



Enveloppe-moi. Analyse de la spécificité de l'action du psychomotricien dans le soutien de l'intégrité psycho-corporelle du patient atteint de maladie grave

Emmanuelle Bohers

► To cite this version:

Emmanuelle Bohers. Enveloppe-moi. Analyse de la spécificité de l'action du psychomotricien dans le soutien de l'intégrité psycho-corporelle du patient atteint de maladie grave. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01196155

HAL Id: dumas-01196155

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01196155>

Submitted on 9 Sep 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

ENVELOPPE-MOI

Analyse de la spécificité de l'action du psychomotricien
dans le soutien de l'intégrité psychocorporelle du
patient atteint de maladie grave

Emmanuelle BOHERS

Née le 20.04.1987 à Lormont

Nom du directeur de Mémoire : **Jean-Guillaume LAVIELLE**

Juin 2015

UNIVERSITE de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien



ENVELOPPE-MOI

Analyse de la spécificité de l'action du psychomotricien
dans le soutien de l'intégrité psychocorporelle du
patient atteint de maladie grave



Emmanuelle BOHERS

Née le 20.04.1987 à Lormont

Nom du directeur de Mémoire : **Jean-Guillaume LAVIELLE**

Juin 2015

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes rencontrées au cours de mon stage, à l'équipe soignante qui m'a accompagnée et aux patients pour avoir accepté ma présence à leur côté.

Merci à Jean-Guillaume Lavielle pour avoir su me guider avec douceur et bienveillance dans le cheminement de ce mémoire. Merci de m'avoir transmis son expérience et de m'avoir fait partager toute l'humanité de sa pratique.

Merci à Marie, Maud et Dominique pour leur investissement, leur écoute et leur aide si précieuse tout au long de l'écriture de ce mémoire.

Merci à mes amis et à ma famille pour leur présence et leur soutien tout au long de ces années d'étude.

Et enfin, merci à Arnaud pour ses encouragements, son soutien inconditionnel et sa présence sans faille à mes côtés.

Avant-propos

Si j'ai rencontré la psychomotricité lors de mes précédentes études en psychologie, l'évidence ne s'est pas faite sur l'instant. Il m'a fallu vivre une première vie faite de passions et de déceptions, de victoires et d'échecs, de découvertes et de désillusions. Ce parcours m'a permis de me construire, de me connaître si tant est que l'on puisse se connaître réellement un jour.

Mais si le parcours fut long, un trait de caractère n'a eu de cesse de s'affirmer, sous bien des formes mais toujours là : le besoin de l'autre, de l'échange, dans la recherche du mieux-être, du mieux vivre. C'est cette nécessité qui a guidé mes choix, de la psychologie aux ressources humaines, du droit à la sophrologie. Mais aucune de ces routes ne m'a menée où je souhaitais être.

Puis revint la psychomotricité. Ce mémoire est pour moi l'occasion de poser un bilan sur ces années de formation et les premiers pas du nouveau voyage que j'ai choisi et de prendre un second souffle. Cette réflexion est également l'opportunité de me projeter dans le concret de la discipline et le quotidien du pratiquant auprès de l'autre qui m'intéresse tant.

Cet autre justement, il a fallu faire le choix d'un lieu où je le rencontrerai, du besoin que je pourrai nourrir et des attentes que je pourrai répondre. Et si la psychomotricité a vocation à s'exprimer dans une infinité de situations, j'ai pris le parti d'aller la découvrir à un moment fort de la vie, au sein d'une chambre de soins palliatifs.

Je ne sais pas si je pourrai un jour déceler les différentes raisons de cette décision. Il y a certes l'évidence de la résonance de ma propre condition d'être humain qui peut basculer à tout moment dans la maladie. Il y a aussi cette volonté de rencontrer la mort dans ce qu'elle a de plus injuste et de plus naturelle, pour la comprendre et la désacraliser.

Finalement ce qui me pousse dans cette aventure n'est pas la mort mais la vie. Car je suis certaine que je vais observer et participer à de véritables temps de vie, avec comme mission de faire de ces moments par définition douloureux et tristes, des instants d'apaisement et de partage.

Sommaire

Remerciements	4
Avant-propos	5
Sommaire	6
Introduction	8
Problématique	10
Partie 1 : Une prise en charge palliative de la personne gravement malade	12
I. Les soins palliatifs.....	12
A. Définition	12
B. Multiplicité des lieux de prise en soins.....	16
II. La maladie grave	18
III. Douleur et souffrance	19
A. Concept de « Total Pain »	19
B. La douleur	21
IV. La mort.....	26
Partie II : La maladie grave bouleverse l'intégrité psychocorporelle	28
I. Les atteintes réelles du corps	28
A. Les symptômes physiques	28
B. Les symptômes psychologiques	31
II. Les répercussions psychomotrices de la douleur et des symptômes de fin de vie	35
A. Altération du tonus.....	35
B. Modification des praxies et des mouvements	37
C. Déstructuration du schéma corporel.....	38
D. Déstructuration de l'image du corps	39
E. Modification de l'espace et du temps	39
III. Un concept pour comprendre : Les enveloppes corporelles et psychiques	42
A. Définition	42
B. L'instauration de l'enveloppe psychocorporelle	43
C. La peau : créatrice du sentiment d'unité et de l'enveloppe psychique	47
D. Le Moi-peau	48
E. Le sentiment d'une continuité d'existence.....	50
F. Conclusion.....	52
Partie III : Au cœur des soins psychomoteurs.....	53

I.	Une qualité de prise en charge dans les outils et dans l'approche thérapeutique.....	53
A.	Les indications et objectifs en unité de soins palliatifs.....	54
B.	Observation, écoute et empathie	56
C.	Le cadre.....	58
D.	Les médiations.....	59
E.	Conclusion.....	66
II.	Les limites de la psychomotricité auprès de patient atteint de maladie grave	67
A.	L'équipe soignante	67
B.	Le refus du patient ou de sa famille	67
C.	La douleur	68
D.	La temporalité	68
E.	Le psychomotricien.....	69
III.	Etude de cas : Prise en charge de M. N.	70
	Anamnèse.....	70
	Rencontre et évaluation de Monsieur N. :	71
	Première séance de psychomotricité avec M. N.	74
	Deuxième séance de psychomotricité avec M. N. en présence de son épouse	77
	Fin de la prise en charge de M. N.....	80
	Mon ressenti personnel	80
	Conclusion.....	82
	Bibliographie	83
	ANNEXE	86
	Annexe 1 : Dessin de M. N.....	86
	Table des matières	87

Introduction

La psychomotricité, une discipline complexe et vaste qui se décline dans divers lieux auprès de populations variées et touche tous les âges de la vie.

Cette profession qui rassemble tous les psychomotriciens autour d'une philosophie commune, celle de l'unité corps-esprit. Une philosophie qui remet en cause les hypothèses de DESCARTES et PLATON d'une dualité corps-esprit où ce corps ne serait qu'une entrave à la transcendance de notre esprit. C'est ce cheminement vers cette conception de l'être dans sa globalité, notre engagement dans la relation qui nous donne notre spécificité.

Dans cette conception de l'unité psychocorporelle, mon choix de stage pour cette dernière année s'est orienté vers un lieu où le corps et le psychisme du patient sont fortement attaqués.

J'effectue un stage d'observation d'une semaine auprès de l'équipe de soins palliatifs afin de me familiariser avec les lieux. Je rencontre durant ce temps une femme très jeune, atteinte d'un cancer du sein extériorisé. Je suis saisie en entrant dans la chambre par l'odeur, la nausée m'envahit. L'infirmière et l'aide-soignante entrouvrent légèrement la fenêtre et disposent aux quatre coins de la pièce des huiles essentielles sur des mouchoirs. Je regarde ce ballet de gestes fluides et silencieux avant de finalement prendre le temps d'observer cette femme. Je suis frappée par sa maigreur et son teint livide. Elle respire difficilement et son visage se crispe par instant. De douleur ? De tristesse ? Je remarque ses mains où la peau est devenue translucide mais où est posée une couche de vernis orange vif qui détonne sur la couleur de sa peau. Je suis figée en me disant qu'elle est extrêmement jeune et qu'elle va mourir.

L'infirmière commence les soins, sa voix est douce, elle caresse doucement le front de la patiente tout en lui parlant. L'aide-soignante a pris sa main. Avec une délicatesse infinie, elles lavent, massent, apaisent ce corps qui ne tient plus qu'à un fil. Je remarque que son visage se détend. Elle ouvre un peu les yeux et sourit légèrement. L'atmosphère est moins emprise de douleur.

Je reste figée dans un fauteuil où je passe par toutes les émotions.

Face à cela je me demande comment la personne si gravement malade peut-elle encore vivre ? Et peut-elle encore seulement profiter de quelque chose ?

Le psychomotricien en unité de soins palliatifs va appréhender le patient en tant que personne dans sa globalité et le considérer en tant que individu. Ce dernier ne sera pas réduit à sa maladie ou au symptôme qui le touche.

La rencontre avec celui-ci sera très importante, le psychomotricien sera impliqué corporellement dans cette rencontre dans une juste distance empathique. L'objectif d'une prise en charge en psychomotricité va être de permettre à la personne de préserver son intégrité et son identité mises à mal dans la maladie grave.

L'outil principal du psychomotricien sera tout d'abord lui-même dans son engagement psycho-corporel, dans sa qualité de présence, dans sa qualité d'être juste là. Sans jamais rien imposer, en se saisissant des demandes de la personne, de ses besoins, en se réajustant perpétuellement, il amènera le patient à diverses propositions. Il va chercher à raccrocher la personne à son corps, à lui permettre de retrouver une harmonie psychocorporelle, de se vivre différemment et de pouvoir retrouver une perception positive d'elle-même. Car même si la fin de vie approche, on peut faire quelque chose de ce temps-là.

Problématique

C'est à partir de cette spécificité du psychomotricien que se développe ce mémoire.

Différentes réflexions ont émergées de ce stage d'observation et les questionnements qui en découlent sont nombreux :

Notre première réflexion va concerner la population rencontrée en unité de soins palliatifs, les patients atteints de maladie grave. Celle-ci induit des changements corporels importants mais également une atteinte importante sur le psychisme du patient. Douleur et souffrance vont se mêler au cœur de la maladie grave. **Quel va être l'impact de la maladie grave sur l'intégrité psychomotrice du patient ? Comment la maladie grave fragilise-t-elle l'intégrité psychocorporelle du patient ?**

Notre deuxième réflexion, liée à la première, va concerner la prise en charge par le psychomotricien et son action auprès de patients atteints de maladie grave. En effet, nous allons nous demander **quel va être le rôle du psychomotricien dans une démarche d'accompagnement non médicamenteuse et palliative ? Comment celui-ci va-t-il permettre au patient de préserver un lien positif et structurant avec son corps malade ? Comment celui-ci va soutenir l'enveloppe psychocorporelle mise à mal de la personne gravement malade ?**

Le propos de ce mémoire sera donc de se questionner sur l'approche du psychomotricien en unité de soins palliatifs. **Comment l'action du psychomotricien, à travers son savoir être et son savoir-faire, va-t-il pouvoir soutenir l'intégrité psychocorporelle du patient atteint de maladie grave ?**

Dans un premier temps, nous commencerons par définir les soins palliatifs, nous aborderons la notion de maladie grave, de douleur et de souffrance globale. Puis nous mettrons en avant les répercussions de la maladie grave sur l'intégrité psychocorporelle de la personne. Nous parlerons ensuite du concept d'enveloppe corporelle. Comment celui-ci va être utilisé par le psychomotricien à travers son savoir-faire et son savoir être afin de soutenir l'enveloppe psychocorporelle du

patient, et lui permettre de vivre ces derniers moments de vie le plus sereinement possible.

Partie 1 : Une prise en charge palliative de la personne gravement malade

Avant toute chose, il paraît essentiel de venir exposer ce qu'une prise en charge en soins palliatifs implique pour le patient et ce que signifie le terme « maladie grave ». Nous aborderons également les différents symptômes de la fin de vie entre douleur et souffrance.

« Quand on ne peut plus influencer le cours d'une maladie incurable, le malade n'en continue pas moins à demeurer un être vivant qui présente des symptômes sources de souffrance. Le traitement qui s'adresse à cette souffrance-là est dit palliatif : il ne traite pas la maladie mais le malade ; il ne prétend pas guérir mais soulager »¹.

I. Les soins palliatifs

A. Définition

Que signifie le terme « soins palliatifs » ? A mon arrivée dans ce lieu de stage, je me suis demandé que ce terme éveille chez les gens. Par des questionnements auprès de mon entourage, je me suis rendu compte que leur représentation était très morbide, les soins palliatifs, un mouroir, un service de gériatrie où la douleur et la souffrance sont omniprésentes.

Mais que sont réellement les soins palliatifs ? Et quelles sont leurs missions ?

Les soins palliatifs reposent sur un accompagnement du malade lorsque les soins curatifs destinés à guérir ne sont plus efficaces. En France, ce concept est introduit en 1842 par Mme Jeanne Garnier. Elle recueille des patients atteints de maladies incurables, rejetés par l'hôpital par crainte de la contamination. Naît alors l'œuvre des dames du calvaire dont plusieurs maisons ouvriront en France et à l'étranger. Mais ce n'est que dans les années 80 que les premières associations et

¹ AVEROUS V., MARCOS I., *Psychomotricité et soins palliatifs, Entretien de Bichat, Le corps en fin de vie : apport de la psychomotricité dans les soins palliatifs*, Expansion Scientifique Française, Septembre 2002.

textes de lois apparaissent. C'est alors que les soins palliatifs prennent réellement de l'ampleur en France².

La SFAP (Société Française d'Accompagnement et de soins palliatifs) propose de définir précisément le concept de « soins palliatifs » :

« Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès, et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche, à ce que ces principes puissent être appliqués »³.

Cette charte est fréquemment reprise et met en évidence une ligne de conduite dans la prise en charge de ces patients. Il est important de mettre en évidence les principaux éléments de cette définition afin de mieux comprendre la démarche palliative.

1. Des soins curatifs et des soins palliatifs en complémentarité

Il est essentiel de rappeler que les soins palliatifs ne sont pas uniquement réservés aux malades en phase terminale. Il n'y a donc pas d'opposition entre

² Histoire fondée sur les écrits suivants : GAUCHER-HAMOUDI O., GUIOSE M., *Soins palliatifs et psychomotricité*, HDF, 2007. INSTITUT UPSA DE LA DOULEUR, *Soins Palliatifs en équipe : le rôle infirmier*, 2006.

³ Définition des soins palliatifs et de l'accompagnement, www.sfap.org.

« soins curatifs » et « soins palliatifs » mais au contraire une continuité et une complémentarité dans ces deux types de prise en charge.

Si nous reprenons les définitions, le traitement curatif est l'ensemble de ce qui est mis en œuvre pour obtenir la guérison. Le traitement palliatif, selon le dictionnaire Larousse vise à diminuer les symptômes pénibles d'une maladie, sans agir sur la maladie elle-même. Les deux types de traitements vont être combinés durant l'évolution de la maladie. Ils vont être adaptés progressivement à l'état du patient et à ses besoins. Le confort du patient sera toujours le principal souci du projet de soin. De ce fait, un traitement curatif pourra être mis en place afin d'améliorer le bien-être du malade.

Le docteur SALAMAGNE explique que *« les malades arrivés à un stade avancé d'une maladie mortelle peuvent dans certain cas bénéficier d'une thérapeutique qui permettra une stabilisation de leur pathologie sans toutefois déboucher sur une guérison. Les objectifs à construire seront d'agir sur l'évolution de la maladie et de contrôler au mieux les différents symptômes présents sans pour autant être en opposition avec la philosophie initiale des soins palliatifs »*⁴.

2. Un travail interdisciplinaire

La démarche palliative va s'attacher à prendre en charge l'individu dans sa globalité et non pas se focaliser sur un organe ou une maladie. Les soins palliatifs sont dans une véritable dynamique holistique que seul un travail interdisciplinaire peut permettre. Montaigne disait « ce n'est pas une âme, ce n'est pas un corps, c'est un homme »⁵. Cette démarche va permettre la mise en œuvre de soins adaptés pour répondre aux besoins du patient et à la complexité des symptômes que peut entraîner la maladie grave.

Cette pluralité de regards va permettre l'installation d'une notion de sécurité. En effet, la présence humaine permanente, la cohérence et la continuité des soins garantissent une enveloppe rassurante pour le patient qui sera toujours écouté,

⁴ SALAMAGNE M., *Place de la médicalisation des soins palliatifs*, Manuel de soins palliatifs, p.670, 2001.

⁵ Citation de MONTAIGNE M. issu de l'encyclopédie de l'Agora, www.agora.qc.ca.

entouré. Chaque professionnel, avec sa spécificité, pourra ainsi saisir quelque chose du patient et permettre de créer un accompagnement unique au plus proche des désirs et des attentes de la personne lors des réunions d'équipes notamment.

De plus, ce travail interdisciplinaire permet aux soignants de ne pas être isolés et de dialoguer autour des différents soins proposés. *« L'interdisciplinarité suppose un dialogue et l'échange de connaissances, d'analyses, de méthodes entre deux ou plusieurs disciplines. Elle implique qu'il y ait des interactions et un enrichissement mutuel entre plusieurs spécialités »*⁶.

3. Une position éthique

L'éthique appartient au champ de la philosophie. Si on reprend la définition de la SFAP *« Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort »*⁷.

Il est clair qu'une des positions éthiques est le refus de l'euthanasie. *« L'euthanasie est un acte qui consiste à administrer volontairement à un malade, à un handicapé ou à un blessé incurable, dans le but d'abrégé la durée de leur souffrance, une drogue ou un produit toxique qui met rapidement fin à leur vie »*⁸.

De plus, un des autres principes éthiques importants est le refus de l'acharnement thérapeutique où l'administration de traitements ou de soins aurait pour but de prolonger la vie mais serait néfaste pour le confort du patient.

Ces positionnements sont délicats et demandent aux soignants d'être dans des réflexions éthiques permanentes, pour chaque situation quant à leurs soins. Chaque patient est unique et ces questionnements sont alors essentiels pour que puissent émerger les meilleures solutions.

⁶ SKORY OPPIGER A., ANDREETA DIBLASIO R., *L'interdisciplinarité: un cadre et un outil en thérapie psychomotrice*, Thérapie psychomotrice et Recherche n°156, 2008.

⁷ Définition des soins palliatifs et de l'accompagnement, www.sfap.org.

⁸ GAUCHER-HAMOUDI O., GUIOSE M., *Soins palliatifs et psychomotricité*, HDF, 2007, p.16.

En effet « *la réflexion éthique permet d'aborder la fin de vie des patients en termes de décision concertée et responsable. Elle donne la priorité au soulagement des symptômes et à la qualité de vie des patients. Elle recherche un juste équilibre entre le désir du patient et/ou de sa famille, le projet médical et soignant, et les impératifs légaux et déontologiques. Elle inscrit la relation avec le patient dans un contrat thérapeutique au sein duquel les soignants s'engagent à respecter son intégrité physique et morale. Un tel contrat évite la dérive, soit vers l'abandon des soins, soit vers l'accélération de la fin de vie, en donnant du sens à ce temps qui précède la mort. Elle correspond à ce que nous nommons l'accompagnement de la personne en fin de vie* »⁹.

B. Multiplicité des lieux de prise en soins

La prise en charge palliative doit pouvoir se donner partout aussi bien à l'hôpital, au domicile (25% de la population y décède) ou en lieu de vie (EHPAD), ainsi il existe différentes modalités d'accueil et d'accompagnement de la personne atteinte de maladie grave. L'avis de la famille est évidemment à considérer selon leurs capacités et leurs ressources.

- Les soins palliatifs à domicile nécessitent une bonne coordination. Les équipes d'hospitalisation à domicile (HAD) interviennent afin d'évaluer le possible retour à domicile et permettre de coordonner les soins libérales. Le confort et la qualité de vie restante vont être la priorité. Il est donc important de tenir compte de l'environnement psychologique et matériel du patient et de sa famille.

- Les unités de Soins Palliatifs (USP) sont des unités intégrées au sein des hôpitaux. Elles comportent environ 10 lits. Elles accueillent des patients en phase terminale mais également pour des séjours de répit ou d'adaptation de traitement contre la douleur ou divers symptômes. Les admissions se font souvent pour des cas complexes et difficiles où les symptômes de fin de vie peuvent être intenses. Les unités de soins palliatifs font face à des situations de « crise » qui peuvent mêler

⁹ INSTITUT UPSA DE LA DOULEUR, *Soins palliatifs en équipe : le rôle infirmier*, 2006, p.21.

souffrance morale, douleur et dynamique socio-familiale complexe. Elles offrent une prise en charge pluridisciplinaire.

- Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) sont des regroupements de professionnels (médecin, infirmière, psychologue, psychomotricien, assistante sociale...) qui vont intervenir soit dans les services hospitaliers soit au domicile. Leur mission est d'apporter leur aide, leur écoute, leurs pratiques aux équipes médicales dans des situations problématiques de patients en fin de vie (gestion de la douleur ou autre symptôme, retour ou maintien à domicile, accompagnement psychologique ou social...). Elles ont un rôle majeur de conseil et de soutien aux soignants mais également un rôle de relais auprès de la personne malade et de sa famille.

- Les lits identifiés en soins palliatifs (LISP) se trouvent au sein d'un service d'hospitalisation. Ils sont nés d'un désir d'améliorer la qualité des soins pour les malades hospitalisés, ils reçoivent un financement particulier permettant d'augmenter le nombre de personnels soignants. Les patients déjà suivis dans le service peuvent donc en bénéficier mais également des malades en période de crise venant du domicile ou d'une autre structure de soin.

- La consultation en hôpital de jour permet l'accueil de patients provenant du domicile. Le patient et sa famille peuvent bénéficier d'un soutien, de conseils et de soins (psychologue, kinésithérapeute, psychomotricien...) qui vont contribuer au maintien à domicile et éviter des hospitalisations. L'hôpital de jour est également une alternative économique à l'hospitalisation.

II. La maladie grave

L'OMS conçoit les soins palliatifs comme « *des soins actifs dans une approche globale des personnes atteintes d'une maladie grave ou en phase terminale* »¹⁰.

Nous allons essayer de donner ici une définition de ce qu'est la maladie grave.

La santé est une notion dans laquelle nous sommes immergés depuis l'enfance. La santé est toujours rattachée aux notions de bien-être, ou de maladie. Il paraît essentiel de définir ces différentes notions.

Pour l'OMS, la santé se caractérise par « *un état de complet bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »¹¹. La santé s'exprime donc dans toutes les dimensions biologiques, sociales, psychologiques.

Le bien-être est une notion assez large qui selon l'ARS (haute autorité de santé) est « *un concept que chacun est appelé à définir, dans son environnement, son époque* ».¹² En effet, le bien-être est une conception propre à chacun et qui peut évoluer au cours de la vie. Il est le résultat d'un corps satisfait, d'un esprit serein dans un juste équilibre.

La maladie est selon le dictionnaire Larousse¹³, une altération de la santé, des fonctions des êtres vivants. Il y a quelque chose qui se dégrade.

Nous pouvons alors nous accorder en décrivant la maladie grave comme une altération de l'état général de santé dont va découler la mise en danger de vie de l'individu.

¹⁰ Définition des Soins Palliatifs par l'Organisation Mondiale de la Santé, www.who.int/fr/

¹¹ Définition de la Santé par l'Organisation Mondiale de la Santé, www.who.int/fr/

¹² Diaporama ARS : rappel des concepts et définitions

¹³ www.larousse.fr/dictionnaire/français/maladie/48809

III. Douleur et souffrance

La maladie grave et évolutive entraîne généralement douleurs et souffrance, la douleur est rattachée à l'aspect physique et la souffrance plus à l'aspect moral. Ces deux notions ne sont pas à séparer, il existe un lien intime entre les deux. Nous allons essayer ici d'éclaircir ces différents concepts.

A. Concept de « Total Pain »

Mme Cicely SAUNDERS¹⁴ est à l'origine du concept de « *Total pain* » c'est-à-dire de « *Souffrance globale* ». Pour elle, la douleur comporte quatre dimensions non dissociables qui vont s'influencer en permanence les unes les autres. La souffrance globale a donc plusieurs aspects intriqués.

1. La dimension physique

Les **douleurs somatiques** sont liées à la maladie elle-même (métastase osseuse par exemple) et aux traitements (chimiothérapie, radiothérapie). Les répercussions dans le quotidien du patient peuvent être importantes. Elles peuvent également altérer la relation du patient à son entourage, l'handicaper dans sa vie sociale, dans ses relations interpersonnelles, dans sa vie professionnelle.

Cette douleur physique entraîne une altération de l'image du corps notamment à cause de la maladie elle-même qui peut créer chez le patient un amaigrissement, de la faiblesse, de la fatigue, etc. Mais les conséquences de la maladie ou des traitements jouent également un rôle dans l'image du corps du patient comme par exemple la perte de cheveux, les amputations, le port de prothèse et bien d'autres choses encore. La maladie entraîne chez le patient une consommation d'énergie importante, tout va demander un effort supplémentaire (marcher, respirer, parler...).

¹⁴ SAUNDERS C. cité par : INSTITUT UPSA DE LA DOULEUR, *Soins palliatifs en équipe : le rôle infirmier*, 2006.

2. La dimension psychologique

Cette **souffrance** peut s'exprimer de diverses manières. Le patient peut ressentir des peurs devant la maladie comme celle d'avoir mal, de ne pas guérir, de perdre la tête ou encore de mourir. Du fait de la maladie, on note également la crainte de ne plus être comme avant, de ne plus être aimé, d'être abandonné et de ne pas être à la hauteur. Dans la souffrance psychologique, il est important de noter la notion de perte et de deuil auquel le patient va devoir faire face : changement de lieu de vie (hospitalisation, unité de soins palliatifs, EHPAD,...), le mode de vie est bouleversé.

Le patient va devoir également faire face à la perte d'autonomie, à la dépendance (famille, soignants vont s'occuper de lui) et parfois, à ne plus pouvoir décider de certaines choses de la vie quotidienne comme les horaires, les repas par exemple.

La douleur psychologique peut être créée par une blessure de l'image de soi (pyjamas d'hôpital, outillage médical, odeurs...). La personne peut également être en souffrance de faire souffrir son entourage avec l'idée d'être un « poids » et une « charge » pour eux.

Tout cela peut engendrer des attitudes de repli sur soi, d'isolement et de retrait social. Les angoisses qui en découlent peuvent venir majorer la douleur physique de l'individu gravement malade. Sa perception, son rapport au monde qui l'entoure sont malmenés et altérés.

3. La dimension sociale

Cette douleur est liée à la perte des différents rôles identitaires de la personne comme la perte de rôle familial (position de mère ou de père par exemple). Mais également de la perte du rôle social, de l'emploi (qui peut créer des problèmes financiers). La maladie peut également entraîner de l'exclusion et de l'isolement. En effet la maladie fait peur, il y a encore dans notre société des idées de « contagion » chez certaines personnes. Elle peut aussi impacter la famille à différents degrés. En effet, la maladie grave peut parfois être source de réconciliation mais également source de révélation de blessures anciennes, de conflits ou encore de déchirures.

4. La dimension spirituelle

Cette conception ne doit pas être réduite à des questionnements uniquement religieux mais doit être axée sur des questionnements existentiels relatifs au sens de la vie en général. Elle va dépendre de l'histoire de chacun, des valeurs auxquelles le patient est attaché.

L'approche spirituelle fait référence à l'ensemble de la vie du patient : son passé, son présent (au sens de ce qu'il vit aujourd'hui et maintenant) et son futur (inquiétude face à la mort, imminence de la séparation). Elle est liée à la personnalité et à la manière dont le patient s'est construit tout au long de sa vie.

La maladie va venir impacter la manière dont le patient percevait son avenir. Celui-ci devient incertain. Le vécu existentiel de la personne en fin de vie recouvre de multiples souffrances telles que : la souffrance de ne plus être considéré comme une personne vivante, interrogations sur le sens de la vie, doutes sur le sens de son existence, regrets quant à sa propre gestion de vie.

Certaines personnes face à tout cela perdent leur élan vital.

Toutes ces dimensions s'entremêlent et se côtoient, ce qui met en avant l'importance d'une prise en charge globale du patient.

Cicely SAUNDERS et Mary BAINES, dans le cadre de leur recherche au sein du Saint Christopher's Hospice à Londres donnent cette définition de la douleur totale :
« *Quand le contrôle de la douleur physique reste difficile, il faut explorer les composantes mentales, sociales et spirituelles. Bien qu'une telle division risque d'être artificielle, elle nous éclairera, cependant, dans nos efforts pour comprendre la souffrance d'un patient et l'aider ainsi que sa famille* »¹⁵.

B. La douleur

De la vie intra-utérine jusqu'au dernier souffle de la vie nous pouvons avoir mal à différents degrés. Les individus redoutent en général la douleur, celle-ci secoue le

¹⁵ SAUNDERS C., BAINES M., DUNLOPA R., citées par le Docteur MARMET T., issu de : *La vie aidant la mort, thérapeutique antalgiques et soins palliatifs en phase terminale*, Arnette Blackwell, 1995.

corps. Quand on n'a pas mal, on vit, on bouge sans en prendre réellement conscience, la douleur vient réveiller le corps et entraver la vie de la personne.

Mais qu'est-ce que la douleur ?

La douleur en soins palliatifs est un des symptômes les plus fréquents. Elle est très souvent redoutée par les patients et leur famille. Ainsi, la mise en place de traitements appropriés et adaptés à chaque patient est au cœur de la réflexion des équipes soignantes.

1. Définition

La douleur est une sensation désagréable qui fait appel à la sensorialité et aux affects de la personne. C'est une notion subjective et elle sera donc ressentie différemment selon les individus.

Selon l'Association Internationale pour l'étude de la douleur (AIED), la douleur est décrite comme étant « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion* »¹⁶. Il faut donc bien tenir compte des différences interindividuelles.

Dans les services de soins palliatifs les patients souffrent de douleurs intenses et complexes, dans les cancers en phase terminale par exemple, ceux-ci s'accompagnent pour plus de 50% de douleurs intenses. La douleur n'est donc pas à négliger et il est important de toujours croire en la douleur du patient.

Au niveau de la physiologie et du fonctionnement biologique de la douleur il faut savoir que les fibres Adelta et C sont des fibres spécifiques de la transmission de la douleur et les fibres Aalpha et Bêta sont, elles, spécifiques dans la transmission de la sensibilité générale.

2. Les différentes composantes de la douleur

La douleur est un phénomène subjectif complexe qui est à la fois polymorphe, multifactoriel et multidimensionnel. L'individu va être concerné dans toutes les composantes de sa personnalité.

¹⁶ Définition de la douleur par l'International Association for the Study of Pain.

On distingue **4 composantes interactives** de la douleur :

- **La composante sensorielle** : elle correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui vont permettre le décodage du message douloureux. Il y a plusieurs critères pour mettre en évidence la douleur, notamment avec l'utilisation du **T.I.L.T** : type, intensité, localisation et temporalité. Cela n'est pas suffisant et il faudra d'autres outils.

- **La composante affective** : elle fait partie intégrante de la douleur. Elle va rendre compte du caractère pénible de toutes sensations douloureuses et c'est elle qui est responsable de l'aspect souffrance. Elle peut se prolonger vers des états émotionnels comme l'anxiété mais aussi la dépression. Les réactions de la famille du patient ainsi que des soignants sont très importantes et vont moduler cette composante affective.

- **La composante cognitive** : c'est l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception douloureuse. Elle détermine également les réactions comportementales. Ce sont les valeurs propres qui sont attribuées à la douleur.

- **La composante comportementale** : c'est l'ensemble des manifestations observables qui déterminent la douleur. Parmi ces manifestations, nous avons des manifestations motrices comme par exemple se masser là où la douleur est ressentie. Il peut également y avoir de l'agitation, une prostration, des manifestations verbales (cris, pleurs), des manifestations physiologiques (modification du rythme cardiaque, du rythme respiratoire). La douleur va modifier le comportement normal de l'individu mais aussi modifier la vie familiale et professionnelle donc toute la vie sociale du sujet.

3. Douleur et temporalité

La douleur peut avoir différentes temporalités et il est important de faire la distinction entre **douleur aiguë** et **douleur chronique**.

La **douleur aigüe** joue un rôle dans la survie de l'individu, elle est un signal d'alarme qui permet de mettre le sujet en alerte, de l'avertir que quelque chose dysfonctionne. Elle a donc un rôle de protection de l'organisme, c'est une douleur « utile » et transitoire. Les patients gravement malades peuvent être touchés par des accès douloureux intenses. Le traitement va être à visée curative.

La douleur aigüe peut être repérée par l'observation du patient : le visage va être contracté, on note la présence de mimiques, des pleurs, des cris, des gémissements, des postures antalgiques qui peuvent être associées ou non à une protection de la zone douloureuse. Au niveau du fonctionnement physiologique on note qu'il peut y avoir une augmentation de la tension artérielle (HTA), une transpiration excessive, des rougeurs ou une pâleur. Le comportement de la personne va également varier pendant le phénomène douloureux. Le patient peut présenter une agitation, une irritabilité, un repli sur soi ou de protection, l'appétit et le sommeil vont être également perturbés. Il peut être parfois difficile voire impossible d'entrer en relation, de quelque manière que ce soit, avec la personne qui a mal.

La **douleur chronique**, est une douleur inutile et destructrice de l'individu. Elle est très complexe avec de multiples causes. Celle-ci devient chronique entre 3 et 6 mois après le début de l'accès douloureux. La douleur est en permanence présente, c'est une douleur de fond et elle peut être ponctuée par des accès paroxystiques. David LEBRETON évoque que dans la douleur chronique vient s'ajouter la souffrance. En effet, pour lui, toute douleur a un sens donc c'est une souffrance. Elle va atteindre l'individu dans toutes les composantes de sa personnalité. La douleur chronique rejoint le concept de « Total pain » de Cicely SAUNDERS où toutes les dimensions vont se mêler. En effet, la douleur chronique met le patient au cœur d'un cercle vicieux qui le confronte en permanence à son symptôme et à sa maladie qui envahit alors toutes les dimensions de sa vie.

La douleur chronique peut être repérée par l'observation du patient : autoprotection générale, position de défense. La personne porte souvent un « masque de douleur » dans une attitude « figée ». On peut également observer des phénomènes de repli sur soi, une diminution des interactions sociales, des difficultés à poursuivre des activités antérieures. Le patient est souvent irritable, en colère voire agressif. On note souvent une perte d'appétit. La dépression est un phénomène

courant dans la douleur chronique. Les patients ont une peur très ancrée de subir un nouveau traumatisme et de ce fait ils présentent souvent une angoisse générale.

4. Les différents types de douleur

Il existe **différents types** de douleur que l'on peut classer en **4 types** :

- **Douleurs par excès de nociception** : il y a une stimulation excessive des nocicepteurs.
- **Douleurs neuropathiques** : ces douleurs sont liées à une lésion ou un dysfonctionnement du système nerveux central ou périphérique. C'est une douleur permanente. Le patient peut ressentir des sensations de décharges électriques, de brûlures, de démangeaisons ou encore de fourmillements.
- **Douleurs mixtes** : elles regroupent les douleurs nociceptives et neurogènes. Ce sont des douleurs qui sont fréquentes chez les patients atteints de cancers.
- **Douleurs psychogènes** : elles sont liées à un dysfonctionnement neuropsychologique. Elles ne sont pas dues à une lésion. Ce sont des douleurs par somatisation, avec ou sans psychopathologie associée, telles que l'anxiété, la dépression, l'état de stress post-traumatique.

Suivant le type de douleurs décelé chez le patient, la prise en charge sera différente. Notamment afin de ne pas induire une majoration des douleurs par un contact qui ne serait pas adapté. En tant que psychomotricien, il sera important de se renseigner dans le dossier du patient ou lors des transmissions avec l'équipe soignante.

Toutes ces douleurs peuvent être associées à une grande souffrance psychologique qui peut, comme dans le modèle proposé par Cicely Saunders se répercuter également sur la vie sociale et spirituelle de la personne gravement malade.

IV. La mort

« *Tant que nous vivons, la mort n'est pas, et quand nous mourrons, nous ne sommes plus* » *Epicure*.

La mort est un processus naturel auquel nous sommes tous destinés. Nous le savons tous et pourtant, nous vivons dans l'illusion d'être immortels. C'est cette pensée magique qui nous permet de vivre. C'est ce point final à la vie qui nous pousse à faire quelque chose de ce temps qui nous est destiné, à finaliser des projets. Selon chacun, ses représentations, ses croyances, l'idée de la mort est abordée différemment et avec plus ou moins d'inquiétude. Mais quand la maladie vient frapper et vient remettre en cause notre désir d'immortalité, la violence du choc peut-être très profonde : « c'est le début de la fin ». Mais comment le patient atteint de maladie grave réagit-il à cette annonce ?

Elisabeth Kübler-Ross, pionnière dans l'accompagnement des personnes en fin de vie, a décrit les différentes « phases du mourir »¹⁷ :

La première réaction à l'annonce du diagnostic est le choc. Le patient est figé, abasourdi, sa pensée est gelée. Suit alors la phase du déni. Le patient va alors nier son état, continuer ses activités habituelles, allant même jusqu'à consulter d'autres médecins dans l'espoir d'entendre un diagnostic différent. La deuxième phase est celle de la colère. Le patient va se confronter à la réalité et se demander « pourquoi moi ? ». Vient alors la troisième phase, le marchandage. Le patient va se mettre à négocier avec Dieu : « *il négocie avec Dieu la prolongation de sa vie, promet de bien se conduire et de se consacrer à la religion s'il échappe à la souffrance* »¹⁸. Le patient accède alors à la phase de la dépression. Le patient va mettre à distance le monde extérieur et se replier sur lui-même en refusant progressivement les visites. Il va se désintéresser des êtres qui l'entourent et des événements qui peuvent se produire. Enfin le patient peut atteindre la dernière phase, celle de l'acceptation. Dans cette ultime étape le patient va mettre de l'ordre dans sa vie, régler des problèmes et des conflits laissés de côté parfois depuis bien longtemps. Cette étape

¹⁷ KÜBLER-ROSS E., *Sur le chagrin et le deuil*, Pocket, 2014, pp 25-50.

¹⁸ KÜBLER-ROSS E., *Accueillir la mort*, Pocket, 2013, p.11.

est possible si le patient peut exprimer sa douleur, et si sa famille a cheminé vers un lâcher-prise. Le patient, si on ne prolonge pas sa vie artificiellement peut alors « mourir en paix ».

Elisabeth KÜBLER-ROSS modère toutefois ces propos car, en effet, elle propose un déroulement qui n'est pas propre à tout le monde. La variabilité interindividuelle est à prendre compte : *« les patients ne suivent pas nécessairement un schéma classique qui les mènerait de la phase du déni à la colère, puis au marchandage, à la dépression et à l'acceptation. La plupart de mes malades ont simultanément traversé deux ou trois phases ; celles-ci ne se présentent donc pas toujours dans le même ordre¹⁹ »*.

De plus, il est important de noter que ces différentes phases ne se retrouvent pas uniquement face à la mort imminente mais également lors de l'annonce de la maladie grave, de situations compliquées ou encore de réalités particulièrement difficiles.

¹⁹ KÜBLER-ROSS E., *Accueillir la mort*, Pocket, 2013, p.35.

Partie II : La maladie grave bouleverse l'intégrité psychocorporelle

I. Les atteintes réelles du corps

La maladie grave entraîne de nombreux symptômes qui peuvent être physiques et/ou psychologiques. Souvent on associe la fin de vie à la douleur, mais est-ce qu'il n'y a que cela ? Nous allons voir ici quelles sont les différentes atteintes dont peut souffrir le patient. En effet, les symptômes peuvent d'être d'ordre généraux, neurologiques et neuropsychologiques, respiratoires, digestifs, urinaires, cutanés. Dans les dernières heures de vie, des symptômes propres à l'agonie peuvent apparaître comme par exemple des hémorragies, des encombrements qui entraînent des suffocations²⁰.

A. Les symptômes physiques

Certains patients accumulent en fin de vie une liste importante de symptômes. Nous allons essayer d'en détailler les plus importants afin de comprendre comment la maladie grave peut mettre à mal le corps créant chez le patient des douleurs et des inconforts.

L'**asthénie** est fréquemment retrouvée. Elle est décrite par le dictionnaire Larousse comme étant un état de faiblesse générale caractérisé par une diminution du pouvoir fonctionnel de l'organisme, non consécutif au travail ou à l'effort et ne disparaissant pas avec le repos. Il convient de parler d'états asthéniques, chacun ayant sa cause (somatique, psychique ou réactionnelle). Continuer ses activités habituelles devient extrêmement compliqué pour le patient car il se sent en permanence fatigué.

On retrouve également l'**anorexie**, qui va être le refus de la part du patient de s'alimenter. La nourriture, le plaisir qu'elle procure, est très important en soins palliatifs, l'équipe soignante sera à l'écoute des envies du patient et respectera ses

²⁰ Institut UPSA de la douleur, *op. cit.*

besoins et ses rythmes face à l'alimentation. On ne recherche pas « l'équilibre alimentaire » mais le plaisir de manger. Les menus à l'unité de soin palliatifs sont d'ailleurs appelés « menus plaisir » pour les patients pouvant s'alimenter. Lorsque le patient ne s'alimente plus et que l'on va constater un amaigrissement extrême, on parle alors de **cachexie**.

La **déshydratation** est une des priorités de l'équipe soignante. En effet, il y a de nombreux problèmes d'humidification buccopharyngée qui nécessitent des soins de bouche importants afin de limiter les problèmes d'hydratation qui peuvent causer des mycoses buccales.

Les **convulsions** peuvent être fréquentes en fin de vie. Les crises généralisées sont rares, les crises partielles sont plus nombreuses. Elles font partie de symptômes neurologiques causés par la maladie grave.

Les **troubles de la vigilance** sont également nombreux, notamment dans les derniers jours/heures pour diverses raisons (atteintes cérébrales, épuisement, médicaments...). Le patient peut présenter un ralentissement général mais aussi des ralentissements de l'élocution, une augmentation de la somnolence et des difficultés à communiquer. Cela peut être source d'une importante souffrance psychique pour le patient qui se sent alors plus vulnérable.

Les **troubles du sommeil**, sont très fréquents. Ils peuvent être dus aux douleurs qui maintiennent le patient éveillé, mais également à des souffrances psychologiques notamment des angoisses et des peurs, qui entraînent des problèmes d'endormissement, des réveils nocturnes, chez la personne. Les deux peuvent être liées dans les troubles du sommeil.

Les **troubles du comportement**, qui se traduisent souvent par des moments d'agitation, de confusion. Cela peut être difficile à vivre pour l'entourage qui ne reconnaît plus la personne qui n'est pas dans son état normal.

Les **dyspnées**, sont des troubles respiratoires. Le patient va ressentir une gêne respiratoire. Les patients en unité de soins palliatifs souffrent fréquemment de

polypnée qui est une augmentation de la fréquence respiratoire avec une diminution du volume courant. Ils ventilent de manière rapide et superficielle. Il va être primordial d'évaluer l'inconfort du patient.

La **toux**, un phénomène qui peut paraître banal et automatique, elle permet d'expectorer. En fin de vie, elle peut devenir inefficace et inconfortable et créer de l'épuisement.

L'**encombrement**, se retrouve beaucoup dans les derniers temps de vie, dû le plus souvent à l'agonie ou à une infection pulmonaire. Des aspirations trachéo-bronchiques et des traitements médicamenteux seront mis en place pour soulager le patient.

Les **troubles de la déglutition**, sont consécutifs à des troubles neurologiques, à des troubles de la vigilance ou à des lésions buccopharyngolaryngées. Le plus souvent, on parle de fausse route qui peut provoquer une inhalation, créant ainsi des risques de suffocation, d'infection pulmonaire avec des encombrements comme vu précédemment. Une attention toute particulière sera donc nécessaire.

Les **troubles de l'intégrité de la muqueuse buccale**, qui peuvent entraîner des douleurs, gêner l'alimentation, la parole et la communication notamment avec l'apparition de mycose buccale.

Les **nausées, vomissements, reflux gastro-œsophagien**, ils sont souvent dans les premiers symptômes les plus gênants et inconfortables pour les patients atteints de maladie grave. Il sera important de mettre en place un traitement afin de soulager la personne.

La **diarrhée, la constipation**, sont des symptômes que le patient peut développer mais il faut noter que la constipation est très souvent problématique en unité de soins palliatifs. En effet, le fait d'être alité et/ou d'avoir un traitement à base de morphine augmente le risque de constipation. Les risques de fécalome sont donc très fréquents et l'équipe soignante sera attentive sur le rythme des selles du patient

afin de mettre en place un traitement adapté en cas de constipation prolongée (laxatifs, lavement au lait, toucher rectal,...).

Les **symptômes urinaires** sont aussi à prendre en compte, ils sont fréquents. Il peut y avoir soit une incontinence soit une rétention urinaire qui peut provoquer un globe vésical. Ces troubles entraînent un inconfort et des douleurs chez le patient.

Les **symptômes cutanés**, sont fréquents et sont notamment induits par l'immobilisation, la dénutrition, la déshydratation et l'incontinence. La peau en contact répété avec une surface peut créer des escarres et des mycoses. Il sera important de changer fréquemment le patient de position ainsi que de lui prodiguer des massages.

Les patients en fin de vie peuvent donc être soumis à une multitude de difficultés. J'ai été frappée par l'accumulation d'un grand nombre de ces symptômes par certains patients. L'intérêt de prendre conscience de ces répercussions sur le corps est, je pense, très important pour le psychomotricien. En effet, grâce à son regard clinique et à la connaissance de ces symptômes, il peut déceler des inconforts chez les patients et ainsi adapter la prise en charge afin de ne pas majorer les troubles. Le moment des transmissions sera un moment crucial pour prendre connaissance de l'état du patient et de son évolution toujours dans l'optique d'une prise en charge la plus individualisée possible. De plus, il paraît évident que tous ces symptômes vont avoir un retentissement sur le plan psychologique, certains symptômes pouvant entraîner des angoisses et des peurs, voire majorer une anxiété déjà présente.

B. Les symptômes psychologiques

Nous venons de voir toutes les répercussions physiques que peut avoir la maladie grave sur le patient. Ces différents symptômes vont entraîner des douleurs plus ou moins intenses et vont avoir des répercussions sur le psychisme du patient. Effectivement, comment ne pas être impacté psychologiquement par tous ces inconforts, tous ces changements qui viennent ébranler l'intégrité de la personne malade. A l'approche de la mort, les montées d'angoisse semblent incontournables.

Le patient, sa famille, ses proches sont très souvent dans une grande détresse face à cela.

Nous allons essayer de voir ici plus précisément avec quelle souffrance morale sont intriqués ces dérèglements somatiques.

Les angoisses et les peurs peuvent venir envahir le patient. Il est important de distinguer les deux. En effet, l'angoisse est une peur sans objet, sans objet réel défini. L'apparition des angoisses peut être extrêmement brutale et intense, elles surprennent les patients qui peuvent alors entrer dans des phases importantes de panique. L'angoisse est généralement accompagnée de sensations physiques inconfortables pour le patient telles des sensations d'étouffement, d'oppression au niveau de la poitrine, des nausées, vertiges,... Il peut entrer alors dans un cercle vicieux car ces sensations ont tendance à augmenter l'angoisse et la panique peut alors s'accroître. Les angoisses peuvent être liées aux nombres de pertes qu'entraîne la maladie grave chez la personne (perte de l'autonomie, des repères, perte de rôle sociaux...).

*La peur est une réaction psychologique, émotionnelle et physique face à la perception d'un danger réel ou supposé. L'origine de celle-ci est souvent identifiée contrairement à l'anxiété ou à l'angoisse qui reposent sur une sensation diffuse dont la cause est difficilement identifiable.*²¹Elles sont aussi, comme l'angoisse accompagnées de sensations physiques comme on peut en retrouver dans la crainte, l'appréhension, l'effroi, la terreur...Face à la maladie grave celles-ci peuvent venir se cristalliser sur différents aspects comme la peur de mourir, la peur de souffrir, la peur d'être dépendant, la peur de mourir seul...Il sera important d'offrir une écoute attentive, un lieu et un temps où le patient pourra s'exprimer. Le patient n'est pas le seul à être touché par les peurs et les angoisses, sa famille et ses proches auront aussi besoin de pouvoir les exprimer.

Mme B. 65 ans, atteinte d'un cancer du sein, multi-métastatique.
Tout est calme dans l'unité de soins palliatifs ce matin-là. Les infirmières et les aides-soignantes s'occupent des toilettes lorsque j'entends un hurlement provenant d'une chambre au fond du couloir. Les cris stridents continuent de retentir, j'ai

²¹ Institut UPSA de la douleur, *op. cit.* p.88.

l'impression que le temps est suspendu à cette détresse. Je me dirige avec l'infirmière vers la chambre, Mme B. est dans le fauteuil, le dos projeté en arrière, le visage crispé, ses mains tremblent et elle a une main sur sa gorge. Le contact est difficile et entre deux cris elle peut verbaliser son impression d'étouffer. L'infirmière et l'aide-soignante, arrivée entre temps dans la pièce, parlent avec douceur mais fermeté afin d'amener Mme B. à ouvrir les yeux pour les regarder. Chacune lui tient une main en la caressant doucement. Petit à petit Mme B. s'apaise et exprime qu'elle s'est tout d'un coup sentie mal et extrêmement seule. Nous restons quelques temps auprès de la patiente pour lui offrir une présence et une écoute dont elle a tant besoin à ce moment-là. Lorsque nous sentons que nous pouvons la laisser, le choix est fait de ne pas fermer sa porte, avec son accord, afin qu'elle puisse apprécier le passage et les mouvements dans le couloir. Mme B. reviendra le lendemain sur cet épisode et exprimera ses craintes de mourir seule et son désespoir face à la dépendance grandissante.

Mme B. a eu une très grande montée d'angoisse qui a engendré une attaque de panique sous-tendue par ses peurs et craintes face à son devenir.

Je me rends compte que malgré des traitements qui font effet, un contrôle de la douleur, la souffrance psychique n'est jamais très loin et peut venir à tout moment envahir et déborder la personne gravement malade.

L'**agitation** est un trouble du comportement qui est défini par le Larousse comme étant l'action d'agiter, de s'agiter avec des mouvements continuels et irréguliers. Cela peut être un des signes de l'anxiété ou de l'angoisse. Le patient va s'agiter dans une motricité non cohérente qui peut aller jusqu'à des gestes agressifs. Le patient gravement malade peut être en proie à une grande agitation. Il va falloir chercher ce qui provoque cela et se questionner sur le fait que le patient ressent peut-être un inconfort physique ou une détresse psychique qu'il ne peut pas verbaliser. Il ne va pouvoir manifester son désarroi qu'à travers son agitation. Ce comportement peut être difficile à gérer par les soignants et difficile à vivre pour les proches du patient.

La **confusion** peut être un des symptômes psychiques qui atteint le patient. C'est un trouble du comportement qui peut être associé à l'agitation. Elle peut être la conséquence de différents symptômes comme une douleur, un fécalome, une

encéphalopathie par exemple. La confusion peut être le signe d'une aggravation de la maladie. La conscience du patient est altérée et sa manière de fonctionner change. Ce qui peut être très perturbant pour les proches qui ont l'impression de ne plus reconnaître la personne.

La **dépression** est une notion complexe en soins palliatifs. Les douleurs chroniques, les divers inconforts que nous avons évoqués peuvent engendrer une dépression au cours des mois de l'évolution de la maladie grave. Mais il est envisagé que la dépression va également majorer le vécu douloureux. La dépression fait partie des troubles de l'humeur et son diagnostic est à envisager différemment par rapport à une personne non malade. Il faudra observer les différentes perturbations physiques, psychologiques, cognitives, sociales et spirituelles provoquées par la maladie.²²

Les **symptômes psychiques** vont varier d'un individu à l'autre et en fonction de l'évolution de la maladie. La prise en charge de l'équipe soignante sera essentielle pour ne pas laisser le patient seul face à ces divers inconforts et détresses. La psychomotricité aura toute sa place, en complément d'un traitement médicamenteux et d'une aide psychologique auprès de ces patients.

Nous venons de voir que la maladie grave atteint le patient de multiples façons autant sur le plan psychique que sur le plan physique. Nous allons maintenant nous intéresser au vécu du patient d'un point de vue plus psychomoteur. Quelles sont les répercussions psychomotrices de ces symptômes et en particulier de la douleur sur les grandes fonctions du patient atteint de maladie grave?

²² Institut UPSA de la douleur, op. cit.

II. Les répercussions psychomotrices de la douleur et des symptômes de fin de vie

La douleur physique est souvent au premier plan des préoccupations des équipes de soins palliatifs. 90% des patients atteints de maladie grave en situation palliative souffrent de douleurs intenses et complexes. La douleur est propre à chacun, c'est une notion subjective qui en fait une expérience sensorielle et émotionnelle différente d'un patient à l'autre. La prise en charge individualisée sera essentielle dans la gestion de la douleur.

L'individu s'est construit au fil du temps une identité et des repères qui lui sont propres, une unité psychomotrice. Cette dernière, dans la maladie grave va être soudainement impactée. La douleur notamment va venir fragiliser les repères de l'individu. Nous pouvons parler d'un véritable travail de deuil pour le patient de ce corps qui n'est plus là. Une lecture psychomotrice fine peut tenter de pointer ces différents changements. Nous allons donc essayer ici de mettre en évidence les répercussions sur l'identité psychomotrice que peut entraîner l'éprouvé de la douleur.

A. Altération du tonus

Le mot « tonus » vient du grec *tonos* qui veut dire tension. Le tonus d'un muscle est la réaction du muscle à son propre étirement ou la sensibilité du muscle à son propre étirement.²³

Selon A. VULPIAN, le tonus est un état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent²⁴.

Le tonus est donc omniprésent dans la vie de l'espèce humaine, nous pouvons « être » dans le monde grâce à cela, nous pouvons nous tenir en luttant contre la gravité, être en état d'éveil et de vigilance. Il permet notre engagement dans la motricité et il est un support essentiel à notre communication ainsi qu'à notre expressivité.

²³ SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M., *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, De Boeck Solal, 2011.

²⁴ VULPIAN A., *Note sur les effets de la faradisation directe des ventricules du cœur chez le chien*. *Archives de Physiologie Normale et Pathologique*, 6, 975-982, 1974.

Nous pouvons distinguer trois principaux types de tonus présents chez l'individu : le tonus de base, le tonus postural et le tonus d'action. Ces trois niveaux sont interdépendants et peuvent être altérés par la douleur. Nous avons pu voir précédemment que le tonus constitue le support de l'existence et que de ce fait les aspects fonctionnels et relationnels ne peuvent être dissociés. Il est en étroite relation avec la sphère affective émotionnelle. Toutes les émotions vont s'accompagner de manifestations toniques.

La douleur est une perception désagréable qui vient secouer le corps. Les sensations algiques vont venir créer une modification du tonus. En effet, il est fréquent que l'on retrouve chez le patient douloureux une **hypertonie** ou une **hypotonie** :

- **Une hypertonie à des fins défensives** qui va venir agir comme un véritable bouclier narcissique protecteur. Il y a autour du patient une sorte de carapace tonique qui va tenter de l'isoler des perceptions douloureuses et de les limiter. Le patient pourra également être dans cet état sans ressentir de douleur dans l'instant mais afin de se protéger d'un nouvel accès douloureux. Il sera important de respecter cette hypertonie afin de ne pas créer un effondrement narcissique et une somatisation supplémentaire. Les idées de « lâcher prise » dans ce contexte ne sont pas forcément judicieuses. Cela peut être une manière pour le patient de « tenir » face à cette réalité trop envahissante. Le psychomotricien devra alors mettre en place une prise en charge progressive qui va permettre au patient de ne pas « lâcher » tout d'un coup.

- **Une hypotonie à des fins échappatoires**, le corps n'a plus de tenue, il y a une sorte de laisser aller, d'abandon de ce corps qu'on ne reconnaît plus et qui devient trop compliqué à vivre. Le psychomotricien à travers son approche va venir essayer de re-solliciter une dynamique corporelle avec l'aide notamment des médiations mais aussi grâce au temps de verbalisation.

Il est important de noter que le système nerveux central frappé par la maladie grave peut devenir défaillant. Ce qui entraîne des modifications du tonus comme une hypertonie ou une hypotonie. Les voies sensitives sont touchées lorsqu'il y a de la douleur.

La douleur vient impacter le patient, ce qui l'oblige alors à se réorganiser en modulant sa tonicité. Le psychomotricien aura accès à la douleur de son patient à travers la communication verbale et non verbale, suivant les possibilités de ce dernier. Mais aussi grâce au dialogue tonico-émotionnel, terme décrit par H. Wallon puis repris par J. DE AJURIAGUERRA qui est un véritable outil thérapeutique. Il ne remettra jamais en cause la douleur ressentie et adaptera ses soins dans ce qui lui semble être le plus aidant pour le patient. L'action du psychomotricien sur le tonus pourra venir jouer sur l'état émotionnel du patient.

La douleur va donc venir perturber la sensorialité mais également la motricité de la personne gravement malade. « *Dans la douleur les sens sont transformés : la conscience est étouffée à l'intérieur de soi, la sensorialité est mise à distance pour limiter les messages négatifs, douloureux, invivables* »²⁵.

B. Modification des praxies et des mouvements

Une **praxie** « *peut se définir comme un mouvement ou un ensemble de mouvements, qui possède une organisation tenant compte de l'état actuel du milieu et qui tente de répondre aux exigences de précision et de vitesse* »²⁶.

Ce sont des fonctions cognitives élaborées qui sont dirigées vers différents buts. L'individu est alors en capacité d'effectuer des gestes automatiques ou volontaires plus ou moins conscients. Ces gestes vont permettre à l'individu de répondre à ses besoins vitaux pour survivre mais ils ont également une fonction de communication. L'individu va petit à petit au cours de son développement pouvoir agir sur son environnement.

La maladie grave et les symptômes qui l'accompagnent, tels que la douleur, peuvent avoir un impact sur l'individu. En effet, l'amplitude des gestes peut se trouver modifiée afin de limiter les accès douloureux que peuvent entraîner certains mouvements. De plus, les praxies peuvent être restreintes, comme par exemple celles des mains qui vont venir en « protection de certaines zones douloureuses » et

²⁵ MARCOS I., *Cors vécu/cors réel, redonner du lien quand le corps emmure*, Texte intégral des XXX Journées de Thérapie Psychomotrice, octobre 2001, Toulouse.

²⁶ SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M., *op. cit.*

ne vont alors plus avoir aucune autre prise sur l'environnement. Les inconforts liés à la douleur peuvent amener le patient atteint de maladie grave à se positionner dans des postures antalgiques qui vont alors limiter ses gestes et mouvements. Les traitements ont aussi une action sur le patient qui peut être sujet à des tremblements. Cela va donc venir retentir sur ses gestes. Il est fréquent de retrouver des tremblements fins au niveau distal qui peuvent venir envahir la vie quotidienne. Certains actes qui paraissent anodins deviennent compliqués comme par exemple se nourrir ou boire de l'eau.

La vitesse des gestes et les coordinations peuvent également être atteintes par les altérations dues au symptôme de fin de vie.

L'unité soma-psyché va être atteinte car la dimension physique touchée va venir impacter la dimension psychique de la personne gravement malade ce qui devra être pris en compte dans la proposition de prise en charge du psychomotricien.

C. Déstructuration du schéma corporel

La notion de **schéma corporel** fait partie des références fondamentales de la psychomotricité. Il correspond à la connaissance objective du corps dans sa réalité qui va se construire à travers l'expérience motrice. J. de AJURIAGUERRA le définit comme « *Edifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, visuelles, le schéma corporel réalise, dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification* ». ²⁷

Le schéma corporel est un modèle perceptif du corps qui va se construire petit à petit au cours du développement de l'être humain. L'individu a une perception de lui-même par rapport à autrui. Il a une connaissance fine de son corps grâce aux différentes expériences qu'il va vivre et va ainsi avoir la perception d'un tout unifié.

Les différents symptômes de fin de vie et notamment la douleur vont venir impacter le schéma corporel du patient atteint de maladie grave. En effet, nous avons pu voir quelques répercussions possibles sur le corps : hypotonie, hypertonie, positions antalgiques, amplitude de mouvements restreinte, alitement prolongé par

²⁷ De AJURIAGUERRA J., *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Masson, Paris, 1970, p.239.

exemple, vont amener le patient à avoir une perception de son corps différente de celle qu'il a connue jusque-là. La douleur l'amène à éprouver son corps de manière différente. Investir ce « nouveau » corps n'est pas chose aisée, car comme nous avons pu le voir précédemment, l'intégration de nouvelles sensations est déséquilibrée voire impossible.

D. Déstructuration de l'image du corps

Les notions de schéma corporel et d'image du corps sont liées. C. POTEL définit l'image du corps comme « *l'image que l'on se fait de soi, et qui se construit dans les expériences psychocorporelles qui mettent en relation le sujet et les autres* »²⁸. F. DOLTO écrit « *L'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et inter-relationnelle [...]* »²⁹. L'image du corps suit le cours de la vie de l'être humain et est donc en perpétuelle évolution. L'individu va avoir une représentation mentale de son corps propre construite à partir de parties conscientes et inconscientes.

Les symptômes de fin de vie et en particulier la douleur vont venir atteindre l'image du corps comme ils ont atteint le schéma corporel. Comme nous l'avons précédemment vu, la douleur va venir impacter le corps et créer des modifications de ce dernier. La perception et la représentation que le patient a de son corps vont s'en trouver modifiées. Les changements sont parfois tellement importants qu'il devient très difficile pour le sujet de poser un regard sur son corps, ce corps dont il se sent dépossédé, qu'il ne reconnaît plus et qui le renvoie en permanence à sa maladie. L'impact sur la sphère psychique du patient peut alors être très important. L'unité psychocorporelle du patient va être profondément meurtrie.

E. Modification de l'espace et du temps

L'espace et le temps sont des notions intriquées et fondamentales en psychomotricité. Ce sont des organisateurs psychiques, en effet la pensée comme l'agir vont s'organiser dans un espace et une temporalité donnés.

²⁸ POTEL C., *Etre psychomotricien*, Eres, 2013, p. 145.

²⁹ DOLTO F., *L'image inconsciente du corps*, Du seuil, 1984, p. 23

L'**espace** peut être défini comme étant « *une donnée fondamentale de l'adaptation de l'être à son milieu. La structuration spatiale permet à l'homme de se repérer dans son environnement, mais aussi de se mouvoir, d'organiser ses mouvements dans un cadre spatial référencé. L'espace c'est aussi la distance, ce qui sépare le soi et le non-soi, l'autre, l'objet. C'est le support de la relation et de la communication* »³⁰.

L'orientation spatiale peut être perturbée par la maladie grave et la douleur. L'espace personnel du patient se modifie. Nous avons tous, autour de nous, des « bulles » de protection de notre espace propre. Suivant avec qui nous sommes en relation, cette bulle sera plus ou moins grande. Pendant la maladie « la bulle » du patient peut s'agrandir maintenant ainsi à distance autrui. La communication peut alors être mise à mal et les relations corporelles sont extrêmement appauvries. Le patient se crée une forteresse autour de lui.

Les changements d'espaces peuvent être aussi problématiques pour le sujet, passer d'un service hospitalier à l'autre ou encore de son domicile à un service de soins palliatifs peut être extrêmement perturbant. Il faudra alors porter une attention toute particulière à proposer un environnement stable et fixe pour que le patient passe d'un espace inconnu à un espace connu le plus rapidement possible. De plus, du fait de l'hospitalisation, le patient est contraint à un espace réduit, l'espace de sa chambre dont il va finalement peu sortir. L'unité de soins palliatifs dispose cependant d'un jardin où le patient peut être amené s'il le souhaite et si son état le permet. La chambre reste néanmoins le lieu où il passe le plus de temps. Le psychomotricien pourra être sensible à l'aménagement de cette pièce, à la luminosité afin que le patient s'y sente bien.

Le temps est une donnée essentielle qui permet de comprendre le monde et l'environnement qui entoure l'individu. La structuration temporelle permet la communication et la socialisation.

La maladie grave et les symptômes de fin de vie perturbent le vécu du temps. Déjà lors de l'annonce du diagnostic il n'est pas rare de voir apparaître des phénomènes de sidération de la pensée, la pensée est comme gelée, le temps est

³⁰ A-C. GALLIANO, C. PAVOT, C. POTEL, Manuel d'enseignement de psychomotricité, De Boeck, 2001, p. 220

suspendu et semble s'arrêter. Passé cet état, certains patients rapportent le sentiment d'une accélération du temps notamment dans le processus de vieillissement. Cela peut être dû aux changements corporels importants causés par les traitements.

De plus, les projections dans l'avenir sont perturbées. Le patient ne perçoit plus qu'un avenir sombre et n'arrive plus à faire de projet de vie. L'annonce de la maladie, lorsque le pronostic vital est engagé, enlève à l'individu l'illusion d'immortalité qui nous permet à tous de vivre. Le fait de ne pas avoir « de date de fin » nous permet de nous projeter dans l'avenir. Le patient devient alors particulièrement vulnérable.

Nous venons de voir que les symptômes de fin de vie et notamment la douleur vont contribuer à une importante perturbation du patient atteint de maladie grave. Celle-ci vient frapper le patient dans toutes ses dimensions et contribue à créer une souffrance et une douleur globale. Nous avons vu aussi que la maladie grave entraîne un certains nombres de symptômes aussi bien physiques que psychologiques et que les répercussions psychomotrices sont également nombreuses. Le patient peut alors subir une perte du sentiment d'unité de soi. Mais comment cela se crée-t-il chez l'être humain ? Qu'est-ce qui fait que nous nous sentons unique avec une identité propre ?

Nous allons maintenant essayer de comprendre à travers les notions d'enveloppes psychocorporelles pourquoi celles-ci sont essentielles au développement de l'individu et à son intégrité.

III. Un concept pour comprendre : Les enveloppes corporelles et psychiques

La maladie grave impacte le sujet de différentes manières comme nous l'avons vu précédemment. L'intégrité physique et psychique du patient est mise à mal. Nous allons essayer de comprendre cela au travers de la notion d'enveloppe psychocorporelle qui permet à l'individu d'être dans le monde, de se développer à travers un sentiment d'unité. Les symptômes de fin de vie entravent le sentiment d'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle.

Il nous paraît important pour comprendre par la suite l'action du psychomotricien en unité de soins palliatifs, de venir préciser le concept d'enveloppe psychocorporelle. En effet, comprendre comment celle-ci se met en place chez le tout petit permet de saisir le sentiment d'unité qu'elle procure et qui peut être mis à mal par la maladie grave.

Nous nous posons alors la question : que signifient les notions d'enveloppes pour l'être humain ? Et comment se mettent-elles en place ?

A. Définition

Si l'on part de la définition du dictionnaire Larousse, une enveloppe est un revêtement, ce qui enveloppe quelque chose. Une enveloppe délimite un espace et donc par extension, tout ce que contient cet espace.

D. HOUZEL décrit la notion d'enveloppe comme « *ce qui entoure complètement un espace et qui, de ce fait, contient tout ce qui se trouve dans cet espace, qui est ainsi fermé* »³¹. De plus, il écrit « *ce qui est commun à tous les types d'enveloppes est la notion d'une limite entre un dedans et un dehors, entre ce qui est contenu à l'intérieur et ce qui est à l'extérieur d'un espace donné* »³².

Nous parlons d'enveloppe psychocorporelle car l'espace psychique et l'espace physique sont inextricablement liés dans l'idée d'un monisme. Le corps va

³¹ HOUZEL D., Le concept d'enveloppe psychique, In Press, 2010, p.9.

³² *Ibid*

servir d'étayage à la psyché. Les enveloppes psychocorporelles vont venir délimiter un dedans et un dehors, le monde interne de l'individu et le monde externe.

La peau de l'être humain va être l'enveloppe contenant et protectrice de la personne. Elle sera un lieu de communication et d'échange privilégié, dès la naissance, entre le bébé et sa mère qui va lui permettre petit à petit de se vivre comme une personne différenciée et unifiée.

B. L'instauration de l'enveloppe psychocorporelle

1. De la vie utérine à la naissance

Dès sa conception, le bébé est placé dans un espace contenant : l'**espace utérin**. Ce premier espace est un lieu sécurisant où déjà des échanges avec l'extérieur sont mis en place notamment grâce au cordon ombilical qui lui permet d'être nourri.

Protégé par la cavité utérine, le bébé va, au fil des mois, développer sa sensorialité avec l'apparition des différents sens. Le ventre de la mère sera le lieu de nombreuses stimulations. Les stimulations tactiles vont permettre de donner au corps un volume et une limite. En effet, le liquide amniotique permet de donner une consistance au corps. De plus, les sensations contre les parois utérines telles que les appuis du dos par exemple créent une première notion d'enveloppe chez le fœtus.

Au cours de la gestation, les échanges avec l'extérieur vont se développer et se diversifier. Notamment grâce au développement de la fonction auditive autour du 5^{ème} mois. Il va pouvoir percevoir des sons et en particulier les intonations de la voix de sa mère. Le bébé va alors baigner dans un bain sonore venant créer autour de lui une nouvelle notion d'enveloppe : une enveloppe sonore.

Dans les derniers temps de la gestation, le bébé devient de plus en plus actif dans sa communication avec le monde extérieur. Il va venir répondre aux sollicitations, aux stimulations induites sur le ventre maternel.

L'augmentation de ces potentialités chez le fœtus va permettre aux parents l'investissement de leur enfant. Ils vont rêver, fantasmer cet enfant qui communique de plus en plus avec eux. Ils vont l'investir psychiquement créant ainsi après le

développement d'une enveloppe tactile et sonore une enveloppe psychique qui prend appui sur le corporel.

A la **naissance**, le bébé passe d'un environnement aquatique à un milieu aérien. L'espace qu'il avait jusque-là connu, est considérablement modifié et le bébé est assailli d'une multitude de stimulations. Ce nouveau milieu est alors beaucoup moins contenant et sécurisant que le contenant utérin. Le sentiment d'enveloppe est mis à mal et le bébé ne se perçoit alors pas comme un tout unifié mais un corps morcelé et atemporel. Il ne peut faire la distinction entre le corps de sa mère et le sien. Il se crée alors une fusion entre la mère et son enfant, une enveloppe fusionnelle qui les contient tous les deux.

La mise en place de soins maternels adaptés va être primordiale afin que puisse se construire une enveloppe psychocorporelle propre à l'enfant, laquelle lui permettra de s'individualiser.

2. Des soins maternels contenant

« La fonction-enveloppe est une fonction de contenance, qui consiste à contenir et à transformer »³³.

La mère et l'enfant sont dans une fusion, le bébé est selon D.W WINNICOTT dans un « *état primaire de non intégration* »³⁴. Le bébé ne distingue pas son corps de celui de sa mère et il se trouve dans un état d'angoisse important. La mère, à travers des soins adaptés, va venir calmer ces états de tension en répondant aux besoins de son enfant avec empathie. Elle va venir mettre du sens sur les états incompréhensibles pour le bébé.

a. La capacité de rêverie maternelle, fonction alpha

W. R. BION met en évidence « **la capacité de rêverie maternelle** ». Il expose que la mère va venir élaborer les sensations de son enfant. En effet, le bébé réalise

³³ CICCONE A., *Enveloppe psychique et fonction contenant : modèle et pratiques*, Cahiers de psychologie clinique, 2001/2 n°17, p. 81-81. DOI : 10.3917/cpc.017.0081.

³⁴ WINNICOTT D.W., *De la pédiatrie à la psychanalyse* (1956), Petite Bibliothèque Payot, 1980, p.194.

différentes expériences créant en lui de la tension et un état d'insatisfaction pulsionnelle qui vont alors lui procurer des impressions sensorielles désagréables. L'enfant est alors en proie à une réalité angoissante et insaisissable. Grâce à sa « capacité de rêverie » la mère va venir offrir une contenance au bébé.

Se met alors en place ce que W.R BION a nommé « **la fonction alpha** ». Le bébé va projeter vers la mère des « éléments bêta » qui sont pour lui des éléments insupportables, non assimilables et qui dépassent ses capacités d'intégration psychique du fait de l'immaturité de son appareil psychique. Pour BION, ces éléments bêta revêtent un caractère menaçant pour le bébé. « Ces faits non digérés » ne peuvent qu'être expulsés vers l'extérieur. La mère va alors devenir le réceptacle, la fonction contenant de ces éléments bêta. Elle va les recevoir, les digérer et les transformer en quelque chose de supportable, d'assimilable psychiquement et que BION nomme les « éléments alpha ». Elle va donc renvoyer ces éléments désintoxiqués à son bébé grâce à sa propre fonction alpha et son travail de rêverie. Elle met du sens, donne une signification, elle vient psychiser les éprouvés de l'enfant qui va alors les réintrojecter afin de les symboliser. La mère vient prêter son appareil à penser pour mettre du sens sur les éprouvés du bébé qui pourra alors développer son propre appareil à penser.

b. Des soins adaptés et empathiques : la préoccupation maternelle primaire, le Holding et le Handling

La **préoccupation maternelle primaire** correspond à un état psychique particulier de la mère. Elle va être sensible à tout ce qui touche son nourrisson afin de venir satisfaire tous ses besoins. Elle est dans un fonctionnement empathique vis-à-vis de lui. En effet, dès la naissance l'enfant et la mère sont dans une relation fusionnelle. La mère se trouve dans une hypersensibilité où toutes ses pensées sont tournées vers le confort de l'enfant. D.W WINNICOTT nous explique que la mère doit « *s'adapter aux tous premiers besoins du petit enfant avec délicatesse et sensibilité* »³⁵. Cette fonction de la mère va permettre à l'enfant d'être dans une continuité d'existence grâce à l'étayage corporel offert par cette dernière. Les premières interactions vont se faire au contact de la peau, ce qui va créer les premiers liens d'attachement. Cette relation corporelle induit la construction du moi

³⁵ WINNICOTT D.W., *op. cit.*

de l'enfant qui au départ ne fait pas la distinction entre le corps de sa mère et le sien. Cela va ainsi permettre de développer l'enveloppe psychocorporelle. En effet, le psychisme du bébé va s'étayer à partir du corporel grâce aux premiers soins contenant de la mère.

D. W. WINNICOTT identifie plusieurs fonctions maternelles qui vont être indispensables pour le développement de l'enfant et la création d'une enveloppe psychocorporelle : le holding et le handling.

- **Le holding** : il correspond à la manière dont la mère va porter physiquement et psychiquement son enfant. Cela renvoie aux comportements de maternage que l'on va retrouver à travers les différents soins et les bercements par exemple. La mère vient sécuriser l'enfant dans une relation contenant afin qu'il développe son sentiment d'exister et d'être un tout unifié.

- **Le handling** : il correspond à la manière dont l'enfant va être soigné, manipulé par sa mère au quotidien.

Le holding et le handling participent donc à la constitution du Moi chez le bébé. L'enfant va petit à petit développer le sentiment d'habiter son corps et d'avoir un corps propre et contenant. Ils permettent une délimitation entre le dehors et le dedans, entre ce qui est à l'intérieur et ce qui est à l'extérieur dans un tout unifié. L'individuation de l'enfant se met en marche.

c. Des interactions nécessaires à la création de l'enveloppe psychocorporelle : le dialogue tonico-émotionnel

En lien avec les notions que nous venons de présenter, va se développer le **dialogue tonico-émotionnel**. H. WALLON parle tout d'abord de « dialogue tonique ». Cette notion fut reprise et approfondie par J. de AJURIAGUERRA qui l'appellera alors « dialogue tonico-émotionnel ». Celui-ci reflète les états émotionnels de la mère et de l'enfant et la possibilité des échanges entre les deux. En effet, à la naissance, le bébé n'a d'autres moyens de communiquer qu'à travers l'utilisation de son corps. A l'aide de son tonus, il va exprimer des émotions que sa mère va décoder. Le bébé vacille sans cesse entre hypertonie d'appel et hypotonie de satisfaction. Cette relation corporelle entre la mère et l'enfant est dynamique car le

bébé et sa mère interagissent entre eux. Ce dialogue, cet échange, vont permettre à l'enfant de se vivre comme un tout unifié et contenu. Ce sentiment vient soutenir le développement du Moi de l'enfant afin qu'il puisse quitter la fusion dans laquelle il se trouve avec sa mère. Grâce à cela, l'enfant va pouvoir construire son sentiment d'unité psychocorporelle en passant par l'intégration des enveloppes psychiques et corporelles. Pour D.W. WINNICOTT va alors se créer « le sentiment de continuité d'existence » qui va faire de l'enfant un être social et capable de communiquer avec le monde qui l'entoure. En effet, ce sentiment lui procure une sécurité interne qui va lui apporter la capacité d'être seul car il ressent en lui une continuité interne, un sentiment d'existence propre.

C. La peau : créatrice du sentiment d'unité et de l'enveloppe psychique

E. BICK a démontré grâce à l'observation de nourrisson, l'importance de la peau afin de mener l'enfant vers le développement d'un Moi précoce. Elle a mis en évidence les terreurs auxquelles était soumis le nouveau-né et notamment les angoisses de morcellement lorsque le sein ou les vêtements sont retirés au bébé. Au départ, le nourrisson ressent ses différentes parties comme n'étant pas liées. La peau va alors venir jouer un rôle de contenant. En effet, la peau peut contenir le bébé tout entier, il n'est plus morcelé mais rassemblé. De plus la peau va permettre de délimiter le corps du bébé et celui de sa mère. La peau a une fonction psychique dans le développement mental. E. BICK expliquera que « *Sous leur forme la plus primitive, les parties du sujet sont ressenties comme n'ayant aucune force liante entre elles et doivent de ce fait être tenues passivement ensemble grâce à la peau faisant office de frontière* »³⁶. Dans un premier temps, c'est la mère qui va permettre d'éviter ce sentiment de désintégration. C'est dans cette relation que se développe une peau psychique. « *Cette fonction est d'abord attribuée à l'objet externe qui joue le rôle d'objet contenant au sens défini par Bion* »³⁷. E. BICK nous dit que cette fonction contenante de l'objet externe va être progressivement introjectée et que l'enfant va ainsi pouvoir s'y identifier³⁸. L'objet optimal contenant est « *... le mamelon dans la bouche, accompagné du portage, des paroles et de l'odeur*

³⁶ BRIGGS A., *Un Espace pour Survivre, L'observation du nourrisson selon Esther BICK, Articles cliniques et derniers développements*, Edition du Hublot, 2006, p.83.

³⁷ HOUZEL D. *Un concept d'enveloppe psychique*, In Press, 2010, p.76.

³⁸ *Ibid*, p.77.

familière de la mère »³⁹. L'enfant se sent alors contenu, cette fonction de peau psychique va venir lier les différentes parties permettant ainsi la formation du Moi.

D. Le Moi-peau

En 1974, D. ANZIEU développe le concept du Moi-peau, tout d'abord dans un article puis en 1985 dans son livre « Le Moi-peau ». Il en donne la définition suivante « *Par Moi-peau nous désignons une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif* »⁴⁰. Le Moi de l'enfant se construit par étayage sur la peau. Comme nous l'explique D. HOUZEL⁴¹, D. ANZIEU s'est appuyé notamment sur la théorie de l'attachement de J. BOWLBY. En effet, le corps de la mère, lors des soins procurés au bébé va venir se positionner comme « *une surface contenant qui entoure l'enfant, l'enveloppe et le délimite* »⁴². C'est ce qui va permettre à l'enfant de petit à petit faire la distinction entre le dedans et le dehors.

Pour lui, la peau a une fonction psychique qui va permettre de contenir, de délimiter, de créer une unité de soi en reliant toutes les parties du corps. « *A l'occasion des tétées et des soins, le bébé est tenu dans les bras, serré contre le corps de la mère [...] le tout généralement accompagné d'un bain de paroles [...]. Ces activités conduisent progressivement l'enfant à différencier une surface comportant une face interne et une face externe, c'est-à-dire une interface permettant la distinction du dehors et du dedans, et un volume ambiant dans lequel il se sent baigné, surface et volume qui lui apportent l'expérience d'un contenant.* »⁴³.

Selon E. CHARPENTIER « *Le Moi-peau s'étaye sur les expériences sensorielles tactiles lors du contact peau à peau avec la mère* »⁴⁴.

³⁹ BICK E. citée par HOUZEL D., *Un concept d'enveloppe psychique*, In Press, 2010, p.77.

⁴⁰ ANZIEU D. (1974) cité par HOUZEL D., *op. cit.* p. 102.

⁴¹ HOUZEL D., *op. cit.*

⁴² *Ibid*, p. 99.

⁴³ ANZIEU D. (1974) cité par HOUZEL D., *Le concept d'enveloppe psychique*, In Press, 2010, p.99.

⁴⁴ CHARPENTIER E., Mémoire de psychomotricité, *Toucher thérapeutique et psychomotricité : Soutien de l'intégrité psychocorporelle de la personne âgée*, Paris, 2013.

Dans son ouvrage de 1985, il met en avant neuf fonctions au Moi-peau qui relie les fonctions de la peau sur le plan physiologique et les fonctions du Moi-peau sur le plan psychique :

Pour les décrire, nous nous basons sur les écrits de D. HOUZEL issus de son ouvrage « Le concept d'enveloppe psychique ».

- Fonction de maintenance du psychisme : c'est le résultat de l'intériorisation de la fonction de *holding* de la mère. Cette fonction va prendre appui sur les soins maternels, le toucher maternant et contenant. La peau soutient le squelette et les muscles et le Moi-peau maintient le psychisme.
- Fonction de contenance : la peau recouvre et contient ainsi le corps. Le Moi-peau enveloppe et contient le psychisme qui va lui-même contenir des représentations psychiques assimilables et gérables par l'appareil psychique. Cette fonction permet à l'enfant de faire la différence entre le contenant et le contenu notamment grâce au *handling* maternel.
- Fonction de pare-excitation : pour décrire cette fonction, il se base sur Freud et son texte de 1925 « Le bloc magique ». Le Moi a un double feuillet l'un tourné vers le monde extérieur et l'autre vers le monde intérieur. Le feuillet tourné vers le monde extérieur joue un rôle de pare-excitation. C'est la mère, qui au début, va endosser ce rôle en protégeant son enfant d'un excès de stimulations. Petit à petit, l'enfant va intégrer cette fonction, lui permettant ainsi de se séparer de sa mère. La peau protège des agressions physiques et le Moi-peau a une fonction de pare-excitation.
- Fonction d'individuation du Soi : « ...qui apporte à celui-ci le sentiment d'être un être unique »⁴⁵. La peau va permettre au sujet de se sentir « être » et ainsi de posséder une identité qui lui est propre.

⁴⁵ ANZIEU D. (1985) cité par : HOUZEL D., *Le concept d'enveloppe psychique*, In Press, 2010, p.106.

- Fonction d'intersensorialité : « *Le Moi-peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figure sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile [...].* »⁴⁶. Le Moi-peau relie toutes les sensations reçues par la peau ce qui permet ainsi au sujet d'avoir une perception de lui-même.
- Fonction de soutien de l'excitation sexuelle : « *Le Moi-peau remplit la fonction de soutien de l'excitation sexuelle, surface sur laquelle, en cas de développement normal, des zones érogènes peuvent être localisées, la différenciation des sexes reconnue et leur complémentarité désirée.* »⁴⁷. C'est par la mère et par l'investissement libidinal qu'elle va opérer sur la peau de son enfant qui va permettre le développement de cette fonction.
- Fonction de recharge libidinale : la peau est une surface où les stimulations sont permanentes. Les excitations externes entretiennent le tonus sensorimoteur. Le Moi-peau va maintenir la tension énergétique interne, la libido.
- Fonction d'inscription des traces sensorielles : la peau va fournir des informations directes sur le monde environnant. Le Moi-peau va remplir une fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles.
- Fonction négative d'autodestruction, d'attaque des liens. ANZIEU l'introduit comme une fonction du Moi-peau au service de la pulsion de mort.

E. Le sentiment d'une continuité d'existence

Cette notion a été développée par D.W WINNICOTT⁴⁸. Petit à petit l'enfant va sortir de la symbiose dans laquelle il se trouve avec sa mère, il va alors construire un sentiment de continuité interne, d'existence propre. L'enfant gagnera en autonomie et va être capable « d'être seul en présence de quelqu'un ». Cela est possible grâce

⁴⁶ ANZIEU D. (1985) cité par : HOUZEL D., *op. cit.*, p.106.

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ WINNICOTT D.W., *La mère suffisamment bonne*, Payot, 2010.

à l'intériorisation des enveloppes corporelles et psychiques. Ce sentiment de continuité d'existence est essentiel pour que l'enfant communique avec le monde qui l'entoure. Il devient petit à petit un être social. Pour D.W WINNICOTT⁴⁹, « ce sentiment continu d'être » représente la force du Moi.

⁴⁹ WINNICOTT D.W (1960), cité par : HOUZEL D., *op. cit.* p. 91.

F. Conclusion

Nous venons ici de voir l'importance du développement des enveloppes corporelles et psychiques où le psychisme s'étaye sur la sensibilité cutanée soutenue par la présence de la mère ou d'une tierce personne.

L'enveloppe psychocorporelle permet le sentiment d'un corps et d'une psyché tenu et contenu ce qui favorise dans ce prolongement le sentiment d'unité et de continuité d'être.

Nous avons proposé ici une parenthèse afin de mieux comprendre, dans le développement humain, comment se met en place le sentiment d'unité de soi. Ceci nous permet de mieux appréhender ce qui se joue pour le patient atteint de maladie grave.

Alors quelles actions vont être mises en place par le psychomotricien quand ce sentiment est mis à mal ? Comment permettre au patient atteint de maladie grave d'unifier à nouveau son corps et sa psyché ? Comment éviter le développement d'une étrangeté autour de ce corps qui se modifie si vite ? Comment éviter les angoisses de morcellement et de dislocation ?

C'est ce que nous allons maintenant voir dans une troisième partie : comment le psychomotricien avec son savoir-faire, son savoir être, les outils dont il dispose, sa qualité de présence et l'utilisation de médiations, va pouvoir soutenir l'intégrité psychocorporelle du patient en fin de vie ?

Partie III : Au cœur des soins psychomoteurs

I. Une qualité de prise en charge dans les outils et dans l'approche thérapeutique

Comme nous avons pu le voir précédemment, la maladie grave a de nombreuses répercussions sur l'individu. Elle vient mettre à mal l'intégrité psychocorporelle du patient qui, comme nous l'avons vu précédemment, est essentielle à la vie corporelle et psychique de l'individu.

La maladie grave amène à une prise en charge particulière dans une approche palliative de la personne. Nous allons concevoir la personne dans sa globalité, dans toute son humanité, sans la réduire à son statut de malade ni uniquement à sa pathologie. Il est évident que ce concept peut être parfois difficile à mettre en pratique, notamment pour les soignants, souvent soumis à des soins techniques où la relation, si importante dans ce moment de la vie, peut se perdre.

La place et le rôle de la psychomotricité prennent tout leur sens en unité de soins palliatifs. Nous allons proposer une approche globale du patient dans une idée de monisme corps-esprit. L'action thérapeutique du psychomotricien va se jouer dans cette recherche de « relation » avec le patient. Selon M. GUIOSE, ce qui lui est apparu caractéristique dans l'approche du psychomotricien, c'est le « regard » porté sur cette mort qui s'approche⁵⁰. Il a un véritable rôle d'accompagnant auprès du patient atteint de maladie grave.

L'attention du psychomotricien va se déployer sur la mise en jeu d'expériences sensorielles et perceptives. L'attention portée au corps permet de proposer une prise en charge la plus adaptée possible. Le but étant ici d'amener du confort voire des sensations de plaisir dans ce corps meurtri. De permettre au patient de se vivre différemment, peut-être plus positivement afin qu'il puisse se reconnecter à lui-même dans une idée d'étayage du corporel vers la psyché. Les séances de psychomotricité auront pour objectif de procurer une sensation de ressourcement à la personne malade, de le ramener dans l'ici et maintenant à l'écoute de son corps et de ses

⁵⁰ GUIOSE M., *Le corps en fin de vie : apports de la psychomotricité dans les soins palliatifs*, Entretien de Bichat, 2002.

sensations. La psychomotricité va venir agir comme une parenthèse dans la tourmente dans laquelle est pris le patient.

Nous allons maintenant aborder les différentes indications en psychomotricité, l'importance de l'écoute, de l'empathie ainsi que du cadre. Et enfin nous présenterons les médiations les plus utilisées en unité de soins palliatifs par le psychomotricien qui vont permettre de soutenir l'intégrité psychocorporelle mise à mal par la maladie grave.

A. Les indications et objectifs en unité de soins palliatifs

Les indications en unité de soins palliatifs sont essentielles à connaître. Tout d'abord afin d'avoir une idée plus précise de la prise en soin que nous allons proposer au patient, mais aussi, afin d'individualiser cette prise en soins pour qu'elle soit au plus proche de la demande et des besoins de la personne malade.

Nous pouvons mettre en évidence quatre indications principales, à savoir :

- Les soins de confort et les soins antalgiques
- La favorisation de la communication
- Les troubles du schéma corporel et de l'image du corps
- La gestion de l'angoisse et de l'anxiété

Le psychomotricien va mener son action sur prescription médicale. Lors des réunions d'équipe ou pendant les transmissions, les soignants vont faire part des éléments qui leur semblent importants de transmettre au psychomotricien. Ces éléments vont permettre au psychomotricien d'adapter sa prise en charge en fonction de l'évolution des patients et du ressenti des autres soignants. L'équipe pourra venir solliciter le psychomotricien afin de débiter un bilan ou un suivi. Il arrive que des demandes émanent de la famille, notamment lorsque la communication est rompue du fait des symptômes de fin de vie.

Les **soins de confort** font partie des indications les plus courantes pour le psychomotricien. Il peut au préalable réaliser un bilan, une observation fine du patient pendant les moments clés où la douleur peut être plus intensément ressentie,

notamment lors des soins qui nécessitent des changements de posture. Les gémissements, les expressions du visage sont autant d'éléments qui vont lui permettre d'appréhender la douleur chez le patient. Il peut alors par la suite proposer des soins de confort en participant avec l'infirmière ou l'aide-soignante à ces temps de soins. Il fait donc en sorte que les changements de posture soient les moins douloureux possible. L'angoisse et le stress peuvent aussi être très importants chez les personnes gravement malades du fait de l'anticipation de la douleur lors des mobilisations. Le psychomotricien pourra alors amener un temps de calme et de détente avant ou pendant le soin ce qui permettra au patient de vivre ce moment plus positivement. Le psychomotricien a pour objectif une prévention ou une diminution de la douleur. Il est bien évident que celui-ci intervient en complément d'un traitement médicamenteux adapté qui soulagera également le patient et qui permettra dans un second temps une approche psychomotrice. Il paraît essentiel que le psychomotricien ait une bonne connaissance des différents types de douleur afin d'adapter au mieux sa prise en charge.

L'action du psychomotricien sur le **stress et l'anxiété** fait également partie des indications primordiales auprès des patients en fin de vie. En effet, la proximité de cette fin imminente, de la mort qui se rapproche, de la perte de l'illusion de l'immortalité peut créer des angoisses très importantes chez les patients. Les enveloppes psychocorporelles sont mises à mal notamment avec le développement d'angoisses de morcellement, d'éparpillement à travers lesquels la personne perd son sentiment d'unité et de contenance. Les symptômes de fin de vie peuvent également être anxiogènes (la peur de mourir étouffée par exemple).

La **communication** peut être mise à mal chez les patients en fin de vie. Elle peut être rompue pour différentes raisons. Le patient peut en effet être en capacité de communiquer mais il ne se sent pas encore en sécurité. La confiance qui va se mettre en place entre le patient et l'équipe soignante peut nécessiter l'aide du psychomotricien. Celui-ci peut favoriser, par son action, la création d'un climat de confiance. Mais, il arrive que certains patients avec l'avancée de la maladie ne soient plus en capacité de communiquer verbalement. Ces moments où le contact verbal se perd, pourtant si important dans nos sociétés peuvent mettre en grande difficultés la famille. Le psychomotricien peut alors engager un travail sur la communication non

verbale en incluant les proches dans ses soins. La communication peut s'établir par un autre biais que le langage et il est du rôle du psychomotricien de soutenir la famille pour l'amener sur cette nouvelle voie.

Enfin, il est important de mettre en évidence que la maladie grave joue un rôle important sur le **schéma corporel et l'image du corps** du patient. Le patient ne se reconnaît plus dans ce corps tellement modifié et entravé dans sa mobilité. Il est alors important que le psychomotricien mette en œuvre une perception corporelle plus positive, « *unitaire et rassurante* »⁵¹.

Les interventions du psychomotricien sont donc diverses et variées. Chaque patient est différent et arrive avec son histoire. A nous de nous adapter au mieux afin de l'accompagner pour que ces derniers temps de vie soient de la « vie » et non une anticipation de chaque moments dans des états d'anxiété trop envahissants.

B. Observation, écoute et empathie

En psychomotricité, que ce soit en unité de soins palliatifs ou ailleurs, la qualité de présence, l'écoute dans une juste empathie vont être essentielles. En effet, avant toute chose, notre évaluation psychomotrice va passer par une évaluation de la demande du patient. Pour cela l'observation et l'écoute de celui-ci seront primordiales. La psychomotricité est avant tout une rencontre, et dans cette première rencontre le patient va nous donner des choses à voir, de ce qu'il vit, de ses besoins, de ses attentes. A nous de nous saisir de ce moment afin de le comprendre. L'observation est présente dans tous les temps de rencontre auprès du patient. En effet dès le pas de la porte de chambre franchi notre attention est partout :

- Les odeurs dans la pièce
- La luminosité et l'organisation de l'espace
- La posture corporelle de la personne dans le lit ou dans le fauteuil, le patient est-il dans une position antalgique ? Dans une posture de repli ?
- La respiration de la personne, est-elle lente, rapide, saccadée, le patient fait-il des pauses respiratoires ?

⁵¹ GAUCHER-HAMOUDI O., GIOSE M., *op. cit.*, p.22

- Son visage : est-il détendu, crispé, peut-il ouvrir les yeux ?
- Son corps est-il soumis à des tensions ou bien est-il relâché ? Est-il dans une hypo ou une hyper tonicité ?
- L'état cutané : la peau du patient porte-t-elle les traces de l'hospitalisation et de la maladie (œdèmes, pansements...) ? La couleur de celle-ci et son grain (translucide, fine...).

Toutes ces observations vont nous donner une impression et un ressenti général de la personne malade. A nous ensuite de faire en sorte que le patient se sente écouté et compris. L'importance de croire en sa douleur et sa souffrance, de ne pas minimiser le symptôme va être essentielle à l'établissement d'une relation de confiance. Une relation contenantante sur laquelle le patient va pouvoir prendre appui. Cette relation va rompre l'isolement dans lequel la maladie peut parfois plonger le patient et ses proches. Elle va permettre de mettre des mots sur une souffrance, une douleur et de trouver un espace d'écoute, « *partager avec les autres la souffrance devient moins accablante* »⁵². En effet, l'isolement peut parfois venir majorer les symptômes de fin de vie. La relation se fait dans une approche mutuelle par laquelle chacun reste lui-même. Ce rapport assure à l'autre d'exister en conservant les caractéristiques qui le définissent, et ainsi, de pouvoir se sentir dans cette relation avec toute son unicité. La maladie, la proximité de la mort peuvent créer un effondrement chez le patient, des angoisses de morcellement et la qualité de cette relation va venir inscrire des contours, des limites pour le patient qui peut alors ressentir son unité et se sentir plu serein.

« *L'approche est promesse, elle ouvre un chemin de rencontre et, si la parole est difficile, voire impossible, regard, geste, signe ou symbole la suppléent* ». On comprend ici tout l'apport que peut avoir la psychomotricité dans une communication verbale ou non verbale. On voit bien que déjà dans la relation, tout un travail autour des enveloppes psychocorporelles se met en place afin que le patient se vive différemment.

⁵² RICHARD M-S., *Soigner la relation en fin de vie*, Dunod, 2003.

C. Le cadre

*« Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée ».*⁵³

La notion de cadre délimite quelque chose. Il se veut structurant. Le cadre est physique, il y aura des repères spatio-temporels qui vont venir contenir le psychisme. Il délimite un dedans et un dehors. D.W WINICOTT parle de « setting », il le définit comme « la somme de tous les détails de l'aménagement du dispositif »⁵⁴. Il s'agit de mettre en place les conditions les plus propices au déroulement de l'action thérapeutique. Le « setting » se rapproche de la notion de « holding » que nous avons définie précédemment. Ce terme met l'accent sur la part active du thérapeute dans l'aménagement des conditions les plus propices à la thérapie proposée. C'est ce cadre qui devient « l'environnement qui contient » soit le holding environnement⁵⁵.

La notion de cadre thérapeutique va être essentielle pour les patients en fin de vie. En effet, nous avons pu voir que les enveloppes psychocorporelles étaient mises à mal dans la maladie grave. Le patient peut se sentir morcelé, éparpillé, l'enveloppe corporelle fait défaut et laisse s'écouler le psychisme. Le cadre va permettre de rassurer et de sécuriser le patient. Il doit être contenant. Nous devons mettre en place un rythme dans la prise en charge, informer le patient du planning de nos rencontres et du lieu afin de favoriser le sentiment de sécurité.

En effet, nous avons pu voir que les projections dans le temps des patients atteints de maladie grave étaient fortement impactées. La prise en charge psychomotrice peut permettre d'instaurer une projection dans l'avenir au fil des rencontres. Il n'est pas rare de laisser des cartes de rendez-vous avec le jour et l'heure. Le patient est alors mis dans une position d'acteur de sa prise en charge, il sait qu'il a rendez-vous et n'est jamais pris au dépourvu.

Le cadre thérapeutique va permettre de soutenir l'enveloppe psychocorporelle du patient de par sa fonction contenant. Selon la théorie de la contenance de BION⁵⁶,

⁵³ POTEL C., *Etre psychomotricien, Un métier du présent, un métier d'avenir*, Eres, 2010, p.321.

⁵⁴ WINNICOTT D.W., *De la pédiatrie à la psychanalyse (1956)*, Petite Bibliothèque Payot, 1980.

⁵⁵ GAUCHER-HAMOUDI O., GUIOSE M., *op. cit.*

⁵⁶ BION W., *Aux sources de l'expérience*, PUF, 1979.

nous allons accueillir les éprouvés, les besoins du patients, afin de pouvoir les décoder et les transformer en éprouvés tolérables et assimilables.

Des rituels de début et de fin de séance peuvent être mis en place. Ils vont être favorables à l'investissement corporel du patient et vont ouvrir un espace de parole et de verbalisation privilégié. Le cadre va être propre à chaque patient, à ses besoins, ses envies, il faudra s'adapter aux contraintes imposées par la maladie. Le cadre se devra donc d'être souple et non rigide et fixe, avec une seule priorité proposée un espace de liberté et d'expression au patient. Le cadre va venir s'inscrire comme un espace et un temps où le patient prend un instant pour lui, une parenthèse dans sa journée pour se ressourcer.

D. Les médiations

Les médiations sont nombreuses en psychomotricité. Nous allons voir ici les plus utilisées en unité de soins palliatifs. Leur utilisation aura pour but de soutien de l'intégrité psychocorporelle du patient gravement malade. Les médiations visent le bien être, le confort, l'apaisement et le soulagement de la personne gravement malade. Nous aborderons l'impact de ces médiations sur les enveloppes psychocorporelles. Cette démarche va permettre au patient de ressentir une unité, une contenance et d'avoir une perception d'eux même plus positive à travers ce corps qu'ils ne reconnaissent plus. Par le biais des médiations nous venons unifier le corps et la psyché du patient gravement malade.

Il est bien évident de noter que le psychomotricien doit rester l'outil principal avant toute utilisation de médiation. En effet, par notre qualité de présence nous allons venir créer une enveloppe autour du patient. Nos objectifs thérapeutiques ne seront pas à visée rééducative mais auront des objectifs modestes et réalistes. Il faut bien garder à l'esprit qu'il peut y avoir une certaine forme d'impuissance thérapeutique. L'intérêt de l'utilisation de médiations sera de permettre au patient de prendre, ne serait-ce qu'un instant, une distance avec sa douleur et sa souffrance. Nous allons venir mettre du sens sur des sensations dans une idée de renarcissisation du corps.

De plus, il nous paraît important de souligner que certains patients du fait des symptômes de fin de vie, peuvent mettre en place un bouclier narcissique protecteur. En effet, un patient peut être dans une hypertonie très importante à des fins défensives. Nous pouvons alors parfois entendre de la part de l'équipe soignante le terme de « lâcher-prise », il faut que ce patient se « relâche ». Mais notre rôle sera également de nous questionner sur l'intérêt de cet état pour le patient. Il arrive que des tensions corporelles soient le dernier rempart avant un effondrement narcissique qu'une médiation peut précipiter ou encore entraîner une somatisation, une douleur supplémentaire. Il faut donc proposer une prise en charge progressive pour ne pas brusquer la personne malade. Le but étant ici de reconnecter le patient à son corps, de percevoir des sensations différentes, d'éprouver son corps d'une autre manière, plus positive. La médiation ne sera jamais imposée au patient si celui-ci n'est pas prêt. En effet, la prise en charge en psychomotricité n'est en rien obligatoire.

B. LESAGE⁵⁷ met l'accent sur l'importance de la dimension temporelle. Par le biais de la médiation nous essayons de ramener le patient dans « l'ici et le maintenant », dans l'instant présent. En effet, les patients sont très souvent dans des angoisses très fortes par rapport à l'avenir. Ces pensées d'un futur sombre peuvent complètement les envahir et les déconnecter de leur présent. Nous leur proposons alors une parenthèse dans leurs projections afin qu'ils puissent vivre le moment présent.

L'accompagnement en psychomotricité d'un patient se fait donc suite à la demande de l'équipe soignante, du médecin, du patient ou de sa famille. Les bilans sont souvent compliqués à réaliser en unité de soins palliatifs du fait de l'avancée de la maladie. Nous nous baserons donc sur une observation minutieuse du patient comme nous l'avons expliqué précédemment. De plus, nous prendrons en compte la demande de la personne malade et un projet thérapeutique pourra alors être proposé. Ce projet doit avoir du sens aussi bien pour le patient, sa famille que pour l'équipe soignante.

⁵⁷ LESAGE B., *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, Eres, 2012.

Nous nous posons maintenant la question : **quelles sont les différentes médiations qui permettent la mise en place d'un travail sur les enveloppes corporelles et psychiques et qui vont ainsi permettre le soutien de l'intégrité psychocorporelle mise à mal dans la maladie grave?**

Les médiations utilisées par les psychomotriciens en unité de soins palliatifs sont nombreuses. En effet, nous pouvons aussi bien proposer des activités créatrices à des fins d'expression des émotions que des temps de relaxation psychomotrice, de toucher-massages ou de bains thérapeutiques qui vont venir procurer un apaisement, un sentiment d'unité et de contenance. Par ces propositions alliant la parole, le toucher, notre objectif est de ramener le patient dans « l'ici et maintenant », un temps pour lui où il peut se vivre plus positivement.

1. Les médiations artistiques

Dans le cadre de la médiation artistique, nous pouvons proposer au patient de la peinture, du dessin, des mandalas ou encore du modelage. Ces propositions peuvent aussi bien se réaliser en chambre, que dans la salle de psychomotricité ou encore en salle de stimulation sensorielle. Il n'est pas rare qu'en parallèle d'une autre médiation, la séance débute par un dessin où le patient peut alors exprimer comment il se sent, comment il se perçoit dans l'instant. « *L'intérêt du dessin comme une surface projective* »⁵⁸. Nous allons être particulièrement attentifs à cette production du patient qui va nous donner des indications sur une éventuelle perturbation de l'enveloppe psychocorporelle et ainsi dans mesurer l'ampleur. « *Nous serons attentifs à l'absence de délimitation nette, à la qualité continue ou discontinue des contours, à l'interpénétration des formes, à la fragmentation des éléments, aux ruptures des limites, détruites, endommagées, traversées, au corps ouvert, aux communications entre intérieur et extérieur ainsi qu'à l'absence d'humanité, d'identité secondaire...* »⁵⁹.

L'utilisation de la médiation peut permettre de fixer la pensée sur une activité et ainsi de diminuer des angoisses et le stress. De plus la peinture, le dessin peuvent permettre au patient de s'exprimer d'une manière non-verbale et ainsi d'expulser vers l'extérieur certaines choses impossibles à mettre en mots. Par ces temps

⁵⁸ E. FERRAGUT et co., *Médiations corporelles dans la pratique des soins*, Masson, 2008.

⁵⁹ *Ibid*, p.111.

d'expression nous permettons au patient de se libérer d'émotions qui peuvent venir envahir le psychisme et désorganiser l'individu.

2. La relaxation

La relaxation peut se pratiquer dans la chambre du patient, dans son lit mais également dans la salle de stimulation sensorielle. Les relaxations psychomotrices sont nombreuses et peuvent prendre des formes variées pouvant allier le toucher et la parole. Il existe des relaxations dites passives et d'autres dites actives. Parmi les plus connues nous pouvons citer les méthodes VITTOZ, le training autogène de SCHULTZ, JACOBSON. La sophrologie est également de plus en plus utilisée ainsi que l'hypnose.

« Les thérapies de relaxation travaillent à un niveau pré-conscient et s'appuient sur des états modifiés de conscience. L'on cherche à obtenir un état d'hypovigilance, passant d'une vigilance ordinaire à un état entre veille et sommeil, par des moyens psychocorporels simples et reproductibles ». « Il est possible de se centrer sur le ressenti corporel, de faire des exercices de tension-détente, un travail respiratoire ou être plus directif avec des techniques hypnotiques »⁶⁰.

Comme nous l'explique ces extraits il y a une multitude de possibilité pour réaliser une séance de relaxation en fonction des besoins et des capacités du patient. Après chaque séance, le patient reviendra à un état de vigilance normale qui ouvrira sur un temps de verbalisation. Nous allons dans ces moments-là étayer les propos du patient et si c'est nécessaire mettre en mots ses ressentis. La relaxation va s'inscrire dans le projet d'anxiolyse et de détente corporelle mais pas seulement. La relaxation va permettre au sujet d'investir son corps d'une autre manière. Par l'enveloppe de notre voix, de notre toucher nous venons proposer une contenance au patient et ainsi lui faire sentir son unité corporelle. Une enveloppe sonore est proposée au patient (notre voix, de la musique) qui va contenir, sécuriser la personne dans une approche maternante qui peut renvoyer aux idées de Holding et de Handling de D.W WINNICOTT. La détente va prendre en compte le corps entier de la personne en permettant de ressentir un corps unifié et tenu. L'étude de cas de M. N décrit à la fin de ce mémoire explicite bien le travail qui peut être mené en relaxation.

⁶⁰ E. FERRAGUT et co., *Guide pratiques des techniques de médiation corporelle*, Masson, 2010, p.16.

3. Le toucher-massage

Le toucher thérapeutique peut s'apparenter à une forme de relaxation. Elle va concerner le toucher mais peut être couplé avec une verbalisation.

De par la relation qui s'établit, nous allons venir « toucher » le patient dans un premier temps avec notre voix et notre regard. Le toucher relationnel va venir soutenir l'intégrité psychocorporelle de la personne gravement malade. Il va permettre un relâchement des tensions, un éveil sensoriel, une mise en sens du schéma corporel et de l'image du corps. Il sera important de rendre ce toucher « social » afin qu'il soit vécu comme non dangereux par le patient. Le toucher est quelque chose d'intime qui peut renvoyer de nombreuses choses à la personne touchée. Il faut pour cela respecter les besoins de distance de la personne quand ceux-ci sont nécessaires et le cadre devra être bien établi au préalable. L'accord du patient devra toujours être assuré.

Dans une même dynamique que la relaxation, le toucher thérapeutique peut venir s'inscrire dans une fonction maternante comme le holding de D.W WINNICOT. Nous allons véritablement soutenir, porter l'enveloppe psychocorporelle du patient gravement malade en lui proposant de sentir les limites de son corps, de retrouver un sentiment d'unité corporelle.

4. Les bains thérapeutiques

Les bains thérapeutiques sont fréquemment pratiqués en unité de soins palliatifs et nous avons eu l'occasion d'en pratiquer un certain nombre tout au long de ce stage. Ceux-ci demandent une qualité de présence et une confiance dans la relation importantes afin que le patient se sente en sécurité et contenu pendant ce soin. Le bain a différentes vertus : en effet, pour les patients douloureux la chaleur de l'eau va venir détendre et apaiser les tensions musculaires. De plus, le corps devient léger dans l'eau grâce à l'effet de l'apesanteur et permet ainsi de retrouver une mobilité plus fluide.

L'eau va permettre de recréer un sentiment d'unité de soi à travers la sensation des limites corporelles qu'elle procure. Elle procure un sentiment d'enveloppement et de contenance. Ces sensations de relâchement, d'apaisement, de mobilité permettent au patient de se vivre différemment, plus positivement. La

proposition de se passer un gant sur le buste par exemple peut permettre de renouer un contact avec ce corps qu'il ne touche et ne voit plus. Retrouver les gestes du quotidien peut permettre une renarcissisation, une meilleure estime de soi. L'eau permet une délimitation entre un dedans et un dehors, le corps et le psychisme sont contenus.

Mme G. est âgée de 74 ans. Elle est atteinte d'une SLA diagnostiquée en août 2014.

Elle est entrée en USP pour un séjour de répit et si son état de santé ne s'altère pas un projet d'EHPAD sera mis en place.

Mme G. est mariée et a 3 filles. Du fait de la maladie, elle ne peut plus communiquer oralement, elle peut pousser des cris et rire. Mme G. reste néanmoins une personne très expressive avec un fort désir de communication. Afin qu'elle puisse s'exprimer, une tablette tactile ainsi qu'un stylet ont été mis à sa disposition. Elle peut alors communiquer par écrit ce qu'elle souhaite. Elle utilise également son pouce qu'elle lève ou baisse afin de faire savoir si elle est d'accord/contente /confortable ou pas selon ce que l'équipe soignante lui propose comme soin.

Nous venons donc pour cette séance de psychomotricité lui proposer un bain ce qu'elle accepte volontiers.

Le sens de ce soin en tant que psychomotricien sera de permettre à Mme G. de se détendre et de ressentir un apaisement corporel. En effet, la SLA contracte les muscles et met le patient en tension. Mme G. souffre notamment de douleurs importantes dans le bras droit et dans les côtes. Le but de ce soin sera donc à visée antalgique et relaxante. Le fait d'être dans l'eau permet également à Mme G. de sentir son corps plus léger et de retrouver une certaine mobilité grâce à l'eau. Il permettra d'éveiller sa sensorialité.

Pendant le bain, un massage de tout le corps va lui être proposé en commençant par le bas du corps jusqu'à la nuque, Mme G. ne souhaitant pas qu'on lui mouille les cheveux. Le massage sera accompagné de mouvements passifs dans l'eau. Le contact de l'eau associé au massage va permettre de soutenir l'enveloppe psychocorporelle de Mme G. afin de lui procurer un sentiment d'unité de soi.

Pendant tout le soin accompagné par de la musique classique choisie par la patiente, celle-ci se montrera très souriante et rira à de nombreuses reprises. Elle pourra sur la fin du soin, lors du massage des épaules et de la nuque fermer les yeux.

L'eau est donc une aide thérapeutique très riche en unité de soins palliatifs. C. POTEL décrit « *Il me semble intéressant de donner une place toute particulière à ces fonctions du « moi-peau » décrites par Anzieu, ceci nous concernant de près quand on s'occupe du corps, et à plus forte raison du corps dans l'eau, dont l'une des qualités spécifiques est justement son effet d'enveloppement et de sensations à même la peau* »⁶¹.

5. La musique

La musique est maintenant couramment utilisée pour des personnes présentant des problèmes de santé. On parle de musicothérapie si on l'utilise à des fins thérapeutiques. Dans le dictionnaire Larousse (édition illustrée 2004), ce terme signifie « *psychothérapie basée sur l'écoute ou l'utilisation de la musique* »⁶².

Dans notre pratique psychomotrice, le fond sonore peut être notre voix ou de la musique. En effet, lors de séances de massage, de relaxation ou encore de bain thérapeutique, celles-ci accompagnent la séance afin de permettre à la personne de se détendre, de diminuer son niveau de stress et d'anxiété et de limiter ses angoisses. La musique permet également un travail sur les émotions et sur l'expression de la souffrance morale. Pour les personnes en fin de vie très angoissées avec des pensées très sombres, la musique va permettre de fixer l'attention sur l'écoute et ainsi de diminuer la tachypsychie dans laquelle elles peuvent se trouver. Elle permet de ramener le patient dans l'instant présent en prêtant attention à ce qui se passe dans « l'ici et maintenant ». A la manière du holding de D.W. WINNICOTT la musique ou notre voix viennent proposer un soutien,

⁶¹ POTEL C. (2004) cité par : O. GAUCHER6HAMOUDI, M. GIOSE, *Soins palliatifs et psychomotricité*, HDF, 2007.

⁶² Définition du Larousse cité par : CELESTIN-LHOPITEAU I., THIBAUT-WANQUET P., *Guide des pratiques psycho-corporelles*, Masson, 2006, p. 138.

une enveloppe sonore tout autour du patient. D. ANZIEU a suggéré l'existence d'enveloppe psychique s'étayant sur cette modalité sensorielle que représente l'enveloppe sonore⁶³. Nous venons par ce biais soutenir le sentiment d'unité du patient dans l'instant présent.

E. Conclusion

Le psychomotricien, avec ce qu'il est, sa qualité de présence, son écoute et son observation fine pourra déterminer comment accompagner au mieux la personne dans ces derniers moments de la vie qui peuvent être rendus particulièrement difficiles par la maladie grave. A travers son savoir-être mais également son savoir-faire, il va soutenir l'intégrité psychocorporelle du patient lui permettant ainsi de rester présent à lui-même, de se vivre autrement. Il propose une parenthèse dans le quotidien du patient.

Nous venons de présenter quelques médiations, il est évident qu'il peut en y avoir d'autres mais celles-ci sont les plus couramment rencontrées en unité de soins palliatifs. Chaque psychomotricien fera avec sa propre créativité afin de proposer une prise en charge la plus adaptée possible.

⁶³ ANZIEU D., cité par HOUZEL D., *Le concept d'enveloppe psychique*, In Press, 2010, p. 107.

II. Les limites de la psychomotricité auprès de patient atteint de maladie grave

Le projet de soin thérapeutique en psychomotricité peut connaître des limites et des difficultés qu'il semble important de garder à l'esprit et qui doivent faire partie de notre éthique professionnelle.

A. L'équipe soignante

La psychomotricité est une profession qui n'est pas forcément bien connue de tous. Se faire une place dans l'équipe demande au psychomotricien une grande adaptabilité et une capacité à communiquer sur ses soins et ses actions. Parfois, il peut être difficile pour le soignant d'accepter qu'une tierce personne assiste aux soins notamment quand ceux-ci sont compliqués. Quand une équipe dysfonctionne et que la communication est rompue, le travail en équipe s'en trouve fortement impacté et peut mettre à mal la prise en charge d'un patient par manque d'informations. Il faut être attentif aux échanges dans l'équipe et l'importance des temps de supervision paraît essentielle en unité de soins palliatifs.

B. Le refus du patient ou de sa famille

Il faut bien garder en tête que la psychomotricité n'est pas un soin obligatoire, c'est une proposition de quelque chose en « plus ». Le patient est en droit de refuser et s'il n'est pas en capacité de le faire, sa famille ou ses proches peuvent également refuser les soins psychomoteurs. En grande souffrance physique et morale, le patient peut ne pas se saisir des propositions car il n'en voit pas l'utilité ou se refuse toute médiation pouvant le sortir du repli dans lequel il se trouve. Parfois il faut laisser un peu de temps entre le moment de la rencontre et une proposition de séance. Il faut pouvoir entendre qu'à cet instant le patient n'est pas prêt. On laisse la porte ouverte et il est nécessaire d'accepter ce refus dans la bienveillance. Il faut bien garder en tête que c'est une forme de respect vis-à-vis de l'autre, il faut accepter ce refus avec ou sans raison.

« Situations inconfortables, douloureuses, ressenties parfois comme un échec. Impuissance qui rappelle que nous n'avons pas tout pouvoir sur l'autre, même si

nous lui voulons du bien »⁶⁴. Malgré toute notre bienveillance, l'autre est en droit de rejeter notre proposition. Ces situations peuvent être déstabilisantes et il est important de pouvoir prendre un certain recul et avoir une analyse sur chaque situation.

C. La douleur

L'état des patients en unité de soins palliatifs est fluctuant et peut varier d'une journée à l'autre, d'une heure à l'autre. Elle vient impacter l'intégrité psychocorporelle de la personne gravement malade. La douleur « *désorganise l'appareil psychique, menace l'intégration du psychisme dans le corps, affecte la capacité de désirer et l'activité de penser [...], menace de détruire la structure même du Moi-peau [...]* »⁶⁵. La douleur est parfois si intense qu'elle ne peut être contrôlée, diminuée par une médiation psychomotrice. La douleur limite également la relation car la personne peut restreindre son attention aux autres et ainsi resserrer son espace personnel. Toute proposition devient alors envahissante et impossible pour le patient qui se replie sur lui-même et sur la zone douloureuse.

D. La temporalité

La question du temps est essentielle en unité de soins palliatifs. En effet, le temps va être une notion toute relative car nous n'avons aucune idée du temps dont nous disposons. La projection avec un patient sur un nombre de séances reste pour nous compliquée. Il y a une certaine forme d'urgence. Déjà dans la rencontre, le temps d'élaboration d'une proposition reste très court. Il faut tout de suite situer ce qui conviendrait le mieux aux besoins et aux attentes du patient. Tout en ayant peu de recul sur notre travail, la question que nous nous posons en permanence est la suivante : avons-nous réellement répondu aux demandes du patient ou n'avons-nous pas plutôt répondu à ceux de l'équipe soignante ou encore à nos propres désirs transférés sur le patient. Le temps est compté en soins palliatifs et il faut apprendre à le gérer. Le temps de la séance est donc essentiel, ramener le patient dans « l'ici et maintenant », même si cet état ne se prolonge pas. Nous venons rassembler le

⁶⁴ RICHARD M-S., *op. cit.*

⁶⁵ ANZIEU D., *Le moi peau* (1985), Dunod, 1995.

patient pour qu'il ressente son unité psychocorporelle, nous venons soutenir son enveloppe psychocorporelle tout en gardant à l'esprit que le bénéfice de la séance va s'estomper plus ou moins rapidement selon l'état du patient. Mais même si ce temps ne dure que le moment de la séance, le plus important n'est-il pas d'avoir pu proposer cette fenêtre sur ce temps d'apaisement et de retour à soi ?

Nous pouvons parfois nous faire « saisir » par le temps. Nous pensons que le patient a du temps, nous élaborons notre prise en charge et le patient décède brutalement, la frustration de quelque chose de non achevée peut alors être présente. Mais ce qui reste le plus important sera de permettre une continuité dans le temps qui va venir soutenir le patient et lui offrir un sentiment de continuité de lui-même.

E. Le psychomotricien

Le psychomotricien arrive avec ce qu'il est, son histoire et tout ce qui fait qu'il est lui et qui détermine sa personnalité. Les soins palliatifs requièrent une qualité de présence entière. Pour cela il faut être capable avant de passer le pas de la porte de la chambre, de laisser derrière nous problèmes et soucis personnels afin d'être totalement dans la relation à l'autre. Il se peut cependant que ça ne soit pas toujours possible et il vaut mieux dans ce cas reporter la séance plutôt que de laisser notre malaise envahir le patient. Il peut aussi arriver que nous soyons mal à l'aise face à une situation qui nous renvoie à notre propre histoire. Cela peut venir impacter notre prise en charge et la qualité de la relation. Il sera important de prendre du recul et d'analyser ce qui se joue pour nous avant de continuer nos propositions. Nous pouvons dans ces moments-là nous tourner vers le psychologue du service ou vers les groupes de supervision afin de parler de nos difficultés.

Les limites à la prise en charge et en soin du psychomotricien existent et il est important d'en avoir conscience. Chaque situation, chaque patient est unique et il ne va jamais se jouer la même chose. Il sera donc important de réfléchir à ce qui se joue autant pour nous que pour la personne gravement malade.

III. Etude de cas : Prise en charge de M. N.

Anamnèse

Monsieur N. est âgé de 65 ans, il est né le 24/03/1949. Il est marié et à 2 enfants et plusieurs petits enfants. Monsieur N. était ingénieur dans l'aéronautique et également enseignant à l'école des arts et métiers de Bordeaux.

Il est atteint d'une tumeur cérébrale, un gliomatose situé au carrefour droit temporo-parieto-occipito-spénial. Il s'agit d'une entité tumorale rare, environ 300 cas sont recensés dans la littérature mondiale. Ce sont des tumeurs très étendues qui empêchent la chirurgie.

L'histoire de la maladie

Novembre 2014 : crise partielle gauche suivie d'un mal épileptique avec déficit hémicorporel gauche critique transitoire. Mr N. est hospitalisé en neurochirurgie afin de réaliser un scanner qui mettra en évidence deux syndromes de masse intra axiaux pariétaux droits.

14 novembre 2014 : une biopsie cérébrale met en évidence une lésion d'allure gliale. Le gliomatose est alors décelé.

20 novembre 2014 : un traitement de chimiothérapie par Temodal est proposé par l'oncologue qui débutera le 29 novembre.

26 décembre 2014 : l'oncologue reconduit une deuxième cure de chimiothérapie toujours par Temodal.

1^{ER} janvier 2015 : Mr N. est hospitalisé aux urgences de Pellegrin pour céphalées et majoration de l'hémiplégie gauche.

Première visite de l'hôpital de jour

Monsieur N. vient visiter l'hôpital de jour et rencontrer le médecin et l'infirmière coordinatrice le 15 janvier 2015. Il se déplace en fauteuil roulant et présente une hémiparésie à gauche. La place de la psychomotricité est abordée et il se saisit avec beaucoup d'enthousiasme de cette proposition. Un rendez-vous pour une évaluation est prévu pour le 23 janvier.

Autre prise en charge à l'hôpital de jour

Le suivi pluridisciplinaire de M. N. à l'hôpital de jour se compose de séances de psychomotricité et de séances de kinésithérapie notamment, afin de lui apprendre à mieux se déplacer avec son fauteuil roulant, de lui permettre des transferts plus fluides et également de stimuler son hémicorps gauche.

De plus, une prise en charge psychologique est également mise en place pour lui mais aussi pour son épouse. Les séances se déroulent individuellement afin de permettre à M. N. de pouvoir évoquer ses angoisses et sa maladie. Mme N. accepte elle aussi la proposition d'un soutien psychologique. Lors des séances, elle peut notamment se permettre de pleurer, ce qu'elle s'interdit en présence de son mari pour « lui laisser son espoir » et parler de ses craintes et de ses angoisses. Elle exprime son envie de connaître les étapes à venir pour se rassurer, de « baliser » le chemin afin de diminuer son anxiété. Elle est parfaitement consciente du pronostic mais la combativité de M. N. l'empêche d'en parler avec lui. Mme N. apprécie de pouvoir verbaliser ses inquiétudes auprès d'un tiers neutre.

Rencontre et évaluation de Monsieur N. :

L'évaluation de M. N. portera sur 2 axes : une évaluation psychomotrice (les représentations du corps : schéma corporel et image du corps) ainsi qu'une évaluation de la demande du patient.

Etapes de la rencontre

1. Présentation puis échange autour de l'histoire de la maladie, du vécu et de la vie du patient.
2. Dessin du bonhomme (afin d'avoir un aperçu de l'accès à la représentation de soi associé à un échange où nous utilisons le dessin comme support).
3. Exploration sensori-motrice (assis sur le fauteuil confort, les yeux fermés : nommer les différentes parties du corps touchées par une balle sensorielle, décrire les mouvements segmentaires effectués passivement et pour terminer un temps de relaxation avec de la respiration).
4. Echange de fin basé sur le ressenti du patient, formulation d'objectifs.

Lorsque nous allons à la rencontre de M. N., il est dans une chambre en présence de son épouse. Il présente une certaine prestance, un certain maintien physique (il se tient droit dans son fauteuil roulant en tenant sa main gauche contre son corps à l'aide de sa main droite). Comme sa femme, il dit ne pas connaître la profession et se montre très enthousiaste à l'idée de réaliser une séance. Une proposition de séances de relaxation a été évoquée avec le médecin lors de sa précédente venue à l'hôpital de jour. Les premiers échanges sont basés sur son ancien métier et ses loisirs dont il parle avec plaisir. Il explique que malgré son métier intellectuel (pour rappel M. N. était ingénieur) il aimait particulièrement le bricolage, le jardinage et vivre dehors. Cela lui manque beaucoup aujourd'hui, « ça me manque de ne plus courir derrière ma tondeuse ». Il est également très sensible à l'art, à tout ce qui est beau et il aime également faire de la photo.

Ensuite, la discussion porte sur son parcours médical et le vécu de la situation. Les premiers symptômes de la maladie sont apparus en voiture alors qu'il se rendait à l'enterrement d'un de ses amis. Il s'est alors senti mal et sa jambe gauche ne répondait plus. Les différents examens ont rapidement mis en évidence la présence d'une tumeur. Concernant son moral, il dit qu'il est « bon » car l'essai d'un nouveau traitement lui a redonné l'espoir de voir une amélioration notamment sur son hémiplégie gauche. M. N. paraît très au clair avec le pronostic « on sait tous comment cette histoire va finir ». Il dit « ne pas avoir peur de mourir » mais il est très affecté à l'idée de laisser sa famille. L'évocation de ses enfants et de ses petits-enfants provoque une très forte émotion accompagnée de pleurs. Nous laissons M. N. exprimer sa souffrance en lui offrant une écoute attentive, en l'aidant à formuler ses angoisses à ce moment-là.

Quand il est apaisé, nous commençons le bilan. Il exécute volontiers le dessin du bonhomme (consigne : « dessinez-vous tel que vous vous percevez actuellement »). Le dessin est réalisé sur le quart droit de la feuille, le personnage est longiligne sans bras ni jambe, complètement lisse. Il apporte beaucoup d'attention à se faire sourire, à ce moment-là il dira « il faut sourire, je ne suis pas malheureux... ».

Lors de l'exploration de la conscience corporelle (afin de réaliser une analyse du retentissement de l'hémiplégie sur le schéma corporel), nous remarquons que

M. N. perçoit plus facilement les sensations tactiles au niveau distal tant pour le membre supérieur que le membre inférieur droit. Sinon ce sont les vibrations qui sont perçues (autour du coude et du genou gauche). La consigne est de garder les yeux fermés pour « nommer uniquement ce qui est perçu » mais il est nécessaire pour lui de les ouvrir régulièrement. Nous terminons avec des mobilisations activo-passives homologues des membres.

Lorsque nous demandons au patient ce qu'il a pu ressentir, son discours reste très centré sur des descriptions fonctionnelles et l'intérêt d'un travail de « rééducation ». Il semble qu'il ne fait pas le lien entre sensation, perception et représentation. Les sensations sont plus ou moins bien perçues. Afin de faciliter l'accès à la symbolisation il faudra laisser une place importante à la verbalisation pour ainsi soutenir et aider M. N. dans son élaboration psychique et progressive de son vécu corporel.

Cependant à la fin de cette séquence, lorsqu'il est invité à dire « comment il se sent » il peut dire « relaxé et apaisé », « je m'endors direct dans ce type de fauteuil avec la musique en plus ». Il n'est pas aisé pour lui de mettre en mots ses perceptions et ressentis mais les images semblent aidantes. En effet, nous lui proposons d'associer son vécu immédiat à celui d'un animal et il répond : « un chien, ça me fait penser à mon petit chien qui peut s'étirer de tout son long au soleil alors que moi je n'y arrive plus ».

Au final, M. N. nous questionne à plusieurs reprises sur les techniques de relaxation et d'hypnose, manifestement il s'y intéresse et cela me questionne sur un besoin de s'évader (*se relaxer: s'extraire de, remettre en liberté...*). De nouveau en fin de séance l'émotion le submerge à l'évocation de ses enfants et petits-enfants. Un espace d'écoute contenant lui est offert. Il exprime également son désir que nous lui apportions une aide afin qu'il puisse plus facilement se rendormir car il se réveille fréquemment la nuit. A la question sur ses angoisses, il répond de manière détournée et en parle au passé.

Cette première rencontre évaluative et exploratoire confirme la pertinence de le revoir dans le cadre de soins en psychomotricité. En effet, il paraît essentiel de soutenir M. N. par un travail de conscience corporelle, un travail de conscience de soi afin d'éviter le développement d'un sentiment d'étrangeté autour de ce corps qui fait défaut et de maintenir un sentiment d'unité de soi. Un travail sur de la respiration

nous semble également pertinent afin de l'aider à avoir des nuits plus sereines. De plus, le moral de M. N. malgré son sourire de façade et ses paroles nous semble avoir besoin d'être soutenu, et la psychomotricité peut permettre à M. N. de trouver un lieu et un temps où il pourra s'exprimer librement.

Un travail corporel autour de la relaxation et du toucher relationnel semble pertinent pour M. N., ces médiations psychocorporelles vont être alors utilisées comme médiateur de la relation à l'autre. Le toucher comme le dit Benoît Lesage se devra de prendre un aspect contenant où l'on va amener le patient à un ressenti de lui-même selon des modalités inhabituelles. Nous allons proposer à Mr N. de faire l'expérience du changement dans ce corps qui fait défaut. Benoît Lesage⁶⁶ parle de la dimension temporelle qui est très importante, en effet nous allons accompagner Mr N. dans la connexion à son corps dans « l'ici et le maintenant ». Lui permettre de revenir dans l'instant présent, lui qui est dans une perpétuelle anticipation angoissante. Ce toucher pourra permettre de libérer un espace de parole qui paraît si nécessaire au patient. Par cette médiation nous cherchons à venir soutenir un travail d'intégration corporelle en permettant à M. N. de contacter les limites de son corps ainsi que les zones moins investies de son corps touché par cette maladie grave.

Première séance de psychomotricité avec M. N.

Les objectifs de cette séance sont multiples. Tout d'abord permettre à M. N. d'exprimer son anxiété et de l'aider à mieux la gérer. Par ailleurs, soutenir son unité psychocorporelle mise à mal par la maladie et enfin favoriser l'actualisation de la représentation de soi (schéma corporel, image du corps).

Etape de la rencontre et médiation utilisée

But de la séance : éveil des sensations

1. Echange initial
2. Relaxation dans le fauteuil confort (toucher relationnel à l'aide d'un objet sensoriel vibratoire afin d'éveiller la conscience corporelle, travail de respiration)
3. Echange de fin

⁶⁶ LESAGE B., *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, Eres, 2012.

Dès la première minute nous percevons une certaine fébrilité chez le patient, il s'empresse de nous dire qu'il lui faut une séance de relaxation, qu'il y pense beaucoup et l'attend. Il justifie cette demande en disant que la séance de kinésithérapie a été particulièrement éprouvante. Nous l'aménons jusqu'à la salle sensorielle en discutant de sa séance avec le kinésithérapeute. Nous lui proposons de s'installer comme la dernière fois dans le fauteuil confort, il se montre alors très consciencieux et essaie d'appliquer les conseils donnés par le kinésithérapeute. Le transfert en est d'ailleurs facilité.

Une fois assis, il semble important pour M. N. de parler de la nuit précédente qui a été mauvaise, il dira « je n'arrivais pas à dormir car je ne trouvais pas ma position, je ne voulais pas bouger pour ne pas déranger ma femme mais j'ai mal ici, au niveau de la côtelette (dit-il avec le sourire en montrant le côté droit) ». Nous lui indiquons que nous avons bien entendu sa demande de travailler sur les problèmes d'endormissement. Cet échange lui permet de décharger quelques tensions et d'être plus disponible à un temps de silence pendant la relaxation. Nous lui exposons le déroulement de la séance. Une musique lui est proposée afin de créer une enveloppe sonore. A la manière du holding de Winnicott⁶⁷ nous essayons ici de proposer au patient un soutien, autant par notre voix que par la musique, de créer autour de lui une enveloppe afin que sa pensée puisse venir se fixer sur un point d'ancrage et créer un sentiment de contenance. La démarche thérapeutique dans cette idée de holding est de ramener M. N. aux sensations de son corps et aux différents appuis.

Dès les premiers temps de la relaxation, notamment sur l'hémicorps droit (stimulations tactiles vibratoires), il verbalise à plusieurs reprises son ressenti agréable : « c'est génial ce truc ». Nous continuons la stimulation sur l'hémicorps gauche et le patient verbalise à certains moments qu'il sent beaucoup moins que du côté droit notamment au niveau des parties distales comme la main et le pied. Le toucher n'amène néanmoins pas un vécu désagréable. Globalement, il présente une meilleure capacité à fermer les yeux et à se recentrer.

Il s'agit ici de travailler autour des notions d'enveloppe corporelle et psychique en proposant à M. N. un toucher enveloppant afin de contenir les angoisses et

⁶⁷ LEHMANN J-P., *Comprendre Winnicott*, Armand Colin, 2009.

renforcer le sentiment de solidité du schéma corporel, de l'unité de soi, tout en lui permettant de vivre son corps plus agréablement. La maladie peut mettre à mal le sentiment d'unité et ce que nomme Winnicott « le sentiment d'une continuité d'existence »⁶⁸. L'enveloppe corporelle réelle de M. N. est toujours présente mais c'est sa capacité sensorielle à la percevoir qui est touchée, celle-ci se disloque et le psychique n'est alors plus contenu. Par le toucher de cette relaxation nous venons soutenir M. N. dans son intégrité psychocorporelle comme le fait la mère pour son bébé dans les premiers temps de la vie dans les moments de portages et d'interactions. Geneviève Haag⁶⁹ a mis en évidence le développement du sentiment d'enveloppe par la contenance physique de la mère. Comme la mère, en présence, nous venons recréer ce sentiment d'enveloppe qui va permettre un investissement de la part du patient de quelque chose qui vient l'envelopper.

Suit un nouveau temps d'échange autour de ses sensations après la relaxation. Il dit « se sentir mieux, apaisé et relaxé, avec l'impression d'avoir rechargé les batteries ». Nous revenons alors sur la respiration notamment pour la nuit afin qu'il puisse se rendormir plus facilement. La respiration à 3 étages lui est expliquée : respiration ventrale, au niveau du diaphragme et enfin sous claviculaire. Le but étant ici de l'accompagner à mieux sentir sa respiration de son ventre jusqu'à son nez tout en fixant le mental sur ce mouvement corporel. La nuit, il pourra focaliser son attention sur une activité concrète qui sera myorelaxante.

M. N. paraît particulièrement ému avant et après cette séance. Quand le temps est venu pour lui de repartir, le transfert est beaucoup plus facile et le mouvement de sa jambe gauche est plus fluide qu'auparavant ce qui paraît lui faire très plaisir.

Il semble donc important de continuer à travailler en psychomotricité dans ce sens. Tout d'abord, afin de poursuivre le soutien du patient dans la conscience de son corps et d'unité de soi mais aussi de stimuler ses capacités restantes. De plus, il semble également essentiel de permettre ce soutien psychologique, en effet le moral du patient peut paraître précaire et fragile à certains moments. Les temps de verbalisation de M. N. sont essentiels et permettent de mettre en place une écoute et ainsi de l'accompagner aussi bien corporellement que psychiquement vers un travail

⁶⁸ WINNICOTT D.W., *La mère suffisamment bonne*, Payot, 2010.

⁶⁹ LATOUR A-M, *Cours de 3ème année de psychomotricité*, IFP Bordeaux, 2014-2015.

de représentation, de mise en sens de l'éprouvé corporel qui fait défaut afin de recréer un lien entre son corps et sa pensée.

Nous percevons une réelle accroche de la part du patient pour le travail entrepris.

Deuxième séance de psychomotricité avec M. N. en présence de son épouse

L'objectif de la séance est le même que lors de la précédente, le déroulement est sensiblement identique afin de permettre au patient d'observer une continuité dans la prise en charge pour pouvoir créer du lien. La répétition permet au patient d'être dans une projection d'un temps connu afin de favoriser l'écoute de ses sensations et perceptions.

Etape de la rencontre et médiation utilisée

But de la séance : éveil des sensations

1. Echange initial
2. Relaxation dans le fauteuil confort (toucher relationnel à l'aide d'un objet sensoriel vibratoire dans le but d'éveiller une conscience corporelle, travail sur la respiration)
3. Echange de fin

Synthèse de la rencontre

M. N. est calme et souriant lorsque nous venons le chercher. Le transfert au fauteuil confort est plus aisé que précédemment, il est toujours consciencieux lors des quelques pas à réaliser pour arriver au fauteuil, ses mouvements sont également plus fluides.

Son épouse, qui était désireuse d'assister à une séance pour en avoir une représentation, est présente lors de cette rencontre. Elle est invitée à s'installer dans un des petits fauteuils à disposition et à profiter de la séance afin de prendre un temps pour elle.

Une fois assis, M. N. semble ne pas être tout à fait prêt et paraît « ailleurs ». Pour le ramener dans « l'ici et maintenant » nous le questionnons alors sur son ressenti corporel et sur son moral. Il dit se sentir bien « je n'ai aucune douleur, rien

d'insupportable, je me sens bien ». A la question sur le moral, il rentre dans une logorrhée. Il parle beaucoup de l'importance du traitement en cours qui lui ouvre une fenêtre à laquelle se raccrocher, « une fenêtre d'espoir ». Ce discours est très stéréotypé, en effet il l'a déjà eu avec d'autres intervenants de l'HDJ. Il n'y a pas d'accroche du regard et il est très difficile d'arrêter ce long flot de paroles. Ce scénario sur la maladie qui revient fréquemment lors de nos rencontres, paraît aujourd'hui particulièrement envahissant ce qui nous évoque une grande souffrance. Mme N. va, quant à elle, se refermer sur elle-même (elle se recroqueville, ferme les yeux, main sur le front) pendant le discours de son mari. Nous devons à ce moment-là l'arrêter dans ce flot de paroles en reprenant le fil, nous le ramenons en reprenant « la maîtrise du temps » ce qui stoppe M. N. et l'apaise.

Cet échange a néanmoins permis de décharger quelques tensions et lui permet par la suite d'être plus disponible à un temps de silence pendant la relaxation. Nous lui exposons le déroulement de la séance. Une musique lui est proposée afin de créer une enveloppe sonore.

Nous commençons la stimulation vibratoire par l'hémicorps droit puis le gauche. Il dit bien sentir son côté droit. Pour le côté gauche il pourra verbaliser « oui là je le sens » en particulier sur les parties distales. Un temps de respiration lui est alors proposé afin de poursuivre la découverte de la respiration à 3 étages.

M. N. sera particulièrement ému après cette séance, il nous fera signe avec sa main de larmes qui coulent, avant d'être submergé par l'émotion. Il verbalise avoir été entouré de fées pendant la séance « je suis parti loin en voyage, ça avait un petit goût de paradis ». Puis il ré-ouvre les yeux et réalise qu'il est encore là avec nous auprès de sa femme. Cela n'est pas sans nous évoquer le scénario de sa propre mort : « partir et revenir ». Ce qui déclenche une très vive émotion accompagnée de pleurs. A l'inverse de ce qu'il a pu dire, sa femme nous indique qu'il lui arrive souvent d'être très ému notamment à l'évocation de ses petits-enfants. Nous proposons ici un espace psychique d'accueil où nous favorisons alors la mise en mots en écoutant le discours du patient et celui de son épouse qui sont différents mais sans s'opposer. Comme dans la théorie de Wilfred Bion⁷⁰, il semble que M. N., ne puisse mettre en pensées ses sensations. Pour Bion, il existe au départ une pensée sans appareil à penser, c'est-à-dire une pensée sans capacité de penser. Cette pensée peut éclater,

⁷⁰ « *Enveloppe psychique et fonction contenant : modèle et pratiques* », Cahiers de psychologie clinique, 2001/2 no 17, p.81-102.

morceler, éparpiller, elle ne signifie et ne représente pas. M. N. nous renvoie donc à ces moments-là ce que Bion nomme les éléments Bêta qui sont des impressions sensorielles dont il faut se libérer et qui ne font pas sens. La fonction Alpha va venir transformer les éléments Bêta en contenu psychique. Ces nouveaux éléments qui ont été reçus par l'autre (ici le psychomotricien) sont alors digérés, transformés et renvoyés afin qu'ils soient supportables. Nous prêtons à M. N. notre appareil à penser les pensées. Les vécus douloureux du patient sont accueillis sous la forme d'éléments Bêta et grâce au cadre établi, on soutient Mr N. En reformulant, synthétisant, nous lui restituons ses vécus. Le but ici va être de venir renforcer le contenu psychique au fil des séances afin que le patient arrive petit à petit à transformer lui-même ses éléments Bêtas en éléments Alpha. Même si ici M. N. est submergé par ses émotions, il sait, notamment grâce au cadre établi que cela lui est permis.

La respiration est de nouveau évoquée car M. N. ne semble pas avoir bien compris son intérêt. En effet, il ne se saisit de cette proposition qu'afin de pouvoir se rendormir, mais le but est ici d'élargir son champ d'action afin de calmer à n'importe quel moment une éventuelle angoisse.

Quand le temps est venu de repartir, M. et Mme N. semblent tous deux apaisés.

Il semble donc toujours important de poursuivre le travail en psychomotricité, la répétition de séances identiques permettant au patient de s'en saisir au fil de la prise en charge. Soutenir la conscience de son corps et l'unité de soi ainsi que ses capacités restantes sont des objectifs essentiels. Cependant, il apparaît également que la projection des angoisses de M. N. lors des séances de relaxation notamment sur les scénarios de mort est importante à laisser vivre et à mettre en mots afin que le patient ne soit pas envahi par cela. Il semble que M. N. ait trouvé un cadre lui permettant de décharger ses tensions et ses peurs dans un moment où il se sent pleinement en confiance.

Fin de la prise en charge de M. N.

La prise en charge en psychomotricité de M. N. s'est brutalement arrêtée. M. N. est décédé 3 jours après notre dernière rencontre à son domicile soit le 16 février 2015. Après une séance de kinésithérapie à domicile, le patient ne s'est pas senti bien et a perdu progressivement connaissance. Les pompiers ont été appelés mais n'ont pas pu réanimer M. N.

Il s'est avéré que M. N. avait fait une importante hémorragie cérébrale causée par la chimiothérapie qui était à risque hémorragique.

Mme N. a prévenu le lendemain l'hôpital de jour du décès de son époux et a tenu à remercier l'ensemble de l'équipe pour les soins prodigués à son mari.

Mon ressenti personnel

M. N. a été mon premier patient en soins palliatifs où j'ai pu réaliser seule une prise en charge. L'importance du travail en psychomotricité a été essentielle afin de soutenir l'intégrité psychocorporelle du patient mise à mal par la maladie notamment grâce au travail autour des enveloppes corporelles. La médiation relaxation et le toucher relationnel lui ont offert un cadre contenant lui permettant de se vivre différemment et d'investir les limites de son corps ainsi que les zones moins investies du fait de son héminégligence. Ainsi il a pu se vivre différemment et de manière plus positive. Ce travail a permis la création d'un espace de parole où M. N. a pu exprimer ses ressentis et projeter ses angoisses vers l'extérieur. Notre étayage a été essentiel dans ces moments pour mettre des mots sur ses sensations. Une relation de confiance, un investissement autant corporel que psychique étaient indispensables pour aider M. N. dans son cheminement.

Il est important d'aborder la question de la notion du temps. En soins palliatifs la notion de temps est souvent mise à mal. La gravité de la maladie projette le patient dans une grande vulnérabilité du fait de la prise de conscience « de la non immortalité » dans laquelle il se trouve. La perte de cette illusion qui nous permet tous de vivre sans avoir de « date de fin », de ne pas vivre dans une angoisse perpétuelle de la mort, et qui ici, rattrape le patient atteint de maladie grave. Les projections dans le futur deviennent complexes et sont souvent source d'angoisse et

de peur. Il va donc être important de permettre à notre patient de revenir dans l'ici et maintenant, en se centrant sur le vécu du moment.

Autant pour les patients qu'en tant que soignant les projections dans l'avenir sont limitées. C'est cela qui est compliqué en tant que psychomotricien. Nous devons travailler avec cette urgence qui nous est imposée par la maladie, aller à l'essentiel en se posant la question de ce que l'on peut apporter au patient dans l'instant présent sans penser forcément à la prochaine séance qui peut ne pas avoir lieu. De quoi a-t-il besoin ? Quels sont ses souhaits ? Ses envies ? De quoi cherche-t-il à se saisir dans la relation ?

Nous ne cherchons en rien la réadaptation ou la rééducation mais simplement de se vivre différemment, peut-être plus positivement et moins dans la douleur et la souffrance ne serait-ce que le temps d'une séance de psychomotricité dans une relation contenant et empathique.

Conclusion

J'ai pu tout au long de ce stage, de ces rencontres, percevoir à quel point la maladie grave pouvait désorganiser, désunir le patient. Les fondements de la psychomotricité qui unissent le corps à la psyché n'ont jamais été aussi importants que dans ces derniers instants de vie. Si nous reprenons le propos de ce mémoire, il paraît évident que l'action du psychomotricien joue un rôle important dans le soutien de l'intégrité psychocorporelle du patient atteint de maladie grave.

Avant toute chose, les malades ont besoin d'attention, de compréhension, d'un regard et d'une écoute bienveillante et contenant. C'est sur ces bases que vont venir s'étayer les diverses médiations proposées. Le savoir être et le savoir-faire du psychomotricien vont permettre au patient de se sentir contenu et enveloppé. Nous venons retisser le lien entre la psyché et le corps mis à mal par la maladie grave. Nous venons lutter auprès du patient contre les angoisses de morcellement, contre ce corps qu'ils ne reconnaissent plus et qui se désorganise. Par notre accompagnement nous proposons un temps, un lieu d'expression, d'éveil des sensations différentes afin que le patient puisse se sentir autrement, et ainsi par prolongement, se vivre plus positivement.

Le soutien de l'intégrité psychocorporelle du patient gravement malade s'étend au-delà de celui-ci. Il participe à la prise en compte de la famille et des proches mais également de l'équipe soignante dans une perspective psychomotrice globale car elle est source de communication.

Il paraît toujours compliqué de conclure un travail de réflexion si dense car il me semble que le point final ne se pose jamais réellement tellement le monde de la psychomotricité est vaste et riche. Ainsi il est évident que ma réflexion sur ce mémoire, sur ces questionnements, s'étirera au-delà de ce stage et se prolongera, s'enrichira tout au long de ma vie professionnelle.

« Permettre l'expression de la vie » me semble une conclusion appropriée pour qualifier l'action du psychomotricien lorsque la maladie grave fait irruption dans le corps et la psyché du patient.

Bibliographie

ABIGNON S., MARCOS I., CHARRAZAC S., BURUCOA B., *La "fonction contenant" de binôme psychologue-psychomotricienne en équipe mobile de soins palliatifs*, Médecine palliative, Volume 13, 2014.

AJURIAGUERRA J., *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Masson, 1970.

ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALO P. et al., *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Solal, 2011.

ANZIEU D. (1985), *Le Moi-Peau*, Dunod, 2010.

AVEROUS V., MARCOS I., *Psychomotricité et soins palliatifs*, Entretien de Bichat, *Le corps en fin de vie : apport de la psychomotricité dans les soins palliatifs*, Expansion Scientifique Française, Septembre 2002.

BION W., *Aux sources de l'expérience*, PUF, 1979.

BRENOT P., *La relaxation*, Collection Que sais-je ?, 2003.

BRIGGS A., *Un Espace pour Survivre, L'observation du nourrisson selon Esther BICK, Articles cliniques et derniers développements*, Edition du Hublot, 2006.

BLANCHON C., *Le toucher relationnel au cœur des soins*, Elsevier, 2006.

BUSSY J. *Comment accompagner et soulager une personne en souffrance ? L'intérêt de la psychomotricité dans la prise en charge de la douleur chez la personne âgée en soins palliatifs*, Mémoire de Psychomotricité I.S.R.P Paris, 2008.

CELESTIN-LHOPITEAU I., THIBAUT-WANQUET P., *Guide des pratiques psychocorporelles*, Masson, 2006.

CHARPENTIER E., *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*, De Boeck Solal, 2014.

CHARPENTIER E., *Toucher thérapeutique et psychomotricité : soutien de l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée*, Mémoire de Psychomotricité I.F.P Paris.

CHU Bordeaux, Equipe Mobile de Soins Palliatifs. *Confort et analgésie, le prendre soin non médicamenteux : intervention du binôme infirmière/psychomotricienne en Equipe Mobile de Soins Palliatifs*. Projet pour la fondation APICIL Octobre 2012.

CICCONE Albert, *Naissance à la vie psychique*, Dunod, 2001.

CICCONE A., *Enveloppe psychique et fonction contenant : modèle et pratiques*, Cahiers de psychologie clinique, 2001/2 n°17, p. 81-81. DOI : 10.3917/cpc.017.0081.

DOLTO F., *L'image inconsciente du corps*, Du seuil, 1984.

DUCLOUX D., *Sophrologie et accompagnement des personnes en fin de vie*, Revue internationale de soins palliatifs 4/2004 (Vol.19), p.165-142.

« *Enveloppe psychique et fonction contenant : modèle et pratiques* », Cahiers de psychologie clinique, 2001/2 no 17, p.81-102.

FERRAGUT E., *Médiations corporelles dans la pratique des soins*, Masson, 2008.

FERRAGUT E., *Guide pratique des techniques de médiation corporelle*, Masson, 2010.

GAUCHER-HAMOUDI O., GUIOSE M., *Soins Palliatifs et psychomotricité*, Hdf, 2007.

GUIOSE M., *Le corps en fin de vie : apports de la psychomotricité dans les soins palliatifs*, Entretien de Bichat, 2002.

HOUZEL D., *Le concept d'enveloppe psychique*, Edition In Press, 2010.

KÜBLER-ROSS E., *Avant de se dire au revoir*, Presse du Châtelet, 1999.

KÜBLER-ROSS E., KESSLER D., *Sur le chagrin et le deuil*, Edition Jean-Claude Lattès, 2009.

KÜBLER-ROSS E., *Accueillir la mort*, Pocket, 2013.

LABALETTE D., *Enveloppe corporelle et thérapie psychomotrice*, Thérapie Psychomotrice « Corps, Peau, Narcissisme », n°83, 1989.

LAVIELLE J-G., *Vivre...en corps et encore, Approche psychomotrice de la représentation du corps chez la personne gravement malade*, Mémoire de Psychomotricité, juin 2009.

LEHMANN J-P., *Comprendre Winnicott*, Armand Colin, 2009.

LESAGE B., *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, Eres, 2012.

MARCOS I., BURUCOA B., *La psychomotricité en unité de soins palliatifs : au sujet d'une personne atteinte de sclérose latérale amyotrophique (SLA)*, Médecine palliative, Volume 11, 2012.

MARCOS I., BURUCOA B., *Une approche spécifique de la psychomotricité en situation palliative*, Revue internationale de soins palliatifs 2/2012 (Vol.27), p. 73-76.

MARCOS I., *Cors vécu/corps réel, redonner du lien quand le corps emmure*, Texte intégral des XXX Journées de Thérapie Psychomotrice, octobre 2001, Toulouse.

Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des sports et de la vie associative. *Circulaire N°DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs*, mars 2008

NEGRE I., *Méthodes non médicamenteuses : compréhension actuelle des mécanismes d'action, article issu de Douleurs : Evaluation-Diagnostic- Traitement*, 2013.

NIVESSE M. *Le soin d'une relation le sens d'un soin. Réflexion sur une pratique psychomotricienne/ infirmière en Equipe Mobile de Soins Palliatifs*. Mémoire de Psychomotricité I.F.P Bordeaux, 2014.

PARISIS K., *Une démarche psychomotrice de soin auprès de patients dépressifs. Dynamique d'un sujet en relation à travers la relaxation*. Mémoire de Psychomotricité I.F.P Bordeaux 2013.

POTEL C., *Etre psychomotricien, Un métier du présent, un métier d'avenir*, Eres, 2013.

SALAMAGNE M., *Place de la médicalisation des soins palliatifs*, Manuel de soins palliatifs, 2001.

SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M., *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, De Boeck Solal, 2011.

Soins Palliatifs en équipe : Le rôle infirmier, Institut UPSA de la douleur, 2006.

SKORY OPPIGER A., ANDREETA DIBLASIO R., *L'interdisciplinarité: un cadre et un outil en thérapie psychomotrice*, Thérapie psychomotrice et Recherche n°156, 2008.

RICHARD M-S, *Soigner la relation en fin de vie*, Dunod, 2004.

Thérapie à médiation corporelle et douleur, Institut UPSA de la douleur, 2013.

VINAY P., DALLAIRE M., GAGNON L., CORRALES-RODRIGUEZ L., COTE A., BLAISE G., *Coma, douleur et conscience en fin de vie*, article issu de Médecine Palliative, 2011.

WINNICOTT D.W., *De la pédiatrie à la psychanalyse* (1956), Petite Bibliothèque Payot, 1980.

WINNICOTT D.W., *La mère suffisamment bonne*, Payot, 2010.

www.sfap.org

www.agora.qc.ca

www.larousse.fr

www.who.int/fr/ (site de l'OMS)

ANNEXE

Annexe 1 : Dessin de M. N



Table des matières

Remerciements	4
Avant-propos	5
Sommaire	6
Introduction	8
Problématique	10
Partie 1 : Une prise en charge palliative de la personne gravement malade	12
I. Les soins palliatifs.....	12
A. Définition	12
1. Des soins curatifs et des soins palliatifs en complémentarité	13
2. Un travail interdisciplinaire	14
3. Une position éthique	15
B. Multiplicité des lieux de prise en soins.....	16
II. La maladie grave	18
III. Douleur et souffrance	19
A. Concept de « Total Pain »	19
1. La dimension physique	19
2. La dimension psychologique	20
3. La dimension sociale.....	20
4. La dimension spirituelle	21
B. La douleur	21
1. Définition.....	22
2. Les différentes composantes de la douleur	22
3. Douleur et temporalité	23
4. Les différents types de douleur	25
IV. La mort.....	26
Partie II : La maladie grave bouleverse l'intégrité psychocorporelle	28
I. Les atteintes réelles du corps	28
A. Les symptômes physiques	28
B. Les symptômes psychologiques	31
II. Les répercussions psychomotrices de la douleur et des symptômes de fin de vie	35
A. Altération du tonus.....	35
B. Modification des praxies et des mouvements	37

C.	Déstructuration du schéma corporel.....	38
D.	Déstructuration de l'image du corps	39
E.	Modification de l'espace et du temps	39
III.	Un concept pour comprendre : Les enveloppes corporelles et psychiques	42
A.	Définition	42
B.	L'instauration de l'enveloppe psychocorporelle	43
1.	De la vie utérine à la naissance	43
2.	Des soins maternels contenant.....	44
a.	La capacité de rêverie maternelle, fonction alpha	44
b.	Des soins adaptés et empathiques : la préoccupation maternel primaire, le Holding et le Handling	45
c.	Des interactions nécessaires à la création de l'enveloppe psychocorporelle : le dialogue tonico-émotionnel.....	46
C.	La peau : créatrice du sentiment d'unité et de l'enveloppe psychique	47
D.	Le Moi-peau	48
E.	Le sentiment d'une continuité d'existence.....	50
F.	Conclusion.....	52
	Partie III : Au cœur des soins psychomoteurs.....	53
I.	Une qualité de prise en charge dans les outils et dans l'approche thérapeutique.....	53
A.	Les indications et objectifs en unité de soins palliatifs.....	54
B.	Observation, écoute et empathie	56
C.	Le cadre.....	58
D.	Les médiations.....	59
1.	Les médiations artistiques	61
2.	La relaxation	62
3.	Le toucher-massage.....	63
4.	Les bains thérapeutiques	63
5.	La musique	65
E.	Conclusion.....	66
II.	Les limites de la psychomotricité auprès de patient atteint de maladie grave	67
A.	L'équipe soignante	67
B.	Le refus du patient ou de sa famille	67
C.	La douleur	68
D.	La temporalité	68
E.	Le psychomotricien.....	69

III. Etude de cas : Prise en charge de M. N.	70
Anamnèse.....	70
L'histoire de la maladie.....	70
Première visite de l'hôpital de jour	70
Autre prise en charge à l'hôpital de jour	71
Rencontre et évaluation de Monsieur N. :	71
Etapas de la rencontre	71
Synthèse de la rencontre	72
Première séance de psychomotricité avec M. N.	74
Etape de la rencontre et médiation utilisée	74
Synthèse de la rencontre	75
Deuxième séance de psychomotricité avec M. N. en présence de son épouse	77
Etape de la rencontre et médiation utilisée	77
Synthèse de la rencontre	77
Fin de la prise en charge de M. N.....	80
Mon ressenti personnel	80
Conclusion.....	82
Bibliographie.....	83
ANNEXE.....	86
Annexe 1 : Dessin de M. N.....	86
Table des matières	87