères attentionnels : « *l'attentionnalité* » qui témoignent d'une bascule du mode attentionnel et de la mise en route d'une posture de *neutralité active* qui est comme l'ont précisé Bois et Austry « *la posture de saisie du Sensible* » (Bois et Austry, 2007). Je retrouve clairement des vécus corporels perceptifs spécifiques du corps sensible « *une globalité, (...) une épaisseur, les contours* », un « *contact avec l'animation interne* », ainsi que la dimension d'éprouvé et de résonance qui signe l'accès au corps sensible: « *tu es touché par toi, enfin par le mouvement, par toi, par ta présence* », comme le précisait Bourhis en rappelant que l'accès au corps sensible nécessite « *une dimension d'implication (éprouvé) à sa propre subjectivité* » (Bourhis, 2007, p 108). Concernant la perception de ma présence animée par le mouvement interne, je précise qu'elle a un « *goût* » particulier, ce qui fait écho au goût de soi décrit par Berger comme « *la saveur particulière qui naît du fait de ressentir cela en soi* » (Berger, 2006, p. 36).

2-2-1-2/ Les modalités d'accès et la nécessité d'un entraînement

En filigrane de mon interprétation sont apparus les moyens mis en œuvre pour accéder à ce rapport au corps sensible dans le temps de l'entretien. J'effectue un travail de bascule du mode attentionnel : « *au niveau de l'attention, c'est une bascule de mode* » permettant de passer d'une attention « *quotidienne, focalisée* » à « *l'attentionnalité* » ; un travail perceptif : « *retrouver une globalité, plus me sentir* », un travail d'ajustement tonico-postural : « *essayer d'être plus dans mes appuis, plus posée, au niveau musculaire qu'il y ait moins de muscles* » et un travail de recherche d'une « *posture interne, intérieure* » qui correspond explicitement à celle du « *point d'appui* », et fait appel à la posture de *neutralité active* (Bois, 2006 ; Courraud, 2007 ; Marty, 2012).

La capacité à effectuer un tel travail intérieur n'est pas innée, et doit être entraînée. A cet effet, les quatre outils extra-quotidien (thérapie manuelle, thérapie gestuelle, introspection sensorielle, entretien verbal à médiation corporel) employés dans la formation en fasciathérapie forment autant de possibilité d'entraînement et d'éducation des outils internes tels que l'attention, la perception, l'intention, l'éprouvé (Bois, 2006 ; Bourhis, 2007). Je tiens

à rappeler que cet apprentissage se fait selon un rythme propre à chaque étudiant. L'analyse de mon interview permet de voir que dans mon parcours personnel le développement de mes potentialités perceptives et attentionnelles semble s'être fait rapidement, comme en témoigne l'utilisation de ces outils internes 'entraînés' dans ma pratique d'étudiante en médecine avant même d'être diplômée en fasciathérapie.

Dans le cadre théorique, j'ai développé l'intérêt de la thérapie manuelle, notamment en ce qu'elle permet l'accès au corps sensible comme « *lieu d'articulation entre perception et pensée* » (Bois, 2006, p. 21). Mais je dois ici réfléchir plus avant, et envisager ce qui permettrait à tout soignant de continuer à entraîner ses outils internes de façon plus autonome. Dans cette optique, le travail gestuel et l'introspection sensorielle tels qu'ils sont pratiqués en fasciathérapie apparaissent comme des outils pertinents permettant au soignant de développer seul ses capacités attentionnelles et perceptives, ou, comme le précise Bourhis, lui permettant de s'éduquer « *à réaliser des transferts attentionnels suffisamment performants pour saisir la subjectivité corporelle qui émerge dans l'immédiateté de son action* ». (Bourhis, 2007, p. 57).

Débuter sa journée de travail par un temps de préparation psychique et corporelle à travers les outils spécifiques de la fasciathérapie est à selon moi un travail personnel à la fois accessible et performant, permettant au soignant de développer une qualité de relation à son intériorité, et de faciliter ainsi l'accès à la dimension Sensible de son corps pendant son travail auprès des patients. Je souligne ici la nécessité d'un travail personnel d'entraînement, rejoignant en cela les résultats de recherche de Villeneuve (2011) et Santos (2012).

Ce type de travail peut à mon sens fournir une voie de passage pragmatique et pertinente pour aider le soignant à développer une certaine authenticité vis-à-vis de lui même, car comme il l'est stipulé dans le manuel de soins palliatifs réalisé par Nectoux (2009) : « *cette authenticité ne s'acquiert pas aisément, elle demande un long travail de l'aidant sur lui-même pour arriver au maximum d'harmonie entre ce qu'il sent, ce qu'il pense et ce qu'il exprime* » (p. 185).

2-2-1-3/ Les limites : l'importance de la donnée temporelle

Ma recherche révèle également que l'établissement de ce rapport au corps sensible est parfois impossible, quand bien même cela semble utile et recherché. En effet, pendant tout un semestre d'internat, j'ai été incapable d'entrer en relation avec mon corps sensible au cours de mon travail: « *je n'ai pas pu, du tout, ça n'était pas possible* ». Cette période d'incapacité est

survenue juste après mon passage en soins palliatifs : mes capacités perceptives ou attentionnelles, mon aptitude à entrer en relation avec le Sensible pendant mes entretiens avec les patients, venaient d'être particulièrement développées et entraînés, et n'étaient donc pas en cause. L'interprétation de mes données relatives à cette incapacité massive et soudaine m'a permis de préciser d'autres conditions d'accès au corps sensible, conditions cette fois-ci extérieures au soignant.

J'ai pu dans un premier temps mettre à jour le fait que le manque de temps jouait un rôle notable : « *il fallait être très très rapide avec les patients, il fallait vite passer d'un patient à l'autre, c'était la course toute la journée, toute la semaine, pendant 6 mois c'était la course* ».

Pourtant, cette donnée temporelle ne semblait pas cohérente avec le fait que la relation au Sensible m'était accessible de façon très rapide, comme je le précisais à plusieurs reprises : « *la relation au Sensible, si je ne l'ai pas, je vais la trouver très vite* » « *c'est une posture (...) qui peut venir assez vite* » « *l'attentionnalité, ça vient assez vite* ». J'ai alors émis l'hypothèse qu'il s'agit d'une dimension temporelle plus qualitative que quantitative qui est évoquée ici : le *sentiment* de manquer de temps. Ainsi, si un temps objectivement court n'est pas un obstacle pour entrer en relation avec le corps sensible, puisqu'il s'agit d'effectuer une 'simple' bascule de mode attentionnel, je pense que la possibilité d'effectuer cette bascule nécessite, outre une personne entraînée, l'existence d'un environnement favorable et non stressant. En effet, si le soignant se sent dans une course perpétuelle, si l'esprit est accaparé par le nombre de patient qu'il reste à voir et le peu de temps imparti pour le faire, rejoignant en ce sens la figure du soignant « *essoufflé et surchargé* » (Daneault, 2006), comment se sentir libre de défocaliser son attention et parvenir à ce délicat équilibre entre neutralité et activité que requiert l'attentionnalité ? Je rejoins ici les résultats de recherche de Daneault, qui démontrent la part de responsabilité de l'environnement professionnel et du fonctionnement du système de soin dans la genèse de souffrance chez le soignant, en ne lui permettant pas d'accéder à la qualité relationnelle qu'il souhaiterait instaurer avec les patients.

Je souhaite souligner ici la dimension qualitative plus que quantitative de cette donnée temporelle, qui m'avait déjà frappée chez Céline, cette patiente en phase terminale de cancer interrogée par l'équipe de Daneault. Si l'on pense spontanément que les patients atteints de maladie grave ont besoin d'un temps d'écoute particulièrement long (en témoigne la mise en place des consultations d'annonce, où à la phase d'entretien avec le médecin succède une

phase d'entretien psychologique), le témoignage de Céline m'a permis d'envisager le temps sous un angle qualitatif. En effet, elle a seulement besoin de « *deux minutes d'écoute* », mais souligne bien qu'elle souhaite en face d'elle un soignant « *intense* » (Céline dans Daneault, 2006). Je comprends ici qu'il s'agit avant tout de qualité dans la manière d'être en relation, dans la manière d'être présent, plus que de temps accordé en termes de minutes. Cette dimension qualitative est retrouvée dans la relation sur le mode du Sensible, qui permet au soignant de développer une présence et une relation intense à lui-même, et à autrui.

2-2-2/ La relation au Sensible donne accès à une dimension non verbale de la communication

J'ai retrouvé à l'interprétation de mes données la dynamique relationnelle décrite par Bois et Austry selon laquelle le corps sensible constitue « *le lieu d'émergence perpétuelle d'une forme singulière de rapport entre soi et soi, qui devient le prima du rapport entre soi et le monde* » (Bois, Austry, 2007, p.10). Il apparaît que le mode de relation qui se déploie dans le Sensible se fait sur un mode perceptif et non verbal. Dans le contexte de la pratique auprès de patients atteints de maladie grave, la relation du soignant à son corps sensible lui permet d'entrer en relation avec ses patients non pas uniquement par le discours, mais aussi et avant tout sur un mode perceptif, non verbal : « *la relation au sensible c'est d'abord l'animation dans moi, et de là je vais pouvoir capter ce qui se passe dans l'autre : est-ce qu'il y a cette animation-là, et quelle en est la nature ?* ». Cette relation du soignant à sa propre animation interne comme point de départ pour mieux entrer en relation avec l'animation interne de son patient vient donner un écho concret à la notion d' « *ouverture intérieure à une autre intériorité* » évoquée par Barrier (2010).

2-2-2-1/ L'accès à la capacité à donner sens aux silences

Ma recherche m'a permis d'établir que l'apprentissage de la relation au Sensible correspond à une réconciliation avec son propre corps comme *lieu de référence interne* (Courraud, 2007). Le corps sensible se donne à vivre par l'intermédiaire de sensations porteuses de sens. Cet apprentissage m'a ainsi permis de développer ma capacité à percevoir des informations internes, sous forme de mouvements toniques ou d'animation interne, à les valider, mais également et surtout à leur donner sens, accédant par là à une dimension non

verbale du langage. Cela constitue pour moi un apport majeur dans ma pratique de soignant, pour m'aider à gérer les phases de silences notamment.

Ma recherche montre en effet que ces phases de silence peuvent être nombreuses et que leurs significations peuvent être multiples : elles peuvent correspondre à tout un éventail d'émotions, ou encore à une réflexion en cours, ou simplement signifier que le patient n'a plus rien à dire. L'importance de respecter ces phases est bien établie, aussi bien dans mon interview que dans la littérature médicale (Buckman, Jutard).

L'interprétation de mes données m'a permis de mettre à jour l'intense activité perceptive qui m'anime lorsque je suis en relation avec mon corps sensible. Je retrouve le phénomène de *paroxysme perceptif* (Bourhis, 2007), qui permet de capter des informations relatives au tonus ou à l'animation interne du patient et de leur donner sens, offrant ainsi des repères concrets au sein du silence. Je peux ainsi mieux percevoir les états émotionnels du patient « *sentir ses états à lui, au niveau physique, son tonus... C'est une angoisse ? C'est une inquiétude ?* », ou percevoir avec précision si le patient est en train de réfléchir : « *tu sens qu'il y a quelque chose qui se met en route, qui est en train de se dérouler, il développe sa réflexion dans lui* ». Cette capacité à comprendre la signification des silences aide à les gérer, notamment pour savoir combien de temps attendre : cela offre un outil supplémentaire pour pouvoir s'adapter au rythme du patient, adaptation qui est particulièrement vitale dans la relation aux patients atteints de maladie grave (Scherer, L'Eplattenier, Buckman). Il ressort de mon analyse que la relation du soignant à son corps sensible lui permet l'accès à une dimension non verbale de la communication, rejoignant la notion de communication non verbale à travers les modulations toniques décrite par Courraud (2007) dans le cadre de la thérapie manuelle.

Même si cela n'est pas abordé dans mon interview, je peux aussi extrapoler, en avançant l'idée que la perception de la nature de l'état émotionnel du patient peut faciliter l'utilisation de relances empathiques par le soignant, et faciliter ainsi l'expression du patient, ainsi que le sentiment qu'il a d'être compris (Daneault, Goldenberg).

2-2-2-2/ L'accès à une permanence de la présence du soignant

Si l'importance de respecter les silences du patient est bien établie dans la littérature, je pense que l'action du soignant doit aller plus loin que le simple respect qui consisterait à ne pas parler. En effet, je sais que certains de mes collègues, pour respecter les temps de silences, s'efforcent d'avoir une activité mentale qui les occupent (compter, ou au contraire se mettre

dans une forme de ‘vacance’ psychique) : il me semble que dans ce cas, le lien avec le patient est rompu, il n’y a pas de soutien de son cheminement intérieur. Or, comme le précise Goldenberg, c’est notre présence à autrui qui facilite le travail d’élaboration psychique : « *la présence à l’autre fourni une sorte d’étai, de point d’appui qui permet à de véritables changements psychiques de survenir* » (Goldenberg, 1991, p.15). La dimension Sensible du corps, en ce qu’elle sollicite une implication et un éprouvé de la personne, permet d’accéder à cette présence intense à soi-même, qui peut devenir présence intense à autrui. Mais elle permet aussi d’accéder à ce qui se joue au sein d’une phase de silence, et ainsi de rester présent à autrui même quand il ne parle pas.

Ma recherche m’a permis de mettre en avant que l’accès du soignant à cette dimension non verbale du dialogue lui permet de toujours rester présent, de ne jamais perdre le lien perceptif au patient, et sur la base de ce lien perceptif de tisser sa relation au patient, tel que l’analyse de mon interview le révèle : « *d’accord il y a les mots, mais en même temps tu sens le lien, tu sens le tonus, tu sens comment est l’autre* ».

Je précise que l’accès à ce dialogue non verbal n’est pas conditionné par un contact physique, comme dans la relation d’aide manuelle. Cela me permet de souligner la particularité de ce type de relation, qui s’établit sur le mode de la réciprocité actuante, et « *confère à vivre la possibilité de toucher par le biais de sa propre présence et d’être touché par la présence de l’autre, que le contact soit tactile ou pas* » (Lefloch, 2008).

En revanche, l’interprétation de mes données ne m’a apporté aucune indication me permettant de dire si lors de mes entretiens le patient est lui aussi touché, si son ressenti corporel est modifié ou s’il a accès en conscience à ce niveau de langage non verbal, comme c’est le cas au cours de la relation d’aide manuelle (Courraud, 2007). Néanmoins, ma recherche m’a permis d’affirmer que *mon* accès conscientisé à ce niveau de langage me permet de ne plus être tributaire des seuls mots prononcés, de ne pas me sentir perdue pendant les silences, et d’accéder ainsi à une permanence de ma présence au patient, comme je l’ai relevé dans mon analyse : « *tu es autant en relation quand il ne parle pas que quand il parle* ».

Il est ressorti de mon cadre théorique le fait que la posture de neutralité active du fasciathérapeute apporte une justesse dans la relation d’aide manuelle en permettant au praticien de fonder sa démarche thérapeutique sur les indicateurs internes du patient, et lui offrant ainsi « *le sentiment de coïncider avec le mouvement profond de la personne en*

touchant au bon endroit, au bon moment, avec la bonne présence » (Courraud, 2007, p. 62). Ma recherche m'a permis de mettre à jour que quand le soignant adopte cette posture de neutralité active, posture d'accès et de maintien de la relation au corps sensible, cela lui apporte la possibilité de baser son entretien sur les repères internes du patient, et lui offre ainsi le sentiment d'adopter une rythmicité et d'avoir une présence qui est juste pour le patient.

C'est précisément le manque de repères qui est propre à générer peurs et souffrances chez le soignant (Buckman), elles-mêmes à l'origine de la mise en place de mécanismes de défense. Les repères théoriques, trop rigides ou conceptuelles, ne sont pas non plus à même de permettre au soignant l'adaptabilité dont il a besoin face au patient. J'avance alors ici l'hypothèse que la relation du soignant à son corps sensible, en apportant des vécus corporels signifiants comme autant de repères dans l'immédiateté de la consultation, pourrait contribuer à diminuer en direct la survenue de tels mécanismes.

2-2-3/ La relation au Sensible donne un accès concret à une juste distance relationnelle

2-2-3-1/ Le dédoublement du 'je' et la proximité défusionnée

Le développement théorique m'a amené à définir la relation au corps sensible comme expérience de 'se percevoir percevant'. L'interprétation de mes données m'a permis d'établir que dans la relation au patient atteint de maladie grave sur le mode du Sensible, ce dédoublement du 'je' est préservé : « *je sens que je sens : je sens que je sens moi et je sens que je sens l'autre* ». Cette notion de corps sensible envisagé comme « *la caisse de résonance de toute expérience* » (Berger, 2005, p. 52), m'a amené à questionner la pertinence pour un soignant d'instaurer ce type de rapport à son corps face à un patient en grande souffrance. Mon analyse m'a permis de comprendre tout l'intérêt de cette posture. Tout comme les participants à la recherche de Bois faisaient état d'un sentiment de « *stabilité* » apporté par la relation à leur corps sensible, ma recherche m'a permis de mettre à jour ce même sentiment de stabilité qui se donne à moi quand je suis en relation avec mon corps sensible. Face au patient atteint de maladie grave, cette stabilité et le 'dédoublement du je' vu plus haut me permettent de mieux gérer mes émotions. « *tu as quand même le dédoublement de je (...) donc du coup tu n'es pas collé à tes émotions, et puis il y a aussi cette stabilité qui fait que je ne vais pas m'effondrer en pleurant* ». Le rapport du soignant à son corps sensible lui permet donc de se défusionner de ses émotions, mais aussi du patient : « *tu n'es pas fusionné à lui* ».

Mon analyse m'a permis de préciser que cette défusion n'est pas une dynamique de blindage émotionnel ou d'anesthésie : le processus à l'œuvre ne consiste donc pas à passer d'un extrême relationnel (la fusion) à un autre extrême (la distanciation excessive) par un mécanisme de défense. Cette défusion permet au contraire de se rapprocher de soi. La souffrance du patient est toujours bien reconnue, mais le fait de ne pas y être fusionné permet justement de rester soignant, de ne pas être envahi ou emporté par l'émotion : « *je ne vais pas m'effondrer en pleurant, même si ce qui se passe dans la chambre, c'est dur, c'est souffrant* ».

Par ailleurs, ma recherche m'a permis de constater que cette modalité relationnelle apporte au soignant une capacité de discernement entre ses propres émotions et celles du patient : « *sentir dans l'interaction ce que je ressens de lui et ce que je ressens de moi* » : il s'agit là d'une capacité très importante. Je sais que par un phénomène d'empathie 'classique', l'émotion ressentie par le soignant est en partie le reflet de celle du patient. Mais j'ai également compris, dans mon développement théorique, que la rencontre avec le patient renvoie le soignant à lui-même, à ses propres peurs et à ses souffrances singulières *d'être humain*. Par exemple, face à un patient dans une grande tristesse, si nous pouvons ressentir cette tristesse, certains soignants peuvent aussi ressentir de la colère, de l'agressivité, témoignant de difficultés personnelles face à l'expression de cette tristesse. Souvenons-nous que pour mener à bien notre rôle de soignant, « *nous devons être capable d'accueillir notre propre souffrance de soignant et de nous en occuper* » (Curchod, 2009, p. 176). Au sein de la relation au sensible, la capacité de perception, de reconnaissance et de validation de ses propres émotions, en temps réel de leur survenue, me paraît apte à faciliter la réalisation d'un travail sur soi ultérieur (supervision, groupe de pair) comme il l'est fortement recommandé (Rusniewski). La relation au corps sensible n'évacue donc pas la dimension émotionnelle, mais permet au soignant d'entrer en rapport avec celle-ci depuis un lieu de stabilité, de se ressentir et de se reconnaître ému, sans pour autant être fusionnée à ses émotions et envahi par elles. En cela, je pense que cette modalité relationnelle permet de rester humain dans sa pratique, en permettant de reconnaître et d'accueillir sa propre émotion. La subjectivité corporelle dans la relation au Sensible se vit donc comme un lieu de stabilité permettant l'accueil de toutes les dimensions de sa subjectivité, notamment émotionnelle.

Mon analyse m'a aussi permis de préciser que cette défusion s'adresse également aux pensées. Ainsi, grâce à la relation à mon corps sensible, je peux, pendant le temps de l'entretien, entrer en relation de façon consciente non seulement avec mes émotions mais aussi avec mes pensées ou avec les questionnements qui peuvent émerger de la rencontre avec

le patient. A nouveau, je remarque que ce phénomène ne peut que favoriser le nécessaire travail sur soi du soignant, l'aidant ainsi « *à ne pas rester dans une ignorance de soi pourvoyeuse de difficultés et de souffrance* » (Jutard).

2-2-3-2/ la posture de la neutralité active et la juste distance relationnelle

Cette recherche m'a permis d'établir que par la relation à son corps sensible, le soignant entre en rapport perceptif avec son propre corps, et c'est sur cette base qu'il entre en relation avec le patient : « *je commence à sentir comment il est lui, je commence à essayer de sentir le lien, mais toujours sans me quitter moi* ». La relation à mon corps sensible, pour peu que je sois vigilante à bien la conserver et à en suivre l'évolutivité au cours de mon entretien avec le patient, m'apparaît comme garante d'une juste distance relationnelle : « *c'est plus par le rapport à moi-même, en gérant ça, tout de suite tu t'adaptes à ce dont le patient a besoin, tu ne te perd pas là-dedans, tu n'es pas fusionnée à lui* ».

Gérer le rapport perceptif à soi-même, se maintenir dans un 'je me perçois percevant', fait appel à la posture de *neutralité active* : la part active consiste alors à effectuer des bascules attentionnelles et à 'coller' à ses perceptions et à leur évolutivité. A mon sens, cela permet au soignant de découvrir une part active différente de celle dont il a l'habitude. Je rappelle à ce sujet les propos de De Hennezel relatifs aux difficultés des soignants face aux patients incurables: « *le sentiment d'échec et d'impuissance quasi insupportable pousse à fuir les malades ou au contraire à s'engager dans une poursuite déraisonnable d'investigation et de traitement. Comment dans ce cas s'asseoir au lit du malade, lui apporter l'attention et la présence qui témoignent de son engagement à ne pas l'abandonner dans ses derniers instants ?* » (De Hennezel, 2004, p. 32). Je pense que les médecins, les soignants, sont animés d'un désir d'être actif face à la souffrance d'autrui, d'une volonté de *faire quelque chose* pour leurs patients. Ma recherche m'a permis de mieux comprendre la délicatesse de la transition entre le paradigme biomédical, au sein duquel prescrire des examens ou des médicaments représente la part active du médecin, et le paradigme d'accompagnement, où, comme l'a précisé Pandélé, la part active du soignant se situe dans « *un agir relationnel qui consiste à accueillir ce qui vient de l'autre* ». Trouver une part active faite d'accueil n'est pas simple, mais ma recherche me permet d'avancer ici l'hypothèse que la découverte et le déploiement par le soignant de la part active spécifique de la posture de neutralité active offre un élément de réponse à cette difficulté.

Au final, et pour toutes ces raisons, la relation du soignant à son corps sensible offre selon moi une voie de passage pertinente, parce que incarnée, perceptible et éducable, résultante d'une part active sans cesse renouvelée de sa part, vers la fameuse 'bonne distance relationnelle'. Il s'agit là d'un changement dans la façon d'envisager la régulation de la relation à autrui. En effet, il ne s'agit pas de gérer directement la distance au patient, donnée conceptuelle offrant peu de repères pragmatiques, mais de gérer activement le rapport perceptif à soi-même.

2-2-4/ La relation au Sensible donne accès à une modalité et à un lieu d'écoute renouvelés

2-2-4-1/ L'accès à un lieu de stabilité

Ma recherche m'a permis d'affirmer qu'au cours de mes entretiens en soins palliatifs, la relation à mon corps sensible me met en lien avec un sentiment et un lieu de *stabilité*. Par cette relation à mon corps sensible, et au cœur-même de ce contexte empreint de souffrance, je fais l'expérience d'un état de « *calme* », de « *sérénité* », et de confiance. Ces éléments rejoignent le vécu des étudiants ayant participé à la recherche de Bois (Bois, 2007). L'interprétation de mes données m'a permis de mettre à jour que cet état de confiance est aussi un état de confiance en mes capacités à être soignant : je fais ainsi l'expérience d'une intime conviction d'avoir « *du temps et des possibilités pour trouver ce qui va convenir [au patient]* ». Différents auteurs m'ont permis de comprendre que cet état de confiance et de stabilité est très important dans la dynamique relationnelle du soignant, non seulement pour éviter la mise en place de mécanismes de défense toxiques pour le patient, mais aussi pour favoriser l'impact thérapeutique de la rencontre. Ainsi, Ruzniewski avance que les mécanismes de défense se mettent en place quand le soignant ne se sent pas capable d'apporter un soulagement au patient, dans « *toute situation d'angoisse, d'impuissance, de malaise, d'incapacité à répondre à ses propres espérances ou à l'attente d'autrui* » (Ruzniewski, 1999, p 15). De son côté Marie de Hennezel ouvre à la dimension thérapeutique que contient cet état de confiance du soignant. Par le 'simple' fait d'être dans sa *sécurité de base*, le soignant « *ouvre au mourant le chemin vers sa sécurité intérieure, infiniment mieux que ne le ferait n'importe quel discours.* » (De Hennezel citée par Lahet, 1993, p 44). Ma recherche me permet de présenter la relation au corps sensible comme une piste accessible, pour le soignant, pour parvenir à cette sécurité de base, à un lieu de stabilité et de sérénité 'au cœur de la tempête'

2-2-4-2/ L'accès à l'écoute d'autrui sur le mode de la réciprocité actuante

Par ailleurs, à l'issue de ma recherche, je suis à même de préciser que cette 'sécurité de base' telle qu'elle apparaît dans la relation au corps sensible ne se conçoit pas comme un état statique correspondant à un repli sur soi, mais au contraire prend corps grâce à la dynamique de la *réciprocité actuante*, qui s'instaure de soi à soi et de soi à autrui (Bois et Austry, 2007). Dans cette optique, la relation au corps sensible se dévoile dans une fonction d'accueil d'autrui qui en apparaît comme le prolongement naturel. L'interprétation de mes données m'a permis de mettre en avant la persistance de cette dynamique de causalité au sein de ma relation avec les patients atteints de maladie grave. En effet, dans ces circonstances, c'est précisément le fait d'être touché par soi-même au sein de la relation à son corps sensible qui apporte une capacité à s'ouvrir et à se rendre disponible au patient: « *tu es touché par toi, enfin par le mouvement, par toi, par ta présence, et du coup tu es disponible pour l'autre* ».

Cette disponibilité s'envisage sur le mode de la réciprocité actuante : l'écoute qui en résulte n'est pas une écoute classique, mais consiste plutôt à se laisser altérer, à laisser résonner en soi ce qui est dévoilé dans la relation, et nous retrouvons ici l'image du corps sensible comme *caisse de résonance de l'expérience* (Berger). Cette écoute consiste donc en un accueil profond, 'corporel' de ce qui est dit : « *laisser rentrer sa question ou sa remarque* ». Ma recherche m'a permis de comprendre que les difficultés que je rencontrais étaient également d'ordre cognitif. En effet, face à des demandes inattendue, paradoxale des patients, ce n'est pas forcément au niveau émotionnel que je suis touchée, mais bien au niveau réflexif que je me sens limitée : « *je ne sais pas quoi répondre* ». Mais face à certains discours, face à l'expérience ultime vécue par les mourants, puis-je vraiment savoir quoi répondre ? Puis-je vraiment comprendre ce que le patient est en train de vivre ? Quand mes capacités réflexives ou empathiques touchent leur limites, j'ai pu constater que l'interaction sur le mode de la réciprocité actuante permet de favoriser une attitude d'écoute qui ne cherche pas à comprendre mais à interagir. Une telle écoute ne consiste pas à écouter simplement les mots, mais à les accueillir, à les laisser rentrer en soi, à se laisser toucher par eux. Ici il ne s'agit pas d'être « *blessé* » et de partager une « *vulnérabilité commune* » avec le patient (De Hennezel), mais de déployer une capacité à se laisser altérer depuis un lieu de profonde stabilité. A l'issue de ma recherche, je peux avancer le fait que ce type d'écoute permet d'éviter certains mécanismes de défense, tels que la fuite en avant, (Ruzsniewski) qui consiste à répondre à la question du patient sans entendre sa demande profonde.

Il est apparu à l'interprétation de mes données que cette écoute, cet accueil, ne concerne pas que les mots prononcés, mais se prolonge également pendant les temps de silences : il s'agit donc d'une écoute et d'un accueil de la personne dans sa totalité, qu'elle parle ou qu'elle reste silencieuse : « *quand [le patient] dit quelque chose tu l'accueilles, mais quand il est en train d'élaborer avant de dire tu l'accueilles pareillement* ». En ce sens, la relation au corps sensible permet de réaliser un véritable accompagnement du patient, entendu comme un « *agir relationnel qui consiste, au côté de l'autre et à son rythme, à accueillir ce qui vient de lui dans le respect de sa personne* » (Pandélé, 2008, p. 76).

2-2-4-3/ L'écoute d'autrui depuis la posture de neutralité active

Pour Goldenberg, l'authenticité du soignant facilite l'expression du patient : « *elle crée un espace de liberté relative où tout le monde se retrouve et où l'angoisse a sa place, mais aussi l'agressivité, la dépression et tous les sentiments négatifs qui ont besoin d'être élaborés* » (Goldenberg, 1991, p. 20). Ma recherche m'a permis de souligner la pertinence de l'entraînement à la posture de neutralité active pour accompagner le patient atteint de maladie grave. La part de neutralité, la réalisation d'une époque permettant au soignant de mettre de côté ses a priori (Courraud, 2007), et d'être le plus ouvert possible à ce qui peut venir du patient, me paraît un allier indispensable pour créer cet espace de liberté. La part active, quant à elle, me paraît indispensable pour rester présent au patient quand celui-ci est ébranlé. Si l'apprentissage de la relation d'aide manuelle m'a formé à accueillir un effondrement tonique (Courraud, 2007), l'interprétation de mes données me pousse à soutenir que je peux tout aussi bien accueillir un patient lorsque celui-ci s'effondre lors d'un entretien médical : « *le fait d'être en point d'appui ça permet de vraiment être là, et être présente, et quand [le patient] s'effondre tu es toujours là et à aucun moment tu ne le lâche* ». L'apprentissage de la posture de neutralité active m'a aidé à devenir « *un point d'équilibre, non pas fixe mais mouvant* » (Hoerni, 2008, p. 166) dans ma pratique relationnelle.

Il apparaît clairement au fil de mon interprétation que la relation du soignant à son corps sensible, en développant une qualité d'écoute, facilite la communication aussi bien verbale que non verbale avec le patient. Je retrouve ici un rôle majeur du médecin dans sa prise en charge des patients atteints de maladie grave, comme le dit Goldenberg : « *le rôle de la médecine, celui des soins palliatifs, est de créer les conditions de ces communications, les conditions de ce dernier travail psychique.* » (Goldenberg, 1991, p. 13).

2-2-5/ Synthèse

Il m'est apparu lors du développement théorique que le soignant se devait de rester profondément humain dans sa relation au patient (Buckman, Daneault, Vespiren), mais que dans le cas de maladie grave, cela semblait une équation impossible : comment se laisser toucher, sans être trop touché ? Comment être proche, mais suffisamment distant ? J'arrive à la fin de ma recherche, et je peux formuler clairement que ce questionnement a trouvé des éléments de réponse, dans l'établissement d'une relation au patient faisant appel à la dimension du corps sensible du soignant. Il s'agit alors pour le soignant de gérer le rapport perceptif à lui-même, plutôt que de gérer la distance au patient ; il s'agit de s'impliquer totalement dans son acte de perception jusqu'à s'éprouver soi-même, plutôt que de s'impliquer émotionnellement ; il s'agit d'être touché par le goût de soi que donne la relation à son corps sensible plutôt que d'être touché uniquement par ses émotions ; il s'agit de pénétrer un lieu de stabilité depuis lequel il est possible de se laisser altérer plutôt que de mettre en jeu une blessure ou une vulnérabilité... Il ne s'agit pas d'être 'un peu' touché émotionnellement, mais d'être totalement touché sur le mode du Sensible, et de découvrir comment cet éprouvé, non seulement ne gêne pas la démarche de soin, mais la guide, et bien plus encore : en est le fondement. C'est ainsi qu'être touché s'envisage alors pour moi comme « *attitude de prendre soin* » (Austry, 2009, p. 145).

Le tableau suivant synthétise ces résultats de recherche.

Tableau 5 : Nature et impacts de la part active du soignant dans l'établissement d'une relation au patient atteint de maladie grave sur le mode du Sensible

<p>La relation du soignant à son corps sensible :</p> <p>1^{er} niveau de réciprocité actuante</p> <p>↓</p>		<p>La relation du soignant à son corps sensible au sein de sa relation à un patient atteint de maladie grave :</p> <p>2^{ème} niveau de réciprocité actuante</p>
<p>Requiert la mise en œuvre de compétences :</p> <p>Adopter une posture de NEUTRALITÉ ACTIVE</p> <p>Réaliser un travail : d'ajustement tonico-postural, attentionnel : attentionnalité, perceptif (tourné vers son intériorité)</p> <p>⇓</p> <p>PAROXYSMES PERCEPTIF et IMPLICATION :</p> <p>↓</p>	<p>Transferts de compétences</p>	<p>Requiert le transfert de ces compétences au cœur de son interaction avec le patient :</p> <p>Maintenir la posture de NEUTRALITÉ ACTIVE</p> <p>Maintien de l'attentionnalité, Travail perceptif vers son intériorité ET vers celle du patient</p> <p>⇓</p> <p>PAROXYSMES PERCEPTIF et IMPLICATION :</p> <p>↓</p>
<p>Permet l'accès du soignant à son CORPS SENSIBLE : 'caisse de résonance'</p> <p>Critères perceptifs : Globalité, épaisseur, contours, Animation intérieure</p> <p>Présence à soi-même</p> <p>Résonance, goût, éprouver, Etre touché par soi</p> <p>Dédoublement du 'je' : 'je me perçois percevant'</p> <p>Lieu de stabilité, état de calme, de sérénité, de confiance</p>	<p>Ouverture au 2^{ème} niveau de réciprocité actuante</p>	<p>Corps sensible du soignant comme 'caisse de résonance' dans sa relation au patient</p> <p>Depuis la relation à sa propre intériorité, entrer en relation perceptive avec l'intériorité du patient : percevoir son animation interne, la valider, lui donner sens → permet d'ajuster sa communication</p> <p>Présence au patient permanente malgré l'impermanence du discours verbal</p> <p>Etre touché par soi permet d'être disponible au patient</p> <p>Maintien du dédoublement : proximité défusionnée du soignant : (par rapport à ses émotions, ses pensées, au patient) → permet d'ajuster sa distance relationnelle</p> <p>Lieu d'accueil depuis lequel le soignant peut se laisser altérer.</p>
<p>Réciprocité actuante de soi à soi : intrasubjectivité</p>		<p>Réciprocité actuante de soi à autrui : émergence d'une intersubjectivité</p>

CONCLUSION, LIMITES ET PERSPECTIVES

Cette recherche qualitative menée radicalement en première personne dans une démarche heuristique, était guidée par la question suivante : *quel est l'impact de mon expérience de la relation au Sensible dans ma pratique relationnelle auprès de patients atteints de maladie grave ?*

Le premier objectif de ma recherche était de mieux comprendre les enjeux et les difficultés de la relation médecin – patient dans le cadre de l'accompagnement des personnes atteintes de maladie grave.

Mon développement théorique m'a permis de souligner que la pratique médicale inclut nécessairement une démarche d'accompagnement, laquelle nécessite pour le soignant de s'ouvrir à la singularité et à la subjectivité du patient. L'apport de réflexions sur la dimension éthique de la relation de soin a permis de mettre à jour que par un effet de réciprocité, le soignant s'ouvre également à sa propre subjectivité, à sa singularité de sujet. Une intersubjectivité est donc à l'œuvre au sein de cette relation. Le soignant doit identifier les besoins singuliers du patient et s'y adapter. Les différents auteurs consultés m'ont aussi permis de mieux définir le potentiel thérapeutique de la relation de soin dans le cas de maladie grave. Ainsi, quand le soignant développe une présence authentique, il se crée un espace d'accueil de la souffrance du patient, et un temps de croissance psychique pour chacun des participants à la relation. Cependant, face aux souffrances du patient, le soignant éprouve des difficultés, des peurs, des angoisses... auxquelles il réagit en mettant en place des mécanismes de défense. Ces mécanismes, en niant la dimension de subjectivité de la relation, permet au soignant de se mettre à distance de ses propres souffrances et de celles du patient. Mais la relation perd alors sa vertu thérapeutique, et vient décupler les souffrances du patient.

L'interprétation de mes données m'a également permis d'enrichir ces éléments théoriques, en précisant certaines difficultés du soignant face au patient atteint de maladie grave. En effet, j'ai pu identifier trois difficultés concrètes du médecin dans sa pratique relationnelle auprès des patients atteints de maladie grave. Il existe une difficulté à gérer ses émotions, bien établie par ailleurs dans la littérature médicale. Il existe une difficulté à gérer les temps de silences, qui représente un défi de communication pour le médecin. Il existe enfin une difficulté cognitive, qui peut être résumée par l'interrogation suivante : en tant que médecin, puis-je vraiment comprendre l'expérience extrême et ultime vécue par le patient ?

La difficulté de savoir quoi répondre au patient lorsqu'il nous fait part de son expérience singulière est un défi aux capacités réflexives et empathiques du médecin.

Le deuxième objectif était d'identifier et de comprendre les impacts de mon expérience de la relation au Sensible dans ma pratique relationnelle avec ces patients.

Mon expérience de la relation au Sensible a été acquise durant ma formation en fasciathérapie, formation que j'ai abordée dans la partie théorique de cette recherche sous l'angle d'un apprentissage à développer un mode relationnel particulier : celui de la réciprocité actuante.

Dans cette optique, ma recherche m'a dans un premier temps permis de mettre à jour les compétences que j'ai développées, compétences qui sont aussi des manières d'être à soi et à autrui, et qui constituent les modalités d'accès à cette expérience de la relation au Sensible. En me formant à la fasciathérapie, j'ai développé des compétences à être à la fois neutre et active sur le plan attentionnel, à instaurer un rapport perceptif impliqué à mon intériorité corporelle, à entrer en relation avec mon corps et avec autrui sur le mode du Sensible en mettant en jeu une relation de réciprocité actuante.

Ma recherche m'a permis de préciser la nature de la relation à soi qui se dessine sur le mode du Sensible : il s'agit d'une relation incarnée, depuis une posture de neutralité active, dans un climat de défusionnement et une attitude d'implication, dans une relation de réciprocité actuante de soi à soi. Les compétences développées et la nature même de la relation au Sensible ont eu une réelle incidence dans ma pratique auprès de patients atteints de maladie grave, en terme de manière d'être et de manière de faire. Au terme de ma recherche je suis à même de clarifier ces impacts. Pendant mes entretiens avec ces patients, je suis désormais capable d'adopter une posture interne de neutralité active qui me permet d'entrer en relation avec moi-même sur le mode du Sensible. C'est ensuite sur la base de ce rapport perceptif à moi-même que j'entre en relation avec le patient. En me mettant à l'écoute de son intériorité sur ce mode, j'accède à des informations non verbales précises, perceptibles, telles que son état tonique, ou encore la mise en mouvement de sa pensée. Ces informations m'aident à gérer les temps de silence, non seulement en les respectant mais aussi en me permettant de développer une présence intense qui vient accueillir et soutenir son cheminement intérieur. Ainsi, l'état de paroxysme perceptif spécifique de la relation au Sensible me permet d'accéder à un niveau non verbal du langage, de mieux saisir la signification des silences, et d'aiguiller mon entretien en fonction. La relation au Sensible

m'apporte un état de calme, une sérénité. Alors même que je suis confrontée à la souffrance du patient, je fais l'expérience au sein de mon corps sensible d'un lieu de stabilité, et d'un état de proximité défusionnée d'avec moi-même. Je me perçois percevante, et ce dédoublement du 'je' me permet d'entrer en relation avec mes émotions ou mes pensées sans être emportées par elles. Cet état défusionné me permet aussi de discerner plus facilement au sein de la relation mes émotions propres de celles du patient. J'évite donc à la fois le phénomène de blindage émotionnel ou celui de fusion, qui sont tous les deux fréquents au cours de la relation avec les patients atteints de maladie grave.

La posture de neutralité active me permet de déployer une part active consistant à accueillir activement ce qui vient du patient et à m'y adapter. J'ai alors la sensation que ma relation au patient est juste, c'est à dire ajustée aux besoins du patient.

La nature de mon écoute est modifiée : la relation au Sensible me donne accès à un lieu de stabilité depuis lequel je peux me laisser toucher et altérer, je peux me laisser imbiber par les paroles du patient sans chercher à trouver une réponse à tout prix. L'expérience extrême faite par les patients en fin de vie relève de l'extra-ordinaire et de l'inimaginable, au sens où il est difficile, en étant en bonne santé, d'imaginer ce qu'ils peuvent ressentir. Dans ces circonstances, la relation sur le mode du Sensible a eu un profond impact en me permettant de contourner et de dépasser mes limites cognitives et empathiques. En effet, sur le mode du sensible mon mode réflexif change de nature, et intègre la donnée sensible. Ce n'est alors plus mon cerveau qui essaie de comprendre le vécu du patient, mais mon 'être sensible' qui entre en résonance et en réciprocité avec ce qui est dit : je me laisse altérer par la façon dont les propos résonnent en moi, et je me formule une réponse depuis mon intériorité sensible.

Arrivée au bout de ma recherche, je peux maintenant en critiquer les limites, limites qui forment autant de perspectives :

Cette recherche ne m'a permis d'analyser que mon propre parcours et ma propre pratique. Il m'apparaît évident, ainsi que je l'ai développé dans ma méthodologie, qu'il serait intéressant d'élargir cette recherche en incluant d'autres soignants comme participants à la recherche. La méthodologie qui a été la mienne m'a permis de m'inscrire dans la première phase d'une démarche heuristique et a permis un premier niveau de modélisation. Dans cette optique, recueillir et analyser le témoignage d'autres soignants qui travaillent auprès de

patients atteints de maladie grave constituerait le prolongement naturel de cette recherche. Cet approfondissement pourrait s'inscrire dans une recherche de doctorat.

Par ailleurs, après avoir mis en évidence le phénomène de réciprocité et d'intersubjectivité à l'œuvre dans la relation de soin, il apparaît également que recueillir et analyser le point de vue du patient est une autre dynamique de recherche qui mériterait d'être explorée.

Sur un plan professionnel, auprès de la communauté des médecins et plus généralement des soignants, je souhaite que cette recherche puisse apporter une contribution, certes modeste, au débat concernant les enjeux mais aussi les modalités de l'apprentissage à soigner la relation au patient. Celle-ci est en effet le fondement de toute démarche de soin, et porteuse d'une vertu thérapeutique qu'aucune médication ne peut remplacer. Face au patient atteint de maladie grave, alors que la relation constitue à la fois la première et dernière ressource du soignant, ce dernier fait face à une mise à l'épreuve de ses capacités à rester soignant et humain. Comme je l'ai montré, l'expérience à médiation corporelle convoquée dans la relation au Sensible permet au soignant d'investir sa propre subjectivité corporalisée, et de la mettre au service de la construction d'une intersubjectivité. Sur le mode de la réciprocité actuante, en soignant la relation à lui-même autant qu'à son patient, le soignant peut alors réinvestir dans sa pratique professionnelle son humanité singulière de sujet en croissance, tout en favorisant celle du patient. Etre soignant sur le mode du Sensible donne alors accès à une éthique de 'l'être à soi' et de 'l'être à l'autre' incarnée qui s'actualise dans la relation de soin.

BIBLIOGRAPHIE

- Argyris C. & Schön D.A., (1974). *Theory in practice : Increasing professional effectiveness*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Albarello, L. (2003). *Apprendre à chercher. L'acteur social et la recherche scientifique*. Bruxelles : De Boeck Universités.
- Albarello, L. (2004). *Devenir praticien-chercheur : comment réconcilier la recherche et la pratique*. Bruxelles : De Boeck.
- Austry D. (2009) Le touchant touché dans la relation au sensible : une philosophie du contact. In Bois D., Josso M.C., Humpich M. *Sujet sensible et renouvellement du moi : les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie*, Ivry sur Seine : Point d'Appui.
- Backmann J.P., La mémoire et le corps dans le psychodrame Balint, In Les quatre temps – les cahiers de l'AIPB. Corps, parole, mémoire et psychodrame balint. Paris, octobre 2008. N°13 ; Juillet 2009.
- Bailly L. (1998). Maladie grave : l'annonce est-elle un événement traumatique ? *Pratiques psychologiques*, 1, pp. 3-8.
- Bandura A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles : De Boeck.
- Bancon-Gaschignard, S. (2008). *L'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps en consultation de médecine générale : analyse du vécu des patients à partir de 37 entretiens semi-dirigés*. Th. Méd. Lyon 1. Grange-Blanche.
- Barrier JH., Brazeau-Lamontagne L., Pottier P., Boutoille D. (2005). *Comparaison des compétences médicales éthiques des étudiants de 3^{ème} et 6^{ème} année en stage hospitalier de médecine interne*. Rev Med Int; 26 : pp. 128-136.
- Barrier Ph. (2010). Le soin comme accompagnement et facilitation de l'individuation avec la maladie chronique. In Lazare B., Lefève C., Mino J.-C., Worms F.. *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société*. Paris : PUF.
- Berger, E. (2005). Le corps sensible : quelle place dans la recherche en formation ? In C. Delory-Momberger (dir.). *Pratiques de formation ; corps et formation*. St Denis : Université de Paris 8. pp. 51-64.
- Berger, E. (2006). *La somato-psychopédagogie, ou comment se former à l'intelligence du corps*. Ivry sur Seine : Point d'Appui.
- Berger, E. (2009a). Praticiens-chercheurs du sensible : vers une redéfinition de la posture d'implication. In Bois, Josso, Humpich . *Sujet sensible et renouvellement du moi : les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie*, Ivry sur Seine : Point d'Appui.
- Berger E., (2009b). *Rapport au corps et création de sens en formation d'adulte ; Etude à partir du modèle somato-psychopédagogique*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation. Université Paris VIII.
- Bettevy F., Dufranc C., Hofman G. (2006). *Critères de qualité de l'annonce du diagnostic : point de vue des malades et de la Ligue Nationale de Lutte contre le Cancer*. En ligne <www.ligue-cancer.net> consulté en mai 2007.

- Bois D. (2001). *Le sensible et le mouvement*. Paris : point d'appui.
- Bois D. (2005). *Corps sensible et transformation des représentations : propositions pour un modèle perceptivo-cognitif de la formation*. Tesina en didactique et organisation des institutions éducatives. Séville : Université de Séville.
- Bois D. (2006). *Le Moi Renouvelé*. Paris : Editions point d'appui.
- Bois D. (2007). *Le corps sensible et la transformation des représentations chez l'adulte : vers un accompagnement perceptivo-cognitif à médiation du corps sensible*. Thèse de Doctorat Européen en didactique et organisation des institutions éducatives, Université de Séville.
- Bois D. (2009a) De la fasciathérapie à la somato-psychopédagogie, in Bois, Josso, Humpich (org.) *Sujet sensible et renouvellement du moi : les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie*, Ivry sur Seine : Point d'Appui.
- Bois D. (2009b) Relation au Sensible et potentialités de l'être humain, in Bois, Humpich (org.) *Vers l'accomplissement de l'être humain*, Ivry sur Seine : Point d'Appui.
- Bois D., Austry D. Vers l'émergence du paradigme du Sensible. *Réciprocités* (en ligne) n° 1, novembre 2007, 6-22. <http://cerap.pointdappui.fr/index.php/fr/revue-reciprocites>
- Bois D., Austry D. (2009) Vers l'émergence du paradigme du sensible. in Bois, Josso, Humpich (org.) *Sujet sensible et renouvellement du moi : les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie*, Ivry sur Seine : Point d'Appui.
- Bois D., Humpich M. (2009) *Vers l'accomplissement de l'être humain*, Ivry sur Seine : Point d'Appui
- Bois D., Josso M.C., Humpich M. (2009) *Sujet sensible et renouvellement du moi : les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie*, Ivry sur Seine : Point d'Appui.
- Bothuyne, G. (2010). *La confiance immanente dans l'épreuve du cancer. Démarche autobiographique*. Mémoire de Mestrado en Psychopédagogie perceptive, Université Fernando Pessoa, Porto.
- Bourgeois E, Chapelle G, (2007). *Apprendre et faire apprendre*. 3^{ème} éd. Paris : Presses Universitaires de France.
- Bourhis H. (2007) *Pédagogie du sensible et enrichissement des potentialités perceptives*. Mémoire de Master 2 en éducation tout au long de la vie. Université Paris 8.
- Bourhis H. (2009) La directivité informative dans le guidage d'une mise en sens de la subjectivité corporelle : une méthodologie pour mettre en évidence des donations de sens du corps sensible. In Bois, Josso, Humpich . *Sujet sensible et renouvellement du moi : les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie*, Ivry sur Seine : Point d'Appui.
- Brzustowki M. (2004) *L'évolution des pratiques d'annonce du handicap ou de la maladie grave depuis la loi du 4 mars 2002*. Rapport de séminaire de module interprofessionnel de santé publique. Rennes : Ecole Nationale de Santé Publique.
- Buckman R. (2007) *S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. Guide du professionnel de santé*. 4^{ème} éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Canguilhem G., (1943) *Le normal et le pathologique*, Paris : PUF, « Quadrige », 10^e éd., 2005.
- Chagnon A. (2005) *Le médecin, le malade, la vérité*. *Concours Med.*; 127 (13) : pp. 709-14.

- Courraud C. (2007) *Toucher psychotonique et relation d'aide : l'accompagnement de la personne dans le cadre de la kinésithérapie et de la fasciathérapie*. Mémoire de Master en psychopédagogie perceptive, Université Moderne de Lisbonne.
- Courraud C. (2009) L'entretien tissulaire : une pratique de la relation d'aide en fasciathérapie. In Bois, Josso, Humpich . *Sujet sensible et renouvellement du moi : les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie*, Ivry sur Seine : Point d'Appui.
- Courtois B, Pineau G, (1991) *La formation expérientielle des adultes*. Paris : La Documentation Française.
- Craig, E.P. (1978). *La méthode heuristique: une approche passionnée de la recherche en sciences humaines*. Traduction du chapitre II, consacré à la méthodologie, de la thèse doctorale de l'auteur, « *The heart of the teacher, a heuristic study of the inner world of teaching* ». Boston University Graduate School of Education, trad. Ali. Haramein, automne 1998
- Cunningham CC., Morgan PA., McGucken RB. (1984). Down's syndrome : is dissatisfaction with disclosure inevitable ? *Dev Med Child Neurol.*; 26 : pp. 33-9.
- Curchod C., (2009). *Relations soignants-soignés : prévenir et dépasser les conflits*. Paris : Elsevier Masson.
- Daneault S, Lussier V, Mongeau S, Paillé P, Hudon E, Dion D, et al. (2004). The Nature of Suffering and Its Relief in the Terminally Ill : a qualitative study. *J palliat care*, 20(1) : pp. 7-11.
- Daneault S. (2006) *Souffrance et médecine*. Québec : Presses Universitaires du Québec.
- De Hennezel M. (2004). *Fin de vie : le devoir d'accompagnement. Rapport au ministre de la santé*. Paris : La documentation française.
- De Hennezel M. (2009). Le temps du mourir : peut-on vivre ce temps comme un accomplissement ? In Bois D., Humpich M. *Vers l'accomplissement de l'être humain*, Ivry sur Seine : Point d'Appui
- De Lavergne C. (2007) La posture du praticien chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches qualitatives*, Hors-Série N°3, pp. 28-43.
- Delaporte C. (2001). *Dire la vérité au malade*. Paris : Odile Jacob.
- Demischelle D. (2002). Il n'est de vérité que relationnelle. *JALMALV* ; 70 : pp. 18-21.
- Dilthey, W. (1992) *Introduction aux sciences de l'esprit*. Œuvres complètes, T. I. Paris : Cerf.
- Dosanjh S, Barnes J, Bhandari M. (2001). Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Med. Educ.*, 35 : pp. 197-205.
- Draperi C. (2004). Dire la maladie : regard philosophique et anthropologique. *Ethique et santé* ; 1 : pp. 22-25.
- Even G. (2005). La relation médecin-malade : son apprentissage en faculté de médecine. *Revue de psychologie de la motivation.*; 39 : pp. 124-30.
- Fainzand S. (2006). *La relation médecin-malades : information et mensonge*. Paris : PUF.
- Fallowfield L. (1991). Information preferences of patient with cancer. *Lancet* ; 337 : pp. 1207-9.
- Fallowfield L. (1993). Giving sad and bad news. *Lancet* ; 341 : pp. 476-8.

- Faulkner A, Maguire P, Regnard C. (1994). Breaking bad news : a flow diagram. *Palliative Med.*; 8 : pp. 145-151.
- Fernandez-Zoïla A. (2002) *Le psycho pathologique et le sentir*. Paris : L'Harmattan.
- Girgis A, Sanson-Fisher RW. (1995). Breaking bad news : consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol.*; 13 : pp. 2449-2456.
- Goldenberg E., (1991). Mort, angoisse et communication. *Bulletin de la fédération JALMALV*, n° 24 : Communication et accompagnement : 1^{ère} partie : communication avec le malade en fin de vie.
- Gros M. (2009). *L'enseignement de l'annonce de la maladie grave dans la formation médicale : enjeux, état des lieux, impacts*. Thèse de doctorat en médecine, Université Claude Bernard, Lyon 1 - Faculté de Médecine Lyon Sud.
- Gros M. Autour de la relation soignant-patient dans le cas de maladie grave : une réflexion centrée sur le soignant. *Réciprocités* (en ligne) n°4, janvier 2010, 27-33. <http://cerap.pointdappui.fr/index.php/fr/revue-reciprocites>
- Hamel, J. (2000). A propos de l'échantillon. De l'utilité de quelques mises au point. In recherches qualitatives (en ligne) , Vol. 21, 2000, pp. 3-20. http://www.recherche-qualitative.qc.ca/textes_PDF/21Hamel.pdf
- Henry M. (1965) *Philosophie et phénoménologie du corps*. Paris : PUF.
- Henry M. (2004) *Auto-donation*, Paris : Beauchesne.
- Hirsch E. (2002). Au delà de l'annonce. *JALMALV*; 70 : pp. 11-17.
- Hoerni B. (1991). *L'autonomie en médecine. Nouvelles relations entre les personnes malades et les personnes soignantes*. Paris : Payot.
- Hoerni B., (2008). *La relation médecin-malade : l'évolution des échanges soignants-patients*. Paris : Imothepe.
- Humpich M., Lefloch-Humpich G., (2009) L'émergence du sujet sensible : itinéraire d'une rencontre au cœur de soi. In Bois, Josso, Humpich . *Sujet sensible et renouvellement du moi : les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie*, Ivry sur Seine : Point d'Appui.
- Jacquemin D., De Brouker D. (coord.) (2009). *Manuel de Soins Palliatifs*, 3^{ème} édition. Paris : Dunod.
- Jouquan J, Bail Ph. (2003). A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Exemple d'une révision curriculaire conduite en résidanat de médecine générale. *Pédagogie médicale* ; 4 : pp. 163-175.
- Josso, MC (1997) *Cheminer vers soi* Lausanne : L'Age d'Homme.
- Jutard C. (2001). *Les difficultés de l'annonce d'une maladie grave et incurable : enquête auprès de 30 médecins généralistes*. Th. Méd : Lyon I ; Lyon-Nord : p. 146.
- Kirk P, Kirk I, Kristjanson LJ. (2004) What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. *Br Med J* ; 328 : 74520 : pp. 1343-50.
- Knowles M. (1990). *L'apprenant adulte. Vers un nouvel art de la formation*. Paris: Les éditions d'organisation.

- Kohn, R. (1986) La recherche par les praticiens : l'implication comme mode de production de connaissances. *Bulletin de psychologie*, XXXIX (377), pp. 817-826.
- Kohn, R. (2001), Les positions enchevêtrées du praticien-qui-devient-chercheur. *Praticien et chercheur - Parcours dans le champ social*, Mackiewicz, M.-P. (coord.). Paris: L'Harmattan.
- Kohn, R. (2002), *La démarche clinique de recherche*. Intervention au séminaire de DEA animé par J.-L. Le Grand, *Histoire de vie et théorie de l'imaginaire* (retranscription corrigée par l'auteur). Paris : Université Paris 8.
- Kubler-Ross E. (1974). *La mort, dernière étape de la croissance*. Québec.
- Lahet C., (1993), Rôle du toucher dans la communication non verbale. *Bulletin de la fédération JALMALV*, n° 33, Accompagnement et communication non verbale.
- Lanaris, C. (2001) M. In Corriveau, L., Tulaiewicz, W., Mondialisation, politiques et pratiques de recherche, CRP, pp. 231-343.
- Lanaris, C. (2007). *Recherche et formation professionnelle en éducation : illusion, paradoxe ou nécessité ? Colloque « Qu'est-ce qu'une formation professionnelle universitaire des enseignants ? »* Arras. Page internet consultée le 16/11/2007 : <http://www.lille.iufm.fr/fpu2007/IMG/pdf/LANARIS.pdf>
- Lazare B., Lefève C., Mino J.-C., Worms F., (2010). *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société*. Paris : PUF.
- Leão M. (2005). *La présence totale au mouvement*. Paris : Editions point d'appui.
- Lefève C., (2010). La relation de soin doit-elle être une relation d'amitié ? In Lazare B., Lefève C., Mino J.-C., Worms F.. *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société*. Paris : PUF.
- Lefloch-Humpich G. (2008). *Rapport au Sensible et expérience de la relation de couple*. Mémoire de Mestrado en Psychopédagogie perceptive. Université Moderne de Lisbonne.
- L'Eplattenier S. (2007). *Formation initiale à l'annonce d'une mauvaise nouvelle : enjeux, état des lieux, perspectives*. Th. Méd : Grenoble ; Joseph Fourier : 5015.
- Lethierry H. (2004). Parler de la mort...et de la vie. Un tabou dans l'éducation ? Lassay-les-châteaux : Nathan.
- Lewin K. (1951) *Field theory in social sciences*. New York : Harper & Row.
- LLorca G. (1994). *Communication médicale*. Paris : Marketing.
- Maine de Biran (1995). *De l'aperception immédiate, mémoire de Berlin 1807*, Paris : Librairie Philosophique J. Vrin.
- Marin C., (2010). « Who cares ? » Quelle attention au malade dans la relation thérapeutique ? In Lazare B., Lefève C., Mino J.-C., Worms F.. *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société*. Paris : PUF.
- Marty M.-C., (2012). *Emergence et transformation du concept et de la pratique du point d'appui*. Mémoire de mestrado en Psychopédagogie Perceptive, Université Fernando Pessoa, Porto.
- Ménoret M. (2007). Informer mais convaincre : incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie. *Sci. Soc. Santé* ; 25(1) : pp. 33-53.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard.

- Moley-Massol I. (2004). *L'annonce de la maladie, une parole qui engage*. Puteaux : DaTeBe.
- Moley-Massol I., (2007). *Relation médecin-malade : enjeux, pièges et opportunités : situations pratiques*. Courbevoie : DaTeBe.
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological Research Methods*. Thousand Oaks : Sage publications.
- Moustakas. C. (1990) *Heuristic Research : Design methodology and applications*. Beverly Hills : Sage publications.
- Mucchielli, A. (1994). *Les méthodes qualitatives* (2ème ed.). Paris : PUF.
- Mucchielli, A. (2004). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Paris : Armand Colin.
- Nectoux M., Bernard M.-F., Guillaume O., Delorme A. (2009). La relation d'aide. In Jacquemin D., De Brouker D. (coord.). *Manuel de Soins Palliatifs*, 3^{ème} édition. Paris : Dunod
- Norman G. (1999). The adult learner : a mythical species. *Acad. Med* ; 74 : pp. 886-9.
- Otmesguine Ph., Traces et regards. In Les quatre temps – les cahiers de l'AIPB. Corps, parole, mémoire et psychodrame balint. Paris, octobre 2008. N°13 ; Juillet 2009
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, n° 23, pp. 147-181.
- Paillé P., (1997). La recherche qualitative... sans gêne et sans regrets. *Recherche en soins infirmiers*, n° 50, pp. 60-65.
- Paillé, P. (2004). Recherche heuristique. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociale*. Paris : Armand Colin.
- Paillé, P. (2006). *La méthodologie qualitative : postures de recherche et travail de terrain*. Paris: Armand Colin.
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin. (1ère édition : 2003)
- Pandélé S. (2008). *La grande vulnérabilité : fin de vie, personnes âgées, handicap : esquisse d'une éthique de l'accompagnement*. Paris : Seli Arslan.
- Perrain A, Duponchel P. (2006). *Pourquoi les hématologues français ont-ils des difficultés à annoncer une mauvaise nouvelle à un patient cancéreux en fin de vie ?* Mémoire de DIU de soins palliatifs et d'accompagnement : Tours : faculté de médecine.
- Pillot J. (1991). La communication avec le malade atteint de cancer. *Bulletin de la fédération JALMALV*, n° 24 : Communication et accompagnement : 1^{ère} partie : communication avec le malade en fin de vie.
- Pineau, G. (1991). Formation expérientielle et théorie tripolaire de la formation. *La formation expérientielle des adultes*. Paris : La documentation française, pp. 29-40.
- Plane M, Malet L, Sisteron S, Lo Bianco V. (1999). Temps, crise et traumatisme autour de l'effet d'annonce de la séropositivité. *Ann. Psychiatr.*, 14(1) : pp. 68-71.
- Prayez P., (1993), Le toucher, le tact et la « juste » distance. *Bulletin de la fédération JALMALV*, n° 33, Accompagnement et communication non verbale, pp. 5-11.
- Quéré N., (2004), La pulsologie Méthode Danis Bois. Action sur les fascias, le système vasculaire et la microcirculation en approche manuelle. Paris: Point d'Appui.

- Quill TE, Townsend P. (1991). Bad news : delivery, dialog and dilemmas. *Arch Intern Med.*; 151 : pp. 463-8.
- Richard M. S. (2009). La souffrance globale. In Jacquemin D., De Brouker D. (coord.). *Manuel de Soins Palliatifs*, 3^{ème} édition. Paris : Dunod.
- Rosenbaum M E, Ferguson K J, Lobas J G. (2004). Teaching medical students and residents skills for delivering bad news : a review of strategies. *Acad. Med.*; 79 (2) : pp. 107-17.
- Ruszniewski M. (1999). *Face à la maladie grave. Patients, familles, soignants*. Paris : Dunod.
- Santos C. (2012) *Le sujet formateur Sensible – Analyse de l'influence de la posture de sujet Sensible sur l'action pédagogique auprès d'une population de formateurs universitaires*. Thèse de doctorat en Sciences de l'Education, Université Paris XIII.
- Saunders C., Baines M. (1986). *La vie aidant la mort : thérapeutiques antalgiques et soins palliatifs en phase terminale*. Paris : Medsi.
- Schaerer R. (2002). Vers une nouvelle relation soignant-soigné ? *JALMALV* ; 70 : pp. 25-29.
- Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. (1991). Doctor-patient communication : the Toronto consensus statement. *BMJ* ; 303 : pp. 1385-7.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2004). *Les fondements de la recherche qualitative : techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*. Fribourg: Academic Press Fribourg. Traduit de l'anglais par Marc-Henry Soulet.
- Trenkel, A. (2006), L'entretien médecin – malade selon Balint, *Les Quatres temps/ les cahiers de l'AIPB*, n° 10.
- Van Manen M. (1990) *Researching lived experience*. New York : SUNY Press.
- Verspieren P. (1986). Préface de l'édition française du livre de Saunders C., Baines M. *La vie aidant la mort : thérapeutiques antalgiques et soins palliatifs en phase terminale*. Paris : Medsi.
- Villeneuve, C. (2011). *Les apports de la psychopédagogie perceptive pour l'enseignant du primaire - Enquête sur le terrain*. Mémoire de Mestrado en Psychopédagogie perceptive, Université Fernando Pessoa, Porto
- Wallon H. (1938). *Structure des émotions. Origine et mécanisme, Rôle des émotions dans la vie psychique*. Encyclopédie française, tome VIII, "La vie mentale", section C.
- Wallon H. (1949) *Les origines du caractère chez l'enfant*, PUF.
- Winkin Y. (1981). ed. *La nouvelle communication*. Paris : Seuil.
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales: www.cnrtl.fr consulté en novembre 2007

ANNEXES

ANNEXE A : Les différents rapports du soignant à son corps

1/ Le corps du soignant comme outil de démarche diagnostique

Hoerni précise le caractère omniprésent, incontournable du corps dans la relation de soin: « *Dans ses aspects les plus visibles, [la relation entre soigné et soignant] fait intervenir deux êtres dotés d'un corps auquel le monde contemporain a accordé une attention croissante. Cette intervention fait ressortir l'asymétrie entre soigné, qui dévoile et soumet son corps, et soignant, qui, de son côté, n'implique pratiquement pas le sien* » (2008, p. 135).

Ces propos attirent l'attention sur le rapport que le soignant entretient avec chacun des deux corps en présence. Ce qui vient spontanément à l'esprit, c'est l'implication perceptive du soignant vis-à-vis du corps du patient, dans une démarche diagnostique. Ainsi, toute l'attention du soignant se porte sur le corps du patient : il s'agit, tant par l'interrogatoire que par l'examen clinique, de comprendre la plainte du patient, bien souvent en lien avec son corps (douleur, blocage, tension...). Tous les sens extéroceptifs du soignant, à l'exception du goût, sont tournés vers le corps du patient dans un objectif diagnostique : *observer* la démarche, *écouter* les bruits du cœur, *palper* un abdomen, *sentir* l'odeur de l'haleine ou d'une plaie... Cette focalisation sur le corps du patient fait partie de la fonction soignante, c'est bien dans un projet de 'prendre soin' d'autrui qu'elle s'envisage. Le soignant utilise donc son propre corps, condition formelle de la perception extéroceptive, pour repérer des signes extérieurs à lui, portés par le corps du patient, et leur donner sens au cours de sa démarche diagnostique.

2/ Le corps du médecin comme médiateur de la relation au patient

Les propos de Hoerni amènent à se questionner plus avant sur la façon dont le médecin implique son propre corps dans la relation médecin – malade elle-même, au delà de cette démarche diagnostique : il s'agit ici d'envisager le corps non plus comme outil diagnostique mais comme médiateur de la relation à autrui.

- Le rapport aux codes vestimentaires

Toute relation s'établit par l'intermédiaire d'une communication verbale ('le langage des mots') et non-verbale ('le langage du corps'), cette dernière regroupant de nombreux éléments, certains extérieurs au corps lui-même.

Ainsi, le parfum, les vêtements, le maquillage, les bijoux, sont autant de formes d'expression de soi dans la société en général, qui n'échappent pas à l'interprétation du patient. Une étude réalisée au USA en 1987 concluait à « *la connotation négative apportée par les malades pour les médecins en blue jeans et vêtements de sports, alors que l'habillement plus classique était connoté positivement* » (Llorca, 1994, p.52). Les patients ont donc une représentation du 'bon médecin', jusque dans son apparence sociale : le médecin peut d'ailleurs jouer avec cette représentation, pour se présenter au patient en espérant avoir un meilleur impact. Il n'était pas rare par exemple au siècle dernier que les jeunes médecins se grisent les cheveux et portent de fausses lunettes afin d'avoir l'air plus expérimenté.

Il y a là un premier type de rapport au corps chez le soignant, qui pourrait être résumé de la façon suivante : j'ai un corps et je l'habille, je lui donne une apparence vestimentaire qui correspond à une représentation socioprofessionnelle connotée positivement.

- Le rapport à la posture et à la gestuelle

Une autre partie de la communication non verbale s'effectue par l'intermédiaire du corps lui-même : les postures, les mimiques, la gestuelle, participent ainsi au dialogue entre médecin et patient dans l'intimité de la consultation.

Cette partie de la communication transmet des signaux très importants, traduisant notre niveau de confort, de franchise, d'inquiétude... qui n'échappent pas à la vigilance du patient. En effet, l'analyse du comportement des patients au cours d'une consultation de médecine générale met à jour l'activité perceptive à laquelle il se livrent : « *leurs sens sont aux aguets, à l'écoute des signes, d'information non verbales concernant nos orientations diagnostiques mais aussi notre manière d'être* » (Bancon, 2008, p. 45). Cette acuité perceptive semble encore plus grande chez le patient en soins palliatifs, qui « *perçoit comme avec une antenne les multiples attitudes de ceux qui l'entourent, un regard qui se détourne, une expression d'angoisse* » (Pillot, 1993, p. 23).

Concernant la posture, Buckman, dans son guide aux professionnels de santé concernant l'annonce de mauvaise nouvelle, énonce la nécessité de s'asseoir comme règle de base dans ce type d'annonce. Il note que « *le simple fait de s'asseoir transmet des signaux importants au malade : qu'on est là pour l'écouter, qu'on n'échappe pas totalement à sa maîtrise et, à condition de situer son regard au même niveau que celui du malade, qu'on souhaite communiquer avec lui de façon non condescendante* » (p. 40). Dans ce cas de figure,

le soignant est bien conscient de l'impact de sa posture dans la relation, et s'efforce de trouver celle qui favorisera au mieux chez le patient le sentiment d'être écouté et de pouvoir parler librement. Buckman précise cette posture : pour lui, le soignant doit « *s'efforcer de communiquer une impression de décontraction, impression d'autant plus importante qu'on se sent souvent bien tendu dans ce type de situation. On commence par s'asseoir à son aise, posant les deux pieds par terre, les mains sur les genoux et laissant tomber les épaules. Il n'est pas non plus inutile d'ouvrir son manteau ou sa veste pour signifier qu'on ne compte pas partir d'un moment à l'autre* » (Ibid., pp. 41-42).

Ici le soignant utilise son corps, il le manipule de façon consciente et volontaire comme une marionnette afin de le mettre dans la posture objective 'idéale'. On pourrait résumer ce type de rapport au corps par : j'ai un corps, et je le met dans une position précise afin de transmettre un message particulier à mon interlocuteur.

Il y a toutefois ici un élément qui traduit un contact perceptif du soignant avec son corps : en effet, comme le rappelle Buckman, dans les cas d'annonce de maladie grave, le soignant 'se sent bien tendu'. A ce niveau, le soignant pourrait donc dire : je vis mon corps, j'ai un ressenti intérieur sous la forme d'une tension générale liée à la difficulté de ma tâche et au stress qu'elle génère en moi.

Concernant les mimiques faciales, celles-ci reflètent l'émotion et l'activité cognitive du médecin. Elles transmettent donc des informations précises au patient, que celui-ci décode, mais ne semblent pas faire l'objet d'une 'manipulation' comme pour la posture, sans doute du fait de leur caractère très spontané.

- Le rapport au toucher

Le toucher, en dehors de l'examen physique, fait également partie de la communication non verbale, et la lecture du guide de Buckman donne à voir le rapport ambivalent que le soignant entretient avec. En effet, le toucher est reconnu comme un élément relationnel important, notamment dans les moments difficiles ou pour signifier notre présence au patient, au point que Buckman conseille le soignant de « *s'astreindre à toucher le patient au moins une fois au cours de l'entretien* ». Mais force est de constater que le soignant manque de repères qui l'aideraient à savoir où, quand et comment toucher le patient. Ainsi, Buckman précise juste après que « *sachant que le contact physique peut être mal interprété – comme geste de domination, d'agression ou de lascivité -, on y renoncera au premier signe de*

gène ou de méfiance chez le patient et, en tous cas, mieux vaut éviter de le toucher ailleurs que sur le bras ou l'épaule. » (Ibid., p. 42).

La part culturelle de cette gêne vis-à-vis de cette modalité relationnelle peut être questionnée : en effet Buckman étant canadien, peut être que sa remarque reflète plus généralement une difficulté des américains face au toucher. Néanmoins, cette remarque donne à voir que le soignant n'a pas de repère perceptif concernant l'endroit du corps à toucher : son choix se restreint donc à des éléments anatomiques 'pré-sélectionnés' et considéré comme 'neutres' d'un point de vue affectif : le bras ou l'épaule. Le soignant n'a pas non plus de repère perceptif concernant le retentissement de son toucher sur le patient : il doit donc guetter visuellement la réaction de celui-ci pour savoir comment son geste a été reçu.

Le toucher est donc entrevu comme un acte moteur, gestuel, plus que perceptif, et le feed-back concernant son geste est apporté au soignant par un sens extéroceptif : aucun ressenti corporel n'est envisagé au cours de cette communication non verbale. Là encore, on pourrait résumer le rapport du soignant à son corps par : j'ai un corps, j'utilise ma main pour toucher le patient, je retire ma main si je vois que le patient est gêné.

Les auteurs européens semblent moins frileux. Ils mettent en revanche en relief l'impact émotionnel du toucher sur le soignant et mettent en garde contre les différents mécanismes de défense que peut déployer le soignant en réponse. En effet, le toucher « *concerne aussi intimement l'approchant que l'approché : on ne peut donc toucher autrui sans être touché soi-même. Toucher, être touché, instaure un lien palpable entre la personne en détresse et l'accompagnant, éveille inmanquablement des échos psychiques et émotionnels en chacun* » (Prayez, 1993, p 5). Pour ce défendre d'une telle implication, les stratégies ne manquent pas, comme par exemple parler fort, employer un discours conventionnel, ou encore déployer une certaine agressivité dans les gestes qui seront alors imposés par l'accompagnant sans respect ni écoute des besoins du malade. Trouver le geste juste, comme les mots justes, est à la fois recherché et difficile à atteindre auprès des patients de fin de vie. Là encore, le toucher n'est pas considéré comme déclencheur d'un vécu perceptif, mais d'un vécu émotionnel.

Pour finir, il convient aussi d'envisager le toucher dans l'autre sens, quand ce sont les patients qui viennent toucher, saisir le soignant. Pour De Hennezel, « *il semble qu'en accueillant ce contact désespéré, en acceptant d'entrer dans ce que M'Uzan décrit 'comme l'orbite du mourant', sans peur de s'y perdre parce que l'on est bien soi-même dans sa*

sécurité de base, on ouvre au mourant le chemin vers sa sécurité intérieure, infiniment mieux que ne le ferait n'importe quel discours. » (De Hennezel citée par Lahet, 1993, p 44). Là encore, il n'y a pas de notion de ressenti. Le soignant est par ailleurs encouragé à trouver une posture spécifique, à se mettre dans sa *sécurité de base*, mais il ne semble pas y avoir de marche à suivre, d'outil pragmatique proposé pour arriver à cette sécurité intérieure.

3/ Bilan sur le rapport du soignant à son corps

Ce premier état des lieux montre que pour le soignant éduqué de façon 'classique' et livresque à la dimension non-verbale de la communication, le rapport qu'il entretient avec son propre corps est inexistant ou pauvre. En effet, si l'on se réfère à la classification proposée par Bois (2007) concernant les différents statuts du corps selon le rapport perceptif que la personne instaure avec, nous constatons que dans les exemples ci-dessus le soignant a un 'corps objet' ou un 'corps ressentant'.

4/ La relation médecin – malade selon Balint : le corps comme support des émotions

Les différents rapports au corps dont font preuve les médecins dans leur pratique quotidienne semblent assez pauvres. L'enrichissement du rapport au corps du soignant est-il envisagé de façon plus poussée dans la formation médicale, et quel en est son impact dans la relation au patient ? Il semble important et opportun d'évoquer ici, sans pour autant développer, l'existence de la formation à la relation médecin - malade telle qu'elle est réalisée dans les groupes Balint, cette formation étant généralement proposée aux médecins et aux soignants dans leur formation continue. Cette méthode fut développée il y a une vingtaine d'années par Balint, psychothérapeute et psychanalyste, suite à l'analyse des difficultés psychologiques des médecins généralistes au sein de leur relation au patient.

Du fait de la sensibilité théorique et expérientielle de son fondateur, cette méthode envisage plus spécifiquement les aspects de transferts et de contre-transferts à l'œuvre dans une telle relation, ainsi que les vécus affectifs des soignants. Par cette méthode, les soignants ont l'opportunité de développer leur *capacité d'écoute* et d'affiner leur *sensibilité intuitive*, à la fois vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur patient, dans le but d'optimiser l'impact thérapeutique de la relation. Au final, « *le médecin n'écoute pas seulement son patient d'une nouvelle manière mais s'écoute lui-même aussi : et c'est cela qui, en dernier ressort, lui donne la possibilité de prêter l'oreille au dialogue interpersonnel dans sa totalité.* » (Trenkel, 2006, p.59).

La relation du soignant à son propre corps est prise en compte et développée dans cette formation, notamment à travers la pratique du ‘psychodrame balint’ : le soignant y est en effet invité à vivre « *une expérience émotionnelle et corporelle* », (Otmesguine, 2009, p.14) et est ainsi « *éduqué au corps, au mouvement, à l’espace à travers ce qu’ils véhiculent d’émotion* » (Ibid., p. 12). Ce nouveau rapport au corps permet de développer une capacité d’écoute et de compréhension dans la relation, comme le précise ce soignant qui décrit sa formation comme une ‘révélation’ : « *Jusque là enfermé par les mots et les intonations que je leur donnais (...), je recevais alors une clé m’ouvrant la porte d’un autre espace de réflexion et d’expression. J’entendais mieux, ou parfois autre chose, dans le silence* » (Ibid., p. 12).

Cet exemple permet de découvrir l’impact relationnel et donc thérapeutique que peut avoir un rapport renouvelé du soignant à son propre corps. Ici, il s’agit d’un corps vécu comme support des émotions et lieu d’émergence des intuitions du soignant. Ce n’est pas ce type de rapport au corps qui est sollicité et développé au cours de la formation en fasciathérapie, aussi cette pratique Balint ne sera pas plus développée dans ce mémoire, puisque ce n’est pas l’objet de ma recherche, ni mon domaine d’expertise.

ANNEXE B : Relation au Sensible et impacts relationnels au quotidien

Au sein de la relation au Sensible, le fait d'être touché et de se ressentir de manière différente dans un cadre extra-quotidien participe à l'acquisition de nouvelles compétences, de nouvelles manières d'être à soi et à autrui qui se déploient ensuite dans le quotidien. Parmi les participants à la recherche de Bois (2007) cette étudiante témoigne de l'impact de l'enrichissement du rapport à son corps dans sa vie relationnelle : « *il m'est clairement apparu que mes difficultés relationnelles ne pourraient se transformer qu'en changeant ma relation à moi, à mon corps* » (I1 : l. 144-145)(p. 200).

Cette partie de mon mémoire est basée sur la recherche doctorale de Bois, et explore spécifiquement l'enrichissement des capacités relationnelles des étudiants au contact des vécus du corps Sensible.

L'affinement perceptif au contact du Sensible, dont font état les participants à la recherche de Bois, n'est pas uniquement centré sur la personne elle-même, mais se tourne aussi vers l'extérieur. Ainsi, développer le rapport à soi par l'intermédiaire du corps sensible tend à développer chez la personne une sensibilité nouvelle vis-à-vis des autres et du monde. De nombreux participants notent l'impact de leur rapport au corps sensible sur leur manière d'être en relation avec autrui, comme cette étudiante qui fut particulièrement surprise de cette découverte : « *Contre toute attente, ce nouveau rapport à moi ne m'a pas éloigné des autres. Bien au contraire, il m'a permis d'un peu plus les laisser être ce qu'ils sont ou ce qu'ils doivent devenir et de lâcher certaines attentes.* » (R1 : l.225-227) (Ibid., p. 227, 228).

Dans le parcours de P1, nous voyons que suite à la rencontre avec une douceur intérieure, corporelle, s'est effectué un véritable adoucissement de ses rapports à autrui : « *mon corps est plus malléable, plus adaptable et adapté à son environnement. Oui, je me sens plus à l'écoute de l'autre et de moi, moins souvent jugeante ou plus consciente de l'être, plus tolérante* » (P1 : l. 246-248) (Ibid., p. 220).

G1 témoigne aussi de profonds changements relationnels. Auparavant l'affectif envahissait ses rapports à autrui, comme elle le note, « *il y avait une affectivité dans mon relationnel en général, professionnel compris : une sorte de propension à chercher que l'on m'apprécie.* » (G1 : l. 332-333) (Ibid., p.191). Le changement est d'abord passé un enrichissement du rapport à elle-même, en percevant l'intense présence à elle-même qui découlait de son rapport au corps sensible : « *je me surprénais à vivre des moments de grâce*

et de plénitude, de présence totale à moi même que je n'avais jamais vécu auparavant » (G1 : l. 423-425) (Ibid., p. 191,192). Cette nouvelle perception va influencer ses rapports à autrui : elle découvre une manière d'être en relation plus juste, moins fusionnée, plus profonde et plus respectueuse : *« Cette perception me semblait contagieuse, dans mes rapports aux autres qui me paraissaient plus proches, je me sentais touchée plus profondément par les autres plus tolérante pour leurs 'imperfections' je cessais une forme d'exigence à mon égard. Le besoin de fusion, je le ressentais désormais comme une juste proximité, une « articulation » où chacun a son espace vital : l'empathie* » (G1 : l.429-433) (Ibid., p.192). L'enrichissement du rapport à ses émotions au fur et à mesure de son travail corporel est net: *« Gérer ses émotions, ce n'est pas les maîtriser, les retenir. On peut apprendre à les reconnaître, en les vivant dans leur intensité et repérer dans leur colorisation des traits de notre identité. »* (G1 : l. 508-510) (Ibid., p. 192).

Pour I1, autrui représentait auparavant un danger : *« Je redoutais que l'on me touche dans tous les sens du terme. Je craignais que l'on rencontre ma partie vulnérable, mon manque de solidité, tout ce que je cachais dans ma vie quotidienne. »* (I1 :l.108-110) (Ibid., p. 197). Pour cette personne, ce sont l'ensemble des outils pratiques et théoriques proposés par la formation qui l'ont aidé à progresser dans ce domaine, à prendre contact avec elle-même et avec autrui sans crainte : *« J'étais désormais capable de me laisser toucher par l'Autre et de laisser apparaître cette émotion, un pas vers l'authenticité, des représentations en ballottage (se montrer forte, invulnérable, faire preuve de 'sang-froid'...) »* (I1 : l.301-303) (Ibid., p. 199).

A ce stade de découverte, on peut légitimement se poser la question du temps que cela prend pour enrichir ou modifier ses manières d'être dans la relation à autrui. Si les participants précédents avaient tous plusieurs années de pratique après leur formation initiale, je vais maintenant présenter les réflexions de 5 débutants, qui témoignent eux aussi d'un enrichissement de leur rapport à autrui au contact du corps sensible.

Pour S1, qui se sentait auparavant 'responsable de tout' au sein d'un groupe, la relation au corps sensible lui a permis de prendre conscience et d'assouplir ce comportement : *« je suis moi-même (rien à prouver), je prends du recul, je fais la part des choses, et je laisse l'autre prendre ses responsabilités »* (S1 : l. 182-184) (Ibid., p. 230,231).

Pour C1, la nouvelle relation à son corps lui permet de s'émanciper de jugement extérieur en lui apportant des indicateurs internes perceptibles quant à la justesse de ses

actions, notamment relationnelles : « *ces moments justes pour moi le sont aussi pour la relation que j'ai avec les autres.* » (C1 : l. 21-22) (Ibid., p. 179).

Au sein de la relation à son corps sensible, c'est la perception de ses contours qui est venue modifier le regard de B2 sur ses limites. Sa relation à autrui s'en est vue grandement enrichie: « *je m'intéresse alors à l'autre, et j'y prend plaisir, et je peux parler avec* » (B2 : l. 199) « *De monologue, je passe à conversation.* » (B2 : l. 166-167) (Ibid., p. 265).

Pour L1, auparavant très théâtrale dans ses relations à autrui, la relation à son corps sensible a été l'occasion d'une rencontre avec un lieu authentique en elle-même : « *La chaleur de cette présence si intime si rassurante me donnait corps et matière pour nourrir et valider mon authenticité. C'était une réalité indéniable qui ne nécessitait pas de faire le pitre pour faire semblant d'exister* » (L1 : l. 161-167) (Ibid., p. 207). Cette authenticité s'est déployée jusque dans sa vie quotidienne, comme lui rapportent ses proches : « *tu n'es plus dans la séduction, tu es plus là, c'est émouvant ; c'est fou le changement qui s'est opéré en toi, tu ne pars plus dans tous les sens, tu es plus stable.* » (L1 : l. 291-293) (Ibid., p.207).

Enfin W1, pour qui le travail en relation avec le corps sensible a permis de se délimiter face aux autres et de mieux accepter et gérer sa sensibilité, remarque que « *vivre l'expérience de mes contours de l'intérieur m'a permis de me délimiter face à moi, au monde et aux gens. Je n'étais plus envahie. Je pouvais me situer dans un espace qui est mon corps.* » (W1 : l. 132-136) (Ibid., p.248).

A travers ces différents témoignages, il apparaît que les manières d'être qui se développent au contact de la relation au corps sensible vont dans le sens d'une manière d'être en relation plus juste, plus équilibrée, moins jugeante, défusionnée et respectueuse d'autrui. Ces personnes qui font l'expérience de la relation au corps sensible tendent à entrer en relation avec autrui avec moins de peurs (d'être envahie, d'envahir, d'être ébranlée), plus d'authenticité, plus de respect aussi (moins de jugement).

Il est frappant de constater à quel point on peut reconnaître chez chacun de ces participants des grandes 'figures' relationnelles que l'on retrouve chez les soignants, et qui témoignent de mécanisme de défense ou de difficultés à envisager le patient comme acteur de sa santé, comme un véritable partenaire au sein de la relation. Ainsi G1 était un soignant qui se situait dans une fusion affective avec ses patients. Avec S1 qui se sentait responsable de tout, on imagine facilement une relation au patient très paternaliste. En lisant le témoignage de I1, qui se sentait tellement vulnérable qu'elle ne pouvait envisager d'être touchée par

autrui, on pense facilement à ces soignants qui s'entourent d'une carapace bien rigide, et se placent volontairement dans une grande distanciation vis-à-vis du patient, pour éviter toute émotion. On voit bien que B2 est initialement incapable de dialogue, on l'imagine alors mal en train d'écouter les souffrances de son patient ou de le considérer comme partenaire relationnel à part entière.

Face à ces différents 'trop', l'enrichissement se fait dans le sens d'une rééquilibration, et ces changements comportementaux sont sous-tendus par un enrichissement perceptif. Au final la personne ne devient pas autre mais a au contraire la sensation de se rapprocher d'elle-même, de trouver ou retrouver des capacités perceptives perdues. C'est P1 qui exprime le mieux ce changement : *« J'ai parlé d'évolutivité ou de changement évolutif. Peut-être que ma douceur n'est qu'un retour à moi. Dans ce cas, le terme de « cécité perceptive » convient parfaitement et la modification consisterait à lever le voile qui empêche l'expression de ma douceur. Mon rapport à ma douceur devient alors des retrouvailles, un lien perdu et retrouvé. Et le changement réside surtout dans le rapport de moi à moi et dans la non prédominance de mes fixités. »* (P1 : l. 320-335) (Ibid., p. 221).

Ces nouvelles manières d'être sont en lien avec le déploiement de potentialités perceptives lors du rapport au corps sensible dans l'extra quotidien. Pour P1, qui a découvert une douceur corporelle, ainsi que les effets de cette dernière dans le quotidien, il s'agit désormais d'exercer une vigilance quant à la non prédominance de ses fixités : la douceur n'est en effet pas permanente, et elle se retrouve parfois à nouveau envahie de dureté. Pour retrouver sa douceur quand elle la perd, elle doit 'faire un effort', utiliser des outils de sa formation, passer par un retour dans l'expérience extra-quotidienne, qui lui donnera à nouveau un accès perceptible, corporisé, à sa douceur. Elle détaille ainsi sa stratégie : *« Mais de quel effort s'agit-il ? D'abord me remémorer les situations où cette douceur a été présente ; Puis conscientiser et me rappeler dans mon corps cette douceur enveloppante, rassurante, moelleuse. ; Ensuite relaxer mes muscles, mes os, tous mes tissus pour m'appuyer sur elle, pour me baigner en elle. Finalement me mettre en mouvement : c'est-à-dire trouver l'outil ou les outils qui vont mettre en mouvement la dureté présente qui s'installe. »* (P1 : l. 263-272) (Ibid., pp. 221-222).

Mon développement théorique m'a permis de souligner que les mécanismes de défense des soignants sont souvent des comportements automatiques et parfois inconscients, et qu'un travail personnel seul ou en groupe, permet de les mettre à jour, d'en prendre conscience, de les assouplir. C'est un travail émotionnel ou cognitivo-comportemental qui est

alors envisagé. Ici, le travail avec le corps sensible permet de mettre à jour des ‘imperçus’ de soi, de faire l’expérience de perceptions corporelles inédites (percevoir une douceur en soi, l’intensité de sa présence à soi, éprouver ses contours corporels, goûter à son authenticité), et à partir d’elle de déployer des manières d’être à soi et à autrui non encore advenues. La transformation suit ici un processus perceptivo-cognitif, et les manières d’être nouvelles qui se dévoilent permettent de prendre conscience, par contraste, de notre manière d’être antérieure, que bien souvent nous ne percevions pas, comme en témoigne L1 : « *Je ne savais pas que l’intériorité existait. Je ne savais pas que j’avais des contours qui contenaient cette intériorité, et qu’à partir d’elle, l’être pouvait se manifester, devenir présence à soi et à l’autre* » (L1 : l. 106-109) (Ibid., p. 207). L’enrichissement du rapport perceptif à son propre corps est donc pertinent dans le cadre d’une démarche d’enrichissement des qualités relationnelles.

ANNEXE C : Guide d'interview

Rappel de ma question de recherche : *quel est l'impact de mon expérience de la relation au Sensible dans ma pratique relationnelle de médecin auprès de patients atteints de maladie grave ?*

L'objectif de ma recherche est d'identifier et de comprendre les impacts de mon expérience de la relation au Sensible dans ma dynamique relationnelle auprès de patients atteints de maladie grave. Il s'agit non seulement de comprendre ces les impacts au sein de ma pratique, dans mon acte relationnel ; mais également d'évaluer ces impacts sur un niveau plus personnel, voir existentiel. Il s'agira dans cette optique d'évaluer les impacts dans mon rapport à la vie, à la maladie, à la mort, à la souffrance

Guide d'entretien :

1/ Parles-moi de son parcours de formation professionnelle : qu'est ce qui t'a motivé pour te former à la médecine et à la fasciathérapie ? Comment en es-tu venue à s'intéresser aux soins palliatifs ?

2/ On parle d' « accompagnement ». Qu'est ce que pour toi accompagner :

- un patient ?
- un patient atteint de maladie grave ?
- un patient en fin de vie ?

3/ Quels outils as-tu acquis au cours de ta formation médicale pour l'accompagnement de personnes en soins palliatifs / soins de support / atteints de maladie grave ou en fin de vie ?

4/ *Dans tout ce qui constitue l'accompagnement en soins palliatifs, je fais le choix de faire ressortir les spécificités des phases d'entretien, sans oublier qu'il existe d'autres phases ou gestes dans ta pratique de médecin (prescriptions, gestes techniques, réunion d'équipe).*

- Parles-moi des différents types d'entretien que tu as à ta disposition du fait de ta double formation de médecin et de fasciathérapeute.
- Quelle importance a pour toi la relation au Sensible pendant l'entretien verbal avec les patients ou les familles :
 - o Quand tu parles ?
 - o Quand tu écoutes ?
 - o Pendant les silences ?
- Quelle est la spécificité de l'entretien tissulaire avec ces patients là ?
- Qu'est ce qui détermine ton choix d'un type d'entretien ou d'un autre au cours de l'accompagnement ?
- Y a t'il une différence (spécificités) dans les entretiens que tu as avec un patient atteint de maladie grave et qui peut peut-être guérir, et un patient qui ne peut plus guérir ? dans tes outils ? dans tes projets ?

5/ *La relation avec les patients en fin de vie est difficile, exigeante, car il y a à la fois la souffrance du patient à écouter, à accueillir, et en même temps la nécessité de trouver une « bonne distance »...*

- Comment toi tu entres en relation avec ce type de patient ? Difficultés ? Voies de passage ?
- Que te rapportent les patients de leur vécu de ce mode relationnel ?

6/ Question personnelle, pour toi, en dehors de ton travail, en tant qu'être humain et non plus médecin :

- Que t'a apporté la PPP dans ton rapport à la vie, à la maladie, à la mort ?
- Que t'a apporté le vécu de ces phases d'accompagnement ?

ANNEXE D : Verbatim

Verbatim issu de la transcription - traduction de l'interview en profondeur réalisée par mes co-chercheurs Bruno et Isabelle, le 19/09/2009. Durée : 1h20.

1 **Question 0** (Bruno) : Où est ce que tu travailles ?

2 Mathilde : Je suis médecin généraliste, je fais des remplacements : je remplace un seul
3 médecin qui est généraliste homéopathe, en montagne. Je la remplace très régulièrement
4 depuis 2 ans, donc je connais bien les patients, eux me connaissent bien. Je fais des
5 consultations de médecine 'classique', et des séances de fasciathérapie avec les patients pour
6 lesquels je sens que c'est une indication, qu'il faudrait un suivi dans ce sens-là...

7 **Relance 0-1** (Bruno) : et le médecin que tu remplaces, est ce qu'elle connaît la
8 fasciathérapie ?

9 Mathilde : oui, je l'ai traitée, elle s'est fait traitée par d'autres fasciathérapeutes. Elle, elle est
10 homéopathe, elle trouve que c'est très complémentaire avec l'homéopathie, d'ailleurs on a des
11 patients en commun, qu'on suit à la fois en homéopathie et en fasciathérapie.

12 **R 0-2** (Bruno) : toi, tu pratiques l'homéopathie?

13 Mathilde : Non, je me forme un petit peu...

14 **Question 1** (Bruno) : Donc la médecine, ça t'es venu comment ?

15 Mathilde : ça m'est venu comment... ? Je ne sais pas trop, ça m'est venu au lycée, en
16 première, quand il fallait décider des orientations, et j'ai pas mal hésité. Ce qui me plaisait
17 c'était la dimension à la fois de connaissance, comprendre comment ça fonctionnait, la
18 physiologie du corps humain, etc ; et puis j'avais aussi l'envie de soigner, enfin vraiment de
19 prendre soin des personnes qui souffraient. Alors ce n'était pas très précis, ça pouvait aussi
20 bien être souffrance psychologique, parce que j'ai hésité entre psychologie et médecine, et
21 même kinésithérapie ; donc il y avait toute cette envie-là... Donc médecine j'ai décidé... oui,
22 en première c'était décidé. Et puis c'est arrivé assez vite, conjointement, je m'étais faite
23 traiter par un ostéopathe, pour des cervicales bloquées, puis après le bassin bloqué en
24 terminale, et l'image qui m'est restée, c'est, à la fin on discutait puis elle m'a dit 'tu vois, moi
25 je soigne avec ça' et elle me montre ses deux mains. Et c'est vraiment resté, ça, comme un
26 moment... oui un moment fondateur, il y a vraiment eu quelque chose, tu vois: 'ah oui c'est
27 ça ; oui c'est ça que je veux faire '. Mais j'ai gardé le côté médecin, donc après, mon projet
28 professionnel c'était médecin thérapeute manuel, et il y avait cette idée de soigner avec les
29 mains, par une relation au corps [du patient] avec son propre corps... enfin il y avait cette
30 idée-là quoi, une relation directe avec le patient sans passer par des médicaments ou autre...

31 **R 1-1** (Bruno) : et toi en tant que patient chez l'ostéopathe, tu as eu un ressenti corporel, ou
32 c'était l'idée de soigner avec les mains ?

33 Mathilde : non, c'était l'idée de soigner avec les mains, parce que j'avais juste eu 2 séances,
34 c'était du pur cracking, « 'paf-paf' et c'est bon »... Et puis moi, en tant que patiente je ne
35 connaissais que l'ostéopathie, et en fait ce qui s'est passé c'est que je faisais du théâtre et on
36 avait travaillé le jeu d'acteur à travers le mouvement corporel, parce qu'il y avait une
37 personne qui avait fait la formation (à l'époque c'était le mouvement corporel éducatif), donc
38 elle s'était formée à ça, et elle nous avait fait travaillé le jeu d'acteur à travers la gestuelle,
39 l'expressivité, etc. Et puis elle savait que je voulais faire une thérapie manuelle, du coup
40 quand je suis venue à Lyon pour mes études de médecine, elle m'a donné l'adresse d'une
41 fasciathérapeute, et j'ai commencé à me faire traiter en première année de médecine, et je
42 crois qu'au fur et à mesure, ça a été « et bien oui, voilà », il y a eu je pense une évidence mais
43 je ne me souviens pas d'un moment précis, par contre c'est clair que c'était cette méthode-là

44 que je voulais, et l'ostéopathie c'est parti très très vite. C'était quelque chose de vraiment...
45 c'était ça, quoi.

46 **R 1-2** (Bruno) : qu'est-ce qui t'a touchée, dans le traitement en fasciathérapie, en première
47 année de médecine, au moment où tu t'es dit « oui c'est ça » ?

48 Mathilde : Et bien justement, je ne me souviens pas d'un moment précis où il y a eu ce déclic,
49 tu vois. Je me souviens... Et bien il y avait tout, oui, le ressenti corporel, à la première séance,
50 il y avait un côté très émouvant, à un moment donné Françoise (c'était ma thérapeute) m'a
51 dit: « alors voilà, je peux aussi aller au niveau osseux par exemple », et là, j'ai perçu quelque
52 chose de très très émouvant, en fait, de moi ; donc il y avait tout ce côté-là. Et puis après,
53 assez vite on est passé à des séances de gestuelle, et il y avait beaucoup, je pense, sa présence
54 à elle, en fait, et ce tout au long de la séance. Je me souviens il y avait une heure de séance et
55 c'était pour trouver une transversalité du bassin en position assise, et elle avait vraiment une
56 présence, enfin à aucun moment elle ne m'a lâché. Elle me disait : « trouve, trouve », et elle
57 essayait avec moi de trouver ma voie de passage, pour que j'arrive enfin à avoir un linéaire et
58 ce n'était vraiment pas gagné. Du coup il y avait ... oui je pense qu'il y avait aussi cette
59 relation-là, d'accompagnement et d'aide... Voilà, tu es toujours là en temps que thérapeute à
60 côté de ton patient, à l'aider. Oui et puis il y avait toute la gestuelle, aussi, ça me plaisait bien.
61 Je pense que ça en a fait partie, parce qu'en ostéopathie, il n'y a vraiment que le traitement
62 manuel et puis c'est tout.

63 **R 1-3** (Bruno) : et pour les soins palliatifs ?

64 Mathilde : alors ... j'avais fait ma petite liste de spécialités ou de façons d'exercer la
65 médecine que je voulais faire ou au moins essayer, pour voir si au niveau pratique ça me
66 plaisait.

67 **R 1-4** (Bruno) : dans les différents types d'exercices ?

68 Mathilde : oui, exactement, donc par exemple il y a quelque chose que je n'ai toujours pas
69 fait, c'est de partir en mission humanitaire. Et puis les soins palliatifs, j'avais envie d'essayer,
70 de faire ça, pour voir ... ce que ça pouvait être. Je pense que c'est au niveau de la médecine...
71 On ne l'a abordé qu'en toute fin de cursus, en 6^{ème} année. On a eu quelques cours sur la prise
72 en charge de la douleur, la prise en charge des symptômes en fin de vie, le deuil, etc. Et déjà,
73 ça m'avait un peu marqué qu'on n'apprenne ça qu'à la fin. Nous (tout le monde dans le cours)
74 on avait vraiment été choqué, on se rendait compte qu'on avait été confrontés à plein de
75 patients qui étaient dans des réactions de déni, des choses comme ça, et qu'à ces moment-là,
76 on était dans une espèce d'incompréhension de ce qui se passait, on se disait 'je lui explique,
77 il ne comprend pas, je lui réexplique, il ne comprend toujours pas'. Et là on avait l'impression
78 d'arriver à la fin de notre cursus et qu'on nous expliquait enfin les choses qu'on avait pu
79 rencontrer. Et du coup moi j'avais cette envie-là de voir un peu dans la pratique ce que ça
80 pouvait être. L'idée, ce n'était pas un choix de profession pour tout le temps, c'était de faire 6
81 mois, justement, l'internat c'était une chance pour ça, de pouvoir être 6 mois dans un service,
82 avec une équipe, donc un espace un peu protégé quand même, et puis voir... voir ce que
83 c'était, comment c'était...

84

85 **Q-2** (Bruno) : On parle d'accompagnement. Qu'est ce que pour toi accompagner un patient ?
86 un patient atteint de maladie grave ? un patient en fin de vie ?

87 Mathilde : alors... Pour moi, accompagner un patient... je vais prendre mon point de vue de
88 médecin généraliste, ça colore déjà un petit peu, parce que du coup c'est tout au long de sa
89 vie, donc on le prend à partir du moment où on le rencontre, et puis jusqu'où ça va, parce
90 qu'il peut décider de changer de médecin, ou on déménage, ou on n'est plus remplaçant, etc.
91 Donc il y vraiment toute cette dimension déjà temporelle : on le prend à partir d'un moment,
92 et on l'accompagne. Donc il y a toutes les dimensions de la médecine générale, le côté
93 diagnostic, curatif, préventif, si jamais il y a des attitudes de vie qui pourraient être
94 dangereuses pour sa santé, essayer de voir avec lui, développer ce côté-là. Et puis ... quoi
95 qu'il arrive. Et puis en tant que médecin c'est aussi être le chef d'orchestre de sa prise en
96 charge, donc réguler s'il y a besoin d'une autre prise en charge, psycho, kiné, de voir des
97 spécialistes, les hospitalisations, etc, de faire le lien avec les autres acteurs. Et puis
98 l'accompagner dans sa vie, enfin dans les événements en lien avec sa santé, que ça soit la
99 maladie, ou aussi des événements sociaux pendant lesquels les patients viennent nous voir,
100 des moments difficiles, soit de divorce, soit de chômage, des choses comme ça ; et puis aussi
101 des petites étapes où on est là aussi, il y a aussi ce côté-là.

102 **R 2-1** (Isabelle) : et donc quand ton patient a une maladie grave, ça change quoi dans ton
103 accompagnement ?

104 Mathilde : la chose qui me vient spontanément c'est que je suis plus disponible, encore plus
105 disponible, pour lui. Et aussi pour sa famille, pour les proches. Je vais m'enquérir d'emblée
106 du retentissement sur les proches, comment la famille prend ça. Mais pour le patient ... je suis
107 encore plus là, je suis encore plus disponible, et voilà, et s'il faut plus de temps on prend plus
108 de temps...

109 **R 2-2** (Isabelle) : et pour un patient en fin de vie ?

110 Mathilde : Au niveau relationnel il y a des choses qui changent un peu, parce que déjà il n'y a
111 plus le côté de lutter contre la maladie, d'être dans une dynamique diagnostic, de traitement
112 curatif, etc. Les patients avec lesquels j'étais en soins palliatifs, c'était des stades terminaux,
113 c'était les dernières semaines de leur vie, et ... donc là, pareil, le patient est au centre, et il y a
114 aussi l'entourage, donc être là aussi pour la famille, s'ils ont besoin, s'ils ont des
115 incompréhensions, s'ils ont des questions, s'ils ont des reproches, etc. Et puis pour le patient
116 il y a quelque chose qui change dans la relation, ça devient... il y a toujours le côté médical,
117 de voir si au niveau traitement on ne peut pas être un peu plus confortable, s'il y a des choses
118 à modifier au niveau douleur, au niveau respiration, etc ; et il y a quelque chose, je dirais, de
119 plus léger, par rapport à une prise en charge thérapeutique médecin –patient classique, où ça
120 ouvre en faite sur une... Je suis pas que médecin, c'est une relation un peu plus informelle qui
121 se crée avec ce genre de patient où à des moments, tout simplement on va parler, c'est aussi
122 être le dépositaire des choses qu'ils vont dire, et qui n'ont pas d'objectif précis, c'est juste des
123 petites choses qu'il va dire, 2 jours, 3 jours avant de mourir, et il y a juste à être cette
124 présence-là. Et si tu n'es pas là toi en tant que toi (pas seulement en tant que médecin mais je
125 pense qu'il y a toute la qualité de l'être humain qui est indispensable), ça ne va pas forcément
126 être dit. Voilà, il y a tout ce côté-là. Et en même temps ce ne sont pas des choses énormes ou
127 très importantes, mais c'est plus être dans cette relation d'humain à humain. Il y a toujours
128 médecin-patient, mais ça englobe plus le côté humain.

129 **R 2-3** (Bruno) : quand tu parlais tout à l'heure d'accompagnement d'un patient atteint de
130 maladie grave, tu disais que tu avais plus de disponibilité, pour lui et pour sa famille. Est-ce
131 que c'était plus de disponibilité en terme de temps, parce que tu disais 's'il faut rester plus de
132 temps je reste plus longtemps', ou est-ce que là avec les patients en fin de vie, c'est une
133 disponibilité qui s'ouvre à d'autres secteurs de toi-même ou à un autre type de relation... ?

134 Mathilde : alors, avec les patients atteints de maladie grave, c'est clair qu'il y a plus de temps,
135 on va dire, objectif ; et puis il y a aussi quand même être ouvert à tous les autres
136 questionnements qui vont se poser sur des choses existentielles, des pourquoi, essayer
137 d'envisager comment ça va se finir, etc... Alors attends, ta question c'est : avec les patients en
138 fin de vie, est ce que ça ouvre à d'autres... ?

139 **R 2-4** (Bruno) : En fait là tu es en train de dire qu'avec les patients atteints de maladie grave il
140 y a des nouveaux questionnements que tu es amenée à envisager avec eux, et j'ai l'impression
141 que ça te demande plus de temps surtout, tu vois, et puis quand ton patient arrive en fin de
142 vie, il y aurait plus de... plus de lui, ou plus de toi, enfin, tu vois. Et en même temps, c'est
143 détaché de certaines questions, il y a une simplification, il y a quelque chose de plus léger,
144 comme tu disais... C'est un peu pour faire une sorte de classification, dans ce que tu me
145 disais, il me semble qu'il y a différents espaces qui s'ouvrent, comme si dans ton engagement,
146 dans ce que tu appelles ta disponibilité, il y a différents niveaux, j'ai l'impression.

147 Mathilde : Même s'il y a la qualité humaine qui est importante quand tu es médecin avec un
148 patient atteint de maladie grave, c'est plutôt qu'avec les patients en fin de vie, d'accord tu es
149 encore médecin, c'est toi qui va gérer le traitement, les médicaments, tout ça, mais à la
150 rigueur ça devient accessoire, un peu dérisoire (même si c'est important aussi), et ce qui va
151 compter le plus, c'est toute la relation en elle-même, c'est toi et lui.

152

153 **R 2-5** (Bruno) : Est-ce que ta fonction change à ce moment là ? Ce qu'on attend de toi ?

154 Mathilde : c'est la façon dont je le vis, en fait. La fonction reste la même, pour l'extérieur
155 c'est la même fonction, mais moi dans la façon dont je la vis, je pense qu'il y a quelque chose
156 en plus qui est vraiment du relationnel, au-delà du médecin qui parle avec son malade, ça va
157 être moi Mathilde qui vais parler avec Mr Untel.

158 **Q-3** (Bruno) : quels outils as-tu acquis au cours de ta formation médicale pour assurer
159 l'accompagnement de personnes en soins palliatifs, soins de supports, maladie grave ou fin de
160 vie... ?

161 Mathilde : Concernant les cours en eux-mêmes, quasiment rien. En 6^{ème} année, c'était un peu
162 la gestion de la douleur, un petit peu la théorie pour traiter la dyspnée ou les symptômes qui
163 sont gênants en fin de vie. On a eu des petits cours théoriques sur les étapes du deuil, par
164 exemple ils nous ont dit que c'était pareil que lorsqu'on annonce une maladie grave, le patient
165 passe par des étapes de déni, de colère, etc... Donc il y avait une première compréhension de
166 comment un patient en théorie peut réagir quand il est dans cette situation-là. Ensuite,
167 concernant les outils d'accompagnement en eux-mêmes, dans les cours, rien. Et après, dans la
168 pratique, c'est mon internat, c'est les 6 mois en soins palliatifs, où là j'ai pu découvrir, et puis
169 créer, en fait, ce que c'est pour moi qu'accompagner, et comment je le fais. Donc tu fais un
170 peu au jour le jour, et avec les patients tu t'inventes un peu une posture, ce que tu vas dire,
171 comment tu vas être, etc... Et puis comment tu... Il y a un peu des critères, par exemple dans
172 un service de soins palliatifs, quand un patient dort tu ne le réveilles pas, tu t'adaptes à son
173 rythme. Moi, avec certains patients, par exemple avec un patient qui avait vraiment un
174 sommeil très léger, j'allais quand même le réveiller parce qu'à chaque fois on échangeait, il
175 était un peu confus, il était super fatigué, c'était deux trois phrases mais c'était des choses
176 absolument incroyables. Par exemple il se réveille et puis il me dit « j'ai rêvé de mon autre
177 vie » : des moments comme ça, c'est des moments de vie où tu commences à envisager ce que
178 c'est pour eux leur réalité, ce qu'ils sont en train de vivre, et puis moi ça me permet

179 d'envisager après, envisager des choses comme ça. Donc il y avait ça, découvrir au jour le
180 jour comment moi je faisais. Donc au niveau médecine j'ai eu les 6 mois de pratique, et ça
181 c'était beaucoup sur 'comment on accompagne un patient dans un service de soins palliatifs'.

182 **R 3-1** (Bruno) : en fait il n'y avait pas beaucoup de cadre qui t'était donné, c'est ça ?

183 Mathilde : Quand tu arrives dans un service, il y a un fonctionnement, c'est-à-dire que tu fais
184 le tour, comme dans tous les services, par contre pour le faire, tu t'adaptes aux patients, donc
185 ceux qui dorment tu ne les réveilles pas...

186 **R 3-2** (Bruno) : ça c'est une règle établie ?

187 Mathilde : Oui. Tu as du temps, ce sont de toutes petites unités, tu as vraiment toute la journée
188 pour voir les patients, il y a peu d'entrées, c'est un autre rythme, ça c'était du bonheur, par
189 contre, tu peux passer du temps avec les patients, avec les familles, avec l'équipe... Et du
190 coup... Et bien c'était marrant, parce que quand je suis arrivée, au début normalement tu fais
191 le tour avec les médecins séniors, et là le médecin sénior était en congé maternité, du coup je
192 me suis retrouvée avec un ancien interne qui venait de finir, qui avait fait 6 mois dans le
193 service, et ils l'avait rappelé pour remplacer le médecin qui était en congé. Je me suis donc
194 retrouvée avec ce jeune médecin-là, et on n'avait pas du tout la même approche des patients,
195 il parlait beaucoup, il expliquait beaucoup de choses, et c'était quand même compliqué pour
196 les patients, les familles. Et du coup je me suis retrouvée dans une assez grande liberté, c'était
197 clair qu'il ne serait pas mon modèle, donc à partir de là, j'ai découvert par moi-même
198 comment faire, comment gérer, comment m'adapter ; etc. Oui, c'était sur le tas, quoi.

199 **Q 4** (Bruno) : donc justement, à propos des entretiens avec les patients et la famille : dans tout
200 ce qui constitue l'accompagnement en soins palliatifs, je fais le choix de faire ressortir les
201 spécificités des phases d'entretien (sans oublier qu'il existe d'autres phases ou gestes dans ta
202 pratique de médecin) : est-ce que tu peux nous parler des différents types d'entretien que tu as
203 à ta disposition du fait de ta double formation de médecin et de fasciathérapeute ?

204 Mathilde : Pour moi il y a l'entretien médical 'classique', celui que j'ai appris : les
205 antécédents, les motifs de consultation, les symptômes, et puis après on fait l'examen, et puis
206 on explique au patient : on va faire tel bilan, on va essayer tel traitement, etc. Ça c'est celui
207 que j'ai appris à l'hôpital. Après pour moi en tant que fasciathérapeute il y a l'entretien
208 tissulaire, avec le toucher en fasciathérapie. Et puis il y a une articulation, enfin moi j'ai
209 découvert ça en soins palliatifs, il y a l'articulation entre l'entretien verbal, le fait de parler
210 avec le patient (mais j'ai vraiment découvert ça avec ces patients-là, en fin de vie, parce que
211 je pense justement qu'il y a plus de temps, on peut vraiment se poser dans les chambres, on
212 n'est pas pressés, on n'est pas en train d'anticiper sur la suite de la visite) ; et tout en parlant,
213 ou pendant les temps de silence, essayer vraiment d'instaurer un lien avec l'autre et
214 commencer à sentir un petit peu ses états à lui : au niveau physique, son tonus, et puis où est-
215 ce qu'il en est ? c'est une angoisse ? c'est une inquiétude ? il est en train de réfléchir ? ou il
216 parle pas parce qu'il a plus rien à dire ou parce qu'il est trop ému ? Et commencer à sentir un
217 petit peu dans l'interaction ce que je ressens de lui et ce que je ressens de moi, et du coup
218 comment me positionner pour moi être encore plus à l'écoute. Il y a des moments où tu as
219 envie de pleurer, etc, donc trouver la bonne méthode, tu n'as pas trop de temps pour vite te
220 retrouver un positionnement, une posture qui te permette de rester, et d'être toujours plus à
221 l'écoute de l'autre, pour ne pas avoir envie de partir, ne pas avoir envie de pleurer, etc.

222

223 **R 4-1** (Isabelle) : quand tu parles de te repositionner, c'est de te remettre en relation avec le
224 sensible, c'est ça, pendant l'entretien ?

225 Mathilde : Oui, des fois ça part d'une posture physique, de retrouver, d'essayer de ravoïr :
226 « voilà, plus dans mes appuis, plus posée », au niveau musculaire qu'il y ait moins de
227 muscles, etc, vraiment me ré asseoir dans moi ; et puis en même temps, du coup tu as à
228 nouveau le changement attentionnel qui te permet de... à la fois il y a quelque chose qui se
229 dépose, dans toi c'est 'hop' c'est plus calme, on pose tout, et là moi je peux continuer
230 l'entretien.

231 **R 4-2** (Bruno) : quand tu dit ça, 'on pose tout', c'est dans la gestion de ce qui se déroule dans
232 toi pendant l'entretien ? Tu suis la rythmicité de ce qui est en train de se passer, tu es dans le
233 suivi de ce qui se passe dans toi ? Est-ce que tu as le même genre d'écoute vis-à-vis de ton
234 patient, vis à vis de la famille, ce que tu disais tout à l'heure, dans les moments d'écoute, de
235 silence...

236 Mathilde : oui, c'est pareil, c'est dans l'interaction, essayer de... Pour moi, je sais que ce n'est
237 pas le cas généralement des médecins, mais pour moi les moments de silence sont des
238 moments privilégiés. C'est aussi être aux aguets : « c'est quoi ce silence ? », parce que la
239 question c'est : est-ce qu'il faut parler ? est-ce qu'il ne faut pas parler ? Parce que si tu parles
240 trop tôt, dans le patient des fois il y a quelque chose qui est en train de se dérouler, tu vois,
241 c'est soit une réflexion, tu sens qu'il y a quelque chose qui se met en route, qui est en train de
242 se dérouler, il développe sa réflexion dans lui, quelque chose mature, et 'hop' après il va te
243 dire quelque chose, il va aborder un sujet. Et des fois il faut un temps de maturation avant
244 qu'ils osent en parler, et du coup si toi tu es dans le silence et 'hop' tu sautes tout de suite sur
245 un autre sujet, en gros tu lui a coupé son... tu vois lui il ne s'est pas développé, il ne s'est pas
246 exprimé, tu lui a coupé l'herbe sous le pied et du coup ... enfin c'est dommage, quoi.

247 **R 4-3** (Bruno) : donc ça c'est quelque chose que tu arrives à évaluer ?

248 Mathilde : oui, pas tout le temps, pas avec tous, mais en tous cas pendant le temps de silence,
249 c'est d'être le plus possible déjà dans moi, et d'évaluer... la relation au sensible c'est d'abord
250 l'animation dans moi, et de là je vais pouvoir capter ce qui se passe dans l'autre : est-ce qu'il
251 y a aussi cette animation-là, et quelle en est la nature, tu vois ? Est-ce qu'il est trop ému ? Bon
252 d'accord on attend un peu. Parfois tu sens la locomotive qui est en train d'avancer, donc
253 j'attends, il va me sortir un gros truc dans pas longtemps, donc j'attends, j'attends, j'attends.
254 En même temps, pour moi tu es autant en relation quand il ne parle pas que quand il parle.
255 C'est comme si, quand il dit quelque chose tu l'accueilles, mais quand il est en train
256 d'élaborer avant de dire tu l'accueilles pareillement, tu vois, il y a toute cette posture-là à
257 trouver.

258 **R 4-4** (Isabelle) : donc en fait pour toi la qualité de silence c'est un indicateur important dans
259 ta relation à l'autre ?

260 Mathilde : absolument, oui.

261 **R 4-5** (Bruno) : est ce qu'il y a quelque chose qui distingue l'entretien que tu as avec le
262 patient de l'entretien que tu as avec la famille ?

263 Mathilde : sur le plan technique je dirais non, parce que pour moi ça va être le même principe,
264 par exemple, de gestion de rapport à soi et de rapport à l'autre, de faire évoluer l'entretien...
265 Mais c'est le lien qui est différent, quand même, comment dire... Ton patient, c'est ton
266 patient, quoi. Et après, la famille, comment dire, pour moi il y a ... je suis un peu détachée...

267 Enfin pas détachée, dans le sens, je vais être là, je vais les accompagner, s'ils ont des
268 questions, s'ils veulent parler, s'ils veulent pleurer, si... je suis là ; mais... ils ne sont pas mes
269 patients.

270 **R 4-6** (Bruno) : c'est le patient qui reste au centre, comme tu disais tout à l'heure.

271 Mathilde : oui c'est ça. Moi je les vois autour...

272 **R 4-7** (Isabelle) : ce n'est pas la même nature du lien ?...

273 Mathilde : oui, c'est très... Ca n'a pas le même goût qu'avec avec ton patient, c'est différent.
274 Mais ça peut être des liens très forts aussi ; je trouve que tu as ce rôle de point d'appui aussi
275 pour les personnes qui viennent voir leur fils ou leur père qui est dans le service de soins
276 palliatifs. L'entretien avec le médecin ou avec les autres membres de l'équipe, c'est un
277 moment de point d'appui pour essayer de les soutenir dans cette étape-là, pour qu'ils passent à
278 l'étape suivante, qu'il y ait toutes ces choses-là qui se mettent en route, donc ça peut être des
279 moments très forts, mais ce n'est pas le même lien...

280

281 **R 4-8** (Bruno) : quand tu es en entretien avec les familles, ça se fait en présence de ton patient
282 ou ça se fait à part ?

283 Mathilde : généralement à part, en soins palliatifs. Souvent on les voit à part.

284 **R 4-9** (Bruno) : Il y a une raison à ça ? Enfin, sauf la condition du patient ?

285 Mathilde : Si le patient est alité, on pourrait faire l'entretien dans la chambre par exemple.
286 Souvent on va discuter de ce qui les angoisse eux, ou bien des choses très techniques : est-ce
287 qu'ils ont pensé aux vêtements pour après, pour habiller le défunt ? Donc là tu n'en parles pas
288 devant le patient. Et puis c'est vrai qu'ils ont des questions... Avec des patients un peu
289 confus, ou qui sont dans le coma, c'est vrai qu'on ne sait pas ce qu'ils peuvent entendre, donc
290 on sort de la chambre. Voilà c'est des choses comme ça. Et puis c'est aussi les accompagner
291 eux, donc on ne va pas parler du patient, on va parler d'eux, de leur souffrance, de leur peine,
292 etc... donc c'est en lien avec la situation, mais c'est...

293 **R 4-10** (Bruno) : ce n'est pas le même niveau de préoccupation, ce n'est pas la même
294 nature...

295 Mathilde : oui, c'est ça. Donc c'est vrai que je n'avais pas noté, mais très souvent c'est en
296 dehors. Sauf s'il y a une problématique dans l'interaction...

297 **R 4-11** (Bruno) : ça arrive des fois d'avoir un entretien ensemble, patient et famille ?

298 Mathilde : oui ça arrive. Mais je pense que c'est un temps qui est important pour les familles.
299 Parfois ils ne s'autorisent pas à pleurer devant les proches, donc du coup quand ils sortent de
300 la chambre, et qu'ils vont voir les soignants, les médecins, les infirmières, enfin l'équipe,
301 c'est vraiment le côté où ils s'extraient de la chambre (où des fois c'est très très lourd) et du
302 coup ils peuvent ... déposer des choses, dire des choses, ils peuvent craquer, ils peuvent...
303 tout ce qu'ils veulent, et des choses qu'ils ne vont pas s'autoriser devant le patient.

304 **R 4-12** (Bruno) : tout à l'heure tu parlais de l'entretien tissulaire... ce sont des patients que tu
305 traites ?

306 Mathilde : alors, en ce qui me concerne, j'ai peu d'expérience... Pour moi, il y a deux
307 choses : il y a les vrais traitements de fasciathérapie, et ça ça m'est arrivé avec une patiente ;
308 et puis l'autre chose c'est le toucher, mais sans dire qu'on fait un vrai traitement. Mais ça je
309 ne le fais pas trop, parce que c'est vrai qu'il y a cette chose qui est bonne, dans le toucher, de
310 retrouver un petit peu de mouvement, pendant l'entretien verbal... Mais je trouve qu'il y a
311 quand même ... c'est comme si tu fais goûter à quelque chose de bon et après tu t'en vas,
312 alors que ... voilà, quand tu commences à concerner le mouvement interne, et bien oh ! tu vas
313 jusqu'au bout, quoi. Donc je le fais très peu. Après j'ai eu une seule patiente, qui avait une
314 SLA, et je l'ai traitée deux trois fois dans le service. Elle était très... alors ce qu'on dit c'est
315 'ambivalente' : elle oscillait sans cesse, enfin, elle n'oscillait même pas, en même temps elle
316 avait cette envie de mourir qui était très forte parce qu'elle en pouvait plus d'être... [Tu
317 connais les SLA (sclérose latérale amyotrophique)? Ce sont des paralysies progressives, donc
318 elle, c'était une forme bulbaire, donc c'est une paralysie au niveau du larynx, etc, donc elle ne
319 pouvait plus avaler, elle ne pouvait plus parler, et puis après il y a eu tout le corps, elle se
320 paralysait progressivement tout le reste. Elle pouvait marcher encore un petit peu... Et ils ont
321 beaucoup de clonies, de secousses musculaires, et du coup ils ont des douleurs, c'est très dur
322 au niveau musculo-squelettique...] Donc elle avait cette envie de mourir et puis en même
323 temps, la moindre petite chose qui pouvait être bonne, et bien elle la prenait, elle la vivait,
324 c'était incroyable. Du coup, comme elle avait de grosses douleurs, j'avais proposé de la traiter
325 en fasciathérapie. On avait fait 2-3 séances, et c'est vrai que tout le temps de la séance, pour
326 elle c'était du bonheur, de sentir la chaleur, ce qui la marquait toujours c'était la chaleur sous
327 les mains. Et à la deuxième séance elle avait retrouvé un peu le... tu vois tu sens quand la
328 personne elle a l'envie de vivre, qu'elle est là; et elle avait senti ça, et la force de ça, et elle
329 avait été vraiment étonnée de sentir... elle m'avait dit « c'est bizarre de sentir autant de force
330 alors qu'en même temps on n'a qu'une envie c'est de mourir, et en même temps il y a ça ». Je
331 lui avais répondu: « est-ce que vous pouvez envisager que cette force va être là, et qu'elle va
332 être là jusqu'à la fin, et vous porter ? ». Elle avait éclaté de rire et elle m'avait écrit « elle va
333 me ressusciter » (rire). J'étais très débutante dans mes entretiens et je n'ai pas su... j'en suis
334 restée bouche bée, je me suis dit « oh mince », et voilà, quoi. Et ça c'est... sentir la personne
335 sous la main qui est là, qui est là, qui est là, même si dans le même temps au niveau physique
336 elle est en train de partir, ou qu'il y a cette gravité-là, c'est quelque chose qui est vraiment
337 bon, dans le soin.

338 **R 4-13** (Bruno) : tu as noté des spécificités ou d'autres spécificités de ce type d'entretien-là
339 (tissulaire) par rapport à d'autres patients qui ne seraient pas en fin de vie ?

340 Mathilde : je ne peux pas te dire, parce que je n'ai pas assez d'expériences, je n'ai que celle-
341 là, donc là je ne saurais pas te répondre.

342 **R 4-14** (Bruno) : qu'est ce qui détermine ton choix d'un type d'entretien ou d'un autre au
343 cours de l'accompagnement ?

344 Mathilde : l'entretien verbal, il est toujours là, déjà de par ma fonction de médecin, je leur
345 parle pour évaluer s'il y a besoin de changer de traitement, des choses comme ça. Après, pour
346 l'entretien tissulaire, j'ai peu d'expériences, même en ambulatoire, de ce type de patient, donc
347 j'aurais du mal à te répondre. Mais si j'avais des patients en ambulatoire suivis dans le cadre
348 d'une maladie grave, c'est clair que de toute façon je proposerais, c'est évident que ça ferait
349 partie de tout l'éventail que je leur proposerais dans l'accompagnement. J'ai accompagné en
350 fasciathérapie (je fais rentrer ça dans la question parce que ça fait partie des soins de support),
351 j'ai accompagné une dame pour un double deuil, elle avait perdu son mari et le copain de sa
352 fille dans une avalanche sur le Mont Blanc, deux ans avant que je ne la voies ; et au bout de

353 deux ans elle était toujours un peu bloquée dans ce deuil, elle n'avancé pas, enfin, pour elle,
354 elle n'avancé pas. Et donc là il y a tout l'entretien verbal. En SPP on dit que l'entretien
355 verbal est à médiation corporelle, donc on part du vécu corporel. Moi je trouve, enfin c'est
356 mon expérience, que c'est un sujet [le deuil] qui au niveau social est complètement shunté, en
357 fait, donc cette dame, par exemple, pour sa problématique de deuil, elle n'avait pas
358 d'interlocuteur, dans la vie de tous les jours il n'y a pas... Pour moi, en tant que
359 fasciathérapeute, quand les patients me parlent de leur vie comme ils en parlent à leurs frères
360 et sœurs ou à leur coiffeuse, ça ne m'intéresse pas, ça ne fait rien avancer ; par contre dans ce
361 cas précis, on est dans une espèce de grande absence, en fait, au niveau des interactions
362 sociales, du coup pour moi ça fait aussi partie de l'entretien, et pas uniquement pour voir si
363 elle fait un deuil pathologique, tu vois, mais aussi juste pour qu'elle puisse s'exprimer et dire
364 comment elle, elle vit cela . Et après, ce qui m'avait surpris c'était l'interaction entre
365 l'entretien verbal et comment je sentais la patiente dans les traitements. Parce qu'au début, il
366 n'y avait rien, pas de mouvement, et puis au bout de deux trois séances, elle a commencé...
367 comme je te disais pour l'autre patiente, là, tu commences à la sentir, et puis avec une bonne
368 dynamique dessous, et c'est la personne, et elle est entière et elle y va. Et là, c'est à ce
369 moment-là que je me suis dit 'OK, là elle est bien présente', et du coup je peux aller
370 commencer à la solliciter (dans l'entretien verbal mais pas l'entretien à médiation corporelle
371 classique) dans les niveaux plus délicats de son travail de deuil, comme par exemple : 'qu'est
372 ce que vous ne supportiez pas ?'. Parce qu'elle était dans une phase : 'avec mon compagnon
373 c'était parfait, on était amoureux, tout était bien' ; et il y a aussi la phase de deuil où ils se
374 rendent compte que les choses n'étaient pas si parfaites... Et ça c'était complètement shunté
375 dans sa dynamique, et moi c'est à partir du moment où je l'avais sous la main, qu'elle était
376 bien présente, que dans la phase d'entretien, je suis allé la chercher sur ce niveau-là. Mais
377 avant qu'elle ne soit déjà bien construite sous la main, je ne serais jamais allée lui dire 'bon
378 alors, c'était quoi l'insupportable dans votre relation ?'. Donc pour moi il y avait ça, cette
379 espèce d'interaction entre les deux types d'entretiens, mais ce n'est pas de l'entretien à
380 médiation corporelle au sens classique du terme... parce que de toute façon elle ne sentait rien
381 sous la main, mais vraiment rien... Mais à partir du moment où moi j'ai des informations
382 comme quoi elle est quand même en train de se construire, même si elle ne le sent pas, là du
383 coup je passe à un autre stade.

384 **R 4-15** (Bruno) : je reviens en arrière, tout à l'heure, quand tu parlais de l'entretien verbal
385 classique : est-ce que c'est un entretien qui est coupé de ta qualité de présence et de ta relation
386 au sensible ?

387 Mathilde : ça peut, avec les patients... un touriste qui vient pour une angine, si je suis
388 fatiguée, si j'ai eu 30 patients dans la journée... généralement c'est bien coupé. Mais
389 généralement, surtout avec les patients en fin de vie, ou avec la famille, c'est vraiment...
390 j'essaie de mettre en place la relation au sensible avant, parce que sinon je sais que je vais être
391 trop ébranlée, je ne vais pas être...

392 **R 4-16** (Bruno) : ça t'apporte une solidité à toi, déjà ?

393 Mathilde : oui, ça c'était le premier apport, tu vois. Au début, c'était déjà même quand j'étais
394 externe à l'hôpital, c'était la solidité quand parfois il y a des patients qui sont en colère, ou qui
395 sont un peu violent en face, donc c'était « ouh la... point d'appui ! », pour moi, pour ne pas
396 pleurer, pour être calme... Et puis maintenant, c'est plus... le point d'appui, il est pour moi,
397 et puis il est pour l'autre, pour qu'il puisse se développer dans la relation, dans l'entretien.
398 Donc ça peut être coupé, je peux faire un entretien classique, enfin médical classique, mais

399 généralement, non. Et en tous cas je sais que dès que je suis en difficulté, je reviens dans la
400 relation [au sensible], si je ne l'ai pas, je vais la trouver très vite (rires).

401 **R 4-17** (Bruno) : est-ce que tu as besoin de conditions particulières pour construire ce rapport
402 à ton lieu de solidité, ton lieu d'écoute ?

403 Mathilde : ça dépend. Je n'ai pas trouvé de... Parfois je ne vais pas y arriver, je sais qu'il y a
404 eu un service où j'en aurais eu besoin, et il y avait une mauvaise ambiance dans le service,
405 c'était difficile entre les soignants, il fallait être très très rapide avec les patients, il fallait vite
406 passer d'un patient à l'autre, c'était la course toute la journée, toute la semaine, pendant 6
407 mois c'était la course, donc là je sais que je n'ai pas pu, du tout, ça n'était pas possible. Et par
408 contre, d'autres fois, il va y avoir une situation qui est difficile mais je ne sais pas, ça se met
409 en place vite, c'est le truc un peu...

410 **R 4-18** (Bruno) : quasi immédiat, comme ça ? à disposition ?

411 Mathilde : oui. C'est une posture que je peux trouver, interne, quoi, intérieure, qui peut venir
412 assez vite. Et en tous cas je pense qu'il y a quand même un rapport à la temporalité, mais qui
413 doit s'éduquer, je pense. Mais je pense que j'ai rencontré cela en soins palliatifs parce que
414 j'avais le temps, tu vois, parce que je n'étais pas pressée, il y avait du temps et il y avait du
415 silence, et au sein de ça, j'ai trouvé. Mais du coup je pense que maintenant, même s'il n'y a
416 pas beaucoup de temps ou pas beaucoup de silence, maintenant qu'il n'y ait pas de silence ça
417 ne me dérange pas. Il y a toujours un peu, plutôt l'environnement, l'ambiance du service, si
418 c'est trop la course, je pense que je ne peux pas. Mais bon si c'est... ça peut être agité, par
419 exemple, mais si je sens qu'il y en a besoin pour moi, pour le patient, je vais trouver, je pense.

420 **R 4-19** (Bruno) : est-ce qu'il y a des différences, des spécificités dans les entretiens avec un
421 patient atteint de maladie grave et qui peut peut-être guérir, et un patient qui ne peut plus
422 guérir ? Dans tes outils, dans tes projets ? On en a un peu parlé au tout début, mais peut être
423 que tu peux préciser, aller plus loin...

424 Mathilde : Dans les outils je ne crois pas... J'ai ma palette et puis j'utilise ce dont il y a
425 besoin, et je ne crois pas qu'il y ait de spécificités vraiment. Sauf pour l'entretien tissulaire,
426 parce que je n'en ai pas fait beaucoup et je ne pourrais pas te répondre.

427 **R 4-20** (Bruno) : tu dis que tu as ta palette, qu'est ce qui fait que tu utilises un type d'entretien
428 ou un autre dans ton accompagnement ?

429 Mathilde : je crois que tu me l'as déjà posée, en fait, et je t'ai dit que je ne pouvais pas trop te
430 répondre parce qu'avec les patient en fin de vie, j'ai peu d'expérience d'entretien tissulaire,
431 donc j'ai cette difficulté-là pour répondre... Mais je t'avais dit que je proposerais, de toute
432 façon. Après si le patient il veut ou il ne veut pas, il y a aussi ça...

433 **R 4-21** (Bruno) : et des spécificités dans les projets ou les outils en fonction du type de
434 patient ?

435 Mathilde : je ne saurais pas te répondre. Je crois que pour les outils il n'y a pas de différences.
436 Pour les projets... Pour moi si j'avais à accompagner, en tant que médecin fasciathérapeute,
437 une personne atteinte de cancer, où tu ne connais pas l'issue, je crois qu'il y aurait vraiment le
438 projet d'aller chercher le psychotonus, et sa capacité d'adaptabilité maximale, tu vois, parce
439 que justement tu ne sais pas, il y a toujours ce doute, parce que tu ne sais pas si la chimio va
440 marcher, tu ne sais pas, tu ne sais pas... et donc du coup ça serait vraiment, en plus du

441 traitement de la douleur et des symptômes, il y aurait vraiment le projet de solliciter ça,
442 construire ça, pour que ça s'installe le plus possible.

443 **R 4-22** (Bruno) : comment tu t'y prends pour solliciter le psychotonus et l'adaptabilité
444 maximale, chez ton patient ?

445 Mathilde : c'est au niveau manuel. Tu as une incompréhension ?

446 **R 4-23** (Bruno) : oui parce que du coup tu dis que tu as peu d'expérience dans l'entretien
447 manuel avec les patients en fin de vie, et là ça serait avec les patients atteints de maladie
448 grave ?

449 Mathilde : oui.

450 **Q 5** (Isabelle) : la relation avec les patients en fin de vie est difficile, exigeante, car il y a à la
451 fois la souffrance du patient à écouter, à accueillir, et en même temps la nécessité de trouver
452 une bonne distance. Comment toi tu entres en relation avec ce type de patient, et quelles
453 peuvent être tes difficultés et tes voies de passage ?

454 Mathilde :

455 Il y a comme une préparation. Déjà j'aime bien, bien connaître le dossier, s'il me pose des
456 questions sur sa maladie, les métastases, ce genre de choses... j'aime être calée sur ce niveau-
457 là, pour ne pas dire « ça je ne sais pas, il faut que je regarde », tu vois ça différerait ; pour
458 pouvoir répondre dans l'instant.

459 Et après il y a une préparation, c'est juste un petit truc en fait, avant de rentrer dans la
460 chambre, ou dès que je rentre dans la chambre, pour commencer à sentir, tu vois, à instaurer
461 un lien, commencer à sentir comment il est lui, arriver tout doucement, un peu sur la pointe
462 des pieds, je commence à essayer de sentir le lien, mais toujours sans me quitter moi, ça c'est
463 le truc. Ça me donne du temps, quand je suis plus en relation avec moi, c'est comme s'il y a
464 avait une autre... au niveau temporel ça me donne du temps, pour penser, pour sentir, comme
465 si j'avais un temps supplémentaire dans la relation. Souvent il y a des questions, des
466 demandes d'euthanasie ou des choses lourdes comme ça, ou bien ils te racontent des
467 expériences, ils ont des hallucinations, ils voient des choses, ou encore ils te demandent s'ils
468 vont guérir alors qu'ils sont en stade terminal... Ce sont des situations dans lesquelles, quand
469 je n'ai pas la relation au sensible, il y a une espèce de « ouh la, et ben je ne sais pas quoi lui
470 répondre ! », il y a un truc qui est un peu sec et ça se précipite dans ma tête, je ne sais pas quoi
471 répondre, je me trouve toute bête, je suis un peu bloquée. Et quand j'ai plus la relation au
472 sensible, déjà il y a un temps en plus, c'est comme si j'avais plus de temps dans moi pour
473 laisser rentrer sa question ou sa remarque, et puis trouver une façon pour lui répondre, ou
474 bien, parce que souvent ce n'est pas lui répondre directement qui va être aidant pour lui, c'est
475 l'aider à développer encore plus, souvent il y a une question mais ça cache une autre question,
476 en fait... Donc ça me permet d'être plus calme pour envisager : « je pourrais lui dire ça, ou
477 bien je pourrais lui dire ça, et puis en fait vu comme je le sens là à mon avis c'est plus ça dont
478 il a besoin donc je vais partir là dessus ». Donc il y a un peu cette dynamique-là.

479 **R 5-1** (Isabelle) : est-ce que tu dirais que tu peux travailler à installer un état particulier en toi
480 qui te facilite la gestion de ce type de rapports ?

481 Mathilde : oui. Tu veux savoir un peu au niveau des outils ?

482 **R 5-2** (Isabelle) : au niveau de l'état, ça serait quel état qui te facilite ?

483 Mathilde : je ne sais pas si ça répond à ta question, mais il y a, au niveau de l'attention, c'est
484 une bascule de mode, tu vois dans le quotidien, comme elle est focalisée, et là c'est juste une
485 petite bascule, et du coup quand tu as l'attentionnalité, ça vient assez vite, tu vois juste
486 retrouver un peu une globalité, plus me sentir, et puis une petite épaisseur, les contours, c'est
487 au niveau on va dire perceptif, au niveau du mode, je ne sais pas si ça répond à ta question.

488 **R 5-3** (Isabelle) : oui, et donc quand tu arrives à te préparer pour être plus adaptable et
489 pouvoir accueillir la réalité qui est difficile, ça veut dire que cet état il installe quoi... ?

490 Mathilde : au niveau des effets ?

491 **R 5-4** (Isabelle) : ta relation au sensible, elle te permet d'installer quoi à l'intérieur de toi qui
492 te faciliterait la gestion de la relation ?

493 Mathilde : il y a un calme, une sérénité. Un calme et du coup c'est... voilà, une espèce d'état
494 où même s'il n'y a pas beaucoup de temps, j'ai toujours quand même dans moi cette notion
495 de 'j'ai du temps, j'ai des possibilités pour trouver ce qui va lui convenir, sur quoi il faut
496 enchaîner dans l'entretien'...

497 **R 5-5** (Bruno) : sur la notion de la nécessité de trouver une bonne distance, qu'est ce que tu
498 peux nous dire là dessus ?

499 Mathilde : En fait, ce qu'on retrouve beaucoup dans la littérature, ou même dans les conseils
500 qu'on te donne, c'est qu'il ne faut pas te laisser toucher, qu'il ne faut pas rentrer dans
501 l'émotionnel ; et c'est souvent une question de distance par rapport au patient. Moi, les
502 réflexions auxquelles j'en étais arrivé dans ma pratique c'est que c'était plus une distance par
503 rapport à moi. Quand tu es en contact avec l'animation interne, ou ce calme-là, du coup à la
504 fois tu es plus proche de toi, et puis en même temps tu as quand même le dédoublement du je,
505 donc tu as quand même ce : 'je sens que je sens', et je sens que je sens moi et je sens que je
506 sens l'autre. Du coup tu vois tu n'es pas collé à tes émotions, et puis du coup il y a aussi cette
507 stabilité qui fait que je ne vais pas m'effondrer en pleurant, même si ce qui se passe dans la
508 chambre c'est dur, c'est souffrant, c'est ce que tu veux. Donc c'est plutôt là-dessus : déjà
509 d'emblée c'est plus par le rapport à soi, en gérant ça, tout de suite tu t'adaptes à ce dont le
510 patient a besoin, et sans... tu ne te perds pas là-dedans, tu n'es pas fusionné à lui. Oui, je
511 pense que dans le dédoublement du je...

512 **R 5-6** (Bruno) : donc en fait la notion classique de distance, ce qui te permet de rester efficace
513 et professionnelle, c'est souvent une gestion de distance où tu ne te laisses pas toucher ; et en
514 fait ce que tu dis, c'est que c'est par une proximité à toi, et une qualité de présence, qui fait
515 que tu as du temps, quelque chose comme ça.

516 Mathilde : oui, et puis c'est dans la notion d'être touchée aussi, du coup quand tu es dans le
517 sensible, tu as l'animation, tu commences à avoir le goût, tu vois, dans toi, cette chose-là. Et
518 du coup tu n'es pas touché... enfin tu ne vas pas t'effondrer...

519 **R 5-7** (Bruno) : être submergée...

520 Mathilde : voilà, c'est un mode qui change, et du coup tu es touché par toi, enfin par le
521 mouvement, par toi, par ta présence, et du coup tu es disponible pour l'autre.

522 **R 5-8** (Bruno) : est-ce que des fois il t'est arrivé de sentir que ta proximité au patient pouvait
523 le mettre en difficultés ?

524 Mathilde : Non parce que du coup ça s'adapte. Ce n'était pas en soins palliatifs, c'était un
525 autre patient, j'étais externe. J'entre dans la chambre, et normalement tu t'assoies, tu ne parles
526 pas debout. Et là c'était très clair, il ne fallait pas que je m'asseye, il ne fallait pas que je
527 m'approche de lui. Pour lui il avait besoin d'une distance, que les médecins soient loin. Donc
528 du coup tu respectes ça. Et tu sens ... Mais non, dans ce mode-là, moi je suis calme, je suis
529 posée, et je n'ai jamais senti que ça mettait les patients mal à l'aise.

530 **R 5-9** (Bruno) : ça te permet de réguler, d'ajuster ta distance, même physique, et aussi de
531 sentir quand c'est la fin de l'entretien, ou quand il fatigue...

532 Mathilde : oui, ça fait fin de séquence.

533 **R 5-10** (Isabelle) : qu'est ce qu'on peut dire que le sensible apporte dans ton rapport à l'autre,
534 ta relation à l'autre ?

535 Mathilde : moi je trouve qu'il y a plus de simplicité, il y a ce côté où je ne me pose pas de
536 questions... enfin, je ne me pose pas de questions trop réflexives ou cognitive, sur ce qu'il
537 faut que je touche, est-ce qu'il faut que je touche l'épaule, est-ce qu'il faut que je dise ça, etc ;
538 c'est dans un autre état que la réflexion se passe, et du coup c'est plus simple.

539 **R-5-11** (Bruno) : ça c'est de ton point de vue à toi. Tu as accès, des fois, à un retour sur la
540 manière dont ils vivent l'entretien ?

541 Mathilde : oui j'ai eu deux... Il y a eu par exemple une patiente à qui j'ai annoncé une
542 sclérose en plaque. C'était un peu particulier, parce qu'elle avait déjà un diagnostic qui avait
543 été posé. Enfin, c'est une patiente qui arrive au cabinet et qui me dit : 'je sens ma jambe, c'est
544 comme du carton jusqu'ici' [en regard de l'ombilic]. Bon je me dis que ça ne sent pas très
545 bon, donc déjà la première chose c'est : 'bon, point d'appui'. Et puis dans l'entretien elle me
546 dit que ça évolue depuis un mois : 'bon ça sent vraiment pas bon donc encore plus point
547 d'appui'. Et puis je l'examine, on discute, à l'examen c'était clair qu'il y avait un niveau
548 lésionnel au niveau de la moelle ; et puis tout le temps c'est un point d'appui pour voir
549 comment elle va réagir, la réflexion qu'elle va élaborer, si elle commence déjà à penser que ça
550 sent pas très bon, ou si elle n'en a aucune idée. Et elle, c'était bizarre sa présentation, elle
551 n'avait pas d'idée. Et puis j'ouvre son dossier et il n'y avait quasiment rien de récent, il y
552 avait un courrier tapé à la machine, daté de 1979, d'un neurologue qui faisait part d'un
553 diagnostic de sclérose en plaque. Et je demande à la patiente: 'vous avez des problèmes
554 neurologique ?' 'Non.' 'Vous avez une maladie neurologique ?' 'Non.' 'Vous avez déjà vu un
555 neurologue ?' 'Non.' Et bon, point d'appui, point d'appui. Parce que quand même il fallait
556 que ça se passe dans le temps de la consultation, qu'elle arrive à entendre qu'effectivement il
557 y avait ce problème neurologique, qu'il fallait qu'elle aille consulter en urgence, pour refaire
558 le diagnostic, faire des flashs de solumédrol s'il y avait besoin... Et donc tout doucement je
559 commence à lui dire 'mais je suis étonnée, parce que dans votre dossier, j'ai ce courrier de Dr
560 Untel'. Et là, dans elle 'hop', ça commence, un petit mouvement qui commence à se mettre en
561 route, et là j'ai vu, c'était ... vraiment tous ces souvenirs-là liés à sa maladie (qui avait été
562 diagnostiquée effectivement) qui sont remontés, mais vraiment c'est un moment 'pouf!', et
563 tout d'un coup ça lui est tout revenu, et donc elle s'est effondrée devant moi et donc là le fait
564 d'être en point d'appui ça permet de vraiment être là, et être présente, et quand elle s'effondre
565 tu es toujours là et à aucun moment tu ne la lâches. Et du coup après elle m'a dit 'ben
566 effectivement je crois que ce diagnostic ça m'avait fait tellement peur que j'avais tout fait
567 pour l'oublier, et je crois que je l'avais vraiment oublié'. Et je pense que c'était vraiment ça
568 qu'il s'était passé. Donc après il y a eu toute la prise en charge neuro, etc. Mais pour répondre
569 à ta question, cette patiente m'a écrit, après, pour me remercier, me dire (alors pas au moment

570 de l'annonce forcément mais pour toute la prise en charge) qu'elle avait été très touchée
571 d'avoir été accompagnée comme ça, qu'il y ait eu cette présence, qu'il y a ait eu cette écoute,
572 qu'il y ait eu... tout ça.

573 **R 5-12** (Bruno) : et de la part des familles, tu as des retours ?

574 Mathilde : Là c'est dans le service de soins palliatifs, ce sont des retours plutôt globaux, à
575 toute l'équipe, pour l'accueil, le soutien, la présence, etc, donc vis-à-vis de moi non.

576 **R 5-13** (Bruno) : j'ai une question depuis tout à l'heure : dans ta gestion de l'entretien, tu
577 parlais de ta solidité, moi ce que j'entend, au delà de... C'est par rapport à la problématique
578 de ton patient, de comment tu peux rester justement présente, dans cette qualité de présence,
579 etc... Est-ce qu'il y a des moments où au-delà d'accompagner, d'être touchée par ce que vit
580 ton patient, est-ce que des fois ça vient te toucher toi, dans la peau de Mathilde, la fin de vie,
581 est-ce que ça vient te questionner, tu sens des fois que ça vient résonner dans quelque chose
582 qui n'est plus de l'ordre de la vie de ton patient mais qui t'est plus personnel ?

583 Mathilde : oui, souvent. Par exemple tous les entretiens que j'ai pu avoir avec ce patient dont
584 je parlais (que je réveille et qui me dit 'j'ai fait un drôle de rêve, j'ai rêvé de ma vie d'après',
585 enfin je ne sais plus comment j'ai formulé), tout de suite, oui, ça... Mais ce ne sont pas des
586 choses que je vais traiter pendant l'entretien, mais je sais que du coup ça me questionne, sur
587 qu'est ce qu'il y a après... Dans ce qu'il me dit, oui, je le prends, enfin je l'entend, et après
588 j'essaie avec lui de voir pour lui, de voir ce que ça lui a fait de faire ce rêve, et puis pour moi
589 c'est après, tu vois, en dehors du temps de l'entretien, pour moi : et moi qu'est ce que ça m'a
590 fait, qu'est ce que j'en pense, comment je pourrais voir ça ?

591

592

593 **R 5-14** (Bruno) : tu diffères, tu reviens après sur le questionnement. Qu'est ce qui te permet
594 de différer ?

595 Mathilde : l'image qui me vient c'est comme dans les traitements en thérapie manuelle : tu
596 traites, et tu sens qu'au niveau du diaphragme, il y a quelque chose, donc il faudra que tu
597 ailles voir, mais peut être que le plus urgent, c'est les genoux, ou les fémurs... Donc tu
598 gardes, tu as une espèce d'attention à ça, sur le diaphragme, mais tu vas d'abord faire une
599 prise sur les fémurs. Donc il y a cet acte de valider, de dire 'ok il y a ça, et puis on ira voir,
600 mais là ce n'est pas le moment, c'est autre chose, c'est une autre dynamique, mais je
601 reviendrai après'. Donc c'est un peu ça. Le fait de pouvoir valider ça, de dire 'ok, j'attrape et
602 puis je garde pour plus tard'.

603 **R 5-15** (Bruno) : Du coup c'est quelque chose qui te concerne toi ; dans ta manière de gérer
604 ça, tu fais le parallèle avec la manière de gérer un traitement, en fait. Est-ce que ça voudrait
605 dire, c'est une supposition, que ta formation en SPP te donne un moyen, justement de ne pas
606 occulter le fait que ça te touche et que ça te concerne, mais de pouvoir le traiter en différé, et
607 que si tu n'avais pas cette formation-là peut être que ça t'encombrerait plus, ça prendrait plus
608 le devant de la scène et que tu serais moins disponible vis-à-vis de ton patient ?

609 Mathilde : Ca je ne peux pas répondre vu que j'ai fait la formation... Mais par contre il me
610 semble qu'il y a un entrainement dans la posture, tu vois quand tu es en posture de thérapeute
611 tu es entraîné à prendre en compte des informations et à dire 'là j'y vais maintenant, là j'y

612 vais plus tard, ah tiens dans l'entretien il faudra que je lui demande ça', tu vois, à garder des
613 choses, à différer des choses...

614 **R 5-16** (Bruno) : en tant que fasciathérapeute, tu veux dire ?

615 Mathilde : oui, c'est ça, dans les traitements, et il me semble que c'est un entraînement de
616 posture, et dans la part active, de dire 'là j'y vais maintenant, là j'y vais plus tard',
617 d'envisager, de valider des informations perceptives et de dire 'ça je le fais maintenant, ça je
618 le ferai après'... Alors est-ce que je ne saurais pas du tout faire si je n'avais pas eu cette
619 formation ? ... En tous cas pour moi c'est un outil cognitif qui est entraîné.

620 **Q 6** (Bruno) : question personnelle, pour toi, en dehors de ton travail, en tant qu'être humain,
621 que t'a apporté la psychopédagogie perceptive dans ton rapport à la vie, ton rapport à la
622 maladie, ton rapport à la mort ?

623 Mathilde : (rires) je me suis posée des questions intéressantes...

624 **R 6-1** (Bruno : tu ne pensais pas qu'on irait jusque là ?...)

625 Mathilde : si, si, je me les suis posées en toute connaissance de cause !... Et bien par exemple,
626 le mouvement interne, sa perception, ça m'a ... moi c'est vraiment mon support quand je
627 réfléchis à la mort ou à ce qui se passe, ce qu'il y a après. C'est mon support. C'est parti
628 d'une expérience que j'avais faite quand j'étais externe, auprès d'un patient qui était en stade
629 terminal d'une cardiopathie, donc qui était en train de mourir. Enfin moi je ne le savais pas, je
630 savais qu'il était en stade terminal, et puis j'allais le ponctionner régulièrement parce qu'il
631 avait de l'ascite, et puis un jour il était un peu moins bien, il n'y avait pas d'ascite à
632 ponctionner, et il y avait une espèce d'énorme mise en travail, dans lui, dans la chambre,
633 c'était un truc ... absolument magnifique, tu vois, qui se déroulait. On n'avait pas le terme de
634 'processus', encore, dans la méthode, c'était 'mise en travail au point d'appui', des choses
635 comme ça, etc. Pour moi c'était 'tiens, il y a une mise en travail dans ce patient', c'était
636 comme s'il y avait toutes les couches physiques, psychiques du patient en train de travailler,
637 et moi je faisais la navette, j'arrivais dans la chambre et c'était bon, quoi, ce qui se passait. Et
638 puis je reviens deux jours après, je demande où est le patient, et on me répond qu'il est mort.
639 Et ça c'était mon premier contact avec quelqu'un en train de mourir, et du coup pour moi
640 c'est resté, le processus de mourir, c'est un processus, il y a une mise en travail, du coup c'est
641 un processus. Donc dans ma réflexion, s'il y a un processus, il va quelque part, et puis il y a
642 une continuité, et il y a aussi tout l'inconnu, enfin ça emporte un inconnu. Quand tu suis un
643 patient qui commence le processus de transformation, tu ne te dis pas il va devenir comme-ci,
644 comme-ça, tu suis le processus et tu vois bien ce que ça donne ; c'est surprenant des fois
645 comme ils s'en saisissent, et pour moi c'est pareil. Il y a vraiment cette ouverture : à la fois
646 c'est un processus, et puis je ne sais pas. Ça va quelque part, autre chose, mais ... voilà,
647 l'envisager vraiment sous cet angle-là. Déjà auparavant, je pense que j'envisageais la mort
648 comme faisant partie de la vie, ce n'est pas 'il y a la vie et après il y a la mort', c'est 'il y a la
649 vie et ça inclue la mort'. Mais là du coup, qu'il y ait toute cette continuité avec le mouvement
650 interne, le principe de vie et après ... C'est plus de voir ça dans la continuité. Et après
651 concernant la maladie... Et bien des fois je la vois comme quelque chose à part, parce que tu
652 vois, les patients peuvent avoir des cancers, des SLA, des maladies en stade terminal, il y a
653 quand même le mouvement interne. Donc des fois c'est comme si c'était à côté. Et du coup
654 moi où ça me questionne, c'est ... en même temps c'est une chance je pense d'avoir les deux
655 versants, mais d'être médecin et là tu es sensé t'occuper de la maladie, soigner et tout ; et puis
656 d'être fasciathérapeute, et là c'est autre chose, tu es sensé accompagner ton patient dans son

657 rapport au mouvement interne, solliciter ça, le consolider, etc, donc... Je ne sais pas si c'est
658 clair.

659 **R 6-2** (Bruno) : je voulais essayer de te faire préciser quand tu dis 'c'est à côté'. Là on a du
660 mal à quitter le statut de médecin. Ce que je comprend c'est que toi tu dis que tu vois une
661 continuité entre la vie et la mort, qu'il y a un processus, et la maladie c'est à côté de cette
662 continuité-là ?

663 Mathilde : et bien des fois ça me pose question. C'est comme si de toute façon tu meurs de
664 quelque chose : cancer, arrêt cardiaque, ça c'est la maladie au sens de...

665 **R 6-3** (Isabelle) : tu vois c'est par exemple comme F., à la fin elle avait le corps qui involue et
666 la vie qui évolue...

667 **R 6-4** (Bruno) : après il y a autre chose... je ne sais pas comment tu l'as formulé, mais tu
668 disais, par rapport au processus, processus de passage de la vie à la mort, ou processus de la
669 mort, processus final de la vie, tu disais 'je ne sais pas comment le patient il rentre dedans, ou
670 comment il se l'approprie'... Ma question c'est : est-ce que tu estimes que ça fait partie de tes
671 fonctions, dans le cadre de l'accompagnement des patients, est-ce que tu as pu constater qu'il
672 y a une méthode qui permettait d'accueillir ce processus, de rentrer en conscience avec...

673 Mathilde : je ne sais pas. Pour ce patient-là par exemple, il n'était pas du tout traité en
674 fasciathérapie. C'est comme si tout ce qui se passait pour lui, ça se passait comme il faut,
675 c'était une physiologie. ... Je pense que ça dépend des patients. Il y en a certains,
676 effectivement ils sont bien comme ça. Et puis il y en a d'autres pour lesquels tu as
677 l'impression que ça ne se passe pas vraiment bien, et là peut être... Pour moi tu ne peux pas
678 les obliger ; mais leur proposer un accompagnement, oui.

679 **R 6-5** (Bruno) : est-ce que tu as l'impression que ça pourrait ou que ça devrait se passer
680 comme ça tout le temps, pour tout le monde ?

681 Mathilde : c'est quelque chose qui me questionne parce que je me demande toujours pour les
682 morts subites, par accident, est-ce que ce processus peut se passer super vite, en une fraction
683 de secondes ? ou est-ce que du coup ce n'est pas fait et la personne ne part pas « au bon
684 endroit » ? C'est beaucoup plus des questionnements.

685 **R 6-6** (Bruno) : et quelles transformations du rapport à la vie sur le plan personnel la
686 psychopédagogie perceptive t'a apporté ?

687 Mathilde : je pense qu'il y a quelque chose qui est plus stable. Tu vois, il y a des hauts, des
688 bas, et puis une espèce de stabilité de fond parce que même si c'est dans un bas, après ça va...
689 tu vois, peut-être que c'est un peu le creux de la vague, parce qu'il y a quelque chose en
690 travail, qu'il y a une résistance dans ma vie, et puis ... j'aurai la solution après, il y aura
691 quelque chose de mieux après, ou je vais comprendre quelque chose après, donc il y a quelque
692 chose de plus serein dans le vécu des difficultés.

693

694 **R 6-7** (Bruno) : la notion de processus, là aussi...

695 Mathilde : oui. Et puis le contact avec ce goût-là, en fait, tu vois, le mouvement interne dans
696 soi, dans l'autre. Je pense qu'avant, j'étais jeune quand j'ai commencé, mais... avant c'est
697 une idée, la vie, le vivant c'est quelque chose que tu approches intellectuellement ; là du coup
698 c'est une expérience, c'est incarné.

699 **R 6-8** (Bruno) : ça c'est ta pratique de ...

700 Mathilde : c'est issu de ma pratique mais c'est ce que ça m'a apporté après dans ma vie de
701 tous les jours, tu vois.

702 **R 6-9** (Bruno) : et ce que t'ont apporté plus spécifiquement le vécu des phases
703 d'accompagnement ?

704 Mathilde : ce que ça m'a apporté sur le plan professionnel ou personnel ? En fait j'ai du mal à
705 dissocier les deux.

706 **R 6-10** (Bruno) : c'est sur le plan personnel.

707 Mathilde : Alors, je vais passer par ce que ça m'a apporté au niveau professionnel, parce
708 qu'après je pense que du coup ça déteint, ça va après dans ma vie personnelle... Déjà il y a
709 toutes les réflexions autour de la mort, du mourir et donc aussi de vivre, et de ce qu'il y a
710 après, etc. Du coup d'avoir vécu cela, d'avoir accompagné les gens, et de se rendre compte de
711 leurs questionnements, de leurs expériences, moi ça me renvoie à des questionnements et ça
712 me donne un tremplin pour me questionner moi personnellement là-dessus. Et puis plus
713 concrètement, dans les phases d'accompagnement, moi j'ai énormément appris de l'entretien,
714 l'entretien avec le patient, mais du coup plus largement sur la communication: d'accord il y a
715 les mots, mais en même temps tu sens le lien, tu sens le tonus, tu sens comment est l'autre, et
716 ça je pense que ce n'est pas forcément quelque chose que je vais utiliser dans la vie de tous
717 les jours , mais en tous cas c'est une dimension de la communication que ... Avant pour moi
718 la communication c'était hyper problématique, c'était compliqué, j'avais l'impression que je
719 ne savais pas faire ; et tout ce travail d'accompagnement, d'entretien, je t'ai expliqué
720 comment je le faisais, ça, ça a été hyper soignant, d'avoir accès à du temps avant de parler,
721 des phases de silences, quelque chose qui s'incarne, quelque chose qui se transforme avant de
722 parler, toute l'articulation avec la parole, etc. Ca ça a été une grosse découverte, et du coup les
723 6 mois en soins palliatifs ça a été aussi une grosse expérimentation autour de ça, enfin un gros
724 apprentissage. Je n'avais comme modèle qu'une communication qui était problématique, et
725 du coup là j'ai expérimenté en plus où c'est le plus difficile...

726 **R 6-11** (Bruno) : dans les situations extrêmes en fait...

727 Mathilde : pour moi c'est là que c'est devenu plus facile, et que ça avait plus de goût, tu vois
728 c'est un peu paradoxal. Et du coup ça m'a changé, en tous cas dans mes représentations : il y
729 a quelque chose de très simple dans la communication. De faire l'expérience de ça c'était un
730 beau cadeau, je pense qui m'a été donné, puis après j'ai travaillé dessus, pendant 6 mois
731 c'était le gros travail.

732 (fin)

ANNEXE E : Analyse classificatoire

Analyse classificatoire, avec répartition des données en trois volets: les données relatives à la phase de genèse de ma pratique professionnelle, les données relatives à la phase de pratique auprès des patients atteints de maladie grave, les données relative à mon point de vue sur l'accompagnement, et les données personnelles (dimension existentielle).

Première phase : Genèse et motivations de mes choix professionnels

Répartition des données en séquences et sous-séquences car une chronologie se dégage de l'analyse phénoménologique

1/ Première séquence : devenir médecin – fasciathérapeute :

- ma 'double casquette' de médecin et de fasciathérapeute : l. 2 ; l. 5-6.
- mon 1^{er} choix : devenir médecin : l. 15-16 ; l. 37-40 ; l. 16-19 ; l. 20 ; l. 20-21 ; l. 22 ; l. 15 ; l. 21 → au carrefour de mon intérêt pour le corps et de mon envie de 'prendre soin' des personnes en souffrance
- mon 2^{ème} choix : devenir médecin *et* thérapeute manuel : l. 24 ; l. 35 ; l. 24-26 ; l. 27 ; l. 29-31 ; l. 28-29. → soigner avec mes mains comme l'image d'une pratique de soin et d'une modalité relationnelle 'idéales' avec le patient
- mon 3^{ème} choix : devenir fasciathérapeute : l. 34-35 ; l. 42-43 ; l. 43-46 ; l. 50 ; l. 50-53 ; l. 54-55 ; l. 55-57 ; l. 56-59 ; l. 57-59 ; l. 60-61 ; l. 62 ; l. 61. → issu d'une rencontre incarnée émouvante avec moi-même ainsi qu'avec une qualité relationnelle et d'accompagnement

2/ Deuxième séquence : genèse de ma motivation pour la pratique en soins palliatifs :

- Difficultés relationnelles en tant qu'externe : l. 18-20 ; l. 77 ; l. 79-80 ; l.73-75. → Le constat de mes difficultés relationnelles auprès de patients en souffrance
- La rencontre avec la théorie des soins palliatifs à la fin de mon externat : l. 77-81 ; l. 168-172 ; l. 174-175 ; l. 520-522 ; l. 172-174 ; l. 81-82 ; l. 66-68 ; l. 71-72 ; l. 84 ; l. 83-85. → déclencheur d'un motivation à apprendre par la pratique
- L'internat en Unité de Soins Palliatifs : l. 203-205 ; l. 205-208 ; l. 188-190 ; l. 176-177 ; l. 175-176. → un terrain d'apprentissage par la pratique et d'autoformation

Deuxième phase : ma pratique médicale auprès de personnes atteintes de maladie grave et les impacts de mon expérience de la relation au Sensible

Répartition des données en trois rubriques :

- les difficultés rencontrées : 3 sous-rubriques émergentes (difficultés émotionnelles, communicationnelles, cognitives),
- la solution de la relation au Sensible : 4 sous-rubriques (pourquoi, pour quoi, comment, conditions)

- les impacts de cette solution : choix de répartir ces impacts dans trois sous-rubriques correspondantes aux trois difficultés rencontrées (émotionnelle, communicationnelle, cognitive), et émergence d'une 4^{ème} sous-rubrique (la posture juste)

1/ L'entretien médical en soins palliatifs : particularités l. 360-361 ; l. 215-218 ;

a/ Confrontation à la souffrance et difficultés émotionnelles : l. 525-529 ; l. 409.

b/ Confrontation aux silences du patient et difficultés de communication : l. 255-256 ; l. 250-251 ; l. 251-258 ; l. 248-250.

c/ Confrontation au discours 'extra-ordinaire' du patient et difficultés cognitives : l. 483-489.

2/ La relation au Sensible pendant les entretiens : pourquoi et comment

a/ La recherche d'un positionnement permettant de rester soignant : l. 230-233.

b/ La relation au Sensible comme réponse à cette recherche de positionnement : l. 235-236 ; l. 430, 431.

c/ Comment : un repositionnement par un effort perceptif, postural et attentionnel : l. 503-507 ; l. 237-240 ; l. 240-242.

d/ Conditions requises et limites de ce positionnement :

Conditions « intérieures » l. 639-643

Conditions « extérieures » l. 432-434 ; l. 431-436 ; l. 424-427 ; l.423- 424.

3/ Impacts de ma relation au Sensible au cours des entretiens

a/ Impacts sur la gestion des difficultés émotionnelles : l. 417, 419.

Première étape : l. 412-414 ; l. 430. → Démarche correctrice par l'adoption de la posture de point d'appui quand je suis ébranlée par une situation

Deuxième étape : l. 407-409 ; l. 524-529 ; l. 537-539 ; l. 537-542. → Démarche anticipatrice par la relation au Sensible

b/ Impacts sur le rapport aux silences

Le rapport à l'animation interne comme support de la relation : l. 262-264 ; l. 478-481 ; l. 525-532 ; l. 228-230 ; l. 276-278.

L'accès aux significations de l'animation interne comme guide de la communication : l. 249-250 ; l. 262-264 ; l. 225-228 ; l. 252-255 ; l. 265-267 ; l. 741-742 ; l. 267-268 ; l. 268-270.

c/ Impacts sur le mode réflexif : l. 487-490 ; l. 481-484 ; l. 490-492 ; l. 514-517 ; l. 491-498 ; l. 491-498 ; l. 609-610 ; l. 618-622 ; l. 639-643 ; l. 556-559.

d/ Une posture juste : adaptation à la singularité du patient sans perdre mon rôle de médecin.

Adaptation spatiale : une posture juste jusque dans la distance physique : l. 545 ; l. 547-549.

Adaptation temporelle : exemple d'une annonce de diagnostic 'par points d'appui successifs' : l. 412-414 ; l. 414-416 ; l. 564-568 ; l. 568-571 ; l. 576-579 ; l. 580-581 ; l. 582-585 ; l. 585-587.

Troisième phase : impacts professionnels et personnels de mon expérience de médecin fasciathérapeute auprès de patients atteints de maladie grave

1/ Impacts professionnels : mon point de vue actuel sur l'accompagnement

a/ Accompagner des patients en médecine générale :

Les dimensions préventives, diagnostiques et curatives de la médecine dans un accompagnement tout au long de la vie : l. 92-95 ; l. 95-96 ; l. 99-101.

Un accompagnement des évènements extra-médicaux : l. 102-105 ; l. 98.

b/ Accompagnement des patients atteints de maladie grave : l. 154-155.

Une implication et une disponibilité accrue, dans une ouverture aux questionnements existentiels : l. 110-112 ; l. 140-143.

Une implication et une disponibilité accrue aussi pour les proches : l. 108-110.

c/ Accompagner un patient en fin de vie

L'entrée dans une dynamique palliative et la primauté de la qualité relationnelle vécue comme un 'allègement' : l. 120-121 ; l. 114-116 ; l. 121-123 ; l. 155-159 ; l. 161-164 ; l. 123-126.

La qualité de présence nécessaire à l'écoute d'une parole ultime : l. 126-131 ; l. 131 ; l. 483-487 ; l. 290 ; l. 185-187 ; l. 132-133.

Accompagner les proches sans pour autant leur donner le statut patient : l. 118-120 ; l. 304-305 ; l. 311-317 ; l. 287-292 ; l. 280-282 ; l. 284 ; l. 278 ; l. 286, 287.

2/ Impacts dans des dimensions personnelles et existentielles

a/ Impacts dans mon rapport à la vie, à la mort, à la maladie grave : une expérience incarnée perceptible comme tremplin d'une dynamique réflexive.

Une rencontre avec le vivant, même jusque dans les derniers instants : la mort comme processus physiologique : l. 722-725 ; l. 737-740 ; l. 651-652 ; l. 653-655 ; l. 656-662 ; l. 658-659 ; l. 663 ; l. 700-701 ; l. 664-673 ; l. 702-704 ; l. 708-711.

La coexistence paradoxale d'une physiologie et d'une pathologie : l. 673-677 ; l. 688- ; l. 677-680.

b/ Impacts dans mon vécu des difficultés personnelles : un gain en stabilité : l. 715 ; l. 719 ; l. 716-717 ; l. 718-719.

c/ Impacts dans mon rapport à la communication : un apprentissage paradoxal : l. 740-742 ; l. 745-747 ; l. 752-753 ; l. 748-752 ; l. 757-758 ; l. 753-757.