HAL
open science

Soulager “ en corps ”: approche psychomotrice de la douleur en soins palliatifs

Élodie Retory

To cite this version:

Élodie Retory. Soulager “ en corps ”: approche psychomotrice de la douleur en soins palliatifs. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01340507

HAL Id: dumas-01340507

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01340507

Submitted on 1 Jul 2016

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 Science de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention

du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

SOULAGER « EN CORPS »

Approche psychomotrice de la douleur en soins palliatifs

RETORY Elodie

Née le 09/05/1993 à Fort de France

Nom du directeur de mémoire : NIVESSE Marie

Mai 2016

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord Marie, ma directrice de mémoire et ma maître de stage, qui a su m'écouter, me guider et m'a permis de préciser mes pensées ainsi qu'approfondir mes réflexions lors de mes moments de doutes. Je la remercie également pour tout ce qu'elle m'a fait découvrir par sa pratique et sa passion pour ce métier, mais aussi pour nos nombreux temps d'échange.

Je remercie Madame LAVAUD, Madame BENGRINE-JORET, Madame DUBRANA et particulièrement Madame MARCOS qui ont été sources d'inspiration par leur échange et leur retour.

Je remercie toutes les personnes rencontrées au cours de mon stage, les patients, les soignants et les très nombreux stagiaires de passage qui m'ont permis de trouver une définition originale de la psychomotricité.

Je remercie l'ensemble de l'équipe de l'Unité de Soins Palliatifs qui m'a si chaleureusement accueillie dans son quotidien si riche et formateur autour de ces nombreux partages de café et autres douceurs.

Je remercie ma colocataire, mes amis et ma famille, toutes ces personnes qui m'ont soutenue et plus particulièrement ma mère, qui me pousse toujours à donner le meilleur de moi-même.

« Celui à qui la souffrance est épargnée doit se sentir appelé à soulager celle des autres. »

Albert SCHWEITZER

AVANT-PROPOS

Pourquoi la psychomotricité ?

La psychomotricité, si je devais illustrer le contexte dans lequel évolue actuellement cette profession, je me réfèrerais aux propos de Catherine POTEL qui dit que : « *La psychomotricité est devenue un partenaire fiable dans l'arsenal des réponses thérapeutiques et préventives. Ses capacités d'adaptation actuelles, dont témoignent la multiplicité des secteurs où elle devient présente et la diversité de ses modes d'intervention, en font une thérapeutique de pointe*. »

Après ces trois années de formation dans le but de pouvoir exercer ce métier, une phrase a particulièrement retenu mon attention : « Il existe autant de façon de définir la psychomotricité, qu'il existe de psychomotricien». C'est dans ce sens que cette profession, m'a sans cesse poussée à m'interroger sur la façon de définir et d'envisager ma pratique. De mon point de vue, la psychomotricité représente une pratique qui propose une certaine façon d'être et a pour principal repère de considérer le corps dans toute sa complexité, c'est-à-dire existentielle, expressive, émotionnelle, identitaire.

C'est dans cette démarche que le psychomotricien, dans sa qualité d'auxiliaire de la médecine, a une place privilégiée à tous les âges de la vie, non seulement lorsque des troubles psychomoteurs sont présents, mais aussi dans nombre de pathologies médicales qui comportent une symptomatologie psychomotrice.

Pourquoi les soins palliatifs ?

L'idée de me diriger vers les soins palliatifs me vient au fil de ma formation. Premièrement, lors d'un cours de relaxation où le professeur nous parle de sa pratique de la relaxation dans le cadre des soins palliatifs. Je commence à m'interroger sur le travail d'un psychomotricien auprès de cette population singulière. Par la suite, j'effectue un stage court visant à une sensibilisation dans ce domaine de travail, dans une unité de soins palliatifs, sous la responsabilité d'une psychomotricienne. Je suis confrontée à de nombreuses interrogations et une certaine curiosité sur ce que je pouvais proposer au sein de cette unité.

Pendant mon stage d'approche thérapeutique en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendante (EHPAD), j'ai eu l'occasion de me confronter à une situation palliative qui est venue étayer mon questionnement sur la prise en soin de la douleur dans la dimension de l'accompagnement en fin de vie. Plus particulièrement, sur la place que pouvait investir le psychomotricien auprès de patients altérés par la maladie ayant peu de ressources face à la gestion de l'expression de leurs douleurs.

Durant cette dernière année de formation, cette approche s'est poursuivie par un stage en Unité de Soins Palliatifs, permettant un contact direct avec des personnes en situation de fin de vie, atteintes de maladies graves (les cancers, la sclérose en plaque, les myopathies, ….) généralement de l'adulte à la personne âgée.

Sommaire

INTRODUCTION 1

1 ACCOMPAGNEMENT ET SOINS PALLIATIFS 3

1.1 Définition, éthique et structures 3

1.2 « Vivre dans un corps gravement malade » 9

1.3 La pratique psychomotrice en soins palliatifs 17

2 DOULEUR 30

2.1 Comprendre la douleur 30

2.2 Impact psychologique de la douleur en soins palliatifs 44

2.3 La place du psychomotricien dans la prise en soins de la douleur dans l'accompagnement et les soins palliatifs 48

3 ILLUSTRATIONS CLINIQUES 59

3.1 Madame Z. 59

3.2 Monsieur J. 68

CONCLUSION 76

ANNEXES 79

BIBLIOGRAPHIE 87

TABLE DES MATIERES 92

INTRODUCTION

Soulager, Soulager encore, Soulager en corps…

« La douleur est le premier mobile de la consultation médicale, elle est le signe qui ne trompe plus personne sur la nécessité d'un soulagement. » (LE BRETON, 2006)

Nous partons au début de cette réflexion sur le terme « Soulager » verbe qui selon le dictionnaire Larousse signifie : *« Débarrasser quelqu'un, quelque chose d'une partie de sa charge », « Délivrer quelqu'un d'une souffrance physique ou morale »* ou *« rendre un mal moins pénible, plus supportable »*. Ce verbe riche de sens va venir imager la base du soin en général ainsi que notre approche psychomotrice, particulièrement dans le cadre des soins palliatifs.

En poursuivant sur le terme de « Soulager Encore », nous vient alors à l'esprit une notion de renforcement, de persistance de cette action. Ceci peut nous amener à nous intéresser à une vision de complémentarité et de globalité du soin dans la démarche d'accompagnement et de soins palliatifs.

Nous pouvons ensuite aborder le jeu de mots « Soulager en corps », tout en gardant en tête ces mêmes notions de complémentarité et de globalité du soin. Cela nous amène à considérer une envie de soulager le corps, dans cette idée de faire taire un symptôme ou de diminuer l'expression de la maladie.

Puis, nous pouvons envisager, en nous appuyant sur la dimension des approches psychocorporelles et des traitements non médicamenteux, la possibilité de soulager le patient en utilisant le corps.

Tout le long de notre réflexion, nous tenterons de répondre à la problématique suivante :

Pourquoi l'approche psychomotrice est-elle un soin complémentaire et pertinent dans la prise en soin de la douleur en soins palliatifs ?

Lors d'un brainstorming réalisé à l'occasion d'un cours sur les soins palliatifs, autour de la proposition de « vivre dans un corps gravement malade », il y est ressorti une vision assez perturbante mais néanmoins réaliste. Les notions de mort, de douleur, de souffrance, de deuil et de fin de vie mais aussi d'alliance, d'humilité et d'humanité y sont très présentes. Certains éléments ont retenu notre attention :

- La douleur et la souffrance
- La complémentarité entre le médical et l'approche psycho corporelle
- La prise en soin non médicamenteuse
- La pertinence d'un soin, savoir quand intervenir et quand s'arrêter
- Comment adapter son soin aux contraintes physiques et psychiques
- La distance professionnelle entre patients et soignants, notamment en psychomotricité et les limites

En nous basant sur la pratique ainsi que différents apports théoriques nous aborderons tout d'abord l'accompagnement et les soins palliatifs en essayant de répondre à différentes interrogations : Qu'est-ce que vivre dans un corps gravement malade dans la dynamique des soins palliatifs? Quelle est la place de la psychomotricité dans ce domaine de soin ?

Nous nous intéresserons ensuite plus particulièrement à la prise en soin de la douleur et sa place dans cette dynamique de soins palliatifs. De prime abord, la question de la douleur est assez complexe et à la fois très riche. C'est un domaine qui interroge et qui peut être étayé par une approche psychomotrice. Nous développerons donc de quelle manière la psychomotricité joue un rôle important dans la prise en soin de la douleur des personnes en situation palliative. Puis nous clôturerons cette réflexion avec la présentation de deux illustrations cliniques.

1 ACCOMPAGNEMENT ET SOINS PALLIATIFS

Aujourd'hui l'offre en soins palliatifs est multiple, elle propose une réponse graduée dans laquelle les différents modèles d'organisation sont complémentaires les uns par rapport aux autres et doivent permettre d'apporter la réponse la plus adaptée aux besoins de la personne dont la pathologie échappe au traitement curatif, là ou à proximité de là où cette personne se trouve.

1.1 Définition, éthique et structures

Dans cette première partie, nous verrons de façon générale ce qu'est la démarche palliative en abordant la complexité de la dimension éthique et les différentes structures.

1.1.1 Définition et état d'esprit des soins palliatifs

1.1.1.1 Définition des soins palliatifs

Tout d'abord, nous allons nous intéresser à la définition du terme « palliatif » établit par Le Petit Robert. Celui-ci le définit comme étant une action *« qui atténue les symptômes d'une maladie sans agir sur sa cause »*. Cette première définition permet de mettre en avant l'un des objectifs des soins palliatifs qui est de soulager la douleur et apaiser la souffrance physique de la personne malade.

Selon la Société Française d'Accompagnement de Soins Palliatifs (SFAP, 2014), nous pouvons dire que*« les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance physique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. »*

Les patients atteints de maladie grave, chronique, *« évolutive ou terminale mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale »*[1], quels que soient leur âge et leur maladie peuvent en bénéficier. Ainsi que leur famille et leurs proches pour lesquels sont aménagés un soutien, des aides sociales, etc. Les soins palliatifs incluent, par ailleurs, une dimension de formation et de soutien des professionnels et des bénévoles.

[1] Société Française d'Accompagnement de Soins Palliatifs, 2014

Trop longtemps associé à la phase terminale d'une maladie, les soins palliatifs sont dans bien des esprits *« synonymes d'abandon médical, d'échec thérapeutique, d'inutilité »* (BURUCOA, AUTRET, & GAUTHIER-PAVLOFF, 2006). Ils ne concernent pas seulement les derniers jours de la vie. En effet, nous pouvons y recourir tôt dans la maladie, pour aider à mieux la vivre et anticiper les difficultés qui pourraient survenir. Ils sont de ce fait associés aux autres traitements, comme la chimiothérapie, la dialyse, etc. Les soins palliatifs cherchent à donner à la personne malade, une place centrale dans les décisions qui la concerne dans le respect de ses droits.

Selon le Dr Thérèse VANIER, *« les soins palliatifs, c'est tout ce qu'il reste à faire lorsqu'il n'y a plus rien à faire »* pour le malade et son entourage. Il ne s'agit plus de guérir, d'empêcher la mort ou de prolonger la vie mais de permettre au malade de vivre mieux le temps qui lui reste à vivre. C'est la période qui s'écoule entre l'annonce du diagnostic à pronostic létal et le moment où le malade meurt.

La pratique des soins palliatifs constitue donc la meilleure réponse face aux risques d'abandon, d'acharnement thérapeutique et d'euthanasie. Il s'agit de redonner du sens à l'engagement des soignants, *« guérir si possible, soigner et accompagner toujours »*[2].

1.1.1.2 L'état d'esprit des soins palliatifs

Les soins palliatifs sont nés à la fin des années soixante de l'indignation grandissante à propos *« des traitements inutiles et douloureux en fin de vie, de l'abandon des personnes pendant cette période, de la mort au milieu de tubes et moniteurs »*[3]. Selon certains auteurs (CALLAHAN, 2005)et (JACQUEMIN, 2004), l'effort du mouvement palliatif a débuté parla prise de conscience que l'expérience de la mort dans les sociétés occidentales était souvent terrible pour les acteurs concernés tel que le patient, les familles et les professionnels de santé. De ce fait un mouvement pour améliorer les soins en fin de vie s'est développé. Il dénonce de réels besoins de la médecine en matière de fin de vie et la conviction des partisans des soins palliatifs était que de telles souffrances étaient évitables.

---

[2]BURUCOA, B., AUTRET, P., & GAUTHIER-PAVLOFF, V. (2006). *Soins Palliatifs en équipe : le rôle infirmier.* (I. U. douleur, Éd.) A Editorial Paris.

[3] JACQUEMIN D., DE BROUCKER D., BOITTE P., COBBAUT J.P. (2009) Manuel de soins palliatifs : définition et enjeux, pratiques de soins et accompagnement, psychologie et éthique. Dunod.

Face à l'épreuve de la maladie grave et des handicaps difficiles à vivre et/ou à la perspective de la mort, la société française exprime des peurs : « *de souffrir inutilement, de ne plus pouvoir dire ce que l'on veut, de subir un acharnement thérapeutique, d'être abandonné et de mourir seul* »[4]. Elle exprime également des attentes : *« d'être soulagé de la souffrance, de faire reconnaitre sa volonté même quand on n'est plus en état de l'exprimer, de refuser ou d'arrêter tout traitement déraisonnable, d'être entouré et accompagné »*[5].

La démarche palliative vise à sauvegarder la dignité des personnes et à éviter les traitements et les examens médicaux déraisonnables tout en refusant de provoquer intentionnellement la mort. En matière de fin de vie, nous nous appuyons sur la notion du « double effet » où l'effet négatif c'est la mort, l'accélération de la mort et l'effet positif, c'est le fait d'atténuer la souffrance physique ou psychique. La qualité de vie prime sur la durée de la vie, c'est l'un des engagements des soins palliatifs envers la personne en situation palliative. Ces obligations se résument selon Jean LEONETTI en trois promesses : « je ne t'abandonnerai pas, je ne te laisserai pas souffrir, je ne prolongerai pas ta vie de manière anormale»[6]. Ceci nous amène à penser que le non-abandon est la base de la loi[7], la non-souffrance est la deuxième base et la condamnation de l'obstination déraisonnable la troisième.

Il se dessine alors une éthique double. Il y a une éthique de l'autonomie, celle qui consiste à dire : « Je suis libre. Je n'ai pas choisi de vivre, mais je peux choisir de mourir. » Elle défend le principe du « c'est mon choix », elle prône la liberté et l'individualisme. Il y a également une éthique de la vulnérabilité dont le principe est : « Je protège les plus faibles. » Elle représente le lien qui nous unit tous et elle s'appuie sur une forme profonde de la dignité de l'humanité. Elle permet d'affirmer que la finitude fait partie de la vie et assume celle-ci en donnant du sens au collectif. Nous pouvons envisager la dignité selon deux dimensions : « *La dignité selon l'autonomie réside dans l'estime de soi qui fait que chacun est*

---

[4] Patients atteints de maladie grave ou fin de vie, Soins palliatifs et accompagnement, Document réservé aux professionnels de santé - Etat des connaissances - Mai 2009, Document réalisé dans le cadre du Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012.
[5] Ibid.
[6] LEONETTI J., « Fin de vie : autonomie et vulnérabilité », Le Débat 2014/5 (n°182), p.132-143.
[7] Jean LEONETTI et Alain CLAEYS, Rapport de présentation et texte de la proposition de loi de MM. Alain Claeys et Jean Leonetti créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, Présidence de la République, 2014 http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000752.pdf

le seul juge de son sort. La dignité selon la vulnérabilité est la dignité collective de tous les hommes. Elle colle à l'humanité, parce qu'elle ne peut en être détachée. »[8]

Les soins palliatifs sont donc un moyen face à la mort et aux représentations qu'elle suscite de rester dans une humanité partagée, de donner naissance à la meilleure qualité de vie possible en allant dans des soins actifs, inventifs, ajustés.

1.1.2 Les structures ou dispositifs spécialisés en Soins Palliatifs

Selon l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES, 2009) : *«Tout professionnel de santé doit être en mesure de pratiquer des soins palliatifs, que ce soit au domicile, à l'hôpital ou en institution comme les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendante (EHPAD), les établissements médico-sociaux, les foyers de vie, les maisons d'accueil spécialisées, etc.* »

Dans certaines situations médicales ou sociales complexes, les professionnels de santé qui suivent la personne malade peuvent toutefois avoir besoin de faire appel à des structures ou des dispositifs spécialisés en soins palliatifs.

1.1.2.1 Les Equipes mobiles de soins palliatifs

Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) sont des équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmières, psychologues, assistantes sociales, psychomotriciennes) qui se déplacent au lit du malade et/ou auprès des services de soin. Ses membres ne pratiquent pas en principe directement d'actes de soins, la responsabilité de ceux-ci incombe au médecin et aux professionnels de soin référents qui ont en charge la personne malade dans le service ou qui ont fait appel à l'équipe mobile. Elles réalisent une évaluation de la situation, exercent un rôle de conseil et de soutien auprès des équipes qui font appel à elles et agissent en collaboration avec celles-ci. Elles participent à la diffusion de la démarche palliative au sein des établissements telle que définie dans la circulaire n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement[9].

Les relations avec les équipes référentes sont basées sur la confidentialité, la discrétion et la confiance. Les EMSP développent les soins, le soutien, la formation et la

[8] Ibid.
[9] Circulaire DHOS/O2/DGS/SD 5 D n°2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement.

recherche clinique dans le domaine des soins palliatifs. Elles participent aux démarches décisionnelles dans des situations complexes où se posent des questionnements éthiques. L'ensemble de ses missions nécessite une compétence particulière des membres de l'EMSP ainsi qu'une disponibilité pour répondre efficacement aux demandes d'aides en référence à la circulaire du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs[10].

1.1.2.2 Les réseaux de soins palliatifs et les services d'hospitalisation à domicile

Les réseaux de soins palliatifs favorisent le maintien à domicile. Selon les textes réglementaires, *« les réseaux de santé de soins palliatifs s'adressent à toute personne, quel que soit son âge, atteinte d'une maladie grave évolutive ou mettant en jeu son pronostic vital, en phase avancée ou terminale, ainsi qu'à ses proches. Les réseaux de soins palliatifs ont pour un objet principal de promouvoir et développer la démarche palliative, à travers des modalités de fonctionnement visant le décloisonnement du système de santé, l'amélioration de la cohérence et de la continuité des soins en proposant de nouvelles pratiques professionnelles et bénévoles sous-tendue par l'interdisciplinarité »*[11].Pour cela, ils apportent conseil, soutien, appui et formation aux équipes soignantes du domicile (infirmières, médecin traitant, service de soins infirmiers à domicile, etc.) et des bénévoles. Ces réseaux de soins palliatifs travaillent avec des établissements de santé et des structures médico-sociales (maison de retraite, EHPAD, etc.). Ils proposent des actions de communication, de sensibilisation, d'éducation et de réflexion sur la démarche palliative envers les professionnels et le public. Par leur activité de coordination, ils prévoient un lit de repli vers un lieu d'hospitalisation si jamais la situation à domicile devient trop difficile.

L'hospitalisation à domicile est mise en place sur prescription médicale lorsque la personne souhaite rester à son domicile et qu'elle nécessite beaucoup de soins et beaucoup de passages de soignants. L'équipe du service d'hospitalisation à domicile travaille en lien avec le médecin traitant et les autres soignants qui interviennent au domicile. Les services d'hospitalisation à domicile dépendent de structures hospitalières et assurent le même rôle qu'un réseau de soins palliatifs. Disposant d'une équipe paramédicale plus étoffée et d'un système d'astreinte, ces services peuvent intervenir à tout moment en complément des professionnels libéraux. Selon J.DEBRIL et B.DECOSTER, l'hospitalisation à domicile, c'est pouvoir entrer ou rester chez soi dès lors que les soins curatifs n'ont plus de raison d'être ou

[10] Circulaire DHOS/O 2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.
[11] Ibid.

que la prise en soin palliative est équilibrée est un choix séduisant. Cependant cela implique certaines conditions. Tout d'abord l'adhésion du patient et de sa famille au projet de maintien ou de retour à domicile. Ainsi que l'importance de l'articulation ville/hôpital pour le retour sur le lieu de vie. La prise en soin d'une personne en soins palliatifs sur le lieu de vie habituel ne doit pas se faire au détriment de la qualité des soins. Elle s'efforcera de contrôler la douleur et les différents symptômes et d'anticiper afin de limiter l'anxiété et de prendre en compte la souffrance globale. Les limites des soins palliatifs à domicile peuvent être de quatre ordres : environnemental, liés au patient, liés aux accompagnants du domicile et liés aux soignants.

1.1.2.3 Les unités de Soins Palliatifs

Les Unités de Soins Palliatifs (USP) correspondent à des structures d'hospitalisation assurant une *« mission de soins, de formation-enseignement et de recherche »*[12]. Elles sont constituées de lits totalement dédiés à la pratique des soins palliatifs et de l'accompagnement. Elles prennent en charge les situations les plus complexes et les plus difficiles. Les équipes médicales et paramédicales sont renforcées. « *Elles assurent ou partagent la responsabilité de la conception et de la mise en œuvre d'actions de recherche dans une dynamique pluridisciplinaire et souvent multicentrique dans les domaines de la recherche clinique et thérapeutique en soin palliatifs et accompagnement, de l'éthique en fin de vie, des sciences humaines et sociales, et de la pédagogie. […] Elles participent au débat public sur les questions de fin de vie.»*[13]

Selon la circulaire du 25 mars 2008[14], les types de séjours que peuvent proposer les USP sont les séjours « classiques », c'est-à-dire les séjours de fin de vie dont il est difficile d'évaluer la durée. Mais également les séjours de répit, programmés ou les séjours temporaires pour équilibrer un traitement, soulager un symptôme rebelle ou passer le cap d'une situation médico-psycho-sociale difficile. Les USP ont pour vocation d'accompagner de façon temporaire ou permanente des personnes atteintes de maladies physiques graves évolutives ou en phase terminale et/ou pour une prise en charge globale de la douleur chez des patients aux douleurs complexes et rebelles. La majorité des personnes accueillies sont atteintes de cancers c'est pourquoi les Soins Palliatifs adultes sont souvent associés à cette

[12] Circulaire HOS/O 2/DGS/SD 5 D n°2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement.
[13] Circulaire DHOS/O 2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.
[14] Ibid.

maladie complexe. Les autres personnes souffrent de manière général de maladies neurologiques dégénératives (scléroses latérales amyotrophiques (SLA), paraplégie, de polypathologies lourdes,…).

- Un exemple d'unité d'hospitalisation de soins palliatifs :

L'unité d'hospitalisation de soins palliatifs comporte 12 chambres individuelles. L'admission se fait à la demande d'un médecin avec l'accord du patient et de sa famille. Les soins sont dispensés par une équipe pluridisciplinaire composée d'aides-soignantes, des infirmières, des médecins, des internes, une diététicienne, une assistante sociale, une psychologue et une psychomotricienne. Des bénévoles, une ergothérapeute, une socio-esthéticienne, des kinésithérapeutes et des praticiens du culte tous rattachés au Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

L'unité facilite l'accueil des proches en proposant un lit accompagnant dans chaque chambre, une salle de séjour avec cuisinette, une salle d'accueil. Les personnes malades et les familles peuvent être accompagnées par les bénévoles d'une Association reconnue d'utilité publique et adhérente à la SFAP.

Comme évoqué, l'objectif des Soins Palliatifs n'est pas de guérir mais de préserver la meilleure qualité de vie aux patients et à leur famille face aux symptômes et aux conséquences d'une maladie grave et potentiellement mortelle. Nous allons donc à présent développer ce que cela peut représenter de vivre dans un corps gravement malade.

1.2 « Vivre dans un corps gravement malade »

Nous aborderons de façon générale qu'est-ce que vivre dans un corps gravement malade. Nous verrons ensuite, la complexité de la dimension de la continuité des soins en abordant le passage de la période curative à la période palliative. Puis nous évoquerons les différents symptômes que nous pouvons retrouver face à des personnes malades relevant de soins palliatifs.

1.2.1 Définitions, généralités et appréhensions

En France, 15 millions de personnes, soit près de 20% de la population, sont atteintes de maladies graves ou maladies chroniques[15]. Elles sont à l'origine de 60% des décès dont la moitié survient avant l'âge de 70 ans. Leur évolution et leurs conséquences restent largement dépendantes de l'accès des patients à une information et à une prise en soin adaptée.

1.2.1.1 Qu'est-ce que la maladie grave : la maladie chronique ?

Une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves. D'après le plan de 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (Ministère chargé de la santé, 2007), elles *« comprennent :*

- *Des maladies non transmissibles comme l'insuffisance rénale chronique, les bronchites chroniques, l'asthme, les maladies cardiovasculaires, le cancer, des maladies lourdement handicapantes comme la sclérose en plaque ;*
- *Des maladies rares, comme la mucoviscidose, la drépanocytose et les myopathies ;*
- *Des maladies transmissibles persistantes comme le Sida ou l'hépatite C ;*
- *Des troubles mentaux de longue durée comme la dépression, la schizophrénie;*
- *Les douleurs chroniques, ou les conséquences de certains actes chirurgicaux comme les stomies. »*[16]

Ce sont des pathologies qui vont évoluer plus ou moins rapidement pendant plusieurs mois au minimum, au rythme de complications plus ou moins graves, elles se traduisent dans nombre de cas par un risque d'invalidité, dans nombre de situations par un handicap temporaire ou définitif.

D'après l'OMS, les maladies chroniques se caractérisent *« au-delà de leur durée par l'ampleur de leurs répercussions sur la vie quotidienne non seulement pour les patients mais aussi pour leur entourage. Cette situation bouleverse tout, de l'état de santé à la qualité de vie, des amitiés à la vie familiale, des loisirs à la vie professionnelle. Leurs points communs sont*

[15] Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chroniques, Avril 2007.
[16] Ibid.

qu'elles retentissent systématiquement sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade. »

Une fois que la personne rentre dans la maladie chronique, elle est vouée à y demeurer. Ce n'est pas une crise passagère, il s'agit d'une rupture permanente. Il y a un avant et un après la maladie chronique. Les maladies chroniques présentent un caractère de gravité réel, potentiel, immédiat ou non et un caractère invalidant. Elles impliquent d'accepter l'idée de vivre sans guérir, de supporter une existence qui intègre la douleur et l'incertitude, de réussir à continuer à penser en conjuguant sa définition intime avec celle de la maladie. Une nouvelle identité est à construire par le patient, il ne faut pas qu'il se réduise ou se laisse réduire à la maladie.

1.2.1.2 La souffrance globale du malade

Dès le diagnostic et tout au long de la maladie grave, évolutive ou en fin de vie, les émotions se bousculent chez la personne atteinte et ses proches : *« angoisse, espoir, désespoir, sérénité résignation »* (SFAP, 2013). C'est une période complexe et changeante, avec des hauts et des bas. La maladie engendre des souffrances multiples. Elle apparaît comme une rupture d'équilibre, une déchirure du cours de la vie, une remise en cause personnelle. Selon Maire-Sylvie RICHARD, la personne malade est soumise à de nombreux tourments (JACQUEMIN & De BROUCKER, 2009):

Nous pouvons observer une altération de l'image corporelle qui s'appuie sur la notion d'ébranlement des assises identitaires[17]. La maladie, par les modifications physiques, les sensations nouvelles, l'affaiblissement dont elle s'accompagne, résonne dans toute sa nouveauté, son étrangeté et va s'imposer au sein du schéma corporel et de l'image du corps du la personne atteinte. Lorsque notions de la représentation de soi, de narcissisme, des enveloppes psychiques, de schéma corporel et d'image du corps se trouvent déstructurés elles provoquent un ébranlement identitaire. Le malade ne se reconnaît plus et se demande *« Comment les autres peuvent-ils m'accepter et m'aimer comme cela ? »*[18] Il se replie et s'exclue, ne se sentant plus digne de la considération ni de l'estime des autres. Son monde devient un monde à part, où les *« critères habituels de la société – beauté, rentabilité,*

[17]GAUCHER-HAMOUDI, O., & GUIOSE, M. (2007). *Soins palliatifs & psychomotricité.* Heures de France.
[18] Manuel des soins palliatifs : définitions et enjeux, pratiques de soins et accompagnement, psychologie et éthique, D. BROUCKER, D.JACQUEMIN, D.D'HEROUVILLE, M.-S. RICHARD.

efficacité - deviennent caducs. »[19]. Toutes les activités habituelles et simples requièrent maintenant des efforts considérables et beaucoup de temps. Il y a donc une rupture de l'équilibre quotidien.

Nous pouvons relever de nombreuses conséquences psychologiques et morales en rapport avec la maladie. Le malade éprouve une profonde inquiétude : *« Vais-je guérir ? Aurai-je des séquelles ? Pourrai-je redevenir comme avant ? Existe-il encore des traitements ? Suis-je condamné ? »*[20]. Le malade se retrouve face à diverses questions et appréhensions difficiles à poser et à entendre. Certains malades souhaitent obtenir les explications sur leur état et l'évolution de leur maladie, tout en les redoutant souvent. Certains peuvent laisser apparaître leur vulnérabilité, leur faiblesse et chercher autour d'eux consolation, affection et réconfort. Vulnérables et dépendants, les malades éprouvent des peurs multiples comme la peur de la séparation, l'inquiétude pour ceux qu'ils laissent, la peur des circonstances de la mort. De façon unanime, elles *« craignent de souffrir, d'être abandonné, de perdre la tête, d'étouffer ».*

Nous retrouvons régulièrement des représentations qui vont gravement perturber les relations sociales des personnes malades à partir du moment où ils vont annoncer qu'elles ont une maladie grave comme par exemple le cancer. Pour Goffman, la stigmatisation découle d'un écart de ce qu'un groupe social considéré comme étant dominant estime être une norme et ce que le « porteur du handicap » va exprimer derrière la représentation d'une personne stigmatisable (GOFFMAN, 1975). L'idée d'un jugement péjoratif est mis en évidence à partir du moment où le diagnostic est dévoilé. A la représentation individuelle de la maladie qui s'inscrit dans l'histoire du sujet, s'ajoutent des conceptions globales qui sont transmises socialement.

Des facteurs semblent essentiels au maintien de la qualité de vie du malade, ils se caractérisent par l'aide apportée visant le soulagement des symptômes à partir des interventions des personnes de l'entourage de celui-ci, de l'humeur, des ressources financières et de la religion. Les facteurs pouvant être qualifiés de facteurs existentiels en rapport à des questionnements, l'image de soi, la mort, au sens de la vie, la religion ou encore la spiritualité semblent tenir une place fondamentale. Dans le rapport entre le malade et le vécu expérientiel de la maladie, le sens que la personne donne à son désordre

[19] Ibid.
[20] Ibid.

interne, cela dépend des liens qu'il a avec sa propre histoire. Mais le sens donné est aussi très influencé par les représentations sociales dominantes.

1.2.2 La continuité des soins : le passage du curatif au palliatif

Les soins palliatifs ne remplacent pas les soins curatifs qui visent à guérir, ils viennent les compléter puis s'y substituer. Lorsque la maladie continue de progresser malgré les traitements entrepris et l'espérance de vie du malade se voit écourté à plus ou moins long terme. Néanmoins, un certain nombre de malades présentant une maladie grave évolutive sont encore susceptibles d'avoir une rémission prolongée grâce à l'administration de traitements à visée curative.

Il y a deux types de prises en soin qui sont combinés, en oscillations constantes durant l'évolution de la maladie. Nous pouvons constater une intrication des soins palliatifs avec des soins curatifs, dans une perspective de soins continus qui s'adaptent progressivement à l'état de la personne malade et à ses besoins.

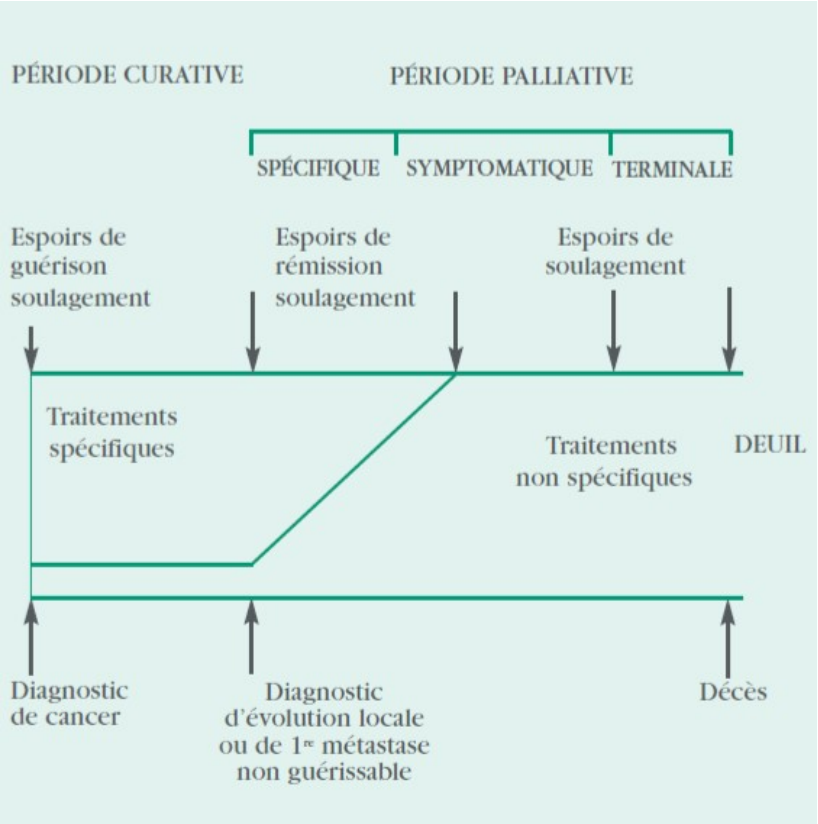


Figure 1. Continuité des soins[21]

[21]BURUCOA, B., AUTRET, P., & GAUTHIER-PAVLOFF, V. (2006). *Soins Palliatifs en équipe : le rôle infirmier.* (I. U. douleur, Éd.) A Editorial Paris.

La période curative est la période pendant laquelle la guérison, ou la rémission est attendue possible et espérée. Il y a une prescription de traitements spécifiques étiologiques comme la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie ainsi que certains soins non spécifiques comme le traitement de la douleur et des autres symptômes. Ils sont associés systématiquement afin d'obtenir une meilleure qualité de vie. L'objectif de soin consiste à éradiquer la maladie.

La période palliative est la période pendant laquelle le contrôle de la maladie est impossible, où le pronostic vital est engagé de façon irrémédiable. Les soins à visée palliative sont présents dès le diagnostic de la phase d'incurabilité de la maladie. Les traitements étiologiques visent à soulager les symptômes, à savoir la douleur et l'inconfort. Les traitements curatifs ne parviennent pas à stopper les processus de la maladie.

On distingue trois phases dans cette période palliative :

- La phase palliative spécifique : elle représente l'entretien des espoirs de guérison ou de rémission durable. Les traitements sont spécifiques, et cherchent le ralentissement de l'évolution de l'affection principale ou des complications de celle-ci, ainsi que le soulagement des inconforts.
- La phase palliative symptomatique : elle cherche le soulagement des symptômes d'inconfort et l'amélioration de la qualité de vie. Les traitements spécifiques sont en échec. Le pronostic de vie peut aller de quelques semaines à quelques mois.
- La phase palliative terminale : le décès est proche et inévitable (de l'ordre de quelques heures, jours ou semaines). L'objectif est ici le soulagement des inconforts, le maintien de la meilleure qualité de vie possible.

Il est important de rappeler la différence entre la phase palliative, qui peut durer plusieurs mois et même dans certains cas quelques années, et la phase terminale, qui se situe quand le décès est imminent et inévitable, elle peut durer de quelques heures à quelques jours. Cette dernière phase est très difficile à déterminer, aucun élément prédictif fiable n'existant. Les soins palliatifs cherchent également à aider la famille, tout au long de la maladie mais aussi au moment et après le décès, dans un travail d'accompagnement et de soutien de deuil.

« La transition aux soins palliatifs est le passage d'une forme d'espoir à une autre : un espoir de guérir à un espoir de ne pas souffrir et d'avoir une mort paisible. Un espoir de vivre

jusqu'à la fin de sa vie »[22]. Donner des soins palliatifs, c'est répondre de façon pluridisciplinaire à tous les besoins d'une personne gravement malade prise dans son entière et singulière dimension, dans un esprit d'amélioration de la qualité de vie et de respect de son identité unique.

1.2.3 Symptômes principaux retrouvés en soins palliatifs

La personne malade en fin de vie peut être confrontée à l'apparition de symptômes physiques très divers en fonctions de sa pathologie.

- Les symptômes généraux :

Il est fréquent de constater des problématiques d'asthénie chez certains patients. L'asthénie est décrite comme une fatigabilité anormale à réaliser des performances identiques ou comme une faiblesse généralisée, caractérisée par une sensation subjective de difficultés à effectuer certaines activités. Elle est quasiment inévitable dans les cancers et les autres maladies létales à un stade avancé. Nous pouvons retrouver l'anorexie, où en fin de vie, le plaisir de manger compte avant tout et non pas l'équilibre énergétique. Les besoins de la personne malade sont souvent réduits et il est important d'éviter l'acharnement alimentaire. Nous pouvons également citer la déshydratation, même si certaines personnes n'ont pas de véritable problème d'hydratation, ils peuvent être sujets à des problèmes d'humidification buccopharyngée.

- Les symptômes neurologiques et neuropsychologiques :

En situation de fin de vie, les crises partielles d'épilepsie peuvent être très fréquentes. Une fois dépistées, leur traitement peut améliorer le confort et la communication des malades. Il est fréquent de retrouver des troubles de la vigilance et plus particulièrement dans les derniers jours de vie pour des raisons diverses comme des atteintes cérébrales, un épuisement ou encore des surdosages médicamenteux. Ils peuvent être pénibles pour le patient qui « sent sa vitalité diminuer et craint parfois de ne plus avoir toute sa tête »[23]. Nous pouvons constater des troubles du comportement qui se traduisent le plus souvent par un état d'agitation parfois associé à une confusion. Ainsi que la présence d'anxiété qui peut être

[22] LORD-FONTAINE L., VENNE F., Faciliter la transition des soins curatifs aux soins palliatifs : une histoire de collaboration. http://www.aqio.org/docs/soins_palliatifs.pdf
[23]BURUCOA, B., AUTRET, P., & GAUTHIER-PAVLOFF, V. (2006). *Soins Palliatifs en équipe : le rôle infirmier.*(I. U. douleur, Éd.) A Editorial Paris.

vécu comme pénible pour le malade. *« La délimitation est subjective entre l'anxiété pathologique et la peur légitime associée aux maladies létales : la peur des mutilations, des traitements, de la douleur, de la mort»*[24].

- Les symptômes respiratoires :

Chez certaines personnes ayant des atteintes pulmonaires, nous pouvons observer des problématiques de dyspnées et ou de toux. Ces symptômes peuvent être passagers, durables ou intenses, ils peuvent devenir éprouvants et source d'épuisement. Concernant les personnes en fin de vie, la toux devient inefficace et inconfortable. Il peut avoir par la suite différentes causes d'encombrement. En phase terminale de la maladie cancéreuse, l'encombrement est le plus souvent dû à une infection pulmonaire consécutive à des fausses routes, ou à l'agonie.

- Les symptômes digestifs et urinaires

Tout d'abord, les troubles de la déglutition, ils ne sont pas à proprement parler des symptômes digestifs car ils sont consécutifs à des troubles neurologiques, à des troubles de la vigilance ou à des lésions bucco-pharyngo-laryngées comme des cancers, des ulcérations et des mycoses. Il s'agit de fausses routes le plus souvent aux liquides, provoquant une inhalation avec un risque de suffocation et surtout d'infection pulmonaire avec encombrement comme vu précédemment. Nous pouvons détecter des troubles de l'intégrité de la muqueuse buccale qui sont des problèmes fréquents. Ils peuvent être la cause de douleurs, de gêne à l'alimentation, à la parole et à la communication. Nous pouvons également retrouver la présence de nausées, de vomissements et de reflux gastro-œsophagien, d'étiologies diverses. Ils peuvent être au premier plan de l'inconfort. Les problématiques de constipation sont quasiment constantes chez tout patient alité et/ou traité par morphinique. Les symptômes urinaires sont également très fréquents quel que soit le contexte pathologique. Ils sont dominés par l'incontinence et la rétention urinaire. Ces troubles de l'élimination peuvent être source d'inconfort majeur.

[24] Ibid.

- Les symptômes cutanés :

Les symptômes cutanés sont principalement en rapport avec l'immobilisation, la dénutrition, la déshydratation et l'incontinence. La peau est en permanence menacée dans son intégrité.

- Les douleurs :

La présence de douleurs est très fréquente, les causes sont multiples et sont en rapport avec la maladie, le traitement ou autres… Elles sont souvent accompagnées de symptômes physiques comme énoncés précédemment qu'il faut prévenir si possible et traiter. Nous aborderons plus en détails ce symptôme dans les parties suivantes.

Le confort de la personne malade est au premier plan, il est donc primordial d'évaluer avant toute action l'état global du patient et d'adapter les soins à cet état.

1.3 La pratique psychomotrice en soins palliatifs

La pratique psychomotrice est basée sur l'intrication psychocorporelle du fonctionnement humain. Elle met en évidence l'étayage de la psyché à partir d'expériences sensorimotrices. Nous allons voir par la suite quelle place l'approche psychomotrice occupe parmi les approches psychocorporelles et les soins de support dans le cadre d'une unité de soins palliatifs. Nous aborderons la place qu'occupe le psychomotricien au sein de l'équipe pluridisciplinaire retrouvé en USP ainsi que son champ d'activités. Puis nous verrons plus en détails les principales indications d'interventions psychomotrices que nous pouvons être amenées à rencontrer dans ce type de structure.

1.3.1 L'approche psychomotrice : une approche psychocorporelle comme soin de support

Il nous paraît important d'aborder à présent l'approche psychomotrice, les notions de soins de supports et d'approches psychocorporelles retrouvés dans une unité de soins palliatifs.

1.3.1.1 Les soins de supports

Depuis quelques années, dans un contexte de spécialisations des pratiques médicales et de réorganisation des structures de soins ont émergés les soins palliatifs et les soins de support. Les soins de support sont définis comme *« l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements spécifiques lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves»* (COLOMBAT & al., 2009). Cela sous-entend que le patient peut y recourir pendant les phases curative, palliative ou terminale.

Ils ont pour objectifs :

- de permettre une meilleure prise en soin globale des personnes atteintes de maladies grave et de leurs proches en partant d'une analyse précise et régulière de leurs besoins dans les différents domaines de compétence des soins de support ;
- de respecter un principe de continuité des soins ;
- d'optimiser les pratiques des professionnel(le)s de santé qui prennent en soin le patient en renforçant la transversalité et les pratiques collaboratrices.

Cette approche de soins vise à assurer une meilleure qualité de vie possible au patient tout au long de la maladie, tant sur le plan physique, psychologique, que social.

C'est dans cette démarche que les soins au corps, dans une dimension de « prendre soin » désignent de nombreux soins quotidiens indispensables au confort physique, au bien être psychologique et à l'estime de soi des personnes relevant de soins palliatifs. Ils requièrent une conception holistique de la personne au sein d'une équipe de soignants qui travaillent en interdisciplinarité, c'est-à-dire une équipe où chacun accepte de mettre en commun ses compétences spécifiques, sa vision afin d'ajuster au mieux ses attitudes aux besoins de la personne soignée.

1.3.1.2 Les approches psychocorporelles

Aujourd'hui, dans les unités de soins palliatifs, les méthodes psychocorporelles apparaissent comme complémentaires aux autres spécificités soignantes et à l'approche médicamenteuse et n'entendent pas se substituer à la médecine classique. Elles comprennent l'ensemble des approches prenant le corps comme médiation et envisagent celui-ci comme moyen d'expression du bien-être, de la douleur et aussi de la relation. En prenant l'exemple du toucher, ces approches agissent sur la personne dans son unité, corps

et esprit, en proposant *« un toucher qui prend soin d'un corps souffrant tellement altéré par la maladie grave »* (COUTON, 2008). Le patient peut percevoir son corps autrement que comme un corps uniquement objet de soins.

1.3.1.3 L'approche psychomotrice

L'approche psychomotrice est basée sur l'expérience de vécus corporels, agréables, positifs et donc actifs dans le maintien difficile de l'identité psychomotrice (MARCOS & BURUCOA, 2012). La pratique psychomotrice met en évidence un étayage de la psyché par le corps, un soutien de son identité comme sujet. En effet le vécu psychocorporel n'est pas nécessairement uniquement dépendant de l'état du corps réel. Ce vécu que nous pouvons ramener à un sentiment de soi peut se stabiliser et même s'améliorer parfois malgré l'aggravation de la maladie. L'approche psychomotrice se situe dans une attention à la qualité et au niveau de présence proposé à l'autre dans les soins corporels. En plus des actes de soins pour les patients, elle se développe également auprès des familles et de l'équipe par la proposition d'un soin de toucher massage. En cas de maladies graves évoluées, l'intrication psychocorporelle évolue dans le sens de la déstructuration, mais cette dynamique peut être modifiée et redevenir un point d'appui.

1.3.2 La place du psychomotricien au sein de l'unité de soins palliatifs

La psychomotricité propose des soins corporels complémentaires intégrés à la prise en soin pluridisciplinaire. Les séances de psychomotricité s'intègrent dans la prise en soin globale proposée à la personne malade.

1.3.2.1 Le psychomotricien auprès du malade

Une première rencontre peut être envisagée sur une ou plusieurs indications de l'équipe soignante et à la suite d'une prescription médicale. Lors de cette première rencontre avec le malade, il est réalisé un entretien et une évaluation psychomotrice afin d'évaluer la demande, la pertinence et les conditions de la mise en place de l'accompagnement psychomoteur. Le cadre et la fréquence des rencontres sont décidés avec le patient en s'adaptant à ses besoins, ses souhaits, sa fatigabilité et en s'articulant aux autres soins et intervenants. Les séances peuvent durer entre 20 minutes et 1 heure et demie en fonction des médiations. Auprès des patients en situation palliative, il convient de privilégier la fréquence des séances plutôt que leur durée. En effet, dans cette idée de durée,

ce n'est pas tant le « temps physique » écoulé qui importe mais plutôt le ressenti de cette temporalité. Les séances peuvent se dérouler dans la chambre du patient, dans une salle corporelle aménagée à cet effet, dans la salle de bains ou dans le jardin qui se trouve dans l'enceinte de l'hôpital.

Dans un premier temps, il s'agit de proposer un espace où nous allons inviter le patient « à être » plutôt qu' « à faire ». Les propositions psychomotrices vont porter sur l'exploration d'expériences sensorimotrices dans une perspective de confort et de plaisir, de ressourcement pour la personne malade. Elles visent à aider le patient à retrouver une perception positive de lui-même en participants aux retrouvailles d'une harmonie psychocorporelle mise à mal par la maladie. Ce cadre de soin implique une dimension de régression, un retour à l'archaïque. A partir d'une fonction de contenance, nous accompagnons le patient dans une présence à lui-même en essayant *« d'apprivoiser l'étrange, l'inconnu, l'instable, tout en se reconnectant, s'appuyant sur le solide, le stable, le familier sur ses propres ressources »*[25]. Nous allons accompagner également la personne dans un relâchement des tensions lesquelles se sont déployés dans un mécanisme de défense contre les symptômes retrouvés en soins palliatifs et avec son angoisse.

Il peut être intéressant de proposer aux membres de l'entourage d'assister aux séances de psychomotricité avec l'accord du patient. Cela peut être l'occasion de voir leur proche plus paisible, capable d'éprouver encore de la détente, du plaisir. Nous pouvons remarquer que ce moment partagé est souvent un support d'échange et il permet de relancer la communication devenue défaillante. Si l'entourage le souhaite, il peut lui être proposé de s'associer au travail proposé, voire prendre le relais dans le contact et le toucher en étant guidé par le psychomotricien. L'engagement corporel et l'attitude contenante de celui-ci auprès de la personne malade peuvent influencer la qualité d'attention et de présence des proches.

1.3.2.2 L'évaluation psychomotrice

L'évaluation psychomotrice consiste à apprécier les besoins de soins en psychomotricité. Elle permet d'élaborer des objectifs en équipe pour chaque patient, afin d'enrichir la prise en soin existante et de sensibiliser à des soins paramédicaux

[25] FOREST, G., BEDNAREK, S., GIROMINI, F., ALBARET, J.-M., & SCIALOM, P. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité: Tome 3 - Clinique et thérapeutiques.* Paris: De Boeck Solal.

complémentaires. Elle a également pour objectif d'évaluer le travail en cours au sein de la prise en soin avec les autres intervenants concernés. Le questionnement concernant la façon dont la personne atteinte d'une maladie grave perçoit et intègre les expériences corporelles et psychiques est très important. Nous pouvons parler de lecture psychomotrice organisée dans un temps d'observations où l'on peut se poser les questions suivantes :

- *« Comment le patient utilise son corps ?*
- *Comment le patient perçoit son corps ?*
- *Comment le patient investit son corps ? »* (ALBARET & AUBERT, 2001)

En général le bilan psychomoteur répertorie les capacités psychomotrices. Elles regroupent des indicateurs tels que le schéma corporel et l'image de soi, les repères spatio-temporaux, la latéralisation, les coordinations, le tonus, la posture, etc.

Un deuxième temps d'observation peut être considéré dans la lecture psychomotrice, il s'agit de tenter de comprendre ce qui va faire l'objet d'une rencontre dans la relation : *« Qu'est ce qui nous fait rencontrer l'autre »*[26].

En situation palliative, les capacités psychomotrices évoluent souvent vers des pertes successives. L'évaluation psychomotrice n'effectue pas un bilan étalonné des capacités perdues, mais plutôt explore les capacités maintenues car elles servent d'appuis dynamiques internes à la personne malade. Le niveau d'évaluation des besoins est variable selon le moment : un simple partage, un besoin d'apaisement ou de ressourcement, une lutte contre un symptôme, voire une impossibilité de rencontre par la prégnance d'un symptôme, d'une douleur.

1.3.2.3 Le psychomotricien auprès de l'équipe soignante

Au cours du suivi des patients, le psychomotricien travaille en concertation avec les autres intervenants de l'équipe soignante. Il apporte son éclairage spécifique dans l'accompagnement global du patient. La présence du psychomotricien est importante dans la participation aux différentes rencontres formelles. Il est présent lors des réunions de transmissions pluridisciplinaires. Ce sont des temps de réflexion et d'échanges revenant sur les évènements symptomatiques avec une synthèse des différents intervenants. C'est

[26] ALBARET, J.-M., & AUBERT, E., LEROUX, F., (2001). *Vieillissement et psychomotricité.* Solal Editeurs.

également l'occasion pour le médecin et l'infirmière référente de représenter la personne accueillie le jour même au travers d'une synthèse des éléments symptomatiques et biographiques. Le psychomotricien est amené à participer aux réunions pluri-professionnelles intitulées « projet de vie ». Elles se caractérisent tout d'abord, par un temps de retour sur les décès et les sorties qui ont eu lieu durant la semaine. Il vient ensuite un temps de réflexions et d'échanges de l'équipe interdisciplinaire permettant de façon formelle, de réfléchir sur des situations cliniques impliquant les patients et les familles dans le service. Les soignants sont invités à faire le point sur les projets de soin et de vie des patients. Puis, il est réalisé un temps de synthèse clinique et thérapeutique au sujet d'un patient, en utilisant un document notant l'histoire de la maladie, les aspects physiques, psychoaffectifs et existentiels, les réponses déjà apportés et les réponses à apporter (voir Annexe 1, p. 79). Il peut également être proposé un temps de réflexion éthique pour la prise d'une décision avec la présentation d'un problème posé, en remplissant des items portant sur « la course de la maladie », « l'état actuel », « attentes du patient, de l'entourage et des soignants » (voir Annexe 2 p. 81).

La présence du psychomotricien soutient également la dynamique de réflexion sur la qualité des soins corporels proposés. La réalisation de « co-soins » est fréquente, il peut s'associer à d'autres membres de l'équipe soignante tels que les infirmières ou les aides-soignantes, lors de soins tels la toilette, des pansements, ou autres qui peuvent se révéler pénibles pour le patient, en rapport à des symptômes majeurs difficilement contrôlés. Ces temps se révèlent également de véritables prolongements du soin psychomoteur dans les soins du quotidien. Le travail du psychomotricien peut s'effectuer en amont, en complément ou en collaboration du travail du psychologue. Ce sont des temps « d'entre-soin »[27], qui désigne plus qu'un co-soin et qu'un entretien. Nous retrouvons des situations d'angoisse que le patient ne peut nommer et mettre en mots, des difficultés à communiquer, de refus de suivi psychologique.

Il est proposé à Mme M. un temps d'entre-soin avec la psychologue et la psychomotricienne. Au cours de ce temps, la psychomotricienne propose un soin de toucher massage couplé à un accompagnement psychologique.

[27] Terme créé par la psychologue et la psychomotricienne

C'est l'occasion d'échanges plus approfondis dans le registre des vécus psychocorporels du patient, du non verbal. A travers cette collaboration, la patiente peut passer par ses sensations et s'appuyer sur ses ressentis pour cheminer vers l'expression de ses émotions et de ses affects. Cet entre-soin peut parfois relancer un travail de parole.

Enfin, la psychomotricienne opère également auprès de l'équipe par des ateliers corporels de relaxation et de toucher-massage pour le personnel. L'objectif est de permettre d' « expérimenter pour soi des moyens de régulation des émotions, du stress et de la fatigue occasionnés par la clinique »[28]. C'est un temps qui permet de s'approprier des outils de soin par l'expérience personnelle et de mieux s'articuler en équipe par une connaissance réciproque.

1.3.3 Les indications d'intervention psychomotrice en unité de soins palliatifs

Les indications émergent la plupart du temps des transmissions ainsi que les réunions projet au sein d'une discussion pluridisciplinaire autour du patient (GAUCHER-HAMOUDI & GUIOSE, 2007) et formalisées par la prescription médicale.

1.3.3.1 Les indications d'intervention psychomotrice

La perception de soi appelé proprioception, participe au maintien du sentiment d'identité. Dans la maladie grave, l'identité rythmée d'habitudes de vie, n'est plus le « socle de référence dans l'unité psychomotrice familière de soi »[29]. Nous pouvons constater que de multiples changements s'opèrent comme la modification des capacités motrices, sensorielles, sociales. Chez le « bien portant », l'agir participe au maintien du potentiel et des repères psychomoteurs. A contrario, pour la personne malade, une attitude d'immobilité entraine la modification des repères et diminue la stimulation générale.

Il est donc important de rappeler que les repères ne sont pas acquis une fois pour toutes, ils ont besoin d'être réactivés tout au long de la vie. Les inconforts physiques, les pertes multiples créent des cercles vicieux et des perturbations sur les fonctions de l'organisme mais aussi induisent fatigue, dépression et angoisse. La dynamique psychocorporelle est dé-structurante pour la psyché.

---

[28]MARCOS, I., & BURUCOA, B. (2012). Une approche spécifique de la psychomotricité en situation palliative. *Revue internationale de soins palliatifs* , pp. 73-76.
[29] Ibid.

Les indications psychomotrices les plus fréquentes en situation palliatives, centrées sur la personne malade sont :

- Les soins de confort :

Les soins de confort sont réalisés dans le but d' « assurer le bien-être physique et psychologique du patient »[30]. A partir des explications données par l'équipe médico-infirmières, nous sommes éclairés pour comprendre les symptômes et certaines réactions ou décisions des patients de façon à rendre notre intervention la plus pertinente possible.

Mme C. a été accueillie pour la prise en soin d'un adénocarcinome bronchique multi-métastatique pulmonaire, médiastinale, rétro-pulmonaire, oculaire, osseux, cérébral et hépatique en phase palliative symptomatique. A son entrée dans le service, elle est face à une perte d'autonomie et présente des risques de douleurs, d'épilepsie et de chute. Il est par la suite signalé par l'équipe lors d'une transmission que Mme C. présente une humeur triste ainsi qu'un besoin d'un étayage par rapport au vécu d'altération corporelle. Après une première rencontre, nous convenons d'un accompagnement psychomoteur.

L'apport du psychomotricien se fera principalement par la contribution à l'anxiolyse, la régulation tonico-émotionnelle le soutien de la conscience corporelle et l'aide au confort corporel. C'est un moment privilégié où *«le prendre soins devient […] l'art de réaliser les soins corporels avec compétence par un toucher chaleureux avec des gestes doux, une posture et regard accueillants et empathiques »*[31].

- La favorisation de la communication

L'homme se structure par la relation à l'autre et aux autres. La maladie altère la capacité relationnelle de chacun, il est donc capital de chercher à maintenir cette communication. Favoriser la communication peut aussi permettre d'instaurer un climat de confiance afin d'informer le malade au rythme de ses questions. Le psychomotricien aide le patient à« […] savoir pour comprendre, décider, agir encore et garder le contrôle sur ce qu'il

[30] GFRUP Groupe Francophone de Réanimation et Urgences Pédiatriques – Limitation ou arrêt des traitements en réanimation pédiatrique. Repères pour la pratique – Fondation de France.
[31] BROUCKER, D., JACQUEMIN, D., MINNAERT, C., (2009), Manuel des soins palliatifs : définitions et enjeux, pratiques de soins et accompagnement, psychologie et éthique.

peut encore maitriser »[32]. C'est en ce sens que le psychomotricien peut participer à soutenir le lien et la relation quand la communication verbale est restreinte.

M. D. est accueilli pour un séjour de répit dans la prise en soin d'une sclérose latérale amyotrophique. A son entrée dans le service, nous constatons une hypophonie et une fatigabilité à la parole parmi ses symptômes. L'un des objectifs de son hospitalisation est l'adaptation au quotidien avec l'apprentissage de moyens de communication oculaire.

Quel que soit l'état de conscience et de degré de la maladie du patient nous pouvons être amenés à intervenir dans le soutien de la communication. Avec des personnes très fatiguées ayant peu de moyens de communication, cela implique de ralentir le mouvement de ses pensées et de ses gestes pour se mettre en phase avec la personne. Nous pouvons également accompagner le soutien des repères psychomoteurs et de la communication notamment chez les patients non communicants verbaux, nombreux en phase palliative avancée ou terminale.

- Troubles du schéma corporel

Les troubles du schéma corporel sont liés essentiellement aux modifications corporelles subites du fait de l'évolution de la maladie mais aussi à la perte de la mobilité réduisant les afférences proprioceptives, ou bien avec une évolution neurologique avec un déficit sensible.

Mme R. est accueillie pour la prise en soin d'une insuffisance cardiaque terminale compliquée de sepsis à répétition. Lors du retour sur l'histoire de sa maladie, nous constatons qu'elle a été sujette à une ischémie de la main droite puis d'une amputation transmétacarpienne, en plus des nombreuses complications survenue par l'aggravation de la maladie. A son entrée dans le service, Mme apparaît asthénique avec un ralentissement idéomoteur. Nous remarquons la présence d'une hypoesthésie et une bizarrerie de la face postérieure de la main droite à la palpation comparative. L'un des objectifs convenus lors de son hospitalisation est l'accompagnement de l'atteinte de l'image corporelle en rapport avec l'amputation de sa main droite et les triples stomies dont elle a été contrainte.

[32] BROUCKER, D., JACQUEMIN, D., RICHARD, M.-S., (2009), Manuel des soins palliatifs : définitions et enjeux, pratiques de soins et accompagnement, psychologie et éthique.

Durant l'accompagnement proposé face à ce type de problématique, nous pouvons redonner au patient suffisamment d'informations sensibles par le biais des massages relaxant, des mobilisations passives, de la mise en mots de la sensation induite et les réunir dans une perception corporelle différente mais unitaire et rassurante.

- Les soins antalgiques

La douleur est un vécu complexe, ayant un impact direct sur la qualité de vie du patient. La prise en soin antalgique des personnes malades en soins palliatifs ne peut se résumer à l'élaboration de quelques recommandations pharmacologiques ou procédure. Elle s'inscrit dans une prise en soin globale, multi-professionnelle et multimodale, dans laquelle chaque intervenant à un rôle important.

M. B. est accueilli pour la prise en soin d'une tétraplégie partielle post-traumatique compliquée de douleurs sous lésionnelles, mixtes, intenses, résistantes, conduisant à une évocation d'euthanasie en Belgique. A son entré dans le service, nous pouvons constater la présence de douleurs au niveau de l'abdomen à type de brûlures, avec des accès douloureux paroxystiques lors des mobilisations et du moindre toucher, dès le réveil et non la nuit. Ce syndrome est apparu 6 mois après le trauma et s'aggrave surtout depuis 9 mois. Face à la prise en soin de ce syndrome douloureux complexe, il est convenu d'un accompagnement psychomoteur afin de participer aux thérapeutiques analgésiques.

La psychomotricité par son approche globale s'intéresse tant à l'histoire du sujet qu'à ses vécus corporels. Nous allons intervenir de sorte à permettre au malade de se positionner comme acteur et non plus comme victime de ses ressentis douloureux.

La base fondamentale reste le cadrage des symptômes et des douleurs à travers des soins au corps et au confort du corps en complément des thérapeutiques médicamenteuses. Ils sont la base de tous les autres soins.

1.3.3.2 Les médiations psychomotrices en soins palliatifs

Le psychomotricien va donc proposer au patient des soins dits de confort utilisant principalement des techniques de détente. Les actes les plus adaptés en situation palliative sont :

- la relaxation psychomotrice associée à des techniques de visualisations créatrices ; les inductions tactiles tels que les massages, les étirements doux, les microvibrations, les enveloppements ; la balnéothérapie. Ce sont des outils permettant une reconnaissance du corps, un « bien-être », un dialogue tonique, un étayage psychique.
- La mobilisation corporelle passive et active ; les stimulations sensorielles douces avec des odeurs, des sons, de la musique, des objets créatifs, calmants et stimulants. Ce sont des outils proposants des expériences de plaisir sensorimoteur, de réappropriation de référence posturales et de restauration narcissique.

- les activités d'expression plastique telle la peinture sur la soie ou des maquettes ; l'adaptation de l'environnement comme la personnalisation des chambres avec la mise à disposition d'une médiathèque, le soutien et la proposition de projets de vie au quotidien comme des sorties au jardin, en ville, au domicile. Ce sont des propositions d'expression artistique et corporelle favorisant la communication, l'expression des émotions, la créativité et la valorisation de soi.

1.3.3.2.1 Le toucher massage psychomoteur

Le toucher thérapeutique, le sens du toucher est le plus étroitement associé à la peau, c'est le premier à se développer chez l'embryon humain. Le toucher massage psychomoteur en fin de vie vise à redonner un sentiment d'enveloppe, d'unité psychocorporelle à la personne. Nous ne nous intéressons pas uniquement à un corps mais à la personne dans son unité psychocorporelle. La qualité du toucher, dans son intention et sa disponibilité tonico-émotionnelle, permet au sujet de se sentir être. Accompagner la personne, via le toucher et la parole, l'aide à se sentir exister. Ainsi, *«Être dans son corps, c'est moins souffrir de lui, mais surtout s'approprier soi-même»* (CHARPENTIER, 2014).

Le toucher, dans un cadre thérapeutique contenant et rassurant ainsi que dans des conditions favorables, peut être apaisant et diminuer la douleur. Il tente d'apporter un peu de détente et de relaxation et de briser l'isolement ultime que nous pouvons retrouver dans la dimension de la fin de vie. Il favorise l'expression des émotions. *« Il permet au mourant de rétablir une relation plus sereine avec ce corps qui se dérobe à la vie »* (COURJOU, 2007).

Au sein de l'unité de soins palliatifs, nous sommes amenés à proposer ce type de soins psychomoteurs, là où le patient le souhaite cela peut être dans sa chambre, dans la

salle corporelle où lors d'une sortie au jardin dans l'enceinte de l'hôpital. Nous aménageons ce temps de soin avec le choix d'un fond musical et l'utilisation d'huiles de massage aux huiles essentielles

Il existe plusieurs types de toucher et plusieurs méthodes de relaxations. Nous pouvons qualifier l'intervention psychomotrice en soins palliatifs de séance de soin de toucher-relaxation. La réalisation de ses inductions tactiles ne suit pas de protocole précis mais elle est avant tout centrée sur la personne et orientée en fonction du projet de soin.

Le toucher relaxation amène progressivement le patient à une prise de conscience d'une possibilité de relâchement, de détente du corps grâce à un toucher contenant et enveloppant source de sensations positives. *« L'éprouvé d'une intégrité psychocorporelle, à ce stade final, permet ainsi d'exister en tant que sujet jusqu'au bout de la vie »*[33].

1.3.3.2.2 Le bain thérapeutique

Nous pouvons affirmer que l'eau présente des qualités essentielles qui vont aider le psychomotricien dans le projet de soin psychomoteur à visée de confort, anxiolytique et/ou antalgiques. En effet, à son contact, l'eau peut porter, compenser, libérer et stimuler la personne dans son unité psychocorporelle. Afin de comprendre les propriétés thérapeutique de cette médiation nous pouvons nous intéresser à la théorie du « moi-peau » de Didier ANZIEU cité par Catherine POTEL : *« Il 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 »* (POTEL, 2004). C'est à partir de cette dynamique, que nous pouvons dire que l'eau va limiter les vécus de morcellement corporel induit par les douleurs, les plaies, la maladie. En termes de régulation émotionnelle et corporelle, nous pouvons constater assez fréquemment que les sensations douloureuses et d'inconfort corporel diminuent, voire même disparaissent.

Au sein de l'unité de soins palliatifs, nous sommes amenés à proposer ce type de soins psychomoteurs, seul ou en collaboration avec un professionnel (infirmier ou aide-soignant). Ils sont sollicités sur les temps d'installation et de transferts dans le bain et

[33] CHARPENTIER, E. (2014). *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée - Soutien à l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée.* De boek Solal.

peuvent également réaliser un co-soin si le patient n'en voit pas d'inconvénients. Nous aménageons ce temps de soin avec le choix d'un fond musical et l'utilisation de gels douche parfumés.

Cette séance de soin est orientée vers la proposition d'un bain relaxant qui peut entrainer différentes réactions en fonction de la personnalité des patients. Nous allons chercher à favoriser la conscience corporelle que le patient a de lui-même. Souvent nous pouvons constater que l'alitement prolongé, l'amaigrissement, les œdèmes ou autres manifestations somatiques de la maladie altèrent et modifient l'image du corps des patients. Cette médiation va aider la personne malade à découvrir une nouvelle image corporelle dans ce qui peut être considéré comme stable ainsi que dans ce qui peut être considéré comme différent en y mettant du sens.

Ces médiations servent au quotidien et semblent adaptées aux patients, toute autre médiation n'est pas exclue du travail en soins palliatifs, tant que son utilisation prend sens dans la relation au patient.

2 DOULEUR

Aborder la prise en soin antalgique d'un patient douloureux, qu'il soit ou non en situation palliative exige de la part du psychomotricien, du thérapeute et de l'équipe soignante de comprendre et intégrer les notions complexes intéressant l'autre, individu ou sujet qui exprime une plainte, éminemment subjective.

2.1 Comprendre la douleur

Mieux comprendre pour mieux soulager, tel doit être notre objectif. La douleur qu'elle soit aiguë ou chronique est toujours une sensation complexe et multidimensionnelle. Selon certains auteurs, son analyse séméiologique doit être précise en vue de permettre la définition d'un traitement adapté. Néanmoins, une compréhension claire des mécanismes physiopathologiques s'avère indispensable afin de faciliter l'orientation thérapeutique. Cependant, à l'heure actuelle, les différents mécanismes de transmission, de contrôle et de modulation du message nociceptif ne sont pas encore parfaitement élucidés. Nous aborderons les mécanismes de la douleur et tout ce qui relève de la notion de nociception

2.1.1 Les mécanismes de la douleur

2.1.1.1 Définition

Selon la définition de la douleur proposée par l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP): *« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en terme d'une telle lésion ».*

Pour R. MELZACK, « *La douleur constitue une expérience personnelle et subjective, influencée par l'éducation, les circonstances, l'attention, ainsi qu'un certain nombre de paramètres psychologiques.* » (MELZACK & WALL, 1982)

Fondamentalement, la douleur a un rôle de signal d'alarme utile. Elle met en alerte l'individu et l'invite à remédier à une situation dangereuse pour son intégrité physique. Ce rôle est retrouvé dans l'ensemble du monde animal : un stimulus désagréable entraînera une réaction de défense. Chez l'homme, la douleur a la même fonction en cas de douleur aiguë. Toutefois, on observe chez l'homme de nombreuses formes de douleur depuis la

simple alerte suite à une lésion aiguë à une souffrance chronique révélatrice d'une pathologie évolutive ou au contraire sans cause évidente…

Il faut distinguer la douleur aiguë, symptôme d'une lésion, de la douleur chronique qui est une maladie à part entière. La douleur signale généralement une lésion, une maladie ou un dysfonctionnement de l'organisme. Dans ce cas, elle est nécessaire. C'est un véritable signal d'alarme permettant de se protéger. Une fois traitée, cette douleur dite "aiguë" disparaîtra. La persistance d'une douleur aiguë sur le long terme (au moins 3 mois) définit une douleur chronique. Si on comprend bien le rôle de la douleur aiguë, la douleur chronique, elle, n'apporte plus une information utile pour l'organisme. La douleur qui persiste devient alors véritable pathologie, indépendante de sa cause initiale et demandant à être traitée comme telle.

2.1.1.2 Le chemin de la douleur

A partir du site d'une agression tissulaire mécanique, thermique ou chimique, naît un message nerveux dit nociceptif qui est véhiculé le long des nerfs périphériques jusqu'au cerveau où il devient une douleur. Il est modulé tout au long de son cheminement par différents systèmes qui peuvent augmenter ou diminuer l'intensité. Un traumatisme localisé, comme par exemple une brûlure à la main, provoque l'excitation de récepteurs particuliers appelés nocicepteurs. Ils peuvent être spécifiques ou polymodaux. Ces terminaisons nerveuses susceptibles de signaler la douleur se trouvent dans tous les tissus : la peau, mais aussi les viscères et les muscles (BOCCARD, 2014).

Les nocicepteurs vont par un mécanisme de polarisation, que nous appelons la transduction, venir afférer les nerfs. Le message est alors transmis par des fibres nerveuses dites motrices et sensitives jusqu'à la moelle épinière. Il existe plusieurs systèmes de transmission périphériques. Les fibres nociceptives qui sont les fibres C et Aδ sont très peu myélinisées voire amyélinisées. Le message est transmis lentement et ces fibres vont être à l'origine d'une sensation de douleur plus diffuse. A contrario, les fibres de la sensibilité générale qui sont les Aα et les Aβ sont myélinisées. Le message est transmis rapidement et ces fibres informent de la présence d'une douleur localisée.

« De la moelle épinière, le message arrive ensuite au cerveau où il devient réellement douleur, c'est-à-dire une sensation localisée dans le corps et désagréable »[34]. On appelle ce message, le message sensitif afférent, puisqu'il part de la périphérie en passant par la moelle épinière au niveau des cornes postérieures de la moelle pour aller jusqu'au niveau des centres supérieurs. Au niveau des centres supérieurs, il y a une analyse qui va déclencher une réponse motrice véhiculée par le message moteur efférent. Nous pouvons affirmer que différentes réactions motrices vont accompagner la transmission du message douloureux.

Le message douloureux va ensuite atteindre différentes structures du cerveau. Il arrive par différentes voies vers le thalamus et le cortex. De nombreuses structures cérébrales participent au décodage de la douleur. C'est au niveau de ces structures supérieures que s'élabore la perception qui permet de décoder la localisation et la nature de la douleur : brûlure, piqûre, crampe. Certaines zones sont plus impliquées dans la mise en mémoire de la perception en établissant une comparaison avec les expériences passées (processus d'apprentissage). D'autres zones semblent plus impliquées dans les aspects émotionnels de la douleur et organisent les comportements pour faire face à la douleur.

2.1.1.3 Les contrôles et les composantes de la douleur

2.1.1.3.1 Les contrôles de la douleur

Il existe de nombreux relais dans la moelle épinière jusqu'au cerveau, où s'effectuent des modulations de la transmission des sensations de douleur par des mécanismes de contrôles : certains ont des effets facilitateurs certains sont inhibiteurs. Le niveau d'intensité d'une douleur dépend du déséquilibre entre les effets facilitateurs et inhibiteurs. Le corps de chaque individu est doté d'un système interne antidouleur.

Le système analgésique interne va permettre la modulation de l'intensité de la douleur au niveau de la transmission par le gate control[35]. C'est un filtre modulateur de très grande importance appelé la « porte » où transite le message douloureux. Les influx en provenance des grosses fibres entretiendraient un tonus inhibiteur, celui-ci levé par l'arrivée d'une stimulation nociceptive suffisante entraînant l'ouverture de la porte. Plus la porte est ouverte, plus le message douloureux est perçu comme intense.

---

[34]BOCCARD, E. (2014, Avril). *Comprendre la douleur*., sur Institut Upsa de la douleur : http://www.institut-upsa-douleur.org/patients/comprendre-douleur/mecanismes-de-la-douleur

[35] Il a été décrit sous le nom de théorie du « gate control », par Patrick Wall et Ronald Melzack en 1965

Cette théorie a permis de comprendre les effets de certaines réactions face à la douleur, comme par exemple mettre de l'eau fraîche sur une brûlure, qui peut effectivement soulager une douleur en provoquant la fermeture de la porte. De plus, il permet de supposer que les douleurs neurogènes aurait pour origine un défaut d'inhibition rendant plus excitable le système de transmission (GAUCHER-HAMOUDI & GUIOSE, 2007). Ce type de contrôle est dit segmentaire ou médullaire.

Le système analgésique interne va permettre également la modulation de l'intensité de la douleur au niveau de la modulation par le contrôle inhibiteur diffus nociceptif, ce contrôle est dit supra-spinal descendants. Le corps va sécréter des substances naturelles appelées endorphines qui vont avoir un rôle sur la perception de la douleur et qui possèdent une action puissante d'inhibition de la douleur semblable à celle de la morphine. Le rôle des contrôles inhibiteurs de la douleur est important à retenir car ceux-ci sont le fondement du traitement de la douleur. Ils sont sous la dépendance de plusieurs influences comme la condition physique, l'attention, l'angoisse, la peur d'avoir mal, la peur du lendemain et le stress (LAROCHE & BOUREAU, 2006).

En matière de douleur chronique, on va essayer d'intervenir sur les propres ressources du patient. L'aspect désagréable de la douleur est modulé au niveau de la perception par le contrôle des centres supérieurs après stimulation mentale par l'activation de régions associées à la mémoire et aux émotions (techniques de relaxation, d'hypnose…).

2.1.1.3.2 Les composantes de la douleur

La relation entre l'étendue du dommage tissulaire et la sévérité de la douleur est incertaine dans la mesure où de nombreux facteurs neurophysiologiques ou neuropsychologiques peuvent modifier l'intégration centrale et les phénomènes de contrôle de la douleur. Il existe quatre composantes de la douleur :

- La composante sensori-discriminative

La composante sensori-discriminative correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage de la qualité (brûlure, décharges électriques, torsion, etc.), de la durée et de l'évolution (brève, continue, chronique, récidivante, etc.), de l'intensité ou de la localisation des messages nociceptifs. Elle renvoie à ce que le sujet sent de sa douleur. Le patient peut fournir des informations.

- La composante affectivo-émotionnelle

La composante affective fait partie intégrante de l'expérience douloureuse, elle lui confère sa tonalité désagréable, agressive, pénible, difficilement supportable. C'est à partir de cet impact sur l'individu que la douleur intense va imposer un traitement symptomatique. Elle est déterminée, non seulement par la cause de la douleur elle-même, mais également par son contexte. La signification de la maladie et l'incertitude sur son évolution sont autant de facteurs qui vont venir moduler le vécu douloureux. Ces systèmes peuvent alors *« créer des conditionnements durables pour des douleurs perçues dans l'enfance, voire au cours d'anesthésies générales ou autres situations »*[36]. Cette composante affective renvoie à ce que ressent le sujet. Elle peut se prolonger vers des états émotionnels voisins à l'anxiété ou la dépression. Il y a donc un impact sur toute la sphère émotionnelle. De plus, il est important de garder à l'esprit que personne ne réagit de la même manière à la douleur.

- La composante cognitive

Cette composante renvoie à ce que le sujet peut dire de sa douleur. Elle se caractérise par la manière dont le patient parle de sa douleur, ainsi que les valeurs morales ou sociales associées à la douleur. Nous pouvons envisager une maîtrise du langage qui permet à la fois une meilleure expression de la douleur auprès des médecins, mais aussi une meilleure maîtrise scientifique.

- La composante comportementale

La composante comportementale englobe l'ensemble des manifestations motrices, verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre. Elles peuvent se traduire par des plaintes, des mimiques, des postures antalgiques ou l'impossibilité de maintenir un comportement normal, etc. Il peut s'agir également de réponses végétatives et réflexes qui nécessitent le recueil des données biologiques. Cette composante renvoie à ce que le patient montre. Ces manifestations peuvent apparaître comme étant réactionnelles à une douleur perçue et proportionnelles à l'importance de celle-ci. Les réactions de l'entourage familial, professionnel ainsi que soignant, peuvent interférer avec le comportement du malade douloureux et participer à l'entretien de la douleur.

[36]BOCCARD, E., & DEYMIER, V. (2007). *Pratique du traitement de la douleur.* Paris: A Editorial Paris.

2.1.2 Types de douleur

Il y a trois grands axes d'évaluation de la douleur :

- le type de douleur dans lequel le mécanisme physiologique est prépondérant : l'excès de douleurs nociceptives, les douleurs neuropathiques, les douleurs psychogènes ;
- le type de pathologie : les douleurs malignes ou les douleurs non malignes ;
- la durée d'évolution, le facteur temps : les douleurs aigües, les douleurs chroniques.

La majorité des malades souffrent de douleurs intenses et complexes. Il serait donc pertinent de définir plus en détails les différents types de douleurs que nous retrouvons en général en détaillant les douleurs nociceptives et les douleurs neuropathiques. Puis nous aborderons la distinction entre douleur aigüe et douleur chronique.

2.1.2.1 Douleurs nociceptives

L'excès de stimulations nociceptives est le mécanisme le plus couramment rencontré dans la majorité des douleurs aiguës traumatiques, infectieuses, dégénératives. Lorsque la douleur atteint le stade chronique, nous pouvons retrouver cet excès de nociception dans des pathologies lésionnelles persistantes. Il est très fréquemment rencontré au cours de la progression du cancer. Il est lié à l'infiltration tumorale des différents tissus et organes. *«Les douleurs qui atteignent le squelette ou les muscles sont dites somatiques nociceptives, celles naissant des organes sont appelées nociceptives viscérales »* (GAUCHER-HAMOUDI & GUIOSE, 2007). Les mécanismes de contrôle de la douleur sont débordés. Sur un plan sémiologique, elle s'exprime selon un rythme mécanique qui peut se manifester par une augmentation de la douleur durant l'activité physique ou selon un rythme inflammatoire qui peut se constater par un réveil nocturne à cause de la douleur.

Un processus pathologique active, au niveau périphérique, le système physiologique de transmission des messages nociceptifs. L'information, née au niveau des récepteurs, est transmise vers les structures centrales. Nous pouvons observer lors de stimulations électriques d'intensité croissante d'un nerf :

- *« qu'une stimulation de faible intensité qui active les afférences de gros calibre évoque une sensation tactile ;*
- *qu'une stimulation plus forte qui recrute les fibres myélinisées de plus fin diamètre évoque une sensation de douleur à type de piqûre ;*

- *qu'une stimulation plus intense qui recrute les fibres amyéliniques évoque une sensation ressemblant à une brûlure. »*[37]

Au niveau thérapeutique, il est important d'agir sur le processus périphérique lui-même et d'en limiter les effets excitateurs en utilisant des antalgiques périphériques ou centraux. Nous pouvons également chercher à interrompre les messages aux divers étages de la transmission périphérique ou centrale en utilisant des blocs anesthésiques.

2.1.2.2 Douleurs neuropathiques

Il existe au moins deux types de mécanismes de lésion nerveuse pouvant être responsables de douleurs neuropathiques. Certaines douleurs résultent de la compression d'un tronc, d'une racine ou d'un plexus. Elles peuvent être dues à une sciatique par hernie discale, un syndrome canalaire, ou une tumeur, etc. D'autres ne sont pas liées à une compression persistante et surviennent dans des tableaux séquellaires comme le traitement d'un cancer par chirurgie ou chimiothérapie.

Elles sont causées par une altération des fibres volumineuses somesthésiques, qui ont un rôle inhibiteur sur les fibres nociceptives. La notion de douleur neuropathique peut être qualifiée de douleur par désafférentation. Nous pouvons envisager concernant ce type de douleur la possibilité de survenue d'une douleur centrale, persistant en l'absence d'entretien par une stimulation périphérique.

Caractéristiques sémiologiques des douleurs neuropathiques *(aucune de ces caractéristiques sémiologiques n'est obligatoire)*
Description clinique : • Composante continue (brûlure) • Composante fulgurante, intermittente (décharges électriques) • Dysesthésies (fourmillements, picotements)
Douleur pouvant contraster avec l'absence de lésion somatique
Intervalle libre possible après la lésion initiale
Examen neurologique : • Signes d'hyposensibilité (hypoesthésie, anesthésie) • Signes d'hypersensibilité (allodynie, hyperpathie)

Tableau 1. Les caractéristiques sémiologiques des douleurs neuropathiques[38]

[37]GAUCHER-HAMOUDI, O., & GUIOSE, M. (2007). *Soins palliatifs & psychomotricité.* Heures de France.

La douleur neuropathique est décrite comme permanente, lancinante. Elle associe souvent des sensations continues à type d'inconfort, de fourmillements, de brûlure et des accès à type de décharge électrique. Elles sont déclenchés spontanément ou par effleurement de la peau.

Les douleurs neuropathiques sont une cause fréquente de douleurs chroniques. Souvent, *« l'analyse rétrospective des dossiers montre que trop rarement, elles ont reçu précocement le diagnostic et le traitement symptomatique adaptés »* (BOCCARD & DEYMIER, 2007). Au niveau thérapeutique, les douleurs neurogènes sont résistantes aux traitements antalgiques mais sensibles aux antidépresseurs et aux anticonvulsivants.

2.1.2.3 Douleur aigüe et douleur chronique

Les douleurs aigües se caractérisent par leur limitation dans le temps et ont une fonction d'alarme. Les douleurs chroniques évoluent au-delà de six mois et présentent une éventuelle résistance aux traitements thérapeutiques. Dans le suivi d'une maladie, *« une douleur aigüe, après avoir joué son rôle d'alarme et donné des informations qui peuvent orienter le diagnostic, doit être efficacement traitée »* (GAUCHER-HAMOUDI & GUIOSE, 2007). De façon conventionnelle, nous pouvons fixer la limite séparant les douleurs aiguës et chroniques entre 3 et 6 mois. Ce repère temporel arbitraire peut impliquer l'évolution d'une douleur «rebelle» vers un syndrome douloureux chronique. Tout doit donc être mis en œuvre pour faire en sorte *« de prévenir l'évolution vers la chronicité en agissant le plus précocement avec les stratégies habituellement utilisées au stade chronique : approche globale, stratégie plurimodale »* (BOCCARD & DEYMIER, 2007).

Selon F. BOURREAU, la douleur persistante est entretenue par de multiples facteurs. Ces facteurs se représentent par le passage de moments de douleurs, qui sollicitent des tensions musculaires, qui par la suite entretiennent une attention focalisée, une anxiété, une démoralisation et un stress et des d'appréhensions qui vont resolliciter des douleurs.

---

[38]BOCCARD, E., & DEYMIER, V. (2007). *Pratique du traitement de la douleur.* Paris: A Editorial Paris.

	Aiguë Symptôme	Chronique Syndrome
Finalité biologique	utile, protectrice	inutile, destructrice
Mécanisme générateur	unifactoriel	plurifactoriel
Réactions somato-végétatives	réactionnelles	habituation ou entretien
Composante affective	anxiété	dépression
Comportement	réactionnel	appris
Modèle	médical classique	pluridimensionnel somato-psycho-social
Objectif thérapeutique	curatif	réadaptatif

Tableau 2. Comparaison des douleurs aigüe et chronique[39]

Toutefois, les douleurs chroniques ne constituent pas un groupe homogène et il faut considérer au moins deux grandes catégories distinctes :

- les douleurs liées à une pathologie évolutive maligne comme le cancer ;
- les douleurs chroniques non malignes, parfois surnommées “bénignes”, liées à une pathologie séquellaire, peu, ou pas évolutive comme des lésions post-traumatique, des lombalgies, des lésions nerveuse, etc.

La douleur liée à la progression de la tumeur cancéreuse se rapproche plus d’une douleur aiguë persistante. Cette notion est confirmée par la place de la morphine comme pièce maîtresse de la prise en soin tant de la douleur cancéreuse que post-opératoire du fait de l’origine nociceptive commune à ces douleurs. Les douleurs chroniques cancéreuses et non-cancéreuses ont en commun d’être des symptômes inutiles et agressifs pour l’individu qui doivent être pris en charge pour elles-mêmes. Dans les deux cas, il est recommandé de procéder à une évaluation globale, à la fois somatique et psychologique. Les objectifs et l’esprit de la prise en charge seront également différents : acceptation des limitations dans un cas, dépassement du handicap avec projet de réhabilitation dans l’autre cas.

[39]BOCCARD, E., & DEYMIER, V. (2007). *Pratique du traitement de la douleur.* Paris: A Editorial Paris.

La situation du patient en soins palliatifs n'écarte pas la distinction entre ces deux entités : « douleur aigüe, symptôme, ou douleur chronique, maladie » (JACQUEMIN & De BROUCKER, 2009). Son intérêt dans la démarche palliative réside dans l'instauration d'un projet thérapeutique cohérent. En général, il s'agit de plusieurs douleurs qui avec le temps et l'évolution de la maladie, augmentent avec des pics douloureux spontanés ou provoqués par des mobilisations, des examens ou des traitements. Il faut considérer ses douleurs comme une urgence qu'il convient de soulager le plus rapidement possible car une douleur non soulagée peut accélérer la mort et une douleur qui s'est installée depuis longtemps est plus difficile à traiter.

2.1.3 La douleur une préoccupation au premier plan

Désormais critère de qualité et d'évolution d'un système de santé, l'évaluation et la prise en soin de la douleur constituent un véritable enjeu de santé publique. La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne. La lutte contre la douleur est également une priorité de santé publique inscrite dans la loi de santé publique de 2004.

2.1.3.1 La lutte contre la douleur

La lutte contre la douleur devient une priorité de santé publique. Les établissements sont invités à développer une véritable culture douleur. L'objectif fixé est d'organiser une prise en soin pluridisciplinaire du patient douloureux et l'ensemble des mesures vise à l'améliorer de façon quantitative et qualitative.

A ce titre, différent plans ont été mis en place depuis :

- Plan d'action triennal de Lutte contre la Douleur 1998-2000
- Programme de Lutte contre la Douleur 2002-2005
- Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010
- Le projet d'action douleur 2013-2017

Suite à la parution du bilan du troisième plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur (Haut Conseil de la Santé Publique, 2011), un quatrième plan douleur a été très attendu en 2012, en mars dans un premier temps, puis en octobre lors de la journée mondiale de la douleur. Un des points cruciaux soulevé par ce bilan est l'échec dans le domaine de la prise en charge des populations les plus vulnérables, alors qu'elles étaient la priorité du plan 2006/2010. Chez les personnes âgées, l'effort a été très centré sur les

institutions gériatriques en oubliant celles vivant à domicile. En revanche, des progrès ont été faits dans la prise en charge des douleurs des enfants, notamment lors de la réalisation d'actes médicaux invasifs.

2.1.3.2 Evaluation de la douleur

Évaluer la douleur est avant tout observer, écouter le retentissement pour en apprécier la localisation, l'intensité, les conséquences et l'importance dans chacune des composantes physique, affective, cognitive et comportementale (voir Annexe 3, p.82). Cette évaluation repose sur un bilan exhaustif où nous retrouvons des étapes essentielles comme l'interrogatoire du patient et de sa famille ; l'examen clinique et neurologique ; le recueil de données des explorations fonctionnelles ; l'appréciation du comportement et de l'autonomie.

La méthode d'évaluation doit associer une connaissance globale de la personne, l'écoute du patient, un examen clinique médical complet ainsi que le choix des critères d'évaluation adapté au contexte pathologique et socioculturel.

2.1.3.2.1 Les échelles d'auto-évaluation

Les échelles d'auto-évaluation utilisées chez le patient communiquant et coopérant après lui avoir donné les informations rigoureuses concernant le mode d'emploi. Il est expert de sa douleur, il mesure lui-même l'intensité de sa douleur. L'évaluation quantitative cherche à répondre à la question « Combien j'ai mal? ».

Sont utilisées en pratique :

- L'Échelle Visuelle Analogique

L'Échelle Visuelle Analogique (E.V.A.), est la plus utilisée. C'est une réglette de 10 cm, non graduée d'un côté, qui est présenté au patient. Le patient répond en déplaçant le curseur au niveau correspondant à l'intensité de sa douleur. La distance entre la position du trait et l'extrémité « douleur absente » sert d'indice numérique pour le traitement des données. La mesure s'effectue au millimètre près en recherche clinique. Des consignes standardisées et soigneuses sont nécessaires pour réduire le nombre de patients ne pouvant pas répondre et pour prévenir des réponses inappropriées.

- L'Échelle Numérique (E.N.)

Elle permet au patient de coter sa douleur par un chiffre compris entre 0 et 10. 0 correspond à « pas de douleur » et la note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ». Pour le soulagement, on peut demander le soulagement en pourcentage par rapport à une douleur de référence. Pour la pratique quotidienne, l'échelle numérique (EN) (voir Annexe 4, p. 83) a l'avantage de ne pas nécessiter de support particulier, ce qui facilite la généralisation de l'évaluation systématique de la douleur. Elle est souvent intégrée à l'interrogatoire et aide à préciser les niveaux de douleur dans diverses activités de la vie courante et durant l'examen clinique lors des manœuvres pouvant provoquer de la douleur.

- L'Échelle Verbale Simple (E.V.S.)

Elle comporte une série variable de qualificatifs hiérarchisés parmi lesquels le patient choisit celui qui lui paraît le plus adapté à l'intensité de sa douleur. L'EVS, dans sa présentation la plus usuelle, est constitué par 4 ou 5 catégories ordonnées de descripteurs. Par exemple: nulle, légère, modérée, intense, extrême. À chaque catégorie, un score correspondant peut être affecté. Il convient d'utiliser toujours la même échelle pour un même patient.

L'évaluation qualitative cherche à répondre à la question « Comment j'ai mal ? ». Sont utilisées des échelles multidimensionnelles qui mesurent les composantes sensori-discriminatives et affectives de la douleur.

2.1.3.2.2 Les échelles d'hétéro-évaluation

Les échelles d'hétéro-évaluation utilisées essentiellement chez le patient non communiquant évaluent indirectement l'existence et l'intensité douloureuse d'un patient ayant des troubles de la communication verbale ou présentant des troubles sévères des fonctions supérieures. Elles reposent sur l'observation, par les soignants, des modifications de l'attitude, du comportement et des manifestations corporelles susceptibles d'être présentées par le patient douloureux.

L'Echelle d'Observation Comportementale (EOC) de François BOUREAU (voir Annexe 5 p. 84) représente une version simplifiée des échelles d'évaluation de la douleur chez les patients adultes non communicants (sans limite d'âge).

2.1.3.3 Comment lutter contre la douleur ?

La prise de décision dépend de différents paramètres (BURUCOA, AUTRET, & GAUTHIER-PAVLOFF, 2006) : l'évaluation globale et multidimensionnelle de la douleur, et des autres symptômes source d'inconfort ; l'utilisation des traitements médicamenteux antalgiques et coantalgiques ; l'utilisation des techniques non médicamenteuses ; le traitement étiologique chaque fois que cela est possible en évaluant les bénéfices et les inconvénients. Elles sont adaptées et personnalisées en fonction du désir et des ressources du patient.

2.1.3.3.1 Traitements médicamenteux

Deux grandes classes de médicaments sont utilisées : les antalgiques opiacés et les autres. Le traitement médicamenteux de la douleur associera des analgésiques, des adjuvants ayant pour effet antalgique propre à des médicaments qui traiteront les manifestations psychomotrices associées à la douleur. Leur prescription et leur prise doivent être suivies attentivement, la plupart pouvant entrainer des effets secondaires.

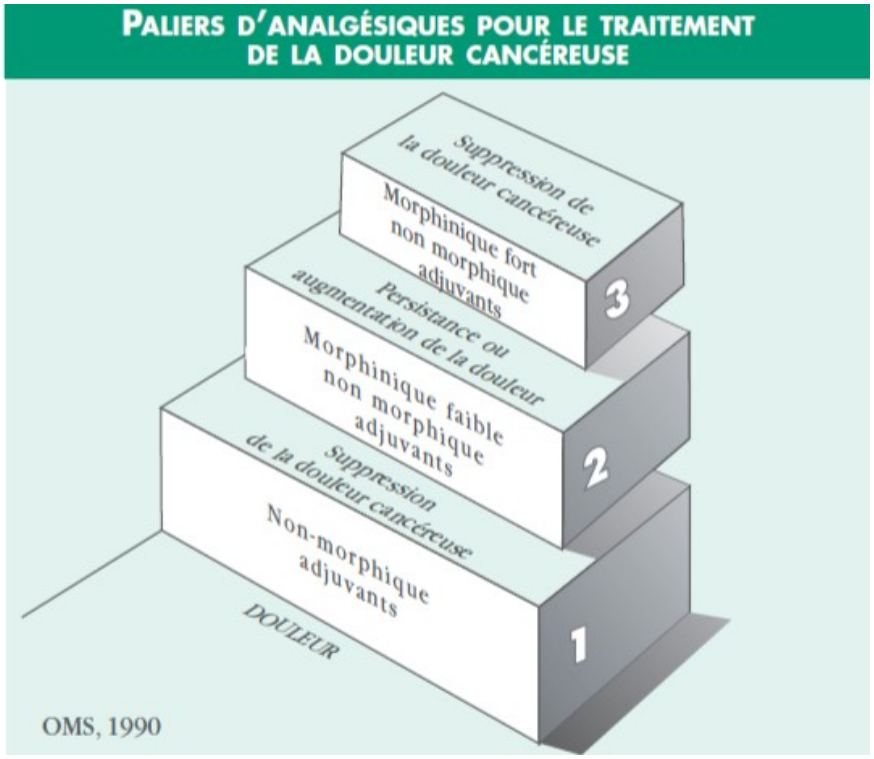


Figure 2. Paliers d'analgésiques pour le traitement de la douleur[40]

- Les analgésiques

[40]BURUCOA, B., AUTRET, P., & GAUTHIER-PAVLOFF, V. (2006). *Soins Palliatifs en équipe : le rôle infirmier.*(I. U. douleur, Éd.) A Editorial Paris.

L'utilisation des antalgiques est hiérarchisée et fonction de l'intensité de la douleur en suivant le principe des trois paliers analgésiques de l'OMS :

- Le palier 1 : Il concerne les douleurs légères nécessitant l'utilisation d'antalgiques périphériques, composés essentiellement de l'aspirine et du paracétamol.
- Le palier 2 : Il concerne les douleurs légères à modérées nécessitant l'utilisation d'opiacés mineurs, tels que la codéine ou la dextropropoxyphène
- Le palier 3 : Il concerne les douleurs modérées à sévères nécessitant l'utilisation de morphiniques forts composés essentiellement de la morphine. La prescription de ces antalgiques est réglementée en France avec une durée de prescription sur des ordonnances sécurisées depuis le 1er octobre 1999.
-

❖ Les adjuvants

Ils s'utilisent en parallèle des analgésiques. Chez les patients souffrant d'un cancer, ils servent généralement pour les douleurs liées à des métastases osseuses ou les douleurs par désafférentations. Ils permettent également de diminuer des douleurs dues au volume des œdèmes et des tumeurs (GAUCHER-HAMOUDI & GUIOSE, 2007).

2.1.3.3.2 Traitements non médicamenteux

Les techniques non médicamenteuses s'avèrent nécessaires en soins continus pour préserver une qualité de vie axée sur le confort et le bien-être. Elles ont pour objectifs de: préserver le plus haut niveau d'autonomie possible en maintenant les acquis ; développer le confort et le bien être avec le toucher, le massage dans un but de soulagement, de décontraction, d'étirement musculaire et de mobilisation ; aider la personne malade à retrouver son schéma corporel et l'image de soi ; agir sur les phénomènes inflammatoires et l'œdème par le drainage lymphatique ; lutter contre les ankyloses par la mobilisation.

Parmi ces techniques non médicamenteuses, nous pouvons retrouver l'acupuncture, la relaxation, la sophrologie, ce sont des compléments efficaces à visée d'antalgie, de détente, de bien-être et de ressenti émotionnel. Il y a également la neurostimulation transcutanée, utilisée contre les douleurs neurogènes. Elle permet de stimuler par une décharge électrique, les fibres myéliniques de gros calibre, qui elles-mêmes renforcent les mécanismes inhibiteurs physiologiques de la douleur au niveau de la moelle.

Nous pouvons citer l'utilisation de l'aromathérapie parmi les techniques non médicamenteuses. C'est une branche de la phytothérapie qui utilise les huiles essentielles et les essences aromatiques des plantes. En application locale, en massage ou en diffusion dans l'atmosphère, les huiles essentielles sont proposées pour soulager de nombreux petits maux et contrer les effets préjudiciables du stress que nous pouvons retrouver dans les problématiques de douleurs et notamment en soins palliatifs (CHARRAZAC-RAYNAUD, 2015).

2.2 Impact psychologique de la douleur en soins palliatifs

En fin de vie, l'angoisse et la douleur s'intriquent souvent. Le patient peut souffrir d'une douleur physique, d'une altération de son image du corporelle, des conséquences psychologiques et morales de la maladie, de sa vulnérabilité, de sa fatigue, de la remise en question du sens de sa vie, de la peur de l'aggravation ou de la peur de la mort, de celle de faire souffrir ses proches… (INPES, 2009)

2.2.1 La douleur : une détresse psychologique

Nous pouvons affirmer que la douleur a un impact psychologique. Quelle que soit la cause de celle-ci, au fil des mois ou des années, elle va poser des problèmes et provoquer diverses réactions psychologiques comme l'anxiété, l'insomnie, la fatigue, la tension nerveuse, le repli sur soi, la démoralisation, la dépression. Ce sont des réactions normales néanmoins elles contribuent à l'entretien du vécu douloureux donc elles nécessitent d'être comprises. Ce serait une erreur dans la stratégie thérapeutique de franchir tous les paliers des antalgiques alors que la plainte douloureuse exprime principalement une détresse psychologique.

Il convient de chercher à comprendre les besoins du patient, son besoin de communiquer, de répondre à la demande en témoignant d'une attitude de compréhension, d'empathie. En situation de soins palliatifs et notamment en phase terminale, les malades ressentent souvent au fond d'eux-mêmes que la situation est grave. Il faut éviter que l'attitude des soignants contraste avec le vécu quotidien de la maladie d'où l'importance de la capacité à pouvoir s'adapter.

2.2.1.1 L'anxiété

La douleur provoque toujours, dans un premier temps, de l'anxiété. C'est une anxiété relative à son sens, à sa durée, à sa recrudescence éventuelle, à la possibilité d'être soulagée, à la crainte d'être abordé. La douleur peut exercer une véritable effraction du psychisme et être vécue comme un véritable traumatisme (GIROMINI, ALBARET, & SCIALOM, 2015).

De plus, l'anxiété peut majorer le vécu psychique de l'expérience douloureuse. Selon le docteur FOURNIER-CHARRIERE, cité par LOUVEL et OMRANA, *«la douleur prend son origine dans la réalité du corps et s'adapte en fonction de l'esprit et des émotions de l'individu. Elle perturbe un équilibre, provoque une crise, un stress, un traumatisme et forme souvent un cercle avec l'anxiété, surtout en ce qui concerne la douleur aiguë »*[41]. Cependant, ce n'est pas toujours le cas car des recherches (GAUCHER-HAMOUDI & GUIOSE, 2007) montrent qu'un stress pourrait provoquer une analgésie.

2.2.1.2 La dépression

Les douleurs s'accompagnent fréquemment de signes de démoralisation ou de dépression. La dépression peut majorer le vécu de la douleur au niveau des plaintes somatiques variées qui font partie de sa description. Le patient peut dire qu'il se retrouve sans énergie, ressentir une perte d'intérêt pour la vie, une tristesse et manquer d'estime de soi (LAROCHE & BOUREAU, 2006). En effet, selon GAUCHER-HAMOUDI et GUIOSE, comme « *chez l'enfant jeune, la baisse du tonus qui est un des meilleurs indicateurs de douleur, a sans doute des rapports encore obscurs avec le ralentissement dépressif chez l'adulte* » (GAUCHER-HAMOUDI & GUIOSE, 2007). Cette dépression peut être méconnue de la personne atteinte, ou même déniée. Dans le cas de la douleur chronique, il est certain que celle-ci provoque aussi une dépression après quelques mois d'évolution.

En situation de soins palliatifs, de nombreux facteurs concourent à donner un sentiment de dépression au malade. Cela peut se manifester par la perte d'espoir, la perte de sa position sociale, la perte de son identité, la perte de son prestige, de sa dignité. Le malade se retrouve seul et isolé, notamment à l'hôpital. Au-delà de ça, viennent s'ajouter la dépendance et l'altération physique, l'impuissance à agir, l'asthénie, l'insomnie, la perte d'autonomie, voire l'invalidité, qui imposent de recourir à des aides multiples. Nous pouvons

[41]GIROMINI, F., ALBARET, J.-M., & SCIALOM, P., LOUVEL, J.-P., OMRANA, M., (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité: Tome 3 - Clinique et thérapeutiques.* Paris: De Boeck Solal

affirmer qu'il existe *« une corrélation entre de longues périodes de phase douloureuse de la maladie physique et l'apparition de symptôme dépressifs »* (JACQUEMIN & De BROUCKER, 2009). Nous sommes face à un épuisement psychologique.

2.2.1.3 Douleur et souffrance

Le sens commun fait une différence entre douleur et souffrance. Pour Paul RICŒUR, dans une intervention lors du colloque organisé par l'Association française de psychiatrie à Brest en 19921 *« On s'accordera donc pour réserver le terme douleur à des affects ressentis comme localisés dans des organes particuliers du corps ou dans le corps tout entier, et le terme souffrance à des affects ouverts sur la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens, au questionnement »* (RICOEUR, 1992).

Nous pouvons même affirmer que *« la souffrance est inhérente à la nature humaine »*[42]. Selon Tanguy CHATEL, sociologue et bénévole à l'association Pallia Plus : *« La plus grande peur de l'être humain aujourd'hui est de souffrir alors qu'avant c'était de mal mourir »* (CHATEL, 2015).

Pour pouvoir voir la souffrance il faut calmer la douleur tonitruante. C'est devenu une priorité d'évaluer la douleur et la souffrance. Une fois qu'on a calmé la douleur il y a une souffrance qui en découle. « La douleur est toujours souffrance » (LE BRETON, 2009). La douleur est un ressenti pénible mais elle peut se situer encore dans les limites de tolérance chez l'individu. La souffrance représente une effraction, l'invasion en soi d'un sentiment de perte. Elle varie selon la signification de la douleur et la part de contrôle que l'individu est susceptible d'exercer sur elle. Le sentiment tragique de la douleur, l'embrasement de la souffrance, peut venir du fait de n'avoir aucune prise sur elle.

2.2.2 La douleur dans toute sa subjectivité

2.2.2.1 L'anthropologie de la douleur

La douleur est dite hétérogène, plurielle et présente une singularité personnelle. La douleur peut être considérée comme marquée par l'appartenance sociale et culturelle de l'individu et ce qu'il en fait. Ce qui est important ce n'est pas le corps qui souffre mais

[42] LE BRETON, D. (2009). L'information psychiatrique. *Entre douleur et souffrance: approche anthropologique* , pp. 323-328.

l'individu. Selon David Le BRETON, *« toute douleur transforme en profondeur pour le meilleur ou pour le pire l'homme qui en est frappé. Mais seules les circonstances qui l'enveloppent lui donnent sens en provoquant une somme plus ou moins grande de souffrance »* (LE BRETON, 2016).

Dans le contexte de la maladie, de l'accident ou d'une douleur rebelle, l'expérience est souvent comparée à celle d'une mutilation. L'individu peut se sentir changé, mais surtout diminué, il n'est plus le même et sa peine est intense. C'est à partir de cela que la question du sens introduit « une modulation due à la qualité de l'entourage, aux appartenances sociales, culturelles, aux singularités personnelles, à l'image de techniques du corps »[43] qui va permettre d'exercer un contrôle du ressenti. Dans le cas d'une douleur choisie et contrôlée, elle a pour objectif la révélation de soi par la pratique d'une discipline personnelle comme le sport, le body art, la réalisation d'un tatouage, etc. Elle ne contient qu'une parcelle dérisoire de souffrance, même si elle fait mal. C'est en ce sens, que nous pouvons affirmer que nous ne sommes jamais dépossédés face à la douleur et la souffrance. La douleur mêle le corps, la somatisation et le sens, la sémantisation. Elle dit quelque chose de la blessure qui est la nôtre.

2.2.2.2 Douleur et subjectivité

La douleur s'éprouve, elle est radicalement subjective. Expérience humaine globale et universelle, la douleur est également la plus singulière, la plus intime de toutes nos expériences. Nous ne savons pas quelle est la douleur de l'autre. Sa représentation mentale est difficile et s'imprègne de toute la souffrance du sujet. Dès lors *« la douleur devient le vecteur d'expression de son état émotionnel du moment et de celui passé tel qu'il lui est resté en mémoire »* (GAUCHER-HAMOUDI & GUIOSE, 2007). La souffrance est la résonance intime d'une douleur, sa mesure subjective. Elle est ce que l'homme fait de sa douleur, elle englobe ses attitudes, c'est-à-dire sa résignation ou sa résistance à être emporté dans un flux douloureux, ses ressources physiques ou morales pour tenir devant l'épreuve.

La prise en soin proposée en soins palliatifs auprès de patients douloureux vise surtout l'adaptation psychologique du malade aux différentes étapes de son handicap et de sa maladie. C. SAUNDERS a parlé de « douleur totale » pour souligner l'importance d'une

[43]LE BRETON, D. (2016, Janvier 28). Anthropologie de la douleur. *Colloque douleur : « Soulager autrement,approches non médicamenteuses »*. Pessac: Centre de formation permanente des personnels de santé du CHU de BORDEAUX.

approche à la fois physique, psychologique, sociale, familiale et spirituelle du malade relevant de soins palliatifs. Des facteurs physiques mais aussi des facteurs psychologiques peuvent majorer la perception de la douleur (BOCCARD & DEYMIER, 2007).

Selon H. DOUCET, éthicien québécois, *« Soulager la douleur et les autres symptômes dont souffre le malade exige une attention profonde à la réalité de toute la personne. Grâce à une compétence attentive, le soignant permet au malade de demeurer une personne jusqu'au bout de sa vie. »*

2.3 La place du psychomotricien dans la prise en soins de la douleur dans l'accompagnement et les soins palliatifs

Dans cette partie, il nous paraît intéressant d'aborder les notions de douleurs et de psychomotricité ainsi que le concept d'une approche psychomotrice des soins antalgiques.

2.3.1 Approche psychomotrice du patient douloureux

C'est à travers cette idée de complexité de la douleur d'un point de vue physiologique ainsi que psychoaffectif qu'il nous apparaît un retentissement globale de la douleur sur le patient tant sur son vécu que sur son identité psychomotrice. C'est là, que nous pouvons constater que le psychomotricien à un rôle pertinent dans la prise en soin de la douleur.

2.3.1.1 La douleur en tant qu'expérience corporelle

La notion d'expérience nous amènent d'emblée dans le domaine de la perception et de l'émotionnel. Néanmoins, en amont, nous pouvons distinguer la sensation, un des processus fondateurs de l'approche psychomotrice, le cheminement de la sensation corporelle vers l'expérience corporelle. En ce qui concerne la douleur, la première fonction de celle-ci, comme vu précédemment est de mettre l'organisme en état d'alerte, *« focaliser la vigilance sur l'évènement douloureux, déclencher les réactions motrices les plus brèves et les plus adaptées possibles pour mettre à distance le déplaisir »* (GOUMAS, LE ROUX, & PHAM QUANG, 2001). Ceci répond à un principe d'homéostasie et concerne la sensation.

Par la suite, il y aura une intégration de cette sensation dans de nombreux domaines. Les gestes et les déplacements de l'individu soumis précédemment à cette sensation de déplaisir, seront plus prudents, plus mesurés. Nous pouvons constater que l'individu ajustera ses conduites motrices en fonction de son vécu. Ceci lui permettant ensuite

d'élaborer diverses notions comme la crainte, le danger ou encore les limites. Nous pouvons affirmer à cet instant que « la sensation a pris sens, elle a une histoire »[44]. Nous sommes ici confrontés à l'expérience, elle s'est intégrée à un tout et elle a été redue utile, pertinente. La douleur, au même titre que l'ensemble des autres sensations corporelles, prend place et s'organise dans un tout cohérent et signifiant.

2.3.1.2 Douleurs et émotions

La douleur peut se distinguer par son mécanisme physiopathologique, quantifiable et localisable mais également par son aspect émotionnel, la souffrance. L'imagerie cérébrale a permis de montrer que les centres cérébraux responsables de la perception de la douleur sont étroitement liés aux centres des émotions[45].

Selon le dictionnaire de la psychiatrie, l'émotion est définit comme un *« mouvement affectif soudain et intense, entrainant un débordement temporaire du contrôle réflexif sous l'effet d'une stimulation du milieu »*. Elle comporte une expérience subjective, une expression communicative d'excitation ou d'inhibition ainsi que des modifications neurovégétatives et endocriniennes. Son seuil varie en fonction de la personnalité, de ses expériences, de l'état physiologique du sujet et de la nature de l'agent en cause. Le système limbique, notamment le complexe amygdalien, est considéré comme exerçant un rôle fondamental dans ces processus.

[44]GOUMAS, J., LE ROUX, F., & PHAM QUANG, L. (2001). Apports des thérapeutiques psychomotrices dans la prise en charge du sujet âgé douloureux. *Revue internationale francophone de soins palliatifs* , pp. 15-26.
[45] INSERM, POHL, M., "Douleurs" Inserm UMRS 975, Cricm, Université Pierre et Marie Curie - Juillet 2011.http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/douleur

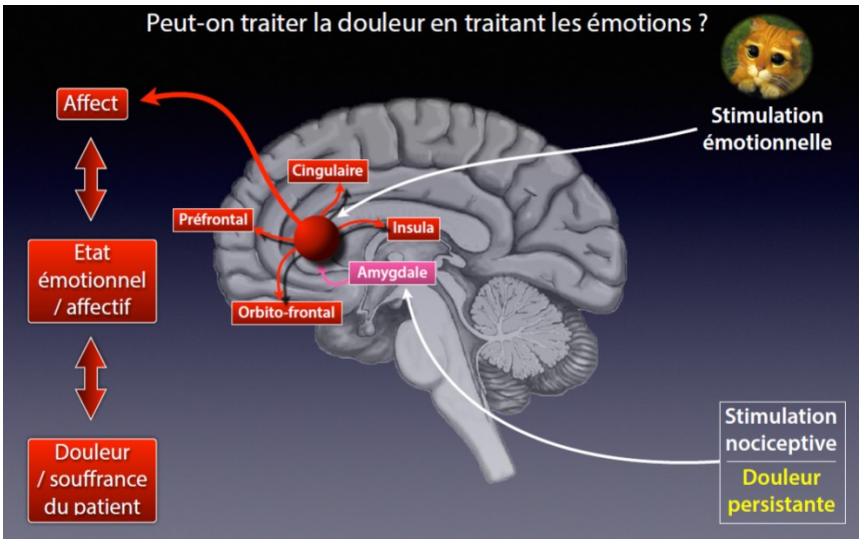


Figure 3. Douleurs et Emotions : peut-on traiter la douleur en traitant les émotions ?[46]

Selon Paul RICOEUR, cité par LOUVEL et OMRANA, « *la douleur est émotionnelle. En effet, le stimulus nociceptif active les structures limbiques, notamment le complexe amygdalien responsable des comportements émotionnels et affectifs* » (GIROMINI, ALBARET, & SCIALOM, 2015). Si la douleur est bien une sensation réelle, elle est également une émotion qui, comme toutes les émotions, reste éminemment personnelle et liée aux circonstances de sa survenue.

L'affectivité est toujours présente dans le ressenti de la douleur, elle en mesure l'intensité et la tonalité. Toute douleur mobilise une signification et une émotion (LE BRETON, 2009). Nous pouvons affirmer que la douleur se reflète par une composante sensorielle et une composante affective.

2.3.1.3 Tonus et émotions

Le tonus est l'état de contraction permanent des muscles, il est sous l'influence d'informations provenant de l'ensemble du système nerveux, internes et externes au corps. Il peut varier de façon involontaire ou volontaire en fonction des états physiologiques, émotionnels et psychiques, en lien aux contextes et évènements. Nous pouvons distinguer trois types de tonus : le tonus de fond, le tonus postural, le tonus d'action et d'expression. Le tonus musculaire est modelé par le dialogue tonico-émotionnel. C'est une modalité

[46] ROCA LAPIRAT, O., (2016, Janvier 28). Douleurs et émotion. *Colloque douleur : « Soulager autrement,approches non médicamenteuses »*. Pessac: Centre de formation permanente des personnels de santé du CHU de BORDEAUX

relationnelle à la base de la communication. Tout au long de la vie, plus ou moins consciemment, toute rencontre avec quelqu'un va impliquer le dialogue tonique.

En psychomotricité, le tonus est considéré comme « *l'étoffe des émotions* » (BOSCAINI & SAINT-CAST, 2012). Son intégration alimente la mémoire corporelle, base de l'identité psychocorporelle. L'état émotionnel du sujet se manifeste sur son corps et son image corporelle, à travers sa tonicité, sa posture. Selon AJURIAGUERRA, « *les modifications toniques accompagnent chaque affect, mais aussi chaque fait de conscience. Chaque affect produit une certaine variation tonique dans l'ensemble de la musculature* ». La douleur modifie le tonus musculaire, qui tend vers l'hypertonie. Ces hypertonies modifient la gestualité et les postures. Le corps devient désorganisé dans sa dimension instrumentale et fonctionnelle. « *La personne douloureuse est confrontée dans sa réalité physique à la limite et doit tenter d'adapter, toujours son corps à la douleur tant au repos que dans l'action* » (GOUMAS, LE ROUX, & PHAM QUANG, 2001). Il est important de rappeler que les grimaces et autres crispations visibles sur le visage sont avant tout des variations toniques. La répartition tonique se distribue différemment, se « dysharmonise ».

La douleur influence donc le tonus du patient, mais également son schéma corporel, la qualité de sa communication non verbale et donc sa relation à l'environnement.

2.3.2 Répercussions psychomotrices de la douleur

Nous allons maintenant nous intéresser à la notion d'identité psychomotrice. Elle est le produit de la maturation fonctionnelle comprenant la conscience du corps, la situation dans l'espace et le temps. Elle « *condense l'histoire de chacun, de ses expériences, de ses ressentis, de ses désirs* » (BOSCAINI & SAINT-CAST, 2012).

L'identité psychomotrice se construit sur la base du tempérament, au cours des multiples expériences relationnelles intersubjectives, dans un processus de reconnaissance de soi et de l'autre. Elle est ce sentiment d'accord intime, psychocorporel, de constance, d'unité, de reconnaissance de soi-même, en dépit des changements internes et externes. Elle est le produit de l'association active de l'ensemble des traits psychocorporels personnels caractéristiques. Elle se construit sur la base de la conscience de la persistance du moi corporel. Elle est la base des conduites adaptatives.

La douleur entraine d'importantes répercussions sur l'identité psychomotrice du sujet. Le tonus, le schéma-corporel, l'image du corps, l'espace, la relation à soi et à autrui, le narcissisme peuvent être entravés. Les répercussions sont multiples car la douleur est globale comprenant quatre dimensions essentielles à l'identité du sujet : dimension physique, psychologique, sociale et spirituelle.

2.3.2.1 Dévalorisation de l'image du corps et Restauration narcissique

L'image du corps désigne l'ensemble des représentations mentales que nous avons de notre corps comme objet physique chargé d'affects. Elle est inconsciente, propre à chaque individu et liée à son histoire. Cette image est chargée de notre identité et de nos indentifications. Elle nous donne le sentiment d'exister, d'être unique et différent de l'autre. Elle est le support du narcissisme. Les bouleversements dû à la maladie sont perçues comme dégradants et, renvoient au sujet une image dévalorisante de lui-même. Selon Eliane FERRAGUT, cité par Typhaine GUENAULT, « *La blessure narcissique peut être telle que le sujet ne peut plus ressentir le sentiment d'existence ou le sentiment d'identité. Il ne peut plus se reconnaître comme étant aimé, ou d'être aimé et reconnu dans ce nouveau corps* » (GUENAULT, 2002).

Le psychomotricien va chercher à travailler les notions d'estime de soi, de narcissisme et d'image du corps. Il va tenter d'apporter un nouveau vécu corporel au patient douloureux. Nous pouvons alors parler de « corps-plaisir » permettant, un maintien du narcissisme voire une restauration narcissique. « *Il ne s'agit pas de rendre le corps performant, de vouloir remettre la mécanique corporelle en route mais, par le biais de l'expérience corporelle contribuer à l'épanouissement de la personnalité du malade et restaurer, voire confirmer son identité. En cela, le psychomotricien tente de réduire la douleur morale, composante de la souffrance globale et intimement liée à la douleur physique* » (LE ROUX F., 1996).

2.3.2.2 Déstructuration du schéma corporel et Réinvestissement corporel

Le schéma corporel est la *« représentation mentale du corps propre en statique et en mouvement* » (BOSCAINI & SAINT-CAST, 2012). Il se base sur l'intégration de multiples sensations, dont les sensations douloureuses, au niveau cortical. Nous pouvons ainsi affirmer que la douleur intervient sur le schéma corporel de tout individu. De plus, il est important de rappeler que sous l'effet de la maladie et des traitements, le corps va petit à

petit se transformer et changer d'apparence. « *L'amaigrissement, la fonte musculaire, [...] mais aussi la douleur sont autant d'éléments qui font que le sujet n'a plus la même perception de son corps* » (GUENAULT, 2002). Ces modifications, parfois assez rapides, ne permettent pas au patient de mettre en place une élaboration psychique suffisante à l'acceptation de ce nouveau corps. Certaines attitudes, en partie inconsciente, comme un désinvestissement ou un surinvestissement du corps, sont autant de solutions défensives, pour faire face à cette nouvelle perception de soi.

Le corps change sous l'effet de la douleur et il peut être difficile de se le réapproprier afin de rétablir la relation qui existait entre son corps et celui de l'autre. Ce repli n'est pas seulement corporel, il est aussi psychique. La douleur habite le corps et l'esprit, altérant les capacités cognitives et enfermant le sujet dans sa douleur. Dans le cadre de la maladie grave et évolutive, la souffrance psychologique n'est pas liée uniquement aux sensations physiques douloureuses, elle peut être majorée par le repli du patient.

Le réinvestissement du corps va permettre un enrichissement de l'évolution du schéma corporel. Par ce processus, jusqu'à la mort, on accompagne la vie. Du corps, objet qui se réduirait à des manipulations, les soignants dont le psychomotricien redonnent un sens d'humanisation des soins qu'il s'agisse de soins d'hygiène corporelle ou de soins techniques.

2.3.2.3 Elaboration de la souffrance et des angoisses

Nous pouvons également constater que ces différentes répercussions psychomotrices peuvent entraîner d'importantes angoisses. Il peut s'agir d'angoisse de morcellement liée au surinvestissement de la zone douloureuse au mépris du reste du corps, pouvant entraîner un vécu de dépersonnalisation. De plus, concernant les patients relevant de soins palliatifs, le pronostic vital est souvent engagé, l'angoisse de mort est donc omniprésente. Effectivement, l'angoisse peut être une conséquence de la douleur et de la maladie grave mais elle peut aussi venir majorer les douleurs déjà présentes. L'angoisse sera alors à l'origine d'intenses algies.

2.3.3 Approche psychomotrice des soins antalgiques en soins palliatifs

« La maladie grave, la douleur qui dure, de brusques changements corporels mais aussi la proximité de la mort induisent une fragilisation globale d'un point de vue psychomoteur, modifient notre image corporelle, nos modes de communication, nos

perceptions sensorielles, nos capacités motrices… » (MARCOS, 2001). C'est en gardant ces répercussions psychomotrices comme base que le psychomotricien va proposer une prise en soin psychomotrice de la douleur.

Le psychomotricien base cette prise en soin en abordant les patients dans leur unité psychocorporelle en faisant constamment le lien entre le moteur, le cognitif et l'affectif. De ce fait, il joue un rôle important dans la prise en soin du patient algique, de l'évaluation de sa douleur à la mise en place d'un projet thérapeutique global et unifiant.

2.3.3.1 Tenter de comprendre, être avec, évaluer

Pour aborder cette approche psychomotrice des soins antalgiques nous nous appuyons sur les trois règles de base du projet de soin antalgique énoncées par GAUCHER-HAMOUDI et GUIOSE : *« tenter de comprendre, être avec et évaluer »* (GAUCHER-HAMOUDI & GUIOSE, 2007).

2.3.3.1.1 Tenter de comprendre

Tout d'abord, nous allons essayer de comprendre la douleur du patient. Cette réflexion est très importante pour diverses raisons. Elle demande de prendre le temps malgré le fait que l'appel douloureux du patient peut parfois être accompagné d'angoisse et d'anxiété. Il faut faire attention à ne pas se précipiter au risque de ne plus être aidant. Ce premier temps permet aussi d'établir ou de rétablir une relation d'aide car « *ce n'est pas votre douleur en tant que telle qui m'intéresse, mais la façon dont elle vous habite, vous sujet doté de sensibilité et d'émotion* »[47]. De plus, le repérage du type de douleur, entre douleur nociceptive et neuropathique est essentiel pour que le psychomotricien choisisse le geste d'apaisement le plus approprié qu'il propose au patient.

2.3.3.1.2 Être avec

Le psychomotricien peut se conduire de différentes façons pour apaiser le patient y compris la douleur. L'attitude du psychomotricien est caractérisée par sa disponibilité psychocorporelle. C'est une attitude particulière *« avec un seuil tonique bas et régulé, des modalités langagières verbales et corporelles intentionnellement ajustées pour correspondre au patient, le mettre en confiance, le comprendre et le soutenir »* (BOSCAINI & SAINT-CAST,

[47]GAUCHER-HAMOUDI, O., & GUIOSE, M. (2007). *Soins palliatifs & psychomotricité.* Heures de France.

2012). Quels que soit l'âge, la pathologie, le contexte ou la demande du patient, l'un des objectifs thérapeutiques va être « *de lui permettre de développer ou découvrir ses capacités de ressenti et d'expression du corps, de laisser s'épanouir sa corporéité dans les différentes directions d'éprouvés, d'expression comme de cognition* »[48]. Le psychomotricien à travers des techniques psychomotrices telles que le toucher massage va intervenir dans le but d'un allègement et d'une diminution des souffrances. Ces méthodes douces offrent une technique corporelle et un accompagnement relationnel thérapeutique et sont reconnues comme étant très efficaces et complémentaires des médicaments (POTEL, Etre psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir, 2013).

2.3.3.1.3 Evaluer

Nous pouvons par la suite être amenés à nous interroger sur la pertinence de notre intervention. En effet, être auprès d'un patient douloureux c'est prendre le temps de favoriser son soulagement, le constater avec lui et mettre des mots sur l'amélioration de son vécu. C'est dans cette démarche que la verbalisation des sensations et des affects est très importante, cela peut aider le patient à distancier son vécu douloureux. Parler de la douleur « *permet de l'humaniser, de lui donner un sens là où parfois il est difficile de lui en trouver un* » (GAUCHER-HAMOUDI & GUIOSE, 2007). Nous pouvons évaluer l'effet du geste du psychomotricien et du soignant dès la verbalisation avec le patient.

En se référant à Anne-Elisabeth ALBA, nous pouvons affirmer que « *l'approche psychomotrice nous parait être tout fait complémentaire du traitement antalgique* » (ALBA, 1993). Il ne suffit pas de faire disparaître la douleur, il faut aussi aider le patient à se réconcilier avec son corps et ainsi redécouvrir le plaisir de bouger et de jouer.

2.3.3.2 Place de la relation et des limites en psychomotricité

La douleur est omniprésente en fin de vie, le patient peut être dans une attitude de repli, centré sur lui-même. L'entrée en relation est difficile tant sur le plan verbal que corporel. Le corps n'est que douleur et nous pouvons constater également que l'identité psychomotrice de la personne est ébranlée. La qualité des soins à une personne malade dépend de la qualité de la relation au cours des soins corporels.

[48]BOSCAINI, F., & SAINT-CAST, A. (2012, Janvier). Glossaire. *Evolutions Psychomotrices, 24* (95).

2.3.3.2.1 La place de la relation thérapeutique en psychomotricité

La relation thérapeutique en psychomotricité est caractérisée par une approche corporelle de la personnalité, la mise en jeux de médiations, l'adaptation des canaux de communication, des rythmes de propositions, des dispositifs et du cadre mis en place, la reconnaissance des capacités exprimées et le renforcement du sentiment de sécurité personnelle. Elle est organisée de sorte à ce que dès les premières rencontres et interventions psychomotrices, la prise d'initiatives et l'intégration d'un sentiment de sécurité soient favorisées dans les échanges avec le patient.

Le psychomotricien possède une attitude particulière où avec un seuil tonique bas, régulé et maitrisé en rapport avec des modalités de communication verbale et corporelle volontairement ajustés, il va tenter de s'adapter au patient, de le mettre en confiance, de le comprendre, de le soutenir et de l'accompagner. Nous pouvons qualifier cette attitude de disponibilité corporelle.

La relation est donc la base de notre pratique. Lors d'intervention psychomotrice, nous pouvons constater que le corps du psychomotricien et celui du patient sont tous les deux impliqués. Ils *« sont amenés à développer une capacité d'adaptation l'un à l'autre et surtout une capacité d'écoute des sensations et des perceptions »* (GIROMINI, ALBARET, & SCIALOM, 2015). Le regard et le toucher sont les prémices de la relation et font régresser le patient à des stades non verbaux. Nous pouvons constater que les échanges corporels, médiatisés propres à l'approche psychomotrice, vont favoriser une diversification des expressions du patient. L'expression et le vécu de la personne malade se font en fonction des difficultés vécues et des répercussions lié à la maladie grave et notamment celle de la douleur. Elles peuvent être plus ou moins fortes, volontaires, agressives, conflictuelles voire destructrices ou encore adhésives et séductrices.

Nous sommes dans une bienveillance constante, permettant à nos patients de s'ouvrir à nous et de nous faire confiance à travers un dialogue tonico-émotionnel. Nous pouvons affirmer que le soulagement des douleurs et des inconforts peut s'appuyer également sur le tissage d'une relation particulière entre le psychomotricien et le patient.

2.3.3.2.2 Les limites de la prise en soin psychomotrice

Malgré tout au sein de cette prise en soin psychomotrice nous pouvons être confrontés à certaines limites et questionnements :

- La réalité institutionnelle

Dans l'accompagnement de la gestion des douleurs, le psychomotricien peut être confronté à l'organisation institutionnelle. La prise en soin dispensée par celui-ci nécessite d'envisager un suivi à long terme et non uniquement un suivi ponctuel. Néanmoins la notion de temps présente une dimension particulière dans la démarche palliative car en général les séjours d'hospitalisation sont relativement courts. Paradoxe du rapport au temps entre la pression de la charge de travail et le besoin de se poser pour agir et non pas réagir.

- La crainte d'érotisation du geste

Dans la pratique de la médiation de toucher massage, la notion de réciprocité immédiate ajoute une dimension spécifique de par l'interactivité du toucher qui peut engendrer une notion de peur. *« Quand je touche une personne, je l'a sens, elle me sent aussi et, surtout je sais qu'elle me sent »* (JACQUEMIN & De BROUCKER, 2009). Notre toucher permet de retranscrire notre état émotionnel, de mettre en place des stratégies ainsi que de trouver une distance confortable. Il est donc nécessaire de mettre en mots les éprouvés liés à ce contact afin d'éviter toute crainte d'érotisation et de « sensualisation » du geste qui peut entrainer une ambigüité.

- La pertinence du soin en phase palliative terminale

Nous pouvons nous questionner sur la pertinence d'une intervention psychomotrice auprès de patients en phase palliative terminale et agonique. En effet, nous pouvons être confrontés à une incapacité à communiquer qui peut rendre la demande de soin difficile à évaluer.

Madame B. a été accueilli pour la prise en soin d'un glioblastome temporal gauche compliqué d'une aphasie d'expression importante. Au fil des jours l'état de santé de Madame B. est aggravé par la progression de sa maladie. Elle est actuellement en phase palliative terminale où nous pouvons constater une encéphalopathie métabolique fonctionnelle et une hypovigilance ponctuée d'agitation pouvant être la source d'inconfort et d'anxiété. Nous sommes amenés à rencontrer Madame B. sur indications d'aide au confort corporelle et contribution aux thérapeutiques analgésiques et anxiolytiques. De plus, la fille de Madame B. nous a informés que sa mère était très réceptive et intéressé par les approches corporelles et pense que la proposition d'un soin pourrait lui faire du bien.

A notre arrivée, Madame est alitée à plat dos et réagit à notre présence. Elle ouvre les yeux, regarde autour d'elle et se réinstalle. Lors de ce déplacement nous pouvons constater une crispation du visage qui indique un inconfort. Après avoir tenté d'évaluer sa demande de soin, il nous semble déceler une réponse positive à la proposition d'un soin de toucher massage au niveau des pieds.

Au cours de cette proposition, elle semble très réactive aux stimulations tactiles, cela se manifeste par une agitation motrice où elle tourne dans son lit, plie et déplie les jambes à la recherche d'une position plus confortable. Nous écourtons alors ce soin car Madame B nous donne l'impression dans ce mouvement continu d'être gênée.

Nous retrouvons dans la vignette clinique présentée ci-dessus, la complexité de l'évaluation de la pertinence d'un soin auprès de ce type de patients. Cette évaluation implique la nécessité d'une attention particulière aux manifestations corporelles considérées comme indicateurs de communication non verbale qui peuvent parfois manquer de précision.

3 ILLUSTRATIONS CLINIQUES

Nous allons aborder deux illustrations cliniques venant imager les éléments qui ont été exposés tout le long de notre réflexion.

3.1 Madame Z.

3.1.1 Présentation de Madame Z.

Madame Z. a 54 ans lorsque nous la rencontrons début novembre 2015. C'est une femme coquette, aux traits plutôt amaigris et fatigués qui apparaît douloureuse mais qui montre une forte personnalité malgré son long parcours de soin. Elle est hospitalisée au sein de l'Unité de Soins Palliatifs, en provenance de son domicile pour la prise en soin d'un syndrome douloureux abdominal complexe et résistant dans le cadre du suivi d'un cancer de l'ovaire avec métastases péritonéales et pleurale gauche en rémission partielle.

C'est son deuxième séjour dans une unité de soins palliatifs.

3.1.1.1 Situation familiale

Madame Z. est divorcée d'un premier mariage et vit maritalement depuis 14 ans, elle a deux filles de 32 et 26 ans. Sa mère vit dans le département à côté. Elle a une sœur et deux frères dont un décédé dans un Accident de la Voie Publique en 2006. Son compagnon est infirmier en chirurgie. Elle est née en France, sa famille est d'origine Polonaise. Elle a effectué plusieurs emplois puis a été auxiliaire puéricultrice. Elle se décrit comme quelqu'un qui a toujours eu un goût artistique développé et particulièrement pour la peinture et le modélisme.

3.1.1.2 Situation médicale

3.1.1.2.1 Historique de la maladie

Madame Z. possède une situation médicale longue et complexe. L'historique de la maladie comprend les éléments suivants :

De 2002 à 2008, Madame Z. relève la présence de constipation inhabituelle. En 2006, il est effectué une cœlioscopie[49] qui n'a rien signalé d'alarmant. En 2008, elle fait face à l'annonce d'un diagnostic de cancer de l'ovaire. Une ovariectomie et une hystérectomie sont réalisées ainsi que trois lignes de chimiothérapie.

En 2011, des métastases hépatiques apparaissent donnant lieu à la réalisation d'une laparotomie[50] avec exérèse de nodules hépatiques. En septembre 2011, un curage abdominal est effectuée avec la réalisation de chimiothérapie per-opératoire, d'une colectomie gauche[51] et d'une colostomie[52] compliquée d'une perforation de la plèvre gauche.

En février 2012, Madame Z. présente un rétablissement de la continuité digestive mais également l'apparition d'une occlusion chronique depuis.

En avril 2013, une sigmoïdectomie[53] est effectuée pour des raisons de fibrose colique. Madame présente de nouveau un rétablissement de la continuité digestive, mais elle constate la persistance de ses douleurs coliques.

En Février 2014, une colectomie sub-totale avec une iléostomie[54] est réalisée. Malgré cette intervention, une persistance des douleurs abdominales est retrouvée chez Madame Z. En juillet 2014, une nouvelle intervention de l'iléostomie est pratiquée. Puis en fin 2014, l'apparition d'une dypsnée liée à une pleurésie gauche entraine une hospitalisation. Au cours de cette hospitalisation, une nouvelle ponction est effectuée et révèle la présence de cellules d'adénocarcinome ganglionnaire péritonéal.

---

[49] La cœlioscopie est une technique opératoire qui permet de réaliser des interventions chirurgicales à ventre fermé, c'est-à-dire sans ouvrir le ventre en grand.

[50] La laparotomie est une pratique chirurgicale, elle consiste à ouvrir l'abdomen.

[51] La colectomie gauche est l'intervention qui enlève la moitié gauche du colon, laissant en place le colon droit et le colon transverse en amont et le rectum en aval.

[52] Une colostomie est un acte chirurgical consistant à fixer l'extrémité du tube digestif à la paroi de l'abdomen (ventre), afin d'éliminer les matières fécales, ce qui donne un anus artificiel.

[53] La sigmoïdectomie est une intervention chirurgicale consistant à enlever le côlon sigmoïde, dernière partie du gros intestin en forme de s précédant le rectum.

[54] Une iléostomie est une procédure chirurgicale qui implique généralement de retirer la totalité du gros intestin ou du côlon. Le transit intestinal est dérivé directement de l'iléon vers l'extérieur et les matières fécales sont récupérées dans un appareillage spécifique. Cet appareillage est anciennement appelé "anus artificiel".

En juin 2015, un talcage pleural[55] gauche est procédé, ainsi qu'une ponction qui met en évidence la présence de cellules d'adénocarcinome.

3.1.1.2.2 L'examen clinique

A l'entrée de Madame Z dans le service où elle est donc hospitalisée pour un syndrome douloureux abdominal complexe, il est retrouvé :

- la présence de douleurs intenses avec un fond douloureux entre 4 et 7/10 au repos (EVA) et des crises à 10/10 (EVA) extrêmement pénibles au moins 3 fois par semaine.
- un abdomen douloureux à la palpation sans contracture ni défense, sans ascite (accumulation de liquide dans l'abdomen) avec des zones de matité et de tympanisme
- de nouveaux points douloureux au-dessus de l'aine gauche au-dessus et au-dessous de la stomie[56] en profondeur (fosse iliaque droite).
- un amaigrissement, son poids actuel est de 53 kg.
- des signes d'extension tumorale (foie, pleuro-pulmonaire, osseux, neurologique, ganglionnaire)
- l'iléostomie et les cicatrices

A partir de tous les éléments recueillis, nous pouvons constater un risque symptomatique se caractérisant par des crises algiques. Nous pouvons constater également un trouble nutritionnel.

Cette hospitalisation a pour objectifs la réalisation d'une évaluation globale, l'adaptation des thérapeutiques analgésiques, et l'obtention d'un supportable avant retour à domicile. Un soutien moral pour elle et son entourage sera proposé.

3.1.2 Première rencontre

Cette première rencontre a pour but d'évaluer la mise en place d'un accompagnement en psychomotricité. Les indications formulées par l'équipe soignante,

[55] Le talcage pleural est une insertion de talc entre deux plèvres.

[56] La stomie est une petite ouverture, temporaire ou permanente, créée lors d'une opération chirurgicale pour évacuer les selles lorsqu'elles ne peuvent plus l'être par les voies naturelles.

sont de fortes intrications somato-psychiques de la douleur et l'altération de l'image corporelle et de soi.

3.1.2.1 Evaluation psychomotrice

Le premier contact avec Madame Z se fait au détour de sa sortie au jardin dans l'enceinte de l'hôpital. Ce premier temps lui permet de faire le récit riche et imagé de sa souffrance, du caractère envahissant et sclérosant des douleurs. Elle les décrit comme étant des « arrachements, des coups de couteaux, des déchirements, des verres, des aiguilles, lacérations, des câbles qui tirent, avec une sensation de ventre à vif, d'intestin suspendu, de paroi abdominale grattée, de morsure au niveau de la stomie ». Elle se dit soulagée par la position debout mais les mouvements provoquent des douleurs. . Elle fragmente et rationne toute prise alimentaire solide mais boit énormément, environ 3 litres / jour, afin, selon elle, de faciliter l'évacuation des selles et de gaz, qui lui procure un léger soulagement au niveau de ses douleurs. Pour elle, les douleurs empêchent toute activité de loisirs et elle observe un retentissent sur ses relations amicales et familiales.

Elle a essayé plusieurs approches non médicamenteuses comme la masso-kinésithérapie, l'hypnose, l'acupuncture, l'ostéopathie, la diététique et la consultation d'un rebouteux, sans résultats probant sur le long terme. Elle évoque également « de multiples erreurs médicales » dans son parcours de soin. Elle se dit accrochée à la vie mais extrêmement handicapée.

Sur le plan médicamenteux, elle mentionne avoir essayé plusieurs antalgiques. Elle ne tolère que le SPASFON[57], le paracétamol et +/- le MACROGOL[58] ainsi que le LEXOMIL[59] et le TRAMADOL[60] qui lui procure une sensation de soulagement.

---

[57] SPASFON est un médicament indiqué dans les douleurs spasmodiques de l'intestin, des voies biliaires, de la vessie et de l'utérus

[58] Le MACROGOL est principalement utilisé comme laxatif ou pour réaliser un lavement intestinal.

[59] Le LEXOMIL est un médicament prescrit dans le traitement de l'anxiété ainsi que dans la prévention et le traitement des manifestations du sevrage alcoolique, en particulier le delirium tremens (délire accompagné de fièvre, d'hallucinations, d'agitation et de tremblements).

[60] Le TRAMADOL est un médicament utilisé pour ses propriétés antalgiques, il est indiqué dans le traitement des douleurs modérées ou sévères.

Elle apparait réceptive et en demande de soins psychomoteurs, plus particulièrement des approches corporelles telles que des inductions tactiles et de la balnéothérapie. Elle exprime un caractère urgent pour elle de les mettre en place. Il lui sera d'ailleurs proposé une première séance dans la continuité de ce premier contact.

Suite à cette première rencontre, le travail psychomoteur est orienté sur l'aide au maintien du potentiel et des repères psychomoteurs, la valorisation de l'image de soi, l'aide au confort corporel, ainsi qu'une contribution à l'anxiolyse et aux thérapeutiques analgésiques.

3.1.3 Prise en soin psychomotrice

3.1.3.1 Première séance de soin : séance de toucher massage

Dans la continuité de notre première rencontre en psychomotricité, nous convenons d'un soin de toucher massage. Madame Z. demande un massage au niveau haut du dos, qui est pour elle un lieu de tension « à force d'avoir la tête dans les épaules » se surajoutant à sa douleur abdominale. Le soin se déroule dans sa chambre sur fond de musique douce à sa demande. Il est recommandé de proposer au patient un cadre thérapeutique rassurant et suffisamment contenant, adapté et personnalisé afin qu'il puisse se sentir en sécurité. En effet, le cadre thérapeutique représente tout ce qui entre dans la composition de l'organisation de l'espace et du temps d'une séance de psychomotricité, ainsi que la nature de la relation et le type de dynamique amorcés lors des propositions. Il faut essayer d'ajuster l'ensemble de ces éléments, afin de permettre au patient une expérience psychocorporelle de manière médiatisée en fonction des objectifs thérapeutiques choisis et plus particulièrement dans la prise en soin de la douleur.

S'étant installée confortablement sur son lit allongée sur le dos, les jambes surélevées par un traversin à billes, nous lui proposons de réaliser un massage des bras, incorporant ainsi la zone demandée entre la ceinture scapulaire et le haut de la nuque, ce que Madame Z accepte volontiers. L'installation est considérée comme une condition importante dans la réalisation d'un soin à visée antalgique car la douleur peut avoir des conséquences anxiogènes. Il faut faire en sorte que la personne puisse être dans une position antalgique. C'est au psychomotricien d'essayer d'adapter l'environnement au mieux en suivant les indications verbales ou non du patient pour l'aider à trouver cette position réconfortante.

Au cours du soin, après quelques inductions, Madame Z nous fait part de ses éprouvés. Elle exprime ressentir « des petits frissons de plaisir » qui parcourent son corps par vague. Le reste du soin se déroule sans parole, Madame Z se laissant porter et bercer de plus en plus intensément par le soin. Nous constatons un abaissement majeur du tonus amenant une lourdeur des membres, une détente des traits du visage, un relâchement de la mâchoire, une respiration calme et légère ponctuée de mouvements plus amples. La qualité du toucher, dans son intention et sa disponibilité tonico-émotionnelle, permet au sujet de se sentir « être » autrement. Le toucher, dans des conditions favorables, peut être apaisant et diminuer la douleur. C'est dans cette idée que nous pouvons proposer un toucher dit de « toucher-relaxation » qui ne suit pas un protocole précis. Cette induction tactile est centrée sur la personne et orientée en fonction du projet de soin qui concerne encore une fois la prise en soin de la douleur. Elle amène progressivement le patient à une prise de conscience de relâchement et de détente grâce à un toucher contenant et enveloppant. Il permet également au patient de ressentir une décontraction neuromusculaire possible grâce aux mouvements passifs ou aux massages-relaxant, et de prendre conscience de son corps, de ses limites.

Le soin terminé, sans rien changer de sa posture ni ouvrir les yeux, Madame Z nous fait part de nouveau de son ressenti. Elle dit se sentir détendue, relaxée, la perception de ses intestins et de son abdomen est présente mais moins importante. Elle souhaite profiter encore un peu de ce moment et demande à différer le passage des soignants pour le repas. Il est important d'encourager le patient à verbaliser les sensations et les affects éprouvés lors de ce temps de soin car cela peut l'aider à se distancier de son vécu douloureux.

3.1.3.2 Séance de balnéothérapie

Nous rencontrons de nouveau Madame Z. la semaine suivante pour la réalisation d'une troisième séance de soin. Nous proposons cette fois une nouvelle médiation, le bain thérapeutique.

En entrant dans la chambre, Madame Z est allongée sur son lit. Elle souhaite bénéficier d'une séance de bain thérapeutique mais évoque sa crainte de ne pas pouvoir pleinement en profiter. D'une part du fait de ses douleurs qu'elle décrit comme une sensation « d'être pleine avec une pesanteur de ses organes », et d'autre part elle exprime la crainte du décollement de son appareillage. Nous tentons de la rassurer par le passage des infirmières du service lui garantissant la stabilité de ce dispositif. Le bain se déroule sur le

même fond musical que les séances précédentes en chambre ; l'eau est à une température bien chaude à la demande de Madame Z, car « la chaleur facilite la détente ». Une fois encore nous pouvons préciser l'importance du cadre thérapeutique rassurant et suffisamment contenant, adapté et personnalisé afin que le patient puisse se sentir en sécurité.

Une fois Madame Z. bien installée dans le bain, nous démarrons les inductions tactiles par des pressions et des enveloppements qui sont réalisées sur l'ensemble du corps. Nous passons progressivement au niveau des pieds et des jambes, des mains et des bras, du buste. Puis nous effectuons un retour au niveau des jambes par les hanches ainsi qu'un enveloppement final en partant et en revenant aux pieds. Au cours du soin, Madame Z conserve une posture relativement tonique pour se tenir dans la baignoire tout en expérimentant quand même le relâchement que nous pouvons observer notamment au niveau des membres supérieurs, du visage et de la nuque. En effet, l'eau présente des qualités qui nous aident dans notre projet de soin psychomoteur à visée de confort antalgique et anxiolytique. Elle permet d'offrir en plus des inductions tactiles un effet d'enveloppement et de sensations à même la peau du patient. Nous pouvons constater que sur ce temps de soin, le patient ressent différentes perceptions corporelles qui peuvent renvoyer au sentiment d'unité corporelle, à un vécu de laisser faire, d'abandon, un vécu de plaisir et de détente.

Le soin terminé, Madame Z témoigne être émue, touchée par ce qu'elle vient de vivre dans le soin. Néanmoins elle dit regretter de ne pas avoir pu se lâcher complètement au niveau tonique pour le maintien de son installation. Nous pouvons faire l'hypothèse que son appréhension et ses craintes en rapport avec son appareillage ont eu des répercussions corporelles caractérisées par cette posture tonique. Ici, nous pouvons constater le lien entre tonus et émotion. L'accompagnement du malade dans un sentiment de sécurité vers une prise en conscience d'un lâcher prise peut permettre une ouverture, dans la lutte épuisante entreprise par le patient.

3.1.4 Bilan de l'intervention psychomotrice

Au cours de cet accompagnement psychomoteur, nous avons proposé à Madame Z de bénéficier de deux séances de toucher massage et d'une séance de bain thérapeutique.

Concernant la médiation toucher massage, Madame Z s'est montrée très sensible aux bienfaits de celle-ci. Nous avons pu observer lors de la deuxième séance que Madame Z a

très rapidement plongé dans un état de relaxation durant le soin. Nous avons retrouvé comme pour la première séance, des manifestations corporelles de détente. Elle décrit richement ses ressentis qu'elle commente « comme des vagues de chaleur qui remonte le long des bras, à partir du coude des petites vagues de bonheur, des frissons de plaisir » lui permettant de faire abstraction de ses souffrances.

En ce qui concerne la médiation de bain thérapeutique, Madame Z. s'est révélée être dans la découverte et dans l'exploration d'une expérience sensori-motrice et psychocorporelle.

Elle nous fait part de sa sortie et de son retour éventuel dans le service pour une nouvelle évaluation et souhaite avoir la garantie qui lui a été annoncée de pouvoir bénéficier de soins psychomoteurs.

3.1.4.1 Imager sa douleur

En tenant compte de son goût pour l'art, nous avons également proposé à Madame Z à partir d'une médiation dessin, de réaliser une production représentant sa douleur dans ses éprouvés et ressentis ainsi qu'une production représentant l'état dans lequel elle souhaiterait se sentir à la fin de sa prise en soin afin d'exprimer ses perceptions et ses représentations au plus proche de son vécu corporel. En effet, en général et régulièrement, lors des consultations et suivis de douleurs les patients expriment ne pas être entendus et compris.

Madame Z. s'est montrée particulièrement intéressée et appliquée dans sa réalisation qui s'est faite en dehors de nos séances. C'est avec fierté qu'elle nous montre ses productions qu'elle va partager avec l'ensemble des intervenants du service.

- Le dessin représentant sa douleur (voir Annexe 6, p.85) est très dur, sombre voire même violent. Nous pouvons y retrouver un personnage aux traits fermés, marqués et asexués se prendre la tête entourée de points d'interrogations entre ses mains. Les pieds de celui-ci sont représentés par deux morceaux de bois consumés par des flammes. Il y a la présence d'une araignée qui arbore un air « vilain et laid » au niveau du ventre de la personne dessinée, nous pouvons supposer que celle-ci symbolise la douleur. Nous pouvons observer également au niveau du ventre de celle-ci, la présence de blessures et de cadenas et de clés hors de la portée du personnage qui vient

rappeler une dimension de souffrance physique et d'incontrôlabilité de cette douleur. Il est également dessiné deux orifices en haut et en bas du ventre qui pourraient représenter l'appareillage d'une stomie. Cette araignée entortille ses pattes de manière localisée au niveau du ventre, allant vers le cou et la tête de celle-ci. Nous constatons de nombreux éléments qualifiants les éprouvés de cette douleur tels que des ciseaux, des couteaux et la présence de flamme.

- Le dessin représentant l'état dans lequel elle souhaiterait se sentir à la fin de sa prise en soin (Annexe 7, p. 86) quant à lui est l'opposé du précédent. Nous pouvons retrouver une femme aux traits ouverts, féminins et positifs, dans une atmosphère paisible et claire. Nous retrouvons divers éléments représentant le calme et l'apaisement tels que des fleurs, des papillons ainsi qu'un cœur singulièrement représenté au niveau du ventre.

Le dessin est une médiation très utile pour suivre l'évolution de l'état douloureux d'une personne. Il peut amener le patient à exprimer ses émotions car il ne se sent pas capable de le faire, bien qu'il les perçoive et lui permettre de diminuer une tension interne trop importante en travaillant la décharge émotionnelle. En effet, douleurs, immobilisations forcées, effraction du corps, sentiment d'abandon face à la séparation d'avec le milieu familial et amical, repli sur soi sont repérables dans les dessins. Nous pouvons clairement le percevoir dans les productions de Madame Z. Nous pouvons utiliser cet outil pour aborder le patient, comprendre plus en détails et ainsi amorcer un dialogue plus proche de son vécu corporel. A travers cette médiation le patient va en partie modifier progressivement ses rapports avec son propre corps en passant du statut d'objet à celui de sujet. « *Tout le long de cet accompagnement, il redécouvre un corps gratifiant et source de plaisir* » (ALBA, 1993).

Nous pouvons conclure que l'approche psychomotrice proposée à Madame Z dans le cadre de son hospitalisation en unité de soins palliatifs est complémentaire et pertinente dans la prise en soin de sa douleur. En effet lors de l'évaluation psychomotrice nous avons pu relever la présence de nombreuses douleurs persistantes ayant différentes répercussions psychologique et psychomotrices telles que des intrications somato-psychiques de la douleur, l'anxiété, l'altération de l'image corporelle et de soi en plus de l'évolution de sa maladie et de ses nombreux traitements chirurgicaux et médicamenteux.

Par la suite, à partir de l'élaboration du projet de soin autour des attentes et des besoins (de confort corporel, d'anxiolyse, de maintien du potentiel et des repères psychomoteurs, de valorisation de l'image de soi et d'antalgie) de Madame Z et de la réalisation d'interventions psychomotrices, nous pouvons constater chez elle différentes manifestations psychomotrices qui retiennent notre attention. Au cours de cet accompagnement, Madame Z laisse paraître des manifestations psychocorporelles de détente et de bien-être accompagnées d'éprouvés positifs de plaisir venant réduire les ressentis de ses douleurs. De plus, la réalisation de ses productions à partir de la médiation de dessin vient participer à la prise en soin antalgique à travers des sentiments de valorisation de soi et de restauration narcissique.

3.2 Monsieur J.

3.2.1 Présentation de Monsieur J.

Monsieur J. est âgé de 59 ans lorsque nous le rencontrons en février 2016. C'est un homme souriant très ouvert et communicatif. Il est hospitalisé au sein de l'unité de soins palliatifs, en provenance des urgences pour la prise en soin d'un adénocarcinome bronchique multi-métastatique osseuses, cérébrale, cérébelleuse, surrénale droite et ganglionnaire. Cet adénocarcinome est compliqué d'une lombalgie hyperalgique en phase palliative spécifique.

C'est sa première hospitalisation dans une unité de soins palliatifs.

3.2.1.1 Situation familiale

Monsieur J. est policier à la retraite. Il vit avec la mère d'une de ses filles. Il a aussi deux autres filles d'un précédent mariage. Il se décrit comme sportif, il pratique du vélo et aime la lecture et la télévision.

3.2.1.2 Situation médicale

3.2.1.2.1 Historique de la maladie

L'historique de la maladie est le suivant :

En août 2013, Monsieur J souffre d'une névralgie intercostale[61] avec l'apparition de nodules pulmonaires inférieurs droits, d'adénopathies[62] médiastinales et surrénale droite. Suite à une imagerie est révélée la présence de lyse osseuse au niveau de la 8ème cote gauche, du cotyle du fémur droit et de la vertèbre L3. Après une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) est réalisée une 1ère ligne de chimiothérapie par anti-EGFR qui entraine une régression à l'imagerie.

En décembre 2014, il apparaît une progression des lésions osseuses au niveau de la vertèbre T8, de l'épine iliaque postéro supérieure droite et de la 5ème côte droite ainsi que des lésions cérébrales fronto -pariétales droites et cérébelleuses. Une nouvelle RCP a lieu et il est pratiqué une 2ème ligne de chimiothérapie par CARBO- ALIMTA ainsi qu'une radiothérapie au niveau des lésions du cotyle.

En mai 2015, une cimentoplastie[63] ainsi qu'une radiothérapie antalgique au niveau de la vertèbre C6 et de l'iliaque droite sont réalisées.

En novembre 2015, l'imagerie montre un état stable, néanmoins Monsieur J. a une mauvaise tolérance à la chimiothérapie au niveau digestif, il a donc une reprise d'anti-EGFR.

Janvier 2016, une nouvelle cimentoplastie est réalisée au niveau de la vertèbre L3 à visée antalgique, une IRM rachidienne est également réalisée pour cause de crises algiques. Il y a une apparition de métastases au niveau de la vertèbre S1.

Fin janvier 2016, il y a une hospitalisation en urgence pour motif de douleurs lombaires visant une équilibration des traitements antalgiques.

En février 2016, une 1ère irradiation antalgique de L3 à S1 a été effectuée, puis Monsieur J est hospitalisé aux urgences pour des douleurs lombaires. Il est redirigé en unité de soins palliatifs pour une équilibration antalgique.

---

[61] Une névralgie est une douleur survenant dans le territoire d'un nerf, souvent d'un seul côté, et sans cause évidente souvent.

[62] Une adéopathie est une inflammation chronique des ganglions lymphatiques qui sont le point de rencontre des vaisseaux lymphatiques

[63] Une cimentoplastie consiste à injecter sous contrôle radioscopique ou par scanner un ciment biocompatible au sein d'une vertèbre fragilisée, d'une fracture du sacrum ou d'une lésion osseuse pour la consolider.

Il a pour antécédents un glaucome, une cardiopathie ischémique traitée par la pose d'un stent en 2006 et il est porteur du VIH depuis 2013.

3.2.1.2.2 Examen clinique

Comme évoqué précédemment dans la présentation de Monsieur J, il est hospitalisé pour la prise en soin d'un adénocarcinome bronchique multi-métastatique compliqué d'une lombalgie hyperalgique. A son entrée dans le service on retrouve :

- La présence d'une sciatique[64] tronquée gauche en piqure (EN : 2 /10) avec un accès douloureux paroxystique en coups de poignard (EN : 9/10) lors de la mobilisation de hanche. Trigger zone à la fesse (DN4 :2/7).
- Une cruralgie[65] gauche soulagée
- Une impotence fonctionnelle du membre inférieur droit avec la présence d'une anxiété anticipatrice de la douleur, il n'y a pas de troubles sensitifs de la zone douloureuse ni de la trigger zone (DN4 à 2/10)
- Une constipation et un abdomen ballonné, météorisé avec la présence d'une probable stase colique[66] diffuse.

A partir de tous les éléments recueillis, nous pouvons constater un risque symptomatique se caractérisant par des crises algiques, des épilepsies et de l'hypercalcémie. Nous sommes face à une problématique de sciatique tronquée et de trouble du transit.

L'hospitalisation de Monsieur J a pour objectifs le lever de la constipation, le soulagement de la sciatique et l'obtention d'un supportable avant retour à domicile. Un soutien moral pour lui ainsi que son entourage sera proposé.

[64] La sciatique est le nom courant d'une douleur au niveau des jambes dont l'origine est le dos le long du trajet du nerf sciatique.

[65] La cruralgie est une douleur qui se situe dans le territoire crural, c'est-à dire le long du trajet du nerf crural.

[66] La stase stercorale est une stagnation des matières fécales dans le côlon ou le gros intestin.

3.2.2 Première rencontre

Cette première rencontre a pour but d'évaluer la mise en place d'un accompagnement en psychomotricité. Les indications formulées par l'équipe soignante, sont l'aide au confort corporel, la contribution aux thérapeutiques analgésiques et à l'anxiolyse.

3.2.2.1 Evaluation psychomotrice

Le premier contact avec Monsieur J. se fait dans sa chambre en présence de sa compagne. Monsieur J dit être particulièrement gêné par la présence de ses douleurs qui le font beaucoup souffrir majoritairement la nuit. Il dit avoir essayé plusieurs approches non médicamenteuses comme la masso-kinésithérapie, l'acupuncture, l'ostéopathie, avec des résultats aléatoires sur le long terme. Il exprime être préoccupé par la récente incapacité motrice fonctionnelle de sa jambe droite qui l'empêche désormais de marcher.

Ce premier temps est constitué d'une présentation du travail pouvant être réalisé en psychomotricité. Il ne parle pas beaucoup de lui mais il se dit intéressé par l'idée de bénéficier de soins psychomoteurs et plus particulièrement par les approches psychocorporelles telles que les inductions tactiles. Il lui sera d'ailleurs proposé une première séance dans le cadre de ce premier contact.

Suite à cette première rencontre, le travail psychomoteur est orienté sur l'aide au maintien du potentiel et des repères psychomoteurs, la valorisation de l'image de soi, l'aide au confort corporel, ainsi qu'une contribution à l'anxiolyse et aux thérapeutiques analgésiques.

3.2.3 Prise en soin psychomotrice

3.2.3.1 Première séance de soin : soin de toucher massage

Dans la continuité du début de la prise en soin psychomotrice, nous convenons d'un court soin de toucher massage. Monsieur J. souhaite recevoir un massage au niveau du dos qui est une zone source de douleurs dues à sa lombalgie chronique. Il s'installe sur son lit en relevant légèrement le dossier de son lit et en se tournant sur un côté dans une position d'enroulement. Le soin se déroule en présence de sa compagne avec l'utilisation d'une huile essentielle de massage à la lavande qu'il a choisi. Il est intéressant de préciser que l'utilisation d'huiles essentielles est proposée en général pour soulager de nombreux petits

maux et contrer les effets préjudiciables du stress. Leurs propriétés résideraient principalement dans leur capacité à favoriser un état de relaxation et à engendrer une sensation de bien-être et de détente. Elles semblent augmenter l'effet du massage et améliorer les symptômes physiques et psychologiques ainsi que la qualité de vie globale. Nous pouvons envisager le fait qu'elles ont un intérêt dans la prise en soin de l'anxiété et de la douleur.

Au cours du soin, au fur et à mesure des inductions tactiles, Monsieur J. se laisse aller aux bienfaits du massage. Bien que son visage ne soit pas dans notre champ de vision, nous pouvons constater une respiration plus calme et légère ponctuée de mouvements plus amples ainsi qu'une détente musculaire. Au milieu de ce temps de soin, il aborde brièvement son parcours de soin avec émotion et la survenue de pleurs. Nous continuons par la suite en ajustant les inductions tactiles vers un soin plus contenant. Il est important de rappeler que le psychomotricien par le dialogue tonico-émotionnel, s'ajuste pour rencontrer son patient, en fonction de ses difficultés. Il va être capable de décrypter ses expressions corporelles, le rassurer, le conforter pour favoriser et accompagner son ouverture. Nous pouvons envisager que le processus d'une intervention à médiation corporelle tel que le toucher massage est fondé sur la reconnaissance des émotions non pas comme des réactions gênantes mais comme une compétence à déployer pour plus d'harmonie psychocorporelle.

Une fois le soin terminé, Monsieur J. dit avoir eu un besoin d'évacuer et s'explique en disant qu'il a été surpris de pouvoir ressentir de telle sensation. Il évoque de nouveau un parcours de soin qu'il a vécu comme maltraitant en rapport avec certaines attitudes de la part de certains soignants dans d'autres services. Il dit se sentir soulagé, bien et détendu. Nous pouvons affirmer qu'à partir de la disponibilité psychocorporelle du psychomotricien et de sa compréhension du dialogue tonico-émotionnel, il peut s'ajuster pour correspondre au patient, le mettre en confiance, le soutenir et le soulager.

3.2.3.2 Séances de bain thérapeutique

Nous rencontrons de nouveau Monsieur J. la semaine suivante pour la réalisation d'une troisième séance de soin. Nous proposons cette fois une nouvelle médiation, le bain thérapeutique.

Tout d'abord, l'installation dans le bain est réalisée avec le hamac de bain, les transferts sont réalisés facilement par Monsieur J. et sans aide de notre part. Une fois qu'il

est bien installé dans le bain, nous convenons d'une proposition d'inductions tactiles allant de la tête aux pieds. Nous commençons par un massage relaxant de la tête et du visage, puis nous passons progressivement au niveau du buste, des bras et des mains, des jambes et des pieds. Nous terminons en effectuant un enveloppement final en partant et en revenant aux pieds.

Au cours du soin, Monsieur J se laisse rapidement aller à la détente, de lui-même il ferme les yeux, arbore un sourire avec un faciès détendu et une respiration calme. Il verbalise qu'il ne dort pas mais qu'il savoure. Au fur et à mesure des inductions tactiles, il est dans un état de conscience modifié et un état de détente encore plus profond où nous pouvons constater un relâchement musculaire notamment de la mâchoire, une somnolence, des spasmes musculaires dû à l'endormissement. Par la suite il nous témoigne de sa rêverie. Nous pouvons affirmer que le massage relaxant peut être très apaisant. L'expérience simple et répétitive d'un mouvement peut suffire à apporter de l'apaisement.

Une fois le soin terminé, Monsieur J. souhaite profiter quelques instants du bain. De retour en chambre, il exprime un agréable étonnement du soin et de ses éprouvés qu'il ressent comme profondément imprimé. Par la suite, il cherche à nous exprimer son ressenti mais dit ne pas trouver les mots justes qui qualifieraient son état car agréable et bien sont des mots trop limitant et trop peu complexes.

A chaque séance il choisit de profiter pleinement du soin et de se mettre à l'écoute de ses sensations. Il décrit les inductions tactiles qui lui sont proposées comme une « danse en harmonie » à son rythme et le nôtre.

3.2.4 Bilan d'intervention psychomotrice

Au cours de cet accompagnement psychomoteur, nous avons proposé à Monsieur J de bénéficier de deux séances de toucher massage et de trois séances de bain thérapeutique.

Concernant la médiation toucher massage, Monsieur J s'est montré très sensible aux bienfaits de celle-ci. Nous avons pu observer lors de la deuxième séance que Monsieur J. se laisse aller aux bienfaits des inductions tactiles. Nous avons retrouvé comme pour la première séance, des manifestations corporelles de détente. Une fois le soin terminé, Monsieur J semble apaisé et se dit bien et détendu. Il verbalise son état par une image de voyage au bord de la plage et de détente. Il revient une nouvelle fois sur son parcours de soin et des douleurs qui l'ont marqué.

En ce qui concerne la médiation de bain thérapeutique, Monsieur J. verbalise les bienfaits de son séjour à l'USP et l'importance de l'approche psychomotrice pour les expériences corporelles qu'elle lui offre.

Lors de notre dernière séance, Monsieur J de lui-même fait le point sur son accompagnement au sein du service et particulièrement dans le cadre des soins psychomoteurs. Il se dit satisfait et constate un changement sur la conscience de ses éprouvés corporels ainsi que sur sa capacité d'être plus à l'écoute de lui-même. Nous avons choisi à travers différentes médiations corporelles, d'éprouver des expériences sensori-motrices et psychocorporelles ayant des répercussions physiques et psychiques pouvant contribuer à la prise en soin de sa douleur.

Nous pouvons penser que lors d'échanges corporels propres aux techniques psychomotrices, le psychomotricien va chercher à favoriser et à renvoyer des réponses corporelles et comportementales apaisantes, sécurisantes, qui créent une distance constructive et ouvrent à une nouvelle expérience relationnelle. Nous nous basons ici sur le dialogue tonico-émotionnel, la disponibilité psychocorporelle et l'ajustement tonique réciproque afin d'accompagner le patient dans sa prise en soin en répondant au mieux à ses besoins.

Nous pouvons conclure que l'approche psychomotrice proposée à Monsieur J dans le cadre de son hospitalisation en unité de soins palliatifs est complémentaire et pertinente dans la prise en soin de sa douleur. En effet lors de l'évaluation psychomotrice nous avons pu relever la présence de nombreuses douleurs persistantes le faisant beaucoup souffrir entraînant différentes répercussions psychologiques et psychomotrices telles que la préoccupation de la perte motrice fonctionnelle de sa jambe droite qui l'empêche désormais de marcher, l'anxiété, l'altération de l'image corporelle et de soi en plus de sa lombalgie chronique, de l'évolution de sa maladie et de ses nombreux traitements chirurgicaux et médicamenteux.

Par la suite, à partir de l'élaboration du projet de soin autour des attentes et des besoins (de confort corporel, d'anxiolyse, de maintien du potentiel et des repères psychomoteurs, de valorisation de l'image de soi et d'antalgie) de Monsieur J et de la réalisation d'interventions psychomotrices, nous pouvons constater chez lui différentes manifestations psychomotrices qui retiennent notre attention. Au cours de cet accompagnement, Monsieur J laisse paraître des manifestations psychocorporelles de détente et de bien-être accompagnées d'éprouvés positifs de ressourcement, de sentiment de conscience de soi, de proprioception venant réduire les ressentis de ses douleurs.

CONCLUSION

Notre problématique était de démontrer pourquoi l'approche psychomotrice est un soin complémentaire et pertinent dans la prise en soin de la douleur en soins palliatifs.

En partant d'une présentation large de la démarche palliative nous avons pu constater que le psychomotricien y occupait une place privilégiée dans l'accompagnement de personnes gravement malades en situation palliative.

Nous avons dans un premier temps abordé la définition et l'état d'esprit retrouvé dans cette démarche ainsi que différentes structures et dispositifs mis en place dans cette dynamique.

Nous nous sommes ensuite attachés à préciser la notion de maladie grave et la souffrance qu'elle peut entrainer chez les personnes considérées comme gravement malades dans une continuité des soins prenant en compte la prise en soins de certains symptômes fréquemment retrouvés. Après avoir présenté la place de l'approche psychomotrice parmi les approches psychocorporelles et les soins de support ainsi que les indications d'interventions psychomotrices au sein d'une unité de soins palliatifs, nous avons pu retenir que le partage de la démarche psychomotrice conduit à reconsidérer le corps dans une réflexion d'équipe. C'est dans cette dynamique que le psychomotricien occupe une place importante auprès de l'équipe pluridisciplinaire présente dans ce service, dans l'accompagnement de personnes gravement malades en situation palliative.

Sur ce premier aspect, nous pouvons dire que l'approche psychomotrice peut être un soin complémentaire et pertinent dans la prise en soin de la douleur en soins palliatifs, parce que grâce notamment à l'évaluation psychomotrice on cherchera ensemble à évaluer et à soulager la douleur et les inconforts afin d'aboutir à un projet thérapeutique plus adapté aux besoins du sujet. L'éclairage spécifique apporté par le psychomotricien lors des rencontres formelles favorise le bon accompagnement global du malade.

Il nous a ensuite paru nécessaire de préciser l'impact considérable de la douleur présente dans la dynamique des soins palliatifs ainsi que la place du psychomotricien dans la prise en soin de celle-ci. A travers ses divers mécanismes et ses différents types, nous avons cherché à comprendre la douleur qui préoccupe de plus en plus en termes de santé publique. Nous avons ainsi mis en évidence les impacts psychologiques de la douleur dans sa dimension de détresse psychologique et de subjectivité. Puis dans la prise en soin de la douleur en soins palliatifs, nous avons concentré notre attention sur la place de l'approche psychomotrice du patient douloureux en évoquant les répercussions psychomotrices entraînées par la douleur.

Nous pouvons ainsi admettre que la maladie et les douleurs génèrent des changements corporels et que ces répercussions fragilisent globalement la personne atteinte. Des désordres psychomoteurs peuvent alors apparaitre au niveau du sentiment de conscience de soi et d'identité psychomotrice, des capacités d'agir et de mise en mouvement, des modes de communication, des perceptions sensorielles.

De par ces désordres psychomoteurs générés par la maladie et les douleurs, l'altération des fonctions psychomotrices justifient un accompagnement en psychomotricité. De ce point de vue nous pouvons encore affirmer que l'approche psychomotrice est un soin complémentaire et pertinent dans la prise en soin de la douleur en soins palliatifs, afin notamment de réactiver les repères du malade.

Nous avons enfin pu démontrer à travers la présentation de deux illustrations cliniques que les interventions psychomotrices proposées tendent à permettre au patient de continuer à vivre des expériences de ressourcement, de plaisir, de détente afin de diminuer la souffrance physique et psychique liée à sa maladie grave.

Ces interventions psychomotrices basées sur l'utilisation de médiations corporelles permettent d'aborder la dimension de plaisir corporel comme base de l'expérience du corps, de revalorisation narcissique, de dynamisation des processus de pensées dans la recherche d'un bien-être.

Nous pouvons alors soutenir que l'approche psychomotrice est un soin complémentaire et pertinent dans la prise en soin de la douleur en soins palliatifs, dans la mesure où elle permet au patient d'être moins absorbé par la douleur et les inconforts qui monopolisent fréquemment toute son attention. C'est en effet à cette condition que la personne malade peut vivre des périodes d'accalmie dans son corps et aller vers une plus grande disponibilité psychique.

Pour conclure, comme l'a dit Patrick VERSPIEREN :

« Accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre. C'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas. »

Patrick VERSPIEREN, Face à celui qui meurt

C'est là, selon nous toute la dimension que doit prendre la mission du psychomotricien et plus particulièrement dans le cadre d'un accompagnement en soins palliatifs.

ANNEXES

Annexe 1 : Feuille de synthèse clinique et thérapeutique

FEUILLE DE SYNTHESE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

Nom :..... Prénom :..... Age :.....

Situation socio-familiale :..... Profession :.....

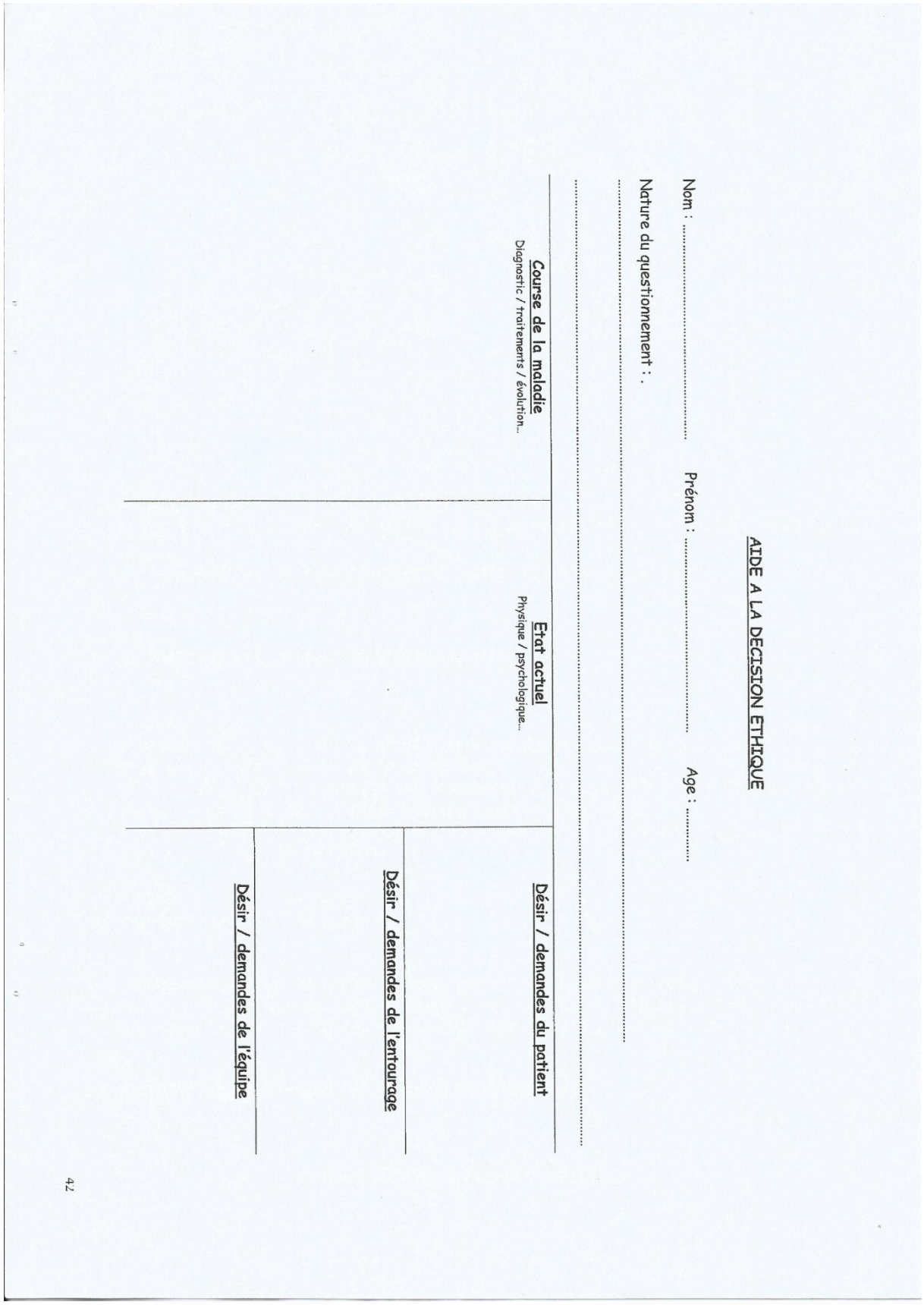
Résumé de la maladie :.....

.....

	SOUFFRANCES/BESOINS	REPONSES APPORTEES	REPONSES A APPORTER
PHYSIQUES			

	SOUFFRANCES/BESOINS	REPONSES APPORTEES	REPONSES A APPORTER
PSYCHO-AFFECTIF			
SOCIO-FAMILIAL			
EXISTENTIEL			

Annexe 2 : Aide à la dimension éthique



AIDE A LA DECISION ETHIQUE

Nom : ..... Prénom : ..... Age : .....

Nature du questionnement : .

.....

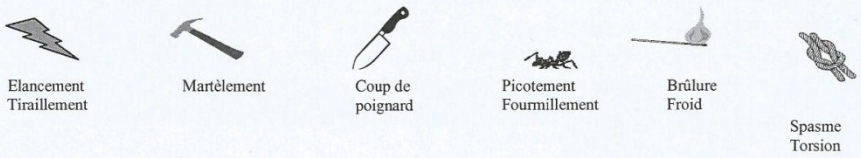
Course de la maladie Diagnostic / traitements / évolution...	Etat actuel Physique / psychologique...	Désir / demandes du patient
		Désir / demandes de l'entourage
		Désir / demandes de l'équipe

47

Annexe 3 : Evaluation médico-infirmière de la douleur

EVALUATION MEDICO-INFIRMIERE DE LA DOULEUR = T.I.L.T.

Type



Intensité EVA o EN o EVS o SCORE =

EOC-FB* o

PALIER OMS en cours I II III (entourer)

Localisation *(à préciser)*.....

viscérale o organe(s) plein(s) : ..... Organe(s) creux :.....

osseuse o..... articulaire o.....

cutanée o..... muqueuse o.....

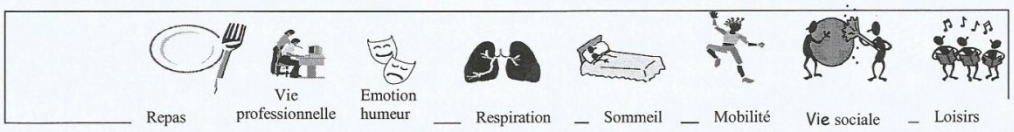
nerveuse o radiculaire o..... tronculaire o.....

médullaire o..... plexuelle o.....

autres :.....

Temps Ancienneté..... Continue ☐ Par crises ☐ Nocturne ☐ Diurne ☐

Répercussions sur les activités quotidiennes *(à adapter selon la personne malade)*



0 *Gémissements/Plaintes - Front plissé/Visage crispé - Attitudes antalgiques - Mouvements précautionneux*
Agressivité/Mutisme/Prostration ***Absent : 0*** ***Faible : 1*** ***Marqué : 2***

Annexe 4 : Evaluation Numérique Simple

CHU
Hôpitaux de
Bordeaux

**SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT
ET DE SOINS PALLIATIFS**

UTILISATION DE L'ECHELLE NUMERIQUE SIMPLE

Le chiffre « 10 » correspond à la douleur à évaluer lorsqu'elle est éprouvée **au maximum** par la personne malade.

Exemple d'explication à la personne malade :

« Nous parlons de la douleur actuelle, de la douleur que nous voulons soulager.

Pour l'évaluer, je vous propose une échelle de 0 à 10 :

10 correspond à votre douleur maximale
0 à l'absence de douleur.

A combien l'évaluez-vous, approximativement, sans trop réfléchir…

Votre douleur est plus ou moins intense, elle varie.

Quels sont pour vous :

- le chiffre **minimum**.....
- le chiffre **maximum**.....

(au choix)

- depuis 24 h
- ces derniers jours
- ces dernières semaines

»

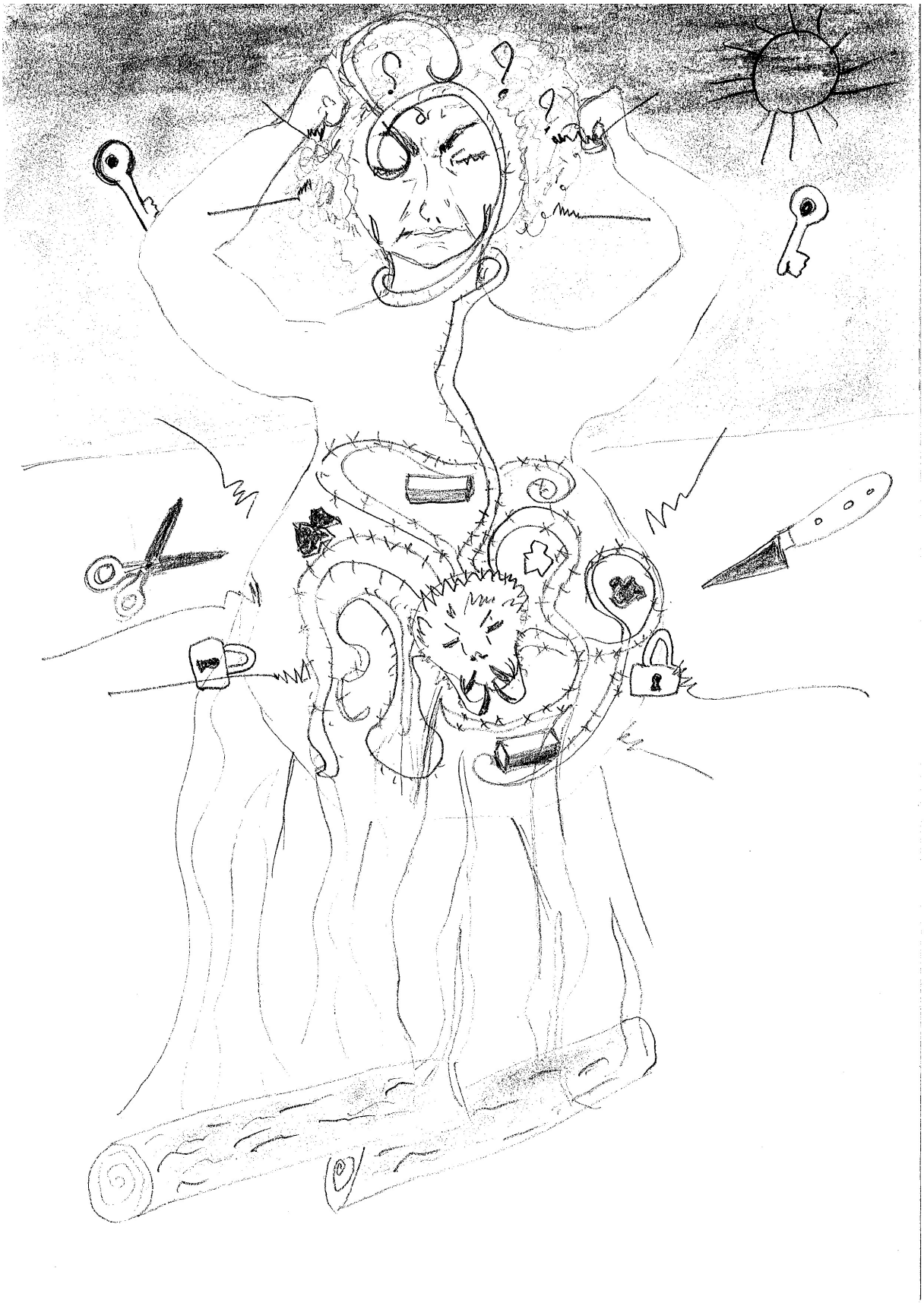
Annexe 5 : Echelle comportementale de François BOUREAU

OUTIL D'EVALUATION POUR UN PATIENT NON COMMUNICANT

ECHELLE COMPORTEMENTALE DE FRANÇOIS BOURREAU (OBSERVATION PAR SOIGNANT)

Pousse des gémissements, des plaintes (expression de pleurs, de gémissements, de cris avec ou sans larmes)	**Absent** **Faible** **Marqué**	**0** **1** **2**	
Front plissé, crispation du visage (expression du visage, du regard et mimiques douloureuses)	**Absent** **Faible** **Marqué**	**0** **1** **2**	
Attitudes antalgiques visant à la protection de la zone en position de repos « assis ou allongé » (recherche active d'une posture inhabituelle ou adoption spontanée et continue d'une position de protection d'une zone présumée)	**Absent** **Faible** **Marqué**	**0** **1** **2**	
Mouvements précautionneux (à la sollicitation, réaction de défense coordonnée ou non d'une zone présumée douloureuse, ou évitement de la mobilisation d'une zone présumée douloureuse)	**Absent** **Faible** **Marqué**	**0** **1** **2**	
Agressivité/Agitation ou Mutisme/Prostration (communication intensifiée traduite par une forte agitation ou absence/refus de communication traduit par une absence de mouvements ou repli sur soi)	**Absent** **Faible** **Marqué**	**0** **1** **2**	
SCORE TOTAL			**/10**

Annexe 6 : Dessin représentant la douleur de Madame Z.



Annexe 7. Dessin représentant l'état dans lequel Madame Z souhaiterait se sentir à la fin de sa prise en soin

BIBLIOGRAPHIE

ALBA, A. E. (1993, Février). Rententissement psychomoteur de la douleur: aspect sémiologiques et thérapeutiques. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* , 81-86.

ALBARET, J.-M., & AUBERT, E. (2001). *Vieillissement et psychomotricité.* Solal Editeurs.

BOCCARD, E. (2014, Avril). *Comprendre la douleur*. Consulté le Avril 2016, sur Institut Upsa de la douleur: http://www.institut-upsa-douleur.org/patients/comprendre-douleur/mecanismes-de-la-douleur

BOCCARD, E., & DEYMIER, V. (2007). *Pratique du traitement de la douleur.* Paris: A Editorial Paris.

BOEGLI, M., & CABOTTE, E. (2006). Les massages : quels bénéfices pour les patients ? *Revue internationale de soins palliatifs* , p. 29.

BOSCAINI, F., & SAINT-CAST, A. (2012, Janvier). Glossaire. *Evolutions Psychomotrices , 24* (95).

BURUCOA, B., AUTRET, P., & GAUTHIER-PAVLOFF, V. (2006). *Soins Palliatifs en équipe : le rôle infirmier.* (I. U. douleur, Éd.) A Editorial Paris.

CALLAHAN, D. (2005). *Death : "The distinguished Thing". Improving End of Life Care: Why Has it Been So Difficult?* Hasting Center Report Special Report.

CHARPENTIER, E. (2014). *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée - Soutien à l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée.* De boek Solal.

CHARRAZAC-RAYNAUD, S. (2015, Juin). L'hypnose associée à l'aromathérapie pour soulager l'anxiété de patients en unité de soins palliatifs. *Mémoire universitaire d'hypnose médicale* . Bordeaux.

CHATEL, T. (2015). Conférence Pallia Plus : Souffrir aujourd'hui à quoi bon...? Bordeaux.

COLOMBAT, P., & al. (2009, Février). A propros de la mise en place des soins de support en cancérologie: pistes de réflexions et propositions. *Revue internationale de soins palliatifs* , pp. 61-67.

COURJOU, E. (2007). *Comprendre et pratiquer le toucher relationnel .* Paris: InterEditions.

COUTON, F. (2008). Quelle est la légitimité des approches psycho-corporelles dans les unités de soins palliatifs. *Revue internationale de soins palliatifs* , pp. 61-66.

D'HEROUVILLE, D. (2004). Lettre de la SFAP. *Soins palliatifs et soin de support* .

Direction Générale de la Santé. (1998, Septembre). *Circulaire N°98-586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.* Consulté le Novembre 2015, sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_DGS_DH_98_586_240998.pdf

FERRAGUT, E. (2012). Douleur, Souffrance et Médiations corporelles ou artistiques. *Le Journal des psychologues* , 26-29.

FERRAGUT, E. (1995). *La dimension de la souffrance chez le malade douloureux chronique.* Masson.

FROMAGE, B. (2012). Vivre en fin de vie. *Revue internationale de soins palliatifs* , pp. p103-114.

GAUCHER-HAMOUDI, O., & GUIOSE, M. (2007). *Soins palliatifs & psychomotricité.* Heures de France.

GIROMINI, F., ALBARET, J.-M., & SCIALOM, P. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité: Tome 3 - Clinique et thérapeutiques.* Paris: De Boeck Solal.

GOFFMAN, E. (1975). *Stigmate, les usages sociaux des handicaps.* Paris: Les éditions de munuit.

GOUMAS, J., LE ROUX, F., & PHAM QUANG, L. (2001). Apports des thérapeutiques psychomotrices dans la prise en charge du sujet âgé douloureux. *Revue internationale francophone de soins palliatifs* , pp. 15-26.

GUENAULT, T. (2002). La psychomotricité face à la maladie grave: une approche différente du patient hospitalisé. *Evolutions Psychomotrices : La douleur physique en psychomotricité , 14* (57), pp. 115-121.

Haut Conseil de la Santé Publique. (2011, Mars). *Evaluation du Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 – 2010.* Consulté le Novembre 2015, sur http://www.institut-upsa-douleur.org/Media/Default/Documents/PRO/Legislation/institut-upsa-douleur-cadre-legislatif-evaluation-douleur.pdf

INPES. (2009, Novembre). Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. *Soins palliatifs & accompagnement* . Parimage.

INPES. (2009, Mai). Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012. *Patients atteints de maladie grave ou en fin de vie : Soins palliatifs et accompagnement* .

JACQUEMIN, D. (2004). *Ethique des soins palliatifs.* Paris: Dunod.

JACQUEMIN, D., & De BROUCKER, D. (2009). *Manuel de soins palliatifs : définition et enjeux, pratiques de soins et accompagnement, psychologie et éthique.* Paris: Dunod.

LAROCHE, F., & BOUREAU, F. (2006). *Mieux vivre avec une douleur : l'arthrose.* Paris: Editions Scientifiques L&C.

LE BRETON, D. (2006). *Anthropologie de la douleur.* Paris: Métaillé.

LE BRETON, D. (2016, Janvier 28). Anthropologie de la douleur. *Colloque douleur : "Soulager autrement,approches non médicamenteuses* . Pessac: Centre de formation permanente des personnels de santé du CHU de BORDEAUX.

LE BRETON, D. (2009, Avril). Entre douleur et souffrance: approche anthropologique. *L'information psychiatrique* , pp. 323-328.

LEONETTI, J. (2014). Fin de vie : autonomie et vulnérabilité. *Le Débat* , 132-143.

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

MARCOS, I., & BURUCOA, B. (2012). Une approche spécifique de la psychomotricité en situation palliative. *Revue internationale de soins palliatifs* , pp. 73-76.

MELZACK, R., & WALL, P. D. (1982). *Le défi de la douleur.* Paris: Maloine.

Ministère chargé de la santé. (2007, Avril). *Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.* Consulté le Avril 2016, sur Site du ministère chargé de la santé: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf

Ministère de la Santé et des Solidarités. (2002, Avril). *Circulaire n°266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.* Consulté le Novembre 2015, sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf

Ministère de la Santé et des Solidarités. (2006, Mars). *Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010.* Consulté le Novembre 2015, sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf

MORICEAU, M. (2006). La douleur du patient atteint de cancer: du diagnostic de la récidive au traitement adapté. *Revue internationale de soins palliatifs* , pp. 143-147.

Philippe COLOMBAT et al. (2009). Revue internationale de soins palliatifs. *A propos de la mise en place des soins de support en cancérologie: pistes de réflexions et propositions* , pp. 61-67.

POTEL, C. (2013). *Etre psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir.* Toulouse: Editions érès.

POTEL, C. (2004). *Le corps et l'eau. Une médiation en psychomotricité.* Ramonville Saint-Agne: Editions érès.

RICOEUR, P. (1992). La souffrance n'est pas la douleur. *Colloque : Le psychiatre devant la souffrance.* Brest: Association Française de Psychiatrie.

ROCHAS, B. (2012). Jusqu'à la mort accompagner la vie. *les soins palliatifs améliorent la qualité de vie et prolongent la vie des malades atteints de cancer métastatique* , pp. 97-101.

SEBAG-LANOË, R., & TRIVALLE, C. (2002, Janvier/Février). Du curatif au palliatif: les 10 questions pour prendre une décision. *Gériatrie* , pp. 15-18.

SFAP. (2013, Décembre). *Maladie grave, maladie évolutive et maintenant.* Consulté le Novembre 2015, sur Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs: http://www.sfap.org/system/files/soins_palliatifs_ok.pdf

SFAP. (2014). *Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs*. Consulté le Novembre 11, 2015, sur SFAP: http://www.sfap.org/rubrique/les-soins-palliatifs

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 1

1 ACCOMPAGNEMENT ET SOINS PALLIATIFS 3

1.1 Définition, éthique et structures 3

1.1.1 Définition et état d'esprit des soins palliatifs 3

1.1.1.1 Définition des soins palliatifs 3

1.1.1.2 L'état d'esprit des soins palliatifs 4

1.1.2 Les structures ou dispositifs spécialisés en Soins Palliatifs 6

1.1.2.1 Les Equipes mobiles de soins palliatifs 6

1.1.2.2 Les réseaux de soins palliatifs et les services d'hospitalisation à domicile 7

1.1.2.3 Les unités de Soins Palliatifs 8

1.2 « Vivre dans un corps gravement malade » 9

1.2.1 Définitions, généralités et appréhensions 10

1.2.1.1 Qu'est-ce que la maladie grave : la maladie chronique ? 10

1.2.1.2 La souffrance globale du malade 11

1.2.2 La continuité des soins : le passage du curatif au palliatif 13

1.2.3 Symptômes principaux retrouvés en soins palliatifs 15

1.3 La pratique psychomotrice en soins palliatifs 17

1.3.1 L'approche psychomotrice : une approche psychocorporelle comme soin de support 17

1.3.1.1 Les soins de supports 18

1.3.1.2 Les approches psychocorporelles 18

1.3.1.3 L'approche psychomotrice 19

1.3.2 La place du psychomotricien au sein de l'unité de soins palliatifs 19

1.3.2.1 Le psychomotricien auprès du malade 19

1.3.2.2 L'évaluation psychomotrice 20

1.3.2.3 Le psychomotricien auprès de l'équipe soignante 21

1.3.3 Les indications d'intervention psychomotrice en unité de soins palliatifs 23

1.3.3.1 Les indications d'intervention psychomotrice 23

1.3.3.2 Les médiations psychomotrices en soins palliatifs 26

1.3.3.2.1 Le toucher massage psychomoteur 27

1.3.3.2.2 Le bain thérapeutique 28

2 DOULEUR 30

2.1 Comprendre la douleur 30

2.1.1 Les mécanismes de la douleur 30

2.1.1.1 Définition 30

2.1.1.2 Le chemin de la douleur 31

2.1.1.3 Les contrôles et les composantes de la douleur 32

2.1.1.3.1 Les contrôles de la douleur 32

2.1.1.3.2 Les composantes de la douleur 33

2.1.2 Types de douleur 35

2.1.2.1 Douleurs nociceptives 35

2.1.2.2 Douleurs neuropathiques 36

2.1.2.3 Douleur aigüe et douleur chronique 37

2.1.3 La douleur une préoccupation au premier plan 39

2.1.3.1 La lutte contre la douleur 39

2.1.3.2 Evaluation de la douleur 40

2.1.3.2.1 Les échelles d'auto-évaluation 40

2.1.3.2.2 Les échelles d'hétéro-évaluation 41

2.1.3.3 Comment lutter contre la douleur ? 42

2.1.3.3.1 Traitements médicamenteux 42

2.1.3.3.2 Traitements non médicamenteux 43

2.2 Impact psychologique de la douleur en soins palliatifs 44

2.2.1 La douleur : une détresse psychologique 44

2.2.1.1 L'anxiété 45

2.2.1.2 La dépression 45

2.2.1.3 Douleur et souffrance 46

2.2.2 La douleur dans toute sa subjectivité 46

2.2.2.1 L'anthropologie de la douleur 46

2.2.2.2 Douleur et subjectivité 47

2.3 La place du psychomotricien dans la prise en soins de la douleur dans l'accompagnement et les soins palliatifs 48

2.3.1 Approche psychomotrice du patient douloureux 48

2.3.1.1 La douleur en tant qu'expérience corporelle 48

2.3.1.2 Douleurs et émotions 49

2.3.1.3 Tonus et émotions 50

2.3.2 Répercussions psychomotrices de la douleur 51

2.3.2.1 Dévalorisation de l'image du corps et Restauration narcissique 52

2.3.2.2 Déstructuration du schéma corporel et Réinvestissement corporel 52

2.3.2.3 Elaboration de la souffrance et des angoisses 53

2.3.3 Approche psychomotrice des soins antalgiques en soins palliatifs 53

2.3.3.1 Tenter de comprendre, être avec, évaluer 54

2.3.3.1.1 Tenter de comprendre 54

2.3.3.1.2 Être avec 54

2.3.3.1.3 Evaluer 55

2.3.3.2 Place de la relation et des limites en psychomotricité 55

2.3.3.2.1 La place de la relation thérapeutique en psychomotricité 56

2.3.3.2.2 Les limites de la prise en soin psychomotrice 56

3 ILLUSTRATIONS CLINIQUES 59

3.1 Madame Z. 59

3.1.1 Présentation de Madame Z. 59

3.1.1.1 Situation familiale 59

3.1.1.2 Situation médicale 59

3.1.1.2.1 Historique de la maladie 59

3.1.1.2.2 L'examen clinique 61

3.1.2 Première rencontre 61

3.1.2.1 Evaluation psychomotrice 62

3.1.3 Prise en soin psychomotrice 63

3.1.3.1 Première séance de soin : séance de toucher massage 63

3.1.3.2 Séance de balnéothérapie 64

3.1.4 Bilan de l'intervention psychomotrice 65

3.1.4.1 Imager sa douleur 66

3.2 Monsieur J. 68

3.2.1 Présentation de Monsieur J. 68

3.2.1.1 Situation familiale 68

3.2.1.2 Situation médicale 68

3.2.1.2.1 Historique de la maladie 68

3.2.1.2.2 Examen clinique 70

3.2.2 Première rencontre 71

3.2.2.1 Evaluation psychomotrice 71

3.2.3 Prise en soin psychomotrice 71

3.2.3.1 Première séance de soin : soin de toucher massage 71

3.2.3.2 Séances de bain thérapeutique 72

3.2.4 Bilan d'intervention psychomotrice 73

CONCLUSION 76

ANNEXES 79

Annexe 1 : Feuille de synthèse clinique et thérapeutique 79

Annexe 2 : Aide à la dimension éthique 81

Annexe 3 : Evaluation médico-infirmière de la douleur 82

Annexe 4 : Evaluation Numérique Simple 83

Annexe 5 : Echelle comportementale de François BOUREAU 84

Annexe 6 : Dessin représentant la douleur de Madame Z. 85

Annexe 7. Dessin représentant l'état dans lequel Madame Z souhaiterait se sentir à la fin de sa prise en soin 86

BIBLIOGRAPHIE 87

TABLE DES MATIERES 92