

D. U. « Approche Psycho-dynamique du cancer chez l'adulte »

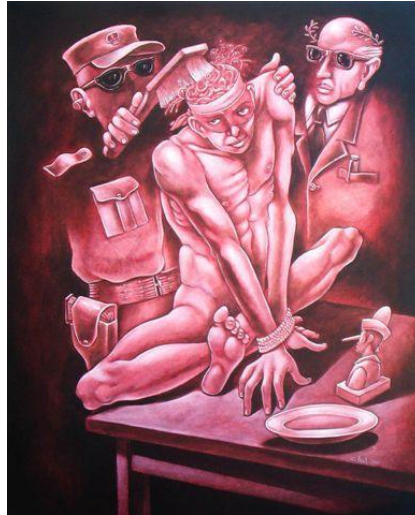
# Place du coaching de vie dans l'approche psycho-dynamique du cancer : Vérités, Possi- bilités, Limites

Institut Paoli Calmettes, Marseille, Promotion 2011 / 2012

Christina Lebreton, Soutenance le 27 juin 2012

## Sommaire

|   |         |
|---|---------|
| 1. <u>INTRODUCTION</u>                        | Page 3  |
| 2. <u>CANCER ET APPROCHE PSYCHO-DYNAMIQUE</u> | Page 4  |
| 2.1 <u>Stage pratique</u>                     | Page 8  |
| 2.2 <u>Etudes de cas</u>                      | Page 11 |
| 3. <u>FAITS ET VERITES SUR LE COACHING</u>    | Page 14 |
| 3.1 <u>Historique</u>                         | Page 15 |
| 3.2 <u>Qualifications nécessaires</u>         | Page 17 |
| 3.3 <u>Outils</u>                             | Page 18 |
| 3.4 <u>Clients potentiels</u>                 | Page 20 |
| 4. <u>POSSIBILITES</u>                        | Page 20 |
| 5. <u>LIMITES</u>                             | Page 25 |
| 6. <u>CONCLUSIONS</u>                         | Page 26 |
| <u>BIBLIOGRAPHIE</u>                          | Page 29 |
| <u>REMERCIEMENTS</u>                          | Page 30 |



*« La pratique du Coaching est adossé à une interprétation rabougrie de l'homme, qui dissout son être dans une collection de comportements stéréotypes produits par un cerveau programmable et déprogrammable à volonté. » (1)*

Forte de ce constat je souhaite partager avec vous quelques réflexions sur la place du coaching de vie dans l'approche psycho-dynamique du cancer chez l'adulte.

## 1. INTRODUCTION

Infirmière D.E. depuis 1989 et Infirmière anesthésiste depuis 1993 j'ai longtemps accompagné des patients gravement brûlés. J'ai été très tôt confrontée à une multitude de réactions différentes face à ce trauma physique, psychique et social dans la globalité vitale du patient : lui-même, ses proches, son entourage et face aux autres.

Mes choix dans la vie m'ont amené à faire une parenthèse « enfants/famille » pendant plusieurs années, me donnant l'opportunité d'entamer un travail personnel approfondi que je poursuis depuis plus de cinq ans avec une psychologue psychanalyste.

Le fait d'être confrontée au coaching à travers les medias m'a incité de vouloir en savoir plus sur cet accompagnement. J'ai donc entrepris une formation professionnelle pendant 18 mois avant la certification. Toujours à la recherche d'un moyen de développement personnel, je me suis rendu à l'évidence vers la fin de cette formation de mon souhait de faire du coaching mon métier.

En interrogeant un certain nombre de gynécologues, psychologues, chirurgiens et médecins je me suis aperçue que les patients atteints d'une maladie grave, et plus particulièrement du cancer, n'ont, en dehors de leur prise en charge hospitalière ou associative, que peu de possibilités d'avoir un accompagnement personnalisé. D'après ces mêmes professionnels de la santé, la demande de la part du malade serait bien présente.

**Ce sont alors posées deux questions : « Leur besoin est-il le même que chez le sujet non atteint d'une maladie grave ? » et « Puis-je les accompagner de la même façon que mes autres clients ? ».**

Et me voilà à la recherche d'un enseignement complémentaire pour mieux comprendre les préoccupations d'une personne ayant une maladie cancéreuse.

Dans « l'approche psycho-dynamique du cancer chez l'adulte », enseignée à l'Institut Paoli Calmettes (IPC) à Marseille, j'ai trouvé une approche globale et en même temps spécifique de la maladie, du patient, de son entourage et de soignants. Et ce dans les différents aspects de sa vie, tout au long de sa prise en charge.

## 2. CANCER ET APPROCHE PSYCHO-DYNAMIQUE

Du latin *cancer* (crabe, chancre, cancer), apparenté au grec *karkinos* (l'écrevisse).

Le nom avait été donné par Hippocrate parce que le cancer « a des veines étendues de tous côtés, de même que le crabe a des pieds ».

Paul d'Égine disait au VII<sup>e</sup> siècle « *son nom lui vient, selon quelques-uns, de ce que quand il s'est emparé d'un organe, il ne le lâche plus, de même que fait le crabe quand il s'est attaché à quelque-chose* ».

Le terme cancer désigne « *l'ensemble de cellules indifférenciées qui, échappant au contrôle de l'organisme, se multiplient indéfiniment, envahissant les tissus voisins en les détruisant et se répandant dans l'organisme en métastases ; la maladie qui en résulte* ». (2)

La psycho-oncologie, dont fait parti l'approche psycho-dynamique, est une des branches de la multidisciplinarité en cancérologie. Elle a pour objet les aspects psychologiques et sociaux de la maladie cancéreuse pour le patient, ses proches ainsi que pour les soignants. (3)

Son objectif n'est cependant pas d'assurer la prise en charge psychologique de tous les malades. Il est avant tout d'intégrer la dimension psychosociale à toutes les étapes de la prise en charge.

Cela fait maintenant plusieurs décennies que le Président des Etats-Unis, Richard Nixon, présentait le « National Plan against cancer » en 1971 et que les Nations partaient dans une guerre contre cette maladie. En France le premier 'Etats Généraux' des malades atteints de cancer s'organisait en 1998. Les patients réclamaient des « *médecins plus humains* » et, par la suite, en 2000, du « *temps à nos soignants* ».

Aujourd'hui il faut reconnaître que des découvertes dans le domaine ont été réalisées ainsi que l'augmentation d'efficacité des traitements contre certaines formes de cancer.

La maladie continue toutefois à atteindre mondialement 10 millions de personnes par an et six millions en meurent. En France ce sont 365 500 nouveaux patients dépistés par an avec une mortalité de 147 500 personnes pour l'année 2011. (4)

Le 1<sup>er</sup> *Plan Cancer* en France a été initié par le Président Jacques Chirac en 2003 et soulignait l'importance du soutien psychologique pour les patients et leur entourage. Le *Plan Cancer 2009-2013* prévoit notamment un renforcement des moyens de la recherche pluridisciplinaire ainsi qu'un axe de prise en charge sociale personnalisé pendant et après le cancer. (5)

Depuis l'instauration du *Plan Cancer* en 2003, l'aspect du patient dans sa globalité a gagné en reconnaissance et a su s'implanter dans l'accompagnement d'un patient ayant une maladie cancéreuse. La collaboration de tous les acteurs impliqués dans la prise en charge du patient est maintenant une réalité au quotidien.

Les patients atteints de cancer réclament « *d'être écoutés, compris et respectés, tout en bénéficiant des thérapeutiques les plus performantes pour lutter, voire triompher contre le cancer ; d'être informés...non pas surprotégés et infantilisés, ni brutalisés au nom d'une vérité érigée en règle de communication intangible. ...que leur confort subjectif soit pris en considération...en tant que besoin fondamental,...que leur détresse morale puisse bénéficier d'un soutien approprié et de soins efficaces...* » (3)

Deux possibilités de réponse à cette demande s'imposent alors :

- doter les structures de soins en oncologie et de professionnels (psychiatres, psychologues, soignants expérimentés dans les « soins du support »). Les soins du support

sont, d'après une circulaire de 2005 annexée au Plan Cancer, définis comme « *l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie, conjointement aux traitements oncologiques ou hémato-oncologiques spécifiques, s'il y en a* ».

- faire en sorte que les professionnels de la santé, principaux référents des patients atteints de cancer, se sentent armés pour mieux répondre aux exigences des malades.

La psycho-oncologie combine ces deux facettes et implique, par conséquent, une adhésion sincère au concept de pluridisciplinarité pour articuler des compétences en un ensemble.

Les méthodes à la disposition du psychologue en cancérologie sont notamment <sup>(3)</sup> :

- L'entretien clinique, comme outil de travail central
- Les approches groupales
  - De parole
  - Psycho-éducatif et à orientation cognitivo-comportementale
  - De soutien et d'information
- Les approches individuelles
  - Cognitivo-comportementale
  - Familiale
  - Corporelle
  - Pharmacologique
  - Psycho-dynamique

Le but de cette dernière approche, d'après les auteurs de l'ouvrage, « *n'est pas de donner un sens* » au cancer, mais « *plutôt d'aider à comprendre le sens que peut prendre une telle pathologie en fonction de l'histoire personnelle de chaque patient, et surtout, de permettre aux patients qui le désirent, de s'engager dans un travail plus global d'exploration et de mise en perspective de leur vie psychique et de leurs choix existentiels, à l'occasion de l'épreuve que constitue pour eux le cancer* ». <sup>(3)</sup>

Dans toutes les sociétés la maladie est perçue comme un « *désordre* » : c'est un désordre biologique, mais c'est aussi un désordre au sens sociologique du terme puisqu'elle empêche l'individu de remplir son rôle social et c'est encore un désordre dans la biographie de l'individu. (6)

Dans cette approche, on considère la dimension globale du patient, son vécu, ses émotions et sa culture. Il s'agit de le prendre en compte avec l'ensemble de sa situation psychique et physique, son histoire personnelle, sa situation professionnelle et familiale ainsi que son entourage. De considérer l'impact sur le psychisme avec peurs, angoisses, doutes, questions sur la vie et sur le sens de celle-ci, résurgence des conflits anciens, réflexions sur une philosophie de vie. Le deuxième impact pris en considération est la prise en compte de sa propre finitude avec les questions du temps, de la mort et de la condition humaine.

La moitié des patients est concernée à un moment ou à un autre par la détresse émotionnelle. 25 à 30 % présentant des troubles relèvent d'une orientation psycho-oncologique. Nous pouvons penser que le taux de détresse est sous-estimé. (7) Plusieurs réactions du patient face à sa maladie sont possibles et imaginables, et dépendent, là aussi, du vécu et de l'histoire personnelle du patient (incrédulité, choc, déni, peur, colère, culpabilité, etc.). Les manifestations psychopathologiques peuvent être de l'ordre des troubles anxieux, avec une répercussion éventuelle sur la relation avec les proches et/ou soignants. La dépression concerne 10 à 20 % des patients. Le risque suicidaire est multiplié par deux. (7) Les troubles de l'adaptation représentent une « *réaction non adaptée à un stress identifiable* ». (7)

Bien que beaucoup des patients atteints du cancer se posent la question du « *Pourquoi moi ?* », la réponse personnelle de chaque individu ne peut pas être généralisée. Certains malades croient savoir « *exactement d'où vient cette tumeur* » (exprimé par Fritz Zorn 1979 dans 'Mars' par « *...betrachtete (ich) den Tumor als verschluckte Tränen...* » [« *...la tumeur c'était des larmes rentrées...* »]) (8).

D'autres attribuent l'apparition du cancer aux éléments nocifs produits par le monde moderne comme la pollution ou la « *nourriture chimique* ». (6) Selon le même auteur, certains psychiatres et psychanalystes voient son origine dans l'histoire personnelle du patient. Ou encore dans la prédisposition génétique et sociologique, mentionnée dans quelques écrits médicaux et également présente dans les représentations populaires avec la notion de « *misère* », car « *générative des privations qui font affaiblir l'organisme* ». (6)

L'approche psycho-dynamique est non seulement une approche bio-psycho-sociale du patient mais également une façon de considérer les acteurs entourant le patient comme les soignants et les proches.

En effet, la prise en charge psycho-oncologique demande un travail d'équipe et de pluridisciplinarité. Cancérologues, psychiatres, psychologues, chirurgiens, infirmiers, kinésithérapeutes, assistantes sociales, médecins généralistes, enfants, parents, fratrie et amis doivent travailler main dans la main afin de permettre une prise en charge optimale d'un point de vue thérapeutique et humain.

### 2.1. Stage pratique

Mon stage pratique aux côtés des acteurs du 3C (Centre de Coordination en Cancérologie), de l'équipe de l'hôpital de jour (HDJ) et du personnel des services de pneumologie et d'héματο-oncologie du Centre Hospitalier Princesse Grace de Monaco, m'a permis de vivre la réalité des patients atteints du cancer, la réalité de cette situation pour leurs proches ainsi que la réalité du personnel soignant dans les services accueillant ces malades.

L'équipe du 3C est constituée de huit personnes : L'infirmière (IDE) cadre de santé, la secrétaire, la psychologue, l'IDE massage, la kinésithérapeute, l'assistante sociale, la diététicienne et l'Attachée de Recherche Clinique. Elles œuvrent toutes en étroite collaboration avec les autres services concernés et m'ont accueilli les bras ouverts, reflétant ainsi à merveille le sens de la pluridisciplinarité et l'ouverture à l'autre en psycho-oncologie.

J'ai eu la grande chance de pouvoir évoluer, guidée et encadrée par Madame Karen Hazan, psychologue du 3C. Mon stage a été préparé de façon à ce que je puisse avoir accès à l'ensemble des étapes qui constituent la prise en charge du patient.

L'HDJ est équipé de 16 lits et 8 fauteuils dans huit chambres et de 6 fauteuils complémentaires dans une pièce à part pour accueillir les patients moins fatigués et ayant des traitements plus courts. Environ vingt personnes (médecins, IDE, aides-soignants, secrétaires, personnel d'hygiène, etc.) s'occupent de la prise en charge des patients et accueillent en moyenne 30 à 35 patients/jour.

Les patients d'âge adulte relèvent, pour environ 75 %, de pathologies d'héματο-oncologie et pour 25% de pathologies de Médecine Interne en ambulatoire (9). L'activité de l'HDJ a augmenté de façon significative depuis dix ans (4525 séances en 2001, 7308 séances en 2011).



Les traitements de différentes pathologies (chimiothérapie, immunothérapie, support transfusionnel, corticothérapie, chimio radiothérapie) ainsi que des bilans programmés y sont effectués. (9) Une grande partie de patients est adressée à l'issue de Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP).

Après l'annonce de la maladie par le médecin, le patient bénéficie, dans le meilleur des cas, d'une prise en charge supplémentaire de la part de l'IDE annonce. L'infirmière vérifie la compréhension du patient et complète et approfondie les explications concernant traitements, effets secondaires, modalités et informations pratiques. Elle répond aux questions éventuelles de la part du patient ou de ses proches. Lors de cette prise en charge, le patient reçoit un 'carnet de liaison' servant tout au long du traitement pour noter les remarques, classer des documents et trouver des explications sur les soins de support et les acteurs impliqués dans l'accompagnement.

Les traitements se déroulent souvent sur plusieurs mois et quelques patients expriment le souhait de partager la chambre avec untel ou unetelle car ils ont parfois sympathisé avec d'autres patients. Cela est bien évidemment délicat pour l'équipe quand un des malades décède et le secret médical ou les difficultés éventuelles d'un soignant face à la mort ne permettent pas toujours une réponse satisfaisante pour le patient.

J'ai eu la possibilité d'accompagner une infirmière dans son travail quotidien. Avec la mise en place des Plans Cancer, le changement dans l'organisation, l'arrivée des soins de support et l'augmentation du nombre de patients, les infirmières auraient moins de temps pour leurs patients (ou est-ce qu'elles prennent moins de temps ?). D'après les 'anciens' patients - de moins en moins nombreux – l'ambiance est moins familiale qu'auparavant. Ce ne sont pas toujours les mêmes infirmières qui s'occupent d'eux. Ils ont, certes, plus d'accès aux soins de support mais en même temps moins la stabilité d'être suivis par la même personne.

J'ai pu constater que l'ambiance entre les différents professionnels de santé est très bonne avec toutefois quelques 'bémols' comme dans toute relation humaine, dus aux personnalités différentes. Le personnel réclame depuis longtemps l'intervention d'un psychologue extérieur afin de pouvoir exprimer le ressenti et l'impact émotionnel que leur travail engendre. Cette demande de support psychologique pour les soignants est en attente....

Les patients sont donc bien entourés lors de leur prise en charge en HDJ. Ils bénéficient de la possibilité de rencontrer la diététicienne, la psychologue, l'IDE Equipe Mobile des Soins Pal-

liatifs et de Soins Supports (EMSPS), l'infirmière massage ou la kinésithérapeute. Les infirmières sont, avec les médecins, en première ligne pour déceler le besoin d'un patient d'être accompagné différemment. Grâce à l'étroite collaboration entre HDJ et 3C les demandes et suggestions sont rapidement transmises.

Cette prise en charge complète fait que, parfois, à la fin du traitement, les patients expriment leurs angoisses d'abandon « *Que fait-on maintenant ? On était dorloté jusque là et maintenant... ?* ». Cette idée est reprise dans le Plan Cancer 2009-2013 avec la mise en place d'un Plan Personnalisé après Cancer (PPAC).

Le personnel du 3C intervient aussi bien à l'HDJ que dans le service d'hémo-oncologie et de pneumologie. L'infirmière massage se rend presque quotidiennement auprès des patients alités et souffrants d'une maladie cancéreuse pour apporter un bien-être physique et un soutien psychologique. Elle s'occupe aussi de leurs proches et les détend par ses massages. Rien qu'en voyant les traits de ses patients se détendre, on se rend compte des bienfaits qu'elle procure. Ces patients trouvent que « *c'est le meilleur moment de la journée* ».

La kinésithérapeute du 3C est également présente dans le service et mobilise les patients en marchant avec eux. Elle masse leurs membres ankylosés ou procure du confort en expliquant par exemple comment libérer les glaires dans les bronches grâce à des exercices simples.

Je me suis posée la question de la différence entre le kinésithérapeute « classique » et Béatrice du 3C. Après l'avoir accompagné quelques heures, je peux affirmer que la différence est dans l'**être**. Elle ne fait rien de spécial. Au même titre que tous les acteurs dédiés à ces patients ou leurs proches, techniquement elle applique les gestes classiques. Le 'petit plus' réside dans leur capacité d'écouter, dans leur façon d'accueillir l'humain. Avec respect, humilité, passion et bienveillance. Tous prennent le temps et sont disponibles. Ils ne réduisent pas le patient à sa maladie, ils le voient dans sa globalité.

Depuis la création du poste de psychologue au sein du 3C en 2008, Karen a su créer des relations avec les équipes des différents services et peut ainsi participer au concept de la pluridisciplinarité. Elle se rend par exemple disponible pour le staff hebdomadaire et la visite du service de pneumologie et s'implique dans l'accompagnement de patients qui, autrefois, ne bénéficiaient pas d'un tel accompagnement. J'ai pu observer deux cas cliniques différents lors d'un de ces staffs et visites.

## 2.2. Etude de cas

**Patient masculin d'environ 60 ans**, fumeur. Admis en service de pneumologie il y a 3 jours pour une pneumonie. La radio du thorax montre une tâche sur un poumon. L'infection est traitée par antibiotiques et le patient est en attente d'un scan et d'une fibroscopie pour un diagnostic complémentaire.

Lors du staff du matin, on discute du patient qui souhaite rentrer pour revenir en ambulatoire. Il ne comprend pas pourquoi il est là, ce qu'il a et pourquoi il doit attendre le scan. Les médecins décident d'accélérer la prise de RDV du scanner pour l'après-midi et la fibroscopie pour le lendemain matin. Pendant la visite qui suit, le médecin est face à un patient crispé et énervé qui veut absolument signer une décharge et quitter l'hôpital. Le patient se dit « *bloqué à l'hôpital dans l'attente de passer un examen* ». Face à ce patient agacé et légèrement agressif le médecin réussit à garder son calme au début avant de monter en puissance émotionnelle. Il annonce clairement au patient qu'il a « *une tâche au poumon qui pourrait bien signifier autre chose qu'une simple infection comme un cancer par exemple* ».

Le patient se tourne sur le côté et s'effondre brutalement. Il est en pleurs. Après l'accalmie le médecin lui précise qu'il ne s'agit nullement de l'annonce d'une maladie cancéreuse, mais de la raison pour laquelle les examens complémentaires doivent être effectués. Il ajoute, qu'étant fumeur, il connaissait les risques. La réponse du patient « Oui, mais... » est lourde de sens. L'état émotionnel du médecin a fait que, face à la colère et à l'énervement du patient, il n'a pas su garder son calme. Ces remarques concernant les risques du tabagisme augmentaient le sentiment de culpabilité.

On laisse le patient se calmer et reprendre ses esprits. Le médecin le verra après le scanner pour discuter de la suite à donner. Karen ira le voir dans l'après-midi pour entamer le dialogue et pour apprendre plus sur son histoire personnelle.

La réaction était doublement intéressante : premièrement cela faisait 3 jours que le patient pensait et réfléchissait à sa maladie. Il voyait un médecin chaque jour sans qu'aucun ne l'éclaire sur les raisons de son hospitalisation. Deuxièmement, le médecin de ce matin lui a donné des explications. Elles n'étaient néanmoins pas données d'une manière calme et posée. Le mécanisme de défense du patient « Projection agressive » du au manque d'information a provoqué une réaction agressive symétrique en retour. (10)

Il est intéressant de remarquer que le personnel soignant, face aux pleurs et à l'effondrement du patient, aurait aimé voir la psychologue intervenir tout de suite. Elle jugea préférable de laisser le patient seul pour éviter d'agir comme « *pansement psychologique* » et lui rendit visite dans l'après-midi. Elle apprit que le patient avait des antécédents dépressifs suite à une séparation avec la mère de sa fille (9 ans). Sa fille n'allait pas bien non plus. Le résultat du scanner était négatif et on attendait la fibroscopie du lendemain. La psychologue appellera le patient dans quelques jours afin de lui proposer de consulter un psychologue en dehors de l'hôpital afin d'entamer un travail concernant la dépression.

Le deuxième cas concerne **la fille d'une patiente** en phase finale, dans un état comateux depuis quelques jours après un AVC. Lors du staff, le personnel soignant discute de cette personne. La patiente, 76 ans, est hospitalisée depuis quelques jours et ne communique plus. La veille, la fille de la patiente avait l'impression que sa mère souffrait et souhaitait qu'un médecin soit appelé. Le médecin venait plus tard et rassurait la fille, expliquant que, grâce aux médicaments, sa mère ne souffrait pas. La fille exprimait au médecin son souhait « *d'abrégier la souffrance de ma mère, car on ne traite même pas les animaux comme ça* ».

Le lendemain matin la fille téléphone tôt au service afin d'obtenir un rendez-vous avec un médecin. La psychologue propose de la voir dès son arrivée à l'hôpital.

La femme explique que l'état de sa mère se dégrade depuis environ 3 mois (antécédents d'AVC et maladie cancéreuse) et de façon brutale depuis le récent AVC. Elle ne supporte pas de voir sa mère « souffrir », de la voir dans cette agonie avec des râles et des respirations parfois espacées.

Elle est déçue de la prise en charge car « *personne ne soulage ma (sa) mère* » et que personne ne comprend sa demande d'euthanasie (elle tourne longtemps autour avant de poser le mot « euthanasie »). Elle se plaint de l'arrivée tardive du médecin la veille après une heure d'attente et se sent incomprise.

Sa grand-mère est morte d'un AVC. Elle-même a développé un cancer du sein il y a dix ans suite à un « choc ». Elle se dit « forte ». Sa fille (15 ans à l'époque) n'a jamais su « *à quel point j'étais mal pendant le traitement* ». Elle dit n'avoir « *jamais travaillé autant que pendant cette période* ». Elle n'a « *jamais pensé de mourir* ».

Elle exprime sa peur de développer de nouveau une maladie cancéreuse suite à cette situation actuelle et déclare qu'elle ne sait pas si elle aura de nouveau autant de force. Elle se dit

« prête » pour le départ de sa mère, qu'il n'y a « *plus d'espoir* » et renouvelle sa demande de la veille d' « *abrégé la souffrance de sa mère (et la sienne ?) par l'injection de morphine* ».

Lors de l'entretien la femme cherche à plusieurs reprises l'implication du psychologue et la confirmation que sa demande serait 'normale' (« *Et vous, vous ne feriez rien pour soulager votre mère ?* »).

Karen propose un RDV avec le médecin de l'UMSPS pour trouver une solution et pour faire en sorte que la patiente soit la plus confortable possible.

Face à la souffrance des proches et leur comportement les soignants sont parfois désarmés et ils pourraient éventuellement porter des jugements hâtifs sur la personne (la femme était intitulée comme 'dérangeante').

Christine Angiolini écrit dans le journal 'Les Proches' concernant la question 'Psycho-Oncologie, à quoi ça sert ?' : « *leur objectif (des psycho-oncologues) est d'aider les malades à puiser en eux-mêmes des ressources psychologiques, pour traverser au mieux cette crise. Une autre mission leur incombe : l'accompagnement des proches et des soignants* ». (11)

La plupart des soignants dans les services du 3C, de l'HDJ, de pneumologie, d'hématologie et de radiothérapie montrent une détermination palpable à œuvrer ensemble pour permettre aux patients atteints d'une maladie cancéreuse et à leurs proches de vivre ces moments particulièrement difficiles le mieux possible. Avec leur implication dans la prise en charge comme médecin, cadre de santé, secrétaire médicale, infirmière, kinésithérapeute, manipulateur, diététicienne et psychologue, ils apportent tous plus à leurs patients que le professionnalisme dans leur domaine. Ils sont là. Ils écoutent. Ils informent. Ils essuient les larmes. Ils détendent. Ils soignent. Ils accueillent l'Homme avec sa maladie, son histoire personnelle et professionnelle, sa vie, ses difficultés, ses joies, ses passions, ses interrogations et sa famille. L'accueil et l'intégration exceptionnelle des stagiaires illustrent parfaitement leur ouverture d'esprit et leur volonté de faire valoir la pluridisciplinarité...

### 3. FAITS ET VERITES SUR LE COACHING

Né du terme français cocher = piloter un véhicule et du terme anglais coach = entraîneur, conducteur, fréquemment utilisé dans l'accompagnement d'un sportif de haut niveau, le coaching est pour moi l'accompagnement professionnel personnalisé pendant un temps limité. Il s'agit d'un partenariat entre le coach et son client pour lui permettre de progresser dans l'autonomie.

Le coaching est une forme de développement personnel pour s'autoriser à atteindre ses objectifs, à dépasser certains obstacles, à trouver des réponses ainsi que pour mieux vivre des changements ou situations conflictuelles.

J'aime bien la métaphore que le coach est le pilote d'un véhicule « *qui emmène un voyageur parcourir le chemin de son évolution à la recherche d'une autonomie, du déploiement des talents et du développement personnel* ». (12) J'ajouterais que le chemin est parcouru dans un but/objectif précis.

En fonction de la source bibliographique, la définition du coaching diffère. Parmi toutes les définitions c'est toujours le client qui est au centre :

- Lui permettre l'atteinte de l'objectif
- Donner du sens à son action
- Libérer son potentiel, révéler ses aptitudes
- L'aider à contourner les obstacles
- Le responsabiliser, entretenir sa motivation et ses engagements
- Renforcer l'affirmation en soi

Le coach réveille le potentiel de l'individu avec l'idée globale que chacun possède des ressources et du potentiel afin de pouvoir trouver des solutions ou/et de passer des obstacles internes l'empêchant d'atteindre un objectif fixé ou un but précis.

Le coach accompagne, il « n'aide » pas, il ne donne pas des conseils ou des solutions toutes faites. Le but est d'amener le client à devenir autonome.

Le métier de Coach est un métier à part entière. Il a ses règles, ses étiquettes et ses formations spécifiques.

La « Formation » comprend une relation entre le formateur et le formé = transmission du savoir. Le coaching comprend parfois une part de formation avec la différence qu'un formateur « pousse » l'apprenti vers le savoir quand le coach « tire » le coaché vers une connaissance émergeant de lui-même pour gravir étape par étape.

Le « Mentoring » ou le « Conseil » se distinguent du coaching par l'apport des solutions et conseils que le mentor communique/transmet aux apprentis. En coaching on considère que le client est parfaitement responsable, mature, et qu'il sait prendre sa destinée en main. Le coach l'aide à se structurer et à se mettre en action. Il facilite le processus de pensée du client. Il laisse son client faire le cheminement.

Le coaching n'est pas une alternative à une psychothérapie ou une psychanalyse. Il se concentre sur le présent et le futur et s'intéresse au « comment ».

Il ne s'adresse en aucun cas aux personnes en souffrance pathologique ou présentant des troubles psychologiques.

Le client du coaching veut comprendre, appréhender une situation nouvelle ou rétablir un équilibre.

### 3.1. Historique

La profession du coaching est issue du sport, du conseil et de la formation.

Socrate, par son enseignement et les outils qu'il utilisait, peut être considéré comme un des pères du coaching. Socrate s'opposait aux pratiques rhétoriques qui enseignaient à bien parler, mais ne se préoccupaient ni de la vérité des propos ni du sens moral. Il avait une éthique et il était « chercheur de sens ». Son but était de révéler l'être véritable derrière le paraître et d'introduire la réflexion dans le monde des opinions.

Les pratiques du coaching ont, toute au long de l'histoire, existé :

*« Comment aider le pilote (cocher) à remplir sa tâche délicate de direction, car il faut conserver l'équilibre dans le mouvement et les turbulences du voyage dans la vie ? ». Ce thème*

est abordé dans la mythologie grecque avec Phaéon, fils du soleil, qui veut, pour une seule journée, diriger le char du soleil. Il est foudroyé pour avoir perdu le contrôle du char de son père et avoir ainsi manqué d'embraser le monde.

Dans la vision de Platon (428 av. J. C.), qui divise l'âme en 3 parties : l'intellect, le désir, la passion, et la compare à un « cocher », le cocher doit rester rationnel et doit se garder de ses désirs et passions.

Kierkegaard (1813-1853) voit dans la passion un élément du sentiment de l'existence. Plaçant devant le char un cheval et un pégase, le cocher, soucieux d'harmoniser l'allure de ces montures inégales, voit sa passion s'éveiller. Elle permet au cocher de chercher des outils pour optimiser l'allure.

Ce qu'il ne faut pas perdre de vue est le fait qu'un cocher peut avoir plus ou moins de difficultés à mener son attelage à bon port.

Dans l'histoire plus récente il y a de bons exemples de personnages ayant agi comme « coach ». Lanfranc (11<sup>ème</sup> siècle) accompagnait un guerrier accompli pendant presque toute sa vie et il s'apercevait qu'on peut accompagner quelqu'un sans pour autant avoir la même personnalité (il était tout sauf guerrier) et les mêmes intérêts. Richelieu (17<sup>ème</sup> siècle) a su s'imposer auprès du roi et a su gagner sa confiance grâce à ses qualités de conseiller (habilité, fidélité, anticipation).

Dans les romans fantastiques actuels pour adolescents, les « coachés » sont des héros :

Harry Potter est accompagné vers son objectif final par la sagesse de son amie Hermione et la confiance de son ami Ron, mais c'est lui-même qui vainc son ennemi. (13)

Percy Jackson (14) accomplit ses missions épaulé des tiers qui croient en ses capacités.

Pierre Bottero (15) fait avancer ses héros sur le chemin vers un but toujours en compagnie de ceux censés éclairer ponctuellement le chemin par leurs interrogations et leurs questionnements pertinents. (« La quête » et « Le monde d'Ewilan », la trilogie d'« Ellana » et la trilogie de « L'Autre »).

Et il y a sûrement d'autres exemples car beaucoup d'entre nous cherchent d'abord des réponses à travers des histoires. La conscience de vouloir avancer plus efficacement ou juste autrement vient alors par la suite.



La réponse pour ceux qui « cherchent » peut se trouver dans le concept du coaching d'aujourd'hui, qui diffère de ces modèles. Il est d'abord limité dans la durée. En effet, le but étant de rendre le client autonome, la durée excède rarement les 8 à 12 séances. Des objectifs à atteindre sont clairement fixés, contextualisés et mesurables. Le coach ne doit pas faire entrer ses propres convictions, opinions ou sentiments dans l'accompagnement. Il n'émet pas de jugement.

Dans les années 80, le terme a connu une popularité grandissante dans le secteur sportif. Afin de pouvoir atteindre des performances optimales, des sportifs de haut niveau se font coacher par une personne. Ce coach a recours aux méthodes variées pour finalement permettre au sportif d'obtenir des résultats supérieurs. Le coach reste toutefois dans l'ombre car c'est finalement le sportif qui accomplit seul la performance. Ce même principe est retrouvable en coaching de vie. C'est le client qui réussit. Le coach se réjouit quand le client affirme avoir atteint son objectif « *tout seul* » et que le fait d'avoir dépassé freins et obstacles vient de l'utilisation de ses propres ressources.

Par la suite, et d'abord aux USA, le concept du coaching s'est répandu dans les entreprises. Plusieurs objectifs peuvent alors être décelés. Soit visant l'individu et la plus-value personnelle, soit centré sur l'organisation et donc l'apport pour l'entreprise.

### 3.2. Qualifications nécessaires

L'International Coaching Fédération (ICF) a défini des **qualifications nécessaires** pour un coach :

**Etablir des fondations** (Directives éthiques, Normes professionnelles)

**Créer la relation en collaboration** (Etablir une relation basée sur la confiance et l'intimité, Présence d'encadrement)

**Communiquer efficacement** (Ecoute attentive, Poser des questions ayant un sens, Communication directe)

**Faciliter l'apprentissage et les résultats** (Accroître le niveau de conscience sur les aspects importants, définir l'action à entreprendre, planifier et établir des objectifs, gestion du progrès et de la responsabilité)

Pour éviter toute charlatanerie il est évident qu'un coach doit se faire superviser. Il est préférable que le coach ait déjà fait un travail sur lui-même afin de pouvoir détecter toute implication personnelle dans une relation avec le client.

Il faut qu'il trouve un équilibre entre « ne pas faire entrer ses désirs et passions dans la relation » et « d'utiliser sa passion afin d'employer des outils appropriés et nécessaires pour harmoniser l'attelage ».

### 3.3. Outils

L'outil le plus important que possède le coach est lui-même. Lui-même avec son écoute active et son questionnement bien défini. Avec sa capacité d'utiliser ses outils au bon moment pour la bonne problématique.

Les outils utilisés par un coach sont nombreux et dépendent généralement du type de formation qu'il a entrepris.

Ils peuvent être issus du coaching Orienté Solutions, de Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC), de l'Analyse Transactionnelle (AT) ou encore de la Programmation NeuroLinguistique (PNL).

Confrontée à l'idée populaire que les protocoles PNListes relevaient de la manipulation (1) je me suis longuement interrogée là-dessus.

N'est-il pas vrai que ce ne soient pas les protocoles eux-mêmes mais plutôt la façon de les employer qui importe ? Le coach a une éthique. Il n'influence pas son client et ne tire pas profit de son histoire, sa situation ou encore sa personne. Il utilise la PNL uniquement dans le but de permettre au client de trouver ses réponses, de se libérer des croyances limitantes, de renforcer les croyances aidantes, etc.

Pour moi, la PNL, utilisée pour aider un client à aller mieux, à mieux avancer dans sa vie et à ressentir les choses d'une façon positive et avec bienveillance, n'a rien à voir avec la manipulation. Le coach n'a aucun avantage et utilise ses techniques uniquement dans le but de permettre à son client d'atteindre l'objectif qu'il s'est fixé au préalable. Dans ce cas, la PNL devient un outil merveilleux.

Je suis parfaitement d'accord avec les auteurs de l'ouvrage « L'empire des coachs » qu'il est regrettable que le terme « coach » ne soit pas (encore) protégé ou encadré (les fédérations

professionnelles se penchent dessus). Pour le moment le client peut seulement chercher des renseignements à l'amont sur la personne qui doit l'accompagner et vérifier la réputation de celui-ci.

Comme chez les psychanalystes ou psychothérapeutes, il y a parmi les coachs des personnes d'un sérieux douteux, ce qui est regrettable.

Personnellement je ne peux que faire en sorte de représenter mon métier et ma profession le mieux possible : avec mon éthique, mes diplômes et certificats, ma personnalité, mes outils et mon professionnalisme, la connaissance de mes possibilités et de mes limites.

Néanmoins il y a une base commune à tous les coachs dans leur exercice. C'est toujours le client qui est au centre. C'est lui qui, au final, atteint son objectif et utilise ses propres ressources.

L'approche du coach est centrée sur la personne. Carl Rogers (1902-1987) disait que « *c'est l'individu et non le problème qui est au centre* ». Il a créé l'approche centrée sur la personne (ACP) et défini trois attitudes de base nécessaires :

- Le regard positif inconditionnel ; il considère la personne dans son devenir. Le principe est de suivre l'autre dans son propre cheminement et non pas de l'orienter selon nos propres interrogations, jugements, désirs et solutions.
- L'empathie envers les autres ; la sensibilité pour ressentir ce que l'autre ressent. Tout en respectant notre interlocuteur.
- La congruence comme attitude de l'authenticité, être à l'écoute de l'autre tout en étant à l'écoute de soi-même.

Le coach doit donc posséder un « coach-attitude ». Il voit en son client quelqu'un qui possède en lui les ressources et tout le potentiel pour atteindre son objectif. Le coach ne juge pas. Il accueille son client avec bienveillance. Il ne lui impose rien. Il le respecte avec ses forces, ses faiblesses, ses valeurs et croyances.

### 3.4. Clients potentiels

Il y a ceux qui possèdent toutes les ressources pour se mettre en action et atteindre les objectifs.

Mais tout le monde n'est pas apte à trouver en soi des forces et des possibilités d'évolution nécessaires à avancer de façon optimale vers un objectif.

Il y a ceux qui ne se rendent pas forcément compte et qui n'y prêtent pas attention car ils ne sont pas affectés dans leur quotidien. Dans ce cas et dans le secteur professionnel il se peut que la demande du coaching soit faite par l'employeur et donc proposée au client.

Et il y a ceux qui sentent que quelque chose ne va pas, que « les montures de leur attelage ne vont pas à la même allure ». Ils se posent alors des questions sur leur fonctionnement, leur pensée et raisonnement. En fonction de leur personnalité et de la nature de leur besoin ils vont choisir entre un conseil, une thérapie ou analyse ou...ils demandent l'accompagnement d'un coach.

## 4. POSSIBILITES

Le coaching s'adresse à tous et toutes qui souhaitent trouver eux-mêmes comment libérer leurs ressources et leurs pouvoirs personnels afin d'améliorer leurs performances, leur relation avec les autres, s'approcher de la réalisation d'un projet ou tout simplement gagner en confiance en soi.

Le coach joue un rôle dans toutes les situations où une personne a un objectif précis et a besoin de trouver les ressources lui permettant de l'atteindre. Il peut s'agir du changement d'un poste, de l'amélioration d'une relation, des difficultés de se fixer des priorités, etc.

Les buts du coaching sont adaptés à chaque cas mais toujours formulés dès le début d'un accompagnement.

Le Docteur Myriam NCIRI, ancienne patiente, Médecin et Coach certifié, dit : *« J'ai eu la chance de me faire accompagner. Le fait d'avoir pu parler au cours de séances de coaching hebdomadaires, d'avoir été écoutée, d'avoir pris conscience des conflits émotionnels qui m'habitaient, d'avoir identifié et clarifié ce qui était vraiment important pour moi, de me fixer des objectifs, de devenir actrice de ma guérison, m'a permis de sortir la tête de l'eau, de re-*

*prendre ma vie en main, de renaître à moi-même » (16) . Elle ajoute plus loin que « le coach se consacre à aider les malades à rester dans la réalité du présent et non pas dans l'angoisse du futur ».*

Le Professeur Claude Maylin, cancérologue à l'hôpital Saint-Louis à Paris, utilise depuis plusieurs années le « coaching médical » dans la prise en charge de ses patients.

Il a défini plusieurs stratégies importantes dans son accompagnement (17) :

1. Les trois objectifs du combat
2. Les trois objectifs du coaching médical
3. Les trois fondements du coaching médical
4. Les trois nécessités du coaching médical
5. Les trois obligations du coaching médical
6. Les trois exigences du coaching médical
7. Les trois partenariats du coaching médical
8. Les trois nouveaux objectifs pour le Plan Cancer
9. Les trois valeurs essentielles du coaching médical
10. Les trois revendications pour un meilleur coaching médical
11. La demande de création d'un ministère à la lutte contre le cancer

Bien que le coaching médical, tel que le Professeur Maylin le pratique, ne corresponde pas à l'accompagnement qu'un coach certifié puisse proposer en dehors de l'environnement hospitalier et médical, nous partageons quelques points et valeurs importants.

Je me retrouve entièrement dans ses points « *engagement sans faille* » de la 2<sup>ème</sup> stratégie ; la « *prise en compte des aspirations et des besoins du patient* » et la « *relation soignants-soignés* » de la 3<sup>ème</sup> stratégie ; le « *respect absolu des droits du malade* » dans les « *Nécessités du coaching médical* » ainsi que « *la compassion pour le malade* » et le « *respect de l'éthique et des différentes croyances religieuses et spiritualités* » dans le neuvième point.

Notre terminologie n'est pas la même. Pour un coach la personne qu'il accompagne est le « client » ou le « coaché », pas le patient ou le malade.

Le coach ne soigne pas. Il ne guéri de rien. Il accompagne dans un changement ou vers un objectif. En même temps, ces idées sur l'être humain et sa prise en charge se retrouvent dans l'approche psycho-dynamique, le coaching médical et le coaching de vie.

Le Professeur Maylin affirme dans son ouvrage que « *le coaching personnalisé peut soutenir, à la fois moralement, psychologiquement et socialement, le patient* ». Ses mots font référence aux angoisses du traitement.

Ils sont néanmoins transférables dans le coaching de vie en général : à travers le travail qu'il effectue avec le coach, le client peut en effet être soutenu dans l'acceptation de ses ressentis ou dans l'adaptation de son comportement à une situation ou un événement. Il peut encore réussir à contourner des obstacles sur le chemin vers son objectif, lever les freins qui l'empêchaient de se mettre en route vers un but. Il peut améliorer sa relation avec les autres, comprendre ses propres motivations et valeurs.

La clientèle individuelle du coach vient pour des objectifs personnels, tels que l'arrêt du tabac, la gestion du poids, le contrôle des émotions ou la recherche de talents, des forces et du vrai « moi » par exemple. Les difficultés de la vie comme une perte d'emploi, une séparation conflictuelle ou une ambiance familiale tendue peuvent également inciter les clients à entamer un travail de coaching de vie. Parfois un client n'a pas un objectif clair et bien défini et il souhaite juste éclaircir ses réflexions.

Parmi toutes les personnes susceptibles de faire appel à un coach de vie il peut y avoir des personnes atteintes d'une maladie cancéreuse, les proches d'un malade ou encore les soignants. Afin de les accueillir le mieux possible, j'ai cherché à m'instruire d'avantage concernant l'état psychologique d'une personne ayant un cancer et traversant pendant une période, plus ou moins longue, des difficultés et des traitements lourds. A apprendre plus concernant son ressenti, concernant sa propre finitude et l'incertitude de guérison. A comprendre mieux la problématique de la famille qui voit un proche souffrir, qui risque de le perdre, qui doit continuer à vivre. A considérer les réactions des professionnels de la santé qui, dans leur contact quotidien avec la maladie et tout ce qu'elle engendre, sont confrontés à leur propre fonctionnement psychique.

L'accompagnement coaching du personnel hospitalier en général (effectué par le cadre santé ayant été formé ou par un intervenant extérieur) est déjà présent dans certains établissements. Plusieurs types de coaching peuvent être observés : de développement, d'évolution et de transition ou d'affirmation de soi par exemple. L'objectif de vouloir communiquer avec plus d'authenticité relève également du champ de coaching. (18)(19)

Dans l'accompagnement des proches de malades et des soignants, le coaching de vie a sa place à tout moment. Le moment dépend de la demande personnelle et différente de chacun. Les proches des malades n'ont que des devoirs. Ils doivent soutenir, comprendre et accepter. Ils n'ont pas le droit de 'craquer'. Ils disent de ne pas vouloir ou devoir montrer leurs angoisses et peurs par rapport à la maladie et l'issue éventuelle ou l'état physique et psychique de leur proche malade. Le coaching peut les aider à définir leur objectif personnel et prioritaire par rapport à la maladie d'un proche, à mieux comprendre leur ressenti et à entamer le cheminement vers cet objectif avec authenticité. Le coaching peut les amener aussi à accepter cette place ponctuelle qui est la leur face au malade et la maladie.

Le travail des soignants est difficile. Ils évoluent en milieu de la maladie de façon différente et individuelle, propre à chacun. Leurs raisons pour un coaching varient également. Plusieurs demandes sont imaginables :

- Il veut prendre plus de distance car il a tendance à trop s'impliquer émotionnellement.
- Ou, en contraire, il souhaite montrer plus d'empathie envers ses patients.
- Il ne trouve pas sa place au sein de l'équipe.
- Il est trop présent dans son travail et veut rééquilibrer travail/famille/loisir.

Dans certains cas le coaching de vie débouche dans le souhait du client à commencer un autre type de travail sur lui-même par une analyse ou une thérapie.

A mon sens ce type d'accompagnement s'adresse à peu de patients pendant le traitement. Il s'adresse à ceux souhaitant mieux traverser la période de la maladie et ayant la force psychologique et l'énergie nécessaire à combiner les traitements lourds et contraignants avec le travail sur un objectif précis en dehors de l'hôpital. Il s'adresse à ceux pour qui la victoire sur le cancer est devenue un objectif conscient.

Marie Semidei, auteur du livre 'Les amazones n'ont pas peur des crabes' nous disait : « *J'ai du trouver des ressources en moi, car je suis moi toute seule* » !

Ce sont les patients comme Marie Semidei et Myriam Nciri qui pourront profiter du coaching. Le coach, cet allié neutre, bienveillant et sans jugement, les aidera alors à découvrir leurs forces et ressources et la meilleure façon de les employer.

Concernant les personnes qui j'ai pu croiser pendant mon stage, le coaching pourra être proposé pour plusieurs raisons :

La personne décrite dans la première étude de cas souhaite arrêter de fumer. Ou il veut changer son comportement envers les autres en cas de stress. Ou sa priorité est de mieux vivre la séparation de sa femme. Un travail de coaching peut alors être proposé pour atteindre un des objectifs. Les protocoles utilisés pour dépasser les obstacles entre l'état présent et l'objectif visé varient et dépendent de la nature de la problématique. Nous n'utilisons pas les mêmes techniques pour améliorer un ressenti ou renforcer une motivation, pour changer un comportement dérangeant ou une croyance limitante.

Un coach pourra également proposer d'accompagner la fille de la patiente dans la deuxième étude de cas. Pour l'aider à mieux faire face à cette croyance qu'elle exprime (son cancer il y a dix ans après un 'choc' et sa peur que la situation d'aujourd'hui risque de déclencher de nouveau une maladie cancéreuse chez elle). Il questionnera d'abord la cliente pour savoir si elle voit cette croyance aidante ou limitante. Si elle la juge limitante, le coach pourra alors lui proposer de faire un travail pour remplacer cette croyance par une autre, aidante pour la cliente. La croyance limitante « la situation risque de déclencher le cancer » pourra par exemple devenir « j'ai vaincu il y 10 ans, je peux le refaire aujourd'hui ». Ceci est purement hypothétique car tout dépend de la cliente puisque c'est elle qui amène ses solutions. Le coach les fera alors émerger.

Le personnel soignant pourra bénéficier d'un coaching dans le but d'améliorer son propre ressenti face aux patients et aux proches dans ces situations extrêmes ou tout simplement pour renforcer l'entente d'équipe par la découverte de la présence d'objectifs communs à tous dans leurs quotidien. L'exercice du S.C.O.R.E en PNL permet, par exemple, de recueillir, en équipe, des informations. Le coach proposera par la suite et dépendant des informations obtenues, un travail ensemble, pour trouver, par exemple, un but commun, ou, d'une façon plus individuelle, un travail avec chacun sur une problématique spécifique.



## 5. LIMITES

Les limites ne se situent pas dans le coaching lui-même mais plutôt dans le bagage professionnel du coach. Un psychologue, infirmier ou médecin certifié en coaching de vie peut parfaitement appliquer certains protocoles de façon ponctuelle pour améliorer le ressenti du patient tout au long de sa prise en charge au sein de l'hôpital.

Un patient angoissé face aux effets secondaires de la chimiothérapie pourra avoir pour objectif de diminuer cette angoisse. Des outils spécifiques peuvent alors être envisagés pour aider le patient à vivre plus dans le présent sans appréhender le futur. Cela ne veut pas dire de renier l'avenir. Ça enlève seulement ce ressenti négatif associé.

Lors de la septième session théorique dans le cadre du D.U. de l'approche psycho-dynamique du cancer chez l'adulte 2012 sur le thème 'Guérit-on du cancer ?', Yolande Arnault, Psychologue Clinicienne à l'IPC Marseille, disait « *On a du mal à entrer dans la maladie et du mal à en sortir* ». Le personnel de santé accompagne parfaitement l'entrée et la traversée de la maladie. Les consultations de clôture commencent à être envisagées afin de faciliter la sortie de la maladie pour le patient. Les objectifs visés sont, entre autres, la gestion des effets secondaires, une continuité entre acteurs initiaux et de surveillance, une anticipation des répercussions psycho-sociales à long terme. (20) Le dispositif de sortie est axé autour de plusieurs consultations et entretiens : Consultation médicale, Entretien soignant, Consultation psychologique (systématique à 3 mois), Consultation sociale pour la réinsertion professionnelle et sociale, Consultation prévention et risques génétiques.

La consultation sociale est jugée importante car la parenthèse, que le cancer oblige le patient à faire, contribue souvent à une exclusion du monde de travail, de la famille, de la société. En effet, le patient a parfois du mal à (re)trouver sa place en tant qu'homme ou femme, parent, enfant, salarié, frère ou sœur. Pendant son absence, la vie de famille s'est organisée autrement. L'emploi est occupé par un collègue. La vie de 'dehors' a continué. Le patient est-il donc puni d'être malade ? Puni d'être guéri ?

Lors de la même session, Michèle Benhaïm, Psychologue et Psychanalyste, a exprimé à juste titre qu' « *on ne change pas l'évènement mais notre façon de l'élaborer !* ». Nombreux sont les personnes qui, après-cancer, partent à la recherche du sens de ce qu'on vit.

A ce titre, le but du modèle de Frédéric M. Hudson, Ph.D., Université de Columbia, N.Y., fréquemment utilisé en coaching, est, entre autres, justement de trouver un sens quoi que nous

vivions, quoi que nous fassions. Il faut visualiser l'avenir, apprendre à développer des stratégies, planifier les étapes et avoir des objectifs concrets.

La limite du coaching est, bien évidemment, atteinte si le client présente des pathologies psychologiques. Le coach l'adressera alors à un psychiatre ou à un psychologue.

## 6. CONCLUSIONS

Le coach peut contribuer à accompagner cette phase « d'après ». Il poursuit ainsi la prise en charge globale du patient sur un autre plan. L'ancien patient est, à nouveau, acteur à part entière de sa vie. Après ce long moment de traitements lourds et difficiles le patient se détourne de la notion d'hôpital et de la maladie. Le mot « psychologue » est parfois mal vécu. Le coach peut alors palier cette période et accompagner la personne dans sa quête personnelle dans le présent pour mieux vivre le retour dans ses différents rôles dans la société. Le retour dans la 'nouvelle vie normale' peut ainsi mieux aboutir.

Le comportement du personnel de santé que j'ai pu observer, ainsi que les aspects de la psycho-oncologie, sont d'ailleurs, pour beaucoup, proches de ceux pré requis au coaching : la bienveillance, l'absence du jugement, l'acceptation de la singularité de chacun, la recherche de stimuler le patient (client) de puiser dans ces forces.

A titre personnel je peux affirmer que non seulement le coaching a sa place dans l'approche psycho-dynamique du cancer mais, aussi et surtout, que l'approche psycho-dynamique du cancer a une grande place dans mon coaching de vie. Ces enseignements m'ont transformé sur le plan personnel, relationnel et professionnel. Je connais d'avantage mes forces et les possibilités du coaching ainsi que mes propres limites.

Je crois que le coach de vie peut devenir une figure supplémentaire sur l'échiquier de la lutte contre la maladie vers « l'échec » et, si possible, le « mat » du cancer pour les patients, les proches ou les soignants.

Son action s'inscrivant dans l'étroite collaboration avec, notamment, le psychologue du service va, de ce fait, être efficace et synergique.

J'ai aussi trouvé un début de réponse à mes questions sur l'impact du cancer sur les patients.

Leur besoin est le même que celui des autres clients. Ce sont des êtres humains comme nous tous. Le cancer fait en sorte que leur fonctionnement psychique, leurs peurs, leurs angoisses et pulsions sont plus observables et palpables. Leurs mécanismes de défense contre ce traumatisme sont les mêmes, plus prononcés. Le cancer ne change pas les gens, il révèle leur sensibilité face à la confirmation de leur finitude.

Ils ont besoin d'être acceptés, d'être aimés avec leur maladie, d'être soutenus, dorlotés ou responsabilisés. Sauf que, en phase aiguë de la maladie, ils ont des besoins complémentaires. Ils doivent combattre le cancer. Ils font le deuil d'une partie de leur corps, d'une vie «d'avant ». Ils sont déboussolés par l'intrus cancer qui apparaît de façon brutale et peut-être imprévisible. Ils définissent de manière personnelle et solitaire leur choix de comportement face à cet événement pour l'aborder à leur façon.

La réponse à ma deuxième question : puis-je accompagner les clients atteints d'une maladie cancéreuse de la même façon que les autres, est « *Oui...et Non* » !

Oui, car au moment de leur demande du coaching ils souhaitent aller, comme les autres clients, vers un objectif. A partir de ce moment je peux les accompagner de la même manière (sachant qu'on n'accompagne jamais deux clients de la même façon et que chaque coaching est unique et personnel).

Non, car l'intrusion par le cancer a eu un impact certain sur leur vie. Relativisent-ils plus que les autres ? Ont-ils plus besoin de s'interroger sur les « grands questions » de la vie ? Le sens qu'ils donnent aux événements et situations est-il modifié ?

Les réponses à ces questions là, seule le temps peut mes les apporter...

Je vois ainsi mon activité en tant que Coach de Vie enrichie par ces expériences complémentaires. Je suis armée pour accueillir aussi ces personnes atteintes d'un cancer, ceux ayant vécu une maladie cancéreuse, les proches d'un malade ainsi que les soignants. Mon bagage professionnel, mes expériences et mes formations me permettent de les accompagner sur un bout de leur chemin et de leur apporter ce qu'ils cherchent dans le coaching.

Je souhaite terminer par une image que je juge parfaitement adaptée et qui illustre bien qu'avec le coaching de vie le client peut quitter son fonctionnement habituel et partir à la recherche de ses propres solutions et réponses, sur un chemin qu'il choisira librement, vers l'atteinte de son propre objectif !



**Je serais alors là pour « trouver l'autre là où il est, sans l'avancer, à son rythme » !** (21)

Je suis convaincue qu'il y a des choses qui ne s'apprennent pas à l'école ou à l'université. Ce 'petit plus' se détecte dans l'attitude des acteurs que j'ai rencontré et apprécié à l'hôpital, des personnes qui j'ai pu croiser lors des sessions théoriques, des amis qui j'ai la chance de fréquenter dans ma vie.

Parfois il faut juste **être** pour faire la différence !

*On ne peut rien apprendre au gens, on peut seulement les aider à découvrir qu'ils possèdent déjà en eux tout ce qui est à apprendre.*

Galilée, 1564 - 1642

1. **R.GORI, P. LE COZ.** *L'empire des coachs*, Albin Michel, 2006
2. **Larousse.**
3. **Dolbeault, Dauchy, Brédart, Consoli.** *La psycho-oncologie*, John Libbey Eurotext, 2007
4. **cancer, Institut national du.** *Rapports et Synthèse 2012.*
5. [www.plan-cancer.gouv.fr](http://www.plan-cancer.gouv.fr). [En ligne]
6. **Sarrandon-Eck, Aline.** *Approche psycho-dynamique du cancer*. s.l. : érès, 2004.
7. **BEN SOUSSAN, Patrick.** 3ème session IPC Marseille Promo 2011/2012.
8. **ZORN, Fritz.** *Mars*. s.l. : Fischer Verlag, 1994.
9. **CS\_HDJ.** Livret d'accueil des personnels et stagiaires. 2012.
10. **RUSZNIEWSKI, Martine.** *Les mécanismes de défense. Extraits du livre "Face à la maladie grave"*. s.l. : Dunod, 1999.
11. **ANGIOLINI, Christine.** *"Les Proches"*. 7, 2008.
12. **Cannio, Launer.** *Cas de Coaching*. s.l. : Eyrolles, 2008, 2010.
13. **Riordan, R.** *Percy Jackson*. s.l. : Albin Michel.
14. **Rowling, K.** *Harry Potter*. s.l. : Folio Junior.
15. **Bottero, Pierre.** *Ellana; Ewilan; L'Autre*. s.l. : Rageot.
16. **NCIRI, Myriam.** Place du coaching médicale en oncologie. [www.esculape.ma/Coaching.pdf](http://www.esculape.ma/Coaching.pdf). [En ligne] 12 2008.
17. **MAYLIN, Claude.** *Un plaidoyer pour guérir*. s.l. : Triartis, 2006.
18. **Barreau, Pascal.** Soins cadre de santé, supplément n°66.  
[http://www.fredericdemarquet.com/sites/default/files/le\\_coaching](http://www.fredericdemarquet.com/sites/default/files/le_coaching). [En ligne]
19. **Bernardi, M.** [www.ica-icn.com/tl\\_files/icn/memoiresLM.Bernardi.pdf](http://www.ica-icn.com/tl_files/icn/memoiresLM.Bernardi.pdf). *Le coaching, un nouveau outil d'accompagnement à l'hôpital*. [En ligne]
20. **Camerlo, Jacques.** 7ème session IPC, Guérit-on du cancer? *Une consultation de fin de traitement*. 2012.
21. **Cannone, P.** 7ème session IPC, Guérit-on du cancer? *L'épreuve du cancer: des mots de malades?* 2012.

## REMERCIEMENTS

*Merci à Karen, Sylvie, Isabelle, Anne, Béatrice, Dominique, Marylise, Odile, Virginie, Nicolas, Franck, Jean-Marie et tous les autres acteurs du CHPG qui m'ont accueilli dans leurs services et qui ont partagé leur savoir-faire et surtout leur savoir être.*

*Merci à mes amis qui me soutiennent depuis toujours ou depuis hier et avec qui je peux discuter de tout et de rien.*

*Merci à Michèle et Christiane. Deux femmes importantes dans différentes étapes de mon développement personnel.*

*Merci à ma famille sans laquelle je ne serai pas qui je suis.*

*Merci à mes enfants qui ont gagné en autonomie et qui ont joué le jeu lors de mes absences.*

*Merci à toi Christian. Grâce à toi j'ai pu accomplir nombre de mes rêves...*

*Merci à tous ceux qui, à un moment ou à un autre, ont contribué à me faire avancer sur mon chemin.*