

# La relaxation psychanalytique Sapir : une expérience formatrice pour les soignants ?

## The Sapir Psychoanalytical Relaxation Method: a Formative Experience for Caregivers?

A.-M. Bourdot

Reçu le 9 décembre 2021 ; accepté le 28 janvier 2022  
© Lavoisier SAS 2022

**Résumé** L'engouement pour les différentes approches corporelles dans le soin invite à les interroger comme expérience formatrice pour les soignants. Prenant pour appui la relaxation psychanalytique Sapir, nous désirons par les liens théorico-cliniques en montrer l'intérêt pour questionner et ressentir la relation de soins. Pratiquée auprès des soignants, la relaxation psychanalytique Sapir permettrait d'éprouver l'engagement nécessaire à la relation de soins et les difficultés qu'elle engendre.

**Mots clés** Relaxation · Relation soignant-patient · Formation · Relation corps-esprit · Méthode Sapir

**Abstract** Enthusiasm for body-based approaches to caregiving incites us to explore these techniques as formative experiences for caregivers. Building on the Sapir relaxation method and linking theory to practice, we wish to evaluate the method and its interest as a means for caregivers to understand the patient-carer relationship. An experience of the method would allow caregivers to become aware of the commitment needed in the caregiver-patient relationships and the issues this relationship engenders.

**Keywords** Relaxation · Caregiver-patient relationship · Body-mind relation · Sapir method · Training

## Introduction

L'actuel développement des pratiques psychocorporelles dans le milieu de la santé amène à questionner leurs apports dans le soin [1]. Récentes ou venues d'autres cultures, plus anciennes

comme l'hypnose, les pratiques psychocorporelles ou les médecines alternatives et complémentaires ont été longtemps mises de côté face au développement d'une médecine enrichie des progrès techniques et d'exams qui viennent objectiver la rencontre. Dans un même temps, le développement des neurosciences porte un nouvel éclairage sur ces pratiques. Ces pratiques réinscrivent le corps comme lieu d'émotions, de sensations tant pour les patients que pour les soignants : le corps objectivé par la nécessaire technicité y retrouve sa dimension subjective. Parmi ces techniques, il en est une qui s'origine dans l'hypnose : la relaxation à inductions variables (RIV)<sup>1</sup> élaborée par Sapir dans les années 1960 [2], appelée aujourd'hui relaxation psychanalytique Sapir<sup>2</sup>.

## Pour situer la relaxation psychanalytique Sapir

Dans les années 1960, le corps oublié attire l'attention de certains psychanalystes lorsque la cure classique ne fonctionne pas [3,4]. Cette même période voit aussi les débuts de la psychosomatique, naissance de tout un questionnement toujours d'actualité sur ce qui lie soma et psyché [5]. De cette confluence, deux méthodes de relaxation vont naître. Elles vont s'appuyer sur le cadre psychanalytique et s'enrichir des travaux de Ferenczi [6,7] et de Winnicott [8-10] : la psychothérapie psychanalytique corporelle (« la méthode d'Ajuriaguerra ») et « la relaxation psychanalytique Sapir ». La première est élaborée par un pédiatre, Ajuriaguerra, qui va mettre au travail le dialogue tonicoémotionnel du nourrisson et sa rencontre avec la psychanalyse [11]. La seconde,

A.-M. Bourdot (✉)  
Centre médicochirurgical Magellan-2, Hôpital de jour,  
Centre de coordination en cancérologie (3C) & pôle ADEN,  
CHU de Bordeaux, Haut-Lévêque, avenue de Magellan,  
F-33600 Pessac, France  
e-mail : anne-marie.bourdot@chu-bordeaux.fr

<sup>1</sup> Association de relaxation psychanalytique Sapir — AREPS : « La relaxation psychanalytique Sapir » a changé de noms à plusieurs reprises depuis sa création... Inductions variables a été écrit avec « s » puis sans... Le choix actuel permet de poser le cadre de référence théorique associé à son créateur ! Cela évite l'ambivalence du terme « relaxation » utilisée dans d'autres cadres théoriques.

<sup>2</sup> Selon Sapir, « *Tout au long de cet ouvrage, j'ai émis l'hypothèse de l'existence, à la base de toute relation, d'un corps-à-corps* » (p. 248) [2].

« la relaxation psychanalytique Sapir », créée par Sapir, va faire suite à l'hypnose et à l'introduction du training auto-gène (TA) de Schultz en France, dont il va s'éloigner. En 1960, Sapir rencontre Balint et sa méthode de formation des soignants [12]. « *Le but de Balint était clair — il s'agissait de tenir compte du rôle de la relation entre les personnalités du soignant et du soigné, quelle que soit la maladie. Ainsi, l'analyse du contre-transfert du soignant était mise au premier plan dans la lignée même de S. Ferenczi* » (p. 13) [13]. Sapir s'inscrit dans la lignée de Ferenczi–Balint–Winnicott et crée la relaxation à inductions variables (RIV) en 1968 [14]. Les recherches de Sapir vont alors s'étayer et se construire sur l'approche de ce qui se passe entre le corps et la parole, à travers la relaxation et l'étude de la relation soignant–soigné nourris des travaux de Balint (pp. 91–114) [13]. Les groupes de relaxation et les groupes Balint furent le véhicule vivant de sa réflexion [15]. Par la suite, la relaxation psychanalytique Sapir va être validée par de nombreuses observations cliniques, par des études de cas et des études scientifiques, dont certaines font l'objet de publications [16,17].

### Comment se déroule une séance de relaxation psychanalytique Sapir ?

En groupe ou en individuel, elle se déroule en deux temps [13].

*Le premier temps* est le temps des inductions verbales et tactiles alternées avec des périodes de silence. Le relaxé est allongé dans la position la plus confortable pour lui. Les yeux sont fermés si cela est possible, car cela favorise l'attention portée à son propre corps, ses sensations. Le relaxé est informé qu'il va entendre des paroles variées sur son corps et qu'il va être touché. Le relaxateur amène des inductions verbales et tactiles qu'il crée dans la relation. Les inductions naissent et varient dans la relation relaxateur–relaxé au fil des séances. Le thérapeute est actif, exprime partiellement dans les différentes inductions, verbales et tactiles, tout ce que suscite en lui le patient.

*Le second temps* est le temps du « dit-du-corps » : le relaxé est invité à évoquer, à mettre des mots sur ses ressentis, sur ce qu'il a éprouvé, les images qui sont venues.

Le premier temps amène un temps régressif, un temps où chacun — que l'on soit en individuel ou en groupe — est à l'écoute de ses ressentis. Cela va être mis en mots dans le second temps sur le principe d'associations libres.

Pratiquée auprès des soignants, nous faisons l'hypothèse que ces deux temps pourraient leur permettre le double mouvement nécessaire à la rencontre avec le soigné dans le soin. La RIV devient alors « formatrice par une expérience transformatrice » pour les soignants. Cette hypothèse s'élabore autour de liens théorico-cliniques en écho à des expériences cliniques en tant que psychologue et vécues précédemment en tant qu'infirmière (dans les années 1990).

### D'une expérience en clinique infirmière à la relaxation psychanalytique Sapir

En réanimation, il est un temps où le sevrage du respirateur est envisagé. Le patient respire seul « au ballon » tout en étant encore intubé. Nous pouvons être amenés, pendant cette période transitoire, à le défatiguer si le malade a une respiration trop rapide. Le but est de l'amener à retrouver une respiration de rythme normal afin de pouvoir « l'extuber ». La technique est simple. Le premier temps consiste à prendre et à suivre le rythme du malade, avec le ballon, avec nos mains. Cela a une répercussion sur notre propre rythme respiratoire qui se calque alors sur celui du malade puis, ça bascule. Nous sentons alors que c'est nous qui imprimons le rythme. Bien que calqué sur son rythme, ce n'est plus nous qui le suivons mais lui. Dès lors, nous pouvons revenir lentement à notre propre rythme respiratoire ; le malade nous suit. Si nous ne faisons pas cela, le patient tousse, lutte contre l'air que nous lui insufflons.

De cette expérience clinique, nous avons retenu l'engagement corporel nécessaire dans la relation soignant–soigné pour aboutir à la lecture du livre de Sapir *La relation au corps*. Ainsi, nous avons découvert la relaxation comme méthode de formation à la relation soignant–soigné et comme psychothérapie à médiation corporelle [2].

La relaxation psychanalytique Sapir vient lier les différents lieux du corps. Les soignants voient, touchent des corps et les gardent en mémoire. Cette mémoire corporelle va être mise en jeu dans la relation soignant–soigné et l'impacter [18]. Nous retraçons ici une vignette clinique apportée par une infirmière d'oncologie (avec son accord), situation qu'elle garde en mémoire. Le service accueille une patiente d'une quarantaine d'années, admise pour une prise en charge initiale. La patiente est amaigrie avec un poids estimé à 30 kg, estimé car elle présente d'importants œdèmes des membres inférieurs ainsi qu'un abdomen distendu par de l'ascite. Le reste de son corps est amaigri. Cette patiente arrive légèrement confuse. Elle tient parfois des propos incohérents.

Ce que nous raconte l'infirmière : « *Un après-midi, elle décrit des douleurs au niveau des jambes (ses œdèmes qui sont lourds à porter) ; cela fait plusieurs jours qu'elle est alitée. Je lui propose un massage des jambes, qu'elle accepte. Puis nous discutons ensemble et le soin se déplace, je commence à lui masser les bras. Et là j'ai dû m'arrêter. Passer de ses jambes, œdématisées, lourdes, grosses à ses bras maigres, où je ne sentais que la peau et les os a été insupportable. J'ai espéré qu'elle ne remarque rien, qu'elle soit dans un de ces moments de confusion habituel de fin de journée. Mais elle l'a vu et m'a dit qu'elle comprenait, qu'elle aussi se trouvait "difforme" ».*

Cette situation a touché l'infirmière, mais également les mots de son compagnon. Celui-ci évoquait sa compagne, à

quel point elle était belle avant, montrant des photos, racontant les sports qu'elle pratiquait. Dans l'échange, l'infirmière a le sentiment d'être davantage interpellée quand « *je vois un poids à 30–35 kg et lorsque je vois ce genre de poids, je pense à cette patiente* ». Depuis, elle a le sentiment d'être plus vigilante aux changements corporels du patient et d'avoir pris conscience de l'importance du « corps d'avant » la maladie.

Ce dont il faut être conscient, c'est que chaque jour, la clinique rappelle aux soignants les corps abîmés. Pour Polomeni, « *ce corps-à-corps est d'abord un face-à-face* ». Le soin met en face à face un corps sain, habillé d'un « costume » et un corps malade « nu » (p. 13) [19]. Or, ce corps-à-corps est souvent passé sous silence. Les progrès de la médecine amènent une technicité spécifique et complexe dans le soin objectivant le geste, le corps-à-corps. Le soignant s'enrichit du lien entre son histoire personnelle et professionnelle. Son corps habité d'émotions, de sensations est empreint de ce lien.

Le travail du soignant se situe sur un fil entre la nécessaire technicité objectivée et la rencontre avec une personne dans sa globalité subjectivée. Nous pouvons peut-être parler de la double contrainte du soignant ? Les soignants pour tenir doivent « cliver » souvent sans en prendre conscience entre Objet de soins et Sujet de soins. Faire l'expérience de la « relaxation psychanalytique Sapir »<sup>3</sup> est venu mettre un point d'ancrage pour permettre l'équilibre et ses corollaires que sont l'oscillation, l'incertitude, ouvrant ainsi un espace, « l'entre » de la relation soignant-soigné<sup>4</sup> [20,21].

## Des liens théoricocliniques

En tant que psychologue clinicienne d'orientation psychanalytique, riche de ces expériences en clinique, nous tentons de faire des liens théoricocliniques sur ce développement des différentes pratiques et de montrer l'apport spécifique de la relaxation psychanalytique Sapir.

### L'énaction de F. Varela et la clinique énaactive

Un premier lien se fait avec le concept d'énaction créé par Varela et al. [22]. Dans « Francisco Varela : des systèmes et des boucles », Le Blanc [23] explique comment Varela a ouvert une nouvelle voie entre « cognitivisme–connexionisme » par le principe d'autopoïèse, forme d'intelligence

<sup>3</sup> L'auteure a obtenu en 2006 le Diplôme universitaire de relaxation psychanalytique. Au cours de ce DU, l'auteure a mis en place la relaxation psychanalytique auprès de patients atteints d'hémopathie maligne. Le mémoire portait sur l'apport de cette médiation corporelle dans un service d'oncohématologie.

<sup>4</sup> Selon Svandra, « *Frédéric Worms y voit la différence entre "la relation à" où le lien est cognitif ou technique à la "relation entre" qui est fondé sur un lien expressif entre les corps et les individus.* » (p. 29) [20].

incarnée, une intelligence qui prend forme dans le corps. Pour nommer cette voie moyenne, voie entre cognition et connexionisme, Varela choisit le terme d'énaction, la cognition incarnée. Cette voie moyenne, Varela l'argumente dans son livre *L'inscription corporelle de l'esprit* en 1993 [22]. Ce cheminement l'amène à nous proposer comme solution, une méthode ou plutôt à suivre une voie : la voie bouddhique<sup>5</sup>. Pouvons-nous dire que les différentes méthodes de méditation qui se développent actuellement en Occident ont comme origine l'ouverture faite par Varela ?

À partir de ce concept, des psychologues cliniciens ont élaboré une clinique dans différents champs (formation, sport). Ils s'appuient sur la thèse de Varela [22], c'est-à-dire sur un mode d'organisation corporel capable d'établir un type de médiation avec le réel par des liens autres que les images et les symboles. Ils parlent alors de clinique énaactive, clinique du lien. Ils rejoignent là la pensée phénoménologique et le concept de corporéité [24,25]. Il s'agit d'aller ici du sens vers l'expression. Par exemple chez le sportif, c'est l'expression dans le mouvement qui fonde l'identité<sup>6</sup> : ce sentiment si important de « mêmété d'être », constitutif de l'image de base selon Dolto [26], de la confiance basale. C'est ce qui nous fonde, nous donne le sentiment d'exister dans une illusion de continuité. Nous sommes là dans la clinique énaactive, lieu de création. Lieu de création, d'émergence, de performance, car la confiance permet en s'appuyant sur le cadre de le performer d'aller au-delà pour s'ouvrir à un acte créateur.

### Les fondements psychanalytiques de la clinique énaactive, les pictogrammes de P. Aulagnier

De nombreux auteurs d'orientation psychanalytique ont approché, conceptualisé cet en-deçà du symbolique comme Castoriadis-Aulagnier [27] sous la forme des pictogrammes [28]<sup>7</sup>. Les pictogrammes sont au plus près de l'éprouvé

<sup>5</sup> « *La cognition est action incarnée, et qu'elle est de ce fait inextricablement liée à des histoires vécues [...] Notre corporéité humaine et le monde énaacté par notre histoire de couplage ne reflètent que l'une des nombreuses voies possibles de l'évolution. Nous sommes toujours contraints par le chemin que nous avons frayé, mais il n'y a aucun fondement ultime qui prescrive chacun de nos pas.* » (p. 290) [22].

<sup>6</sup> Voir l'exemple récent de P. Laffont, émission télévisuelle Stade 2, diffusée le 16 janvier 2022 « Grand Format ». Championne olympique de ski acrobatique en 2018 à Pyeongchang, elle veut arrêter la compétition en 2019. Ses mots : « *À la base, je fais de la compétition parce que j'aime ça, j'aime skier. Tout était tourné autour de la compétition. Je suis une fille de la montagne. J'aime la montagne. Revenir la fille que j'étais avant la compétition. Profiter de ces jeux (Pékin 2022) et oublier le résultat.* »

<sup>7</sup> A. Ruffiot : « *Le pictogramme demeure le « fond représentatif » de tout fonctionnement psychique ultérieur. Il n'est pas fantasme mais empreinte dans la psyché, vécu brut fait d'éprouvés corporels, à partir duquel se développe la fantasmatisation dans une évolution normale* » (p. 520) [27].

sensoriel et de la motricité. Pouvons-nous dire que le pictogramme est mouvement ? C'est un fragment rythmique de mouvement. Ce n'est pas une trace mnésique de mouvement, ce n'est pas une représentation (p. 141) [24] « *Ce terme désigne une trace, comme une "touche" de peinture sur une toile. De touche en touche, une composition se dessine ; un paysage impressionniste émerge d'un fond originelle.* » (p. 6) [25].

Dans l'exemple éprouvé en réanimation, le travail de pensée n'est pas intervenu. La pensée, la mise en mots des ressentis intervient dans l'après-coup. Nous pouvons imaginer que dans la relation de soins, dans « l'entre », il est important de pouvoir mobiliser « ce savoir-faire du corps-en-mouvement ». Cela doit permettre au soignant de s'ouvrir à l'altérité sans la crainte de s'y perdre. Nos premiers échanges nécessitent la présence de l'autre (environnement maternel), mais dans un moment où sujet-environnement ne font qu'un. Ainsi, nous pouvons nous risquer à l'altérité [29].

### Winnicott et la naissance de l'espace potentiel

Ce moment où sujet-environnement ne font qu'un va mener à la création de l'espace potentiel de Winnicott [30]. Cet espace se met en place très précocement par les soins maternels (*holding, handling*, préoccupation maternelle primaire). Il découle d'un échange entre la mère et le bébé dont la particularité est d'être né de tous les deux sans que l'on sache à qui il appartient : un espace à « l'entre » de la relation mère-enfant, un « objet trouvé-crée » pour et par l'enfant [30]. Une métaphore de cet espace peut être l'image que donne Ameisen des trophoblastes : « *Descendants de la cellule-œuf, formant un pont entre la mère et l'enfant, les trophoblastes sont devenus irrédûctiblement "autres" au point de ne plus faire véritablement partie ni du corps de l'enfant ni du corps de la mère.* » (p. 23) [31].

Un exemple de soin peut représenter cet « entre » : le patient qui sait où l'on doit lui faire la prise de sang. Dans cette situation, si le soignant se positionne d'emblée en « personne sachante », il va avoir du mal à créer un lien de confiance avec le patient. Il ne s'agit pas de « croire » les yeux fermés le patient, mais de créer dans l'échange l'espace nécessaire à la rencontre. Cela devrait permettre au soigné comme au soignant de choisir où va se faire la prise de sang, « objet trouvé-crée » dans la rencontre.

Nous percevons alors comment le corps est premier et comment notre pensée s'étoffe de manière dynamique au fil du temps. Nous vivons des événements et les élaborons afin qu'ils s'inscrivent dans notre pensée. Notre identité se construit très précocement et s'enrichit sur ces bases nous donnant ce sentiment si précieux « de continuité d'être ». Tout cela fait trace en nous, trace plus ou moins accessible. Or, les pictogrammes, proto-organisations très archaïques ne sont pas disponibles directement par la pensée symbolique [27], les repré-

sentations, le langage ; pas disponibles directement et peuvent faire barrage à la relation de manière inconsciente. Au contraire, comme l'évoque Dreyfus, prendre conscience de ses ressentis, pouvoir les mettre en lien avec son histoire, permet au soignant de s'engager dans la relation sans avoir rien à craindre, sans avoir peur de s'y perdre [18]. La relaxation psychanalytique Sapir doit permettre cela.

### Le soignant, la rencontre dans le soin et l'accompagnement des patients atteints de pathologie grave

Pour resituer cela dans notre clinique soignante, nous pouvons parler de « Préoccupation soignante primaire » selon l'expression de Ciccone qui s'inspire de Winnicott [32]. Les soignants ont un travail de contenance, de transformation à réaliser, fonction de pare-excitation, travail d'autant plus important lorsqu'il est difficile de s'appuyer sur le verbal. Lors de l'annonce d'un cancer, d'une pathologie grave, il y a atteinte au plus profond de notre identité. Il y a « effraction du sentiment de continuité d'être ». La douleur physique, la souffrance psychique des patients confrontés à des annonces que nous pouvons nommer « catastrophique[s] » au sens de Bion [33] nécessitent pour les accompagner de les rencontrer. Les patients peuvent être en situation de détresse comme peut l'être un nouveau-né. Ils sont atteints dans leur invulnérabilité, dans ce sentiment si commun d'immortalité. La position régressive du patient à ce moment-là peut l'aider à retrouver une identité perdue. Il faut nommer cela, car à l'heure de l'ambulatorio, il y a peu de temps et d'espace pour les mouvements régressifs des patients et peu de temps aux soignants pour les percevoir et les accompagner. Pour cela, il est important que le soignant puisse dans le temps du soin s'ouvrir à l'altérité. Cela semble nécessaire pour qu'il y ait rencontre et création du « couple soignant-soigné ».

À travers la vignette clinique suivante, prenons l'exemple d'une patiente qui nécessite des chimiothérapies sur un rythme d'une journée tous les 15 jours. Elle fait connaissance avec l'équipe de l'hôpital de jour d'oncologie. Elle est accompagnée par son époux qui s'occupe d'elle à domicile : l'aide dans les gestes du quotidien, met en œuvre ce qu'il faut pour qu'elle mange... La maladie évolue, des douleurs se rajoutent. L'équipe douleur est sollicitée. Au fil du temps, l'époux apprend du mieux qu'il peut à prendre en charge les douleurs, à manipuler les traitements pour éviter trop de souffrance à son épouse. Le couple prend « des habitudes par expérience » pour soulager les douleurs ; habitudes parfois hors ordonnances, mais qui fonctionnent « *la nuit, les dimanches quand personne ne répond* ». La maladie évolue. L'hospitalisation en service conventionnel d'oncologie devient nécessaire. Une nouvelle équipe de soins prend le relais. Les traitements protocolaires reprennent le dessus

avec le savoir des soignants qui s'imposent dans un premier temps et leur incompréhension face à la non-adhérence de la patiente et de son époux alors qu'ils viennent pour adapter le traitement à la maladie qui évolue. Le couple désire continuer « ce qui marchait » au domicile, « des petits trucs » par lesquels le couple désire être entendu ; entendu dans ce qu'il a traversé au domicile ! Des tensions naissent avec de l'agressivité des deux côtés. Il a fallu que les soignants acceptent d'entendre ce que le couple avait construit, c'est-à-dire qu'ils acceptent qu'ils en sachent eux aussi quelque chose pour que la relation s'apaise et que la patiente accepte les soins maintenant nécessaires à l'évolution de la maladie.

La rencontre peut avoir lieu lorsque nous entendons le rythme de l'autre. Pour cela, il faut pouvoir entendre notre propre rythme, ce pour quoi nous sommes là, soignant. L'exemple vécu en réanimation en tant qu'infirmière semble métaphorique. Il est à la fois vécu en tant qu'expérience puis dans un second temps mis au travail de l'élaboration. Ce sont les deux temps qu'offre la relaxation psychanalytique Sapir : « formation » expérientielle dans un lien intersubjectif avec le relaxateur, allongé sous le regard d'un autre puis la mise en mots des sensations, perceptions, affects, par associations libres dans l'échange. De plus, l'apport des inductions tactiles permet souvent aux soignants de mesurer toute la dimension du toucher. Dans « les formations didactiques », nous apprenons que « toucher un patient », c'est aussi le toucher émotionnellement, mais « être touché » dans cette situation régressive réveille l'infantile et relie à son histoire, avec sa dynamique inconsciente. Le toucher permet souvent de comprendre les enjeux psychiques inconscients, en lien avec l'histoire du sujet. La mise en mots vient donner « sens ». Le travail du clinicien en institution est d'aider les équipes à tenter de mettre des mots sur l'impensable de ce qu'ont à vivre les patients, la violence de l'annonce mais aussi la violence engendrée par des soins nécessaires<sup>8</sup>.

Les images renvoyées par les patients sont parfois rudes lorsqu'ils questionnent les effets secondaires rendant parfois, les soins responsables de leur état. Polomeni souligne cette violence dans l'article « Du corps-à-corps avec le cancer et ses traitements » [19]. Dans la pathologie cancéreuse, l'image corporelle des patients s'altère au fil de l'évolution de la maladie et Reich en souligne le retentissement pour les soignants : « *L'angoisse du patient fait résonance avec la propre angoisse du soignant et peut se traduire par l'ambivalence par rapport au désir du malade, et la mise en place de mécanismes de projection et d'identification.* » [34].

<sup>8</sup> Selon L. Syp-Sametzky : « *Un aspect du soin, institutionnel cette fois, consiste pour le clinicien à essayer d'aider les équipes à élaborer les émotions, les éprouvés impensés, impensables, qui enkystés, clivés, déniés ou traités d'une autre manière encore, ne manqueront pas de faire retour, redoublant la violence qu'ils contenaient déjà dans leur forme initiale.* » (p. 225) [31].

Comme cliniciens, il paraît important de réfléchir à la manière dont nous pouvons accompagner les soignants. Tout cet impensable convoque l'archaïque, convoque l'en-deçà du langage. Souvent, les soignants appellent quand ils ne trouvent plus les mots pour apaiser, pour accompagner leurs gestes techniques lorsque ceux-ci ne prennent plus sens pour le patient (trop douloureux) et pour le soignant lui-même. Alors pleurs et/ou agressivité envers l'équipe, il paraît important de « réfléchir sur la manière dont le clinicien peut reprendre, métaboliser, élaborer ces expériences précoces précédant l'apparition du langage verbal. Jusqu'où peut-on travailler l'infantile, ou même l'archaïque ? », questionne Roussillon [35]. La relaxation psychanalytique Sapir par ce passage corporel en situation de passivité nous amène à revisiter l'archaïque. Pour tout soignant, reprendre contact avec l'archaïque devrait faciliter la rencontre avec l'autre.

## Conclusion

La relaxation psychanalytique Sapir semble pouvoir amener le soignant à donner sens à des situations professionnelles qui l'ont touché et à repérer les mouvements défensifs qui peuvent contrarier la relation. La relation de soins engage le corps du soignant sans qu'il en ait conscience. La relaxation psychanalytique permet de prendre conscience de la présence d'un corps-à-corps dans les soins. Notre identité se construit au fil du temps à partir de nos premières activités sensorimotrices, activités corporelles. Notre pensée y prend corps, forme et rythme dès le début de la vie. Le corps du soignant est présent dans la relation de soins médicale, paramédicale avec son histoire personnelle et professionnelle. Il vient toucher d'autres corps, corps abîmés, effractés qui viennent réveiller la dépendance à l'autre. Pour qu'il y ait rencontre dans le soin, il lui faut pouvoir investir le temps du soin comme un temps performant, lui permettant d'accéder à « l'entre » de la relation. La relaxation psychanalytique Sapir peut offrir ce double mouvement. Elle offre dans le premier temps un mouvement régressif qui permet d'aller du « sens » vers l'expression et de l'expression vers le sens dans le second temps du « dit-du corps ». En l'absence de recherche scientifique et à la vue des résultats cliniquement observés, la mise en place d'une recherche auprès de groupes soignants pourrait montrer le retentissement « de cette expérience formatrice » sur la relation de soins ainsi que sur la qualité de vie professionnelle des soignants. Dans ce cadre, nous ambitionnons de mener une telle recherche en cancérologie.

**Remerciements** L'auteure remercie Mme Hoarau H. (anthropologue PhD, URISH CHU de Bordeaux), Mme Marty S. (cadre supérieur de santé, 3C-CHU de Bordeaux), Mme Petiet E. (psychomotricienne, centre hospitalier de

Cadillac) et M. Mairey J.J. (psychomotricien, centre hospitalier de Cadillac) pour leur relecture attentive, et Mme Mac Clean A. (professeur d'anglais) pour sa traduction judicieuse.

## Références

- Didry P, Warnet S (2020) Le corps dans les soins. *Rev Infirm* 263:15–33
- Sapir M (1996) La relation au corps : psychosomatique, formation, relaxation. Dunod, Paris, 261 p
- Sapir M (1980) Soignant, soigné : le corps-à-corps, Payot, Paris, 216 p
- Balint M (1971) Chap. XVI « la technique classique et ses limitations ». In: Balint M (ed) Le défaut fondamental, aspects thérapeutiques de la régression. Payot, Paris, pp 135–41
- Célérier MC (2018) Perspectives actuelles de la psychosomatique. *Le Carnet Psy* 4:35–8
- Ferenczi S (1985) Le journal clinique (1932). Payot, Paris, 400 p
- Szwec G (dir) (2012) Sandor Ferenczi. *Rev Fr Psychosom* 42:192
- Delion P (2011) Au commencement... Donald Winnicott, Michel Tournier et la fonction phorique. In: Delion P, Missonnier S, Scarfone D, et al (eds) Winnicott et la création humaine (Première partie). *Revue Carnet Psy* 150:20–5
- Duparc F (2011) Entre corps et psyché : une aire de jeu ? In: Anzieu Premmeur C, Ribas D, Corcos M, Widlocher D, et al (eds) Winnicott et la création humaine (Deuxième partie). *Revue Carnet Psy* 151:47–51
- Roussillon R (2011) Le besoin de créer et la pensée de DW Winnicott. In: Golse B, Braconnier A, Chabert C, et al (2011) Winnicott et la création humaine (Troisième partie). *Revue Carnet Psy* 152:40–5
- Dechaud Ferbuys M, Pacquement B, Azoulay S, et al (2020) Dossier : la psychothérapie psychanalytique corporelle (PPC). *Le Carnet Psy* 237:26–57
- Balint M (2003) Le médecin, son malade et la maladie (1960). Payot, Paris, 430 p
- Sapir M (1993) La relaxation à inductions variables. La Pensée Sauvage, Grenoble, 150 p
- Cohen-Léon S (2007) Formation à la relaxation, formation par la relaxation. *Rev Psychother Psychanal* 1:93–100
- Cohen-Léon S (2008) Groupe Balint. Approche Balint. Fonction Balint. Évolution d'une pratique et d'un concept. *Rev Psychother Psychanal* 1:141–8
- Sapir M, Reverchon F, Prévost JJ, et al (1973) La relaxation, son approche psychanalytique. Dunod, Paris, 212 p
- Reverchon F, Meyer M, Sapir M (1985) Psychanalyse et relaxation : autour de la chronique d'un groupe. ESF, Paris, 130 p
- Dreyfus M (2001) La relaxation à induction variable. *Champ psychosomatique* 23:49–67
- Polomeni A (2017) Du corps-à-corps avec le cancer et ses traitements : vécu des modifications corporelles dans les hémopathies malignes. *Psycho-Oncologie* 11:10–13.
- Svandra P (2011) Le soin sous tension ? Recherche en soins infirmiers 107:23–37
- Caune J (2014) Le corps, objet de discours, moyen de relation. *Hermès La Revue* 1:53–8
- Varela F, Thompson E, Rosch E (1993) L'inscription corporelle de l'esprit : sciences cognitives et expérience humaine. Seuil, Coll. Points–Essais, Paris, 336 p
- Le Blanc B (2014) Francisco Varela : des systèmes et des boucles. *Hermès, La Revue* 1:106–7
- Moraguès JL (1994) Psychologie de la performance sportive. Thèse de psychopathologie clinique. Université Paul-Valéry, Montpellier-III
- Leroy-Viémon B (2008) La méthode éactive en psychologie clinique. Le « savoir-faire » du corps-en-mouvement. *Cahiers de psychologie clinique* 1:91–108
- Dolto F (1984) L'image inconsciente du corps. Seuil, Paris, p 50
- Castoriadis-Aulagnier P (1975) La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé. PUF, Coll. Le Fil Rouge, Paris, 368 p
- Doron R, Parot F (1991) Dictionnaire de psychologie. PUF, Paris, 761 p
- Birouste J (1995) La création du climat de confiance. *Homo* 34:17–36
- Winnicott DW (1980) Jeu et réalité. L'espace potentiel (1975). Gallimard, Coll. Connaissance de l'inconscient, Paris, 240 p
- Ameisen JC (1999) La sculpture du vivant : le suicide ou la mort créatrice. Seuil, Paris, p 23
- Ciccone A (2014) Violence transférentielle et contre-transférentielle. In: Ciccone A (dir). La violence dans le soin. Dunod, Coll. Inconscient et culture, Paris, p 59
- Grinberg L, Sor D, de Bianchedi ET (1976) Introduction aux idées psychanalytiques de Bion. Dunod, Paris, p 19
- Reich M (2009) Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique. *L'information psychiatrique* 85:251. Doi : 10.3917/inpsy.8503.0247
- Roussillon R (2016) Aspects métapsychologiques des médiations thérapeutiques. *Cliniques* 2:234. Doi : 10.3917/clin.012.0230