



HAL
open science

“ Tenez-moi la main ” : la psychomotricité dans l’accompagnement de lavages articulaires

Sonia Tchède

► **To cite this version:**

Sonia Tchède. “ Tenez-moi la main ” : la psychomotricité dans l’accompagnement de lavages articulaires. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01592132

HAL Id: dumas-01592132

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01592132>

Submitted on 22 Sep 2017

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.

« Tenez-moi la main »
La psychomotricité dans l'accompagnement de lavages articulaires



Mémoire présenté en vue de l'obtention du
Diplôme d'État de Psychomotricité

par

Sonia TCHEDRE

REMERCIEMENTS

Je remercie tous les patients rencontrés au cours de cette année, qui ont su m'interroger et qui ont collaboré à l'évolution de ma pratique, à la construction de ma place de future professionnelle.

Merci à tous les membres du service, au Dr Agnès Lebrun, à Annie et à Kadi pour leur accueil chaleureux en salle d'intervention, et au Dr Giraudet, à Belinda et à Colette pour leur accueil en éducation thérapeutique. Je remercie Méline, ma binôme.

Merci à vous, Marie-Thérèse Banchi, cadre tuteur psychomotricienne, de nous avoir permis de mener à bien nos expériences, de penser notre pratique en créant ce stage et pour votre bienveillance et votre gentillesse.

Merci à vous, Anne Gatecel, pour vos conseils judicieux allant à l'essentiel et votre soutien au cours de la rédaction de ce mémoire.

Merci à tous les psychomotriciens et psychomotriciennes rencontrés dans le cadre de mes stages, qui m'ont aidée à penser ce métier aux multiples facettes.

Un grand merci à toute ma famille, et plus particulièrement à mes parents et à mon frère pour leur présence et leur soutien, même à l'autre bout du monde.

Merci à toi, Cédric, pour ta patience et ta bienveillance au cours de ces trois années.

Et enfin, je remercie mes trois camarades, mes Ginettes, pour la bonne humeur, les fou-rires et le travail d'équipe tout au long de cette formation.

INTRODUCTION	5
PARTIE 1 - DOULEURS ET RHUMATOLOGIE	8
A. Présentation du stage	8
I. Qu'est-ce qu'un stage expérimental ?	8
II. Quelles propositions concernant les prises en charges ?	10
a. Education thérapeutique du patient	10
b. Accompagnement de geste invasif	11
B. Comprendre la douleur	13
I. Définition	13
II. Neurophysiologie de la douleur	14
III. Composantes de la douleur	16
a. Composante sensori-discriminative	16
b. Composante émotivo-affective	16
c. Composante cognitive	16
IV. Les différents types de douleur	17
a. En fonction du mécanisme générateur	17
▶ Douleurs nociceptives	17
▶ Douleurs neurogènes	17
▶ Douleurs psychogènes	18
▶ Douleurs idiopathiques	18
b. En fonction de la durée	18
▶ Douleur aiguë	18
▶ Douleur chronique	18
C. Répercussions psychomotrices de la douleur chronique	19
I. Tonus	19
II. Axe corporel	21
III. Rapport à l'espace et au temps	22
IV. Représentations corporelles	24
V. Enveloppe psycho-corporelle	26
PARTIE 2 - PSYCHOMOTRICITÉ ET ACCOMPAGNEMENT DE LAVAGE : NAISSANCE D'UN PROTOCOLE	29
A. Qu'est-ce qu'un lavage articulaire ?	29
I. Cadre de l'intervention	29
a. Equipe et règles d'hygiène	29
b. Déroulement de l'intervention	30
II. Le patient au coeur du service	31
a. La place du patient	31
b. L'hôpital, un environnement anxiogène ?	32
c. L'impact de l'intervention	33

▶ Subjectivité de la peur	33
▶ Le lavage un geste douloureux et traumatique pour le corps	34
▶ L'incertitude d'un retour à une vie normale	35
III. Les limites du cadre et la visée de la prise en charge	35
a. Limites environnementales	35
b. Objectif de la prise en charge	36
B. La relaxation	38
I. Définition	38
II. Rôle de la relaxation dans le cadre de patients douloureux	39
III. Adaptation du travail de relaxation dans le cas du lavage articulaire	39
a. Relaxation : méthode adaptable	39
b. Relaxation...respiration ?	41
c. Respiration et dialogue respiratoire	43
C. La naissance d'un protocole	44
I. Bienvenue en salle d'intervention	44
II. Bonjour, au revoir : la création d'une boucle	45
a. Bonjour, est-ce que je peux entrer ? La rencontre en chambre.	45
b. ... Au revoir, est-ce que je peux sortir ? La séparation en chambre.	46
PARTIE 3 - L'IMPORTANCE DE LA RELATION EN PSYCHOMOTRICITÉ	48
A. Au fil de la matinée : tissage de la relation et illustration clinique	48
I. Qu'est ce que la relation ?	48
a. Définition	48
b. Quelle place pour la relation en psychomotricité ?	48
c. Communications non-verbales	49
▶ Communiquer sous le masque	49
▶ Aie confiance, sois sans crainte... la question du regard.	51
d. Quelle forme de relation en psychomotricité ?	52
II. Accompagnement de lavage articulaire : illustration clinique et observations	53
a. Cas cliniques	54
b. Observations	59
▶ Subjectivité	59
▶ La relation, fil rouge de la prise en charge	59
B. Éléments de réflexion	61
I. Outils du psychomotricien	61
a. L'alliance thérapeutique	61
b. Le cadre : garant des limites	61
c. L'empathie : outil de la relation	63
II. Le psychomotricien, ce professionnel aux multiples facettes	64
CONCLUSION	67
BIBLIOGRAPHIE	70
ANNEXES	72

INTRODUCTION

« La douleur est sans doute l'expérience humaine la mieux partagée, avec celle de la mort : aucun privilégié ne revendique son ignorance à son endroit ou ne se targue de la connaître mieux que quiconque.¹ »

L'homme a de tout temps vécu la douleur. Alors qu'elle fut longtemps considérée comme normale voire nécessaire, et uniquement due à une lésion corporelle ou envisagée comme punition divine elle est aujourd'hui au coeur de la préoccupation médicale.

La douleur est un fait universel, envahissant, déroutant, particulièrement présent dans les services de soin. Depuis 1998 elle s'illustre d'ailleurs comme une problématique de santé publique ; en effet, le premier des trois plans douleur a été mis en place entre 1998 et 2000, visant à développer la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soin, à développer la formation des professionnels à son évaluation et à son traitement et à informer et prendre en compte les demandes des patients. Le deuxième plan, développé entre 2002 et 2005, poursuit ces objectifs en se centrant notamment sur la douleur provoquée par les soins et la chirurgie. Enfin, entre 2006 et 2010 le troisième plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur s'articule autour de quatre axes : améliorer la prise en charge des populations les plus vulnérables, améliorer la formation des professionnels de santé, structurer la filière de soins de la douleur et prôner une prise en charge de qualité en améliorant les modalités de traitement médicamenteux et en utilisant des méthodes non pharmacologiques.

La douleur n'est pas uniquement physique, elle est également psychique. C'est une souffrance émotion-dépendante, qui atteint le sujet dans son identité, dans son corps et dans son rapport à l'environnement. Elle est fonction de l'éducation, de la culture, de la sensibilité de chacun. Elle est très riche et à la fois très complexe. Dans cette perspective, la psychomotricité semble être une voie de prise en soin non médicamenteuse adaptée. Le soin psychomoteur s'est d'ailleurs développé ces dernières années dans les services de soins palliatifs ou encore dans les centres de douleur.

¹ LE BRETON D. (1995), p.23

La douleur consécutive à la pathologie est donc monnaie courante de la prise en charge du psychomotricien. Mais qu'en est-il des douleurs provoquées par les soins ou la chirurgie mises en avant par le second plan douleur ? Le soin ne signifie pas seulement le traitement médicamenteux. Dans certaines situations, il est nécessaire de léser le corps pour pouvoir soigner. C'est le cas dans les chirurgies ou bien pour les gestes médicaux dits invasifs. Et c'est le sujet que je souhaite aborder dans ce travail de fin d'étude.

J'effectue mon stage dans un service de soin rhumatologique à l'hôpital et la possibilité m'est donnée dans ce cadre d'accompagner des patients souffrants d'arthrose du genou durant leur lavage articulaire. L'hôpital dans lequel se déroule ce stage ne collabore pas avec des psychomotriciens. Le caractère *expérimental* de ce stage m'oblige à m'interroger sur une pratique de soin dans laquelle je dois trouver une place.

A cette occasion, mon questionnement est le suivant : en quoi l'intervention d'un psychomotricien dans le cadre d'un soin médical invasif paraît-elle pertinente ?

Quels sont les aspects de la prise en soin psychomotrice qui permettent ce travail ? Et à ce moment-là, le psychomotricien peut-il sortir du schéma habituel de prise en charge suivie au profit d'une intervention plus ponctuelle ?

Pour répondre à ces interrogations, je me base sur les hypothèses suivantes :

- les soins invasifs touchent à l'intégrité corporelle et ajoutent une dimension douloureuse à un corps déjà malmené par la pathologie rhumatologique.
- le psychomotricien au travers de son utilisation de la médiation et son instauration du cadre possède les outils nécessaires pour s'adapter à la situation et aux limites qu'elle entraîne.
- la relation a une place particulière en psychomotricité et permet une évolution du patient. L'attitude, l'écoute et l'implication corporelle du psychomotricien permettent l'alliance thérapeutique et soutiennent les prises en charges quelque soit leur temporalité.

Je m'intéresserai dans un premier temps au cadre du stage et au fonctionnement de la douleur afin d'établir le cadre et de poser les bases de mon travail de réflexion. Dans cette perspective, je développerai les composantes de la douleur et ses répercussions sur la corporéité du sujet. Dans un second temps j'aborderai plus précisément le déroulement du geste invasif et mon travail d'observation clinique afin de mettre en place un protocole d'accompagnement. Enfin, en m'appuyant sur ce qui ressort de cet accompagnement, la dernière partie de ce mémoire sera consacrée au fil rouge de cette prise en charge : la relation. J'illustrerai mon travail à travers deux rencontres qui m'ont marquée et je tenterai de répondre à mes questionnements.

PARTIE 1 - DOULEURS ET RHUMATOLOGIE

Au cours de ma seconde année, j'ai effectué mon stage long auprès d'enfants atteints de déficience intellectuelle. J'ai également pu expérimenter la psychomotricité auprès d'adultes dans des structures accueillant des patients atteints de troubles psychiatriques ou accueillant des personnes âgées durant mes stages courts. Ce qui m'a le plus marquée entre ces deux expériences a été la rencontre qui est très différente. J'ai été plus à l'aise avec les adultes. Ainsi, pour cette dernière année j'ai orienté mes recherches vers cette population et vers le milieu hospitalier qui me posait également question. Comment s'adapter à chacun dans un environnement où le cadre est fixe, uniformisé et régulé à la minute ?

A. Présentation du stage

I. Qu'est-ce qu'un stage expérimental ?

Toujours au cours de cette seconde année, les stages expérimentaux ont été évoqués à plusieurs reprises. Ma marraine elle-même en effectuait un et cela semblait lui apporter beaucoup.

Un stage expérimental est un stage qui se déroule au sein d'une structure ou d'un service dans lequel il n'y a pas de psychomotricien(ne). Le cadre de ses stages est précis :

- une personne appartenant au service ou à la structure supervise le stage et sert de référent. Ici, c'est la cadre de santé qui donne la possibilité d'intervenir en service de rhumatologie. Elle est psychomotricienne diplômée d'état mais exerce en tant que cadre au sein de l'hôpital.
- les étudiants travaillent en binôme et chacun doit en parallèle effectuer un second stage en compagnie d'un psychomotricien ayant au moins trois ans de D.E.
- les étudiants doivent également trouver un référent externe à la structure, psychomotricien exerçant de préférence dans le même domaine. Les étudiants

consultent régulièrement ce référent afin de rendre compte de leur travail, de leurs questionnements et afin d'avoir un suivi.

- Enfin, il est demandé aux étudiants de participer au groupe d'analyse des pratiques organisé par l'IFP pour les élèves de dernière année, une fois par mois.

J'ai pensé qu'il serait intéressant de faire ce type de stage pour ma pratique future. En effet, cela pourrait me donner un terrain d'expérimentation ainsi qu'un aperçu de l'autonomie que j'allais avoir en entrant dans le monde du travail. Plus personnellement cela pourrait me donner l'occasion d'affirmer ma position de psychomotricienne et de commencer à trouver mon identité de professionnelle.

Après avoir obtenu la liste des stages expérimentaux proposés, j'ai postulé pour celui qui fait l'objet de ce mémoire et que je vais vous présenter. Il s'agit d'un stage expérimental en service de rhumatologie. Je sais que les pathologies rhumatologiques sont majoritairement présentées par des adultes et je n'en avais jamais entendu parler en terme de prise en charge psychomotrice. Je me suis posé la question de l'intérêt de la psychomotricité dans un tel service et plusieurs idées me sont venues à l'esprit :

- les pathologies rhumatologiques sont souvent chroniques, ainsi cette chronicité doit avoir un certain impact sur le psychisme de l'individu
- les pathologies rhumatologiques sont des pathologies de la douleur et la douleur a un impact physique et psychique sur l'individu
- la rhumatologie concerne les pathologies de l'appareil locomoteur et concernent donc la mobilité de l'individu et par extension sa façon d'être au monde et d'interagir avec lui.

Ce choix a également été orienté par mon histoire personnelle. En effet, un de mes proches est atteint d'une maladie auto-immune rhumatologique et j'ai pu observer des modifications dans sa façon d'être pendant les crises de douleurs. Notamment une réduction de la mobilité, une grande fatigue et de l'incompréhension entraînant des répercussions dans le rapport aux autres, à l'environnement et au travail.

II. Quelles propositions concernant les prises en charges ?

La rhumatologie est une branche de la médecine qui s'intéresse aux pathologies de l'appareil locomoteur c'est-à-dire à tout ce qui concerne les os, les muscles, les articulations, tendons, ligaments... de l'affection neurologique à la maladie auto-immune. Ces pathologies ont un impact sur la façon de se mouvoir et donc sur l'indépendance, l'autonomie et l'identité. Elles sont généralement associées à des douleurs qui se chronicisent. Avec ce postulat en tête ma binôme et moi-même avons intégré le service dédié à cette discipline à l'hôpital au mois de septembre.

Deux propositions nous sont faites sur deux journées différentes : participer et intervenir dans le cadre de l'éducation thérapeutique auprès de patients (ETP) le vendredi et accompagner des patients en hospitalisation de jour au cours d'un geste invasif le mercredi.

a. Education thérapeutique du patient

Selon l'OMS² :

« l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »

² Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, *Therapeutic Patient Education - Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the fields of Chronic Disease*, traduit en français en 1998

Dans le cadre de ce stage nous rencontrons des patients atteints de sclérodémie³, polyarthrite rhumatoïde⁴ et spondylarthrite ankylosante⁵, pathologies rhumatoïdes chroniques. L'éducation thérapeutique se déroule sur deux vendredis successifs pour ces pathologies. Cela laisse le temps aux patients de s'imprégner de toutes les informations qui leur sont données et de préparer leurs questions. L'hôpital organise également des journées d'éducation thérapeutique dédiées aux aidants familiaux. L'éducation thérapeutique des aidants n'est pas pratique courante. Elle se déroule sur un vendredi, les participants n'étant pas des malades à proprement parler.

La proposition est la suivante : en fin de seconde journée d'éducation thérapeutique, nous devons présenter le métier de psychomotricien et proposer un travail corporel qui permettra au patient ou à l'aidant de s'apaiser et de se figurer les possibilités d'un travail psychocorporel⁶. Les séances d'éducation thérapeutique n'étant pas tous les vendredis, nous avons également la possibilité de proposer des séances individuelles aux patients que nous rencontrons et qui sont intéressés, sous réserve qu'ils soient patients du médecin qui organise l'ETP.

b. Accompagnement de geste invasif

On parle de geste invasif lorsqu'une méthode d'exploration médicale ou de soins nécessite une lésion de l'organisme. Pour ce travail de fin d'étude, j'ai choisi d'orienter ma réflexion sur cette partie du stage. En effet, j'ai été intriguée par la particularité du travail proposé et du cadre dans lequel nous allons le faire. De plus, je me suis posé la question de l'abord de la psychomotricité dans un espace où le patient n'est pas en suivi sur la durée et où la prise en charge se fait sur l'instant et se termine en suivant, rapidement.

³ Maladie auto-immune caractérisée par une sclérose progressive du derme et, dans certains cas, des viscères
Encyclopédie LAROUSSE

⁴ Maladie rhumatismale inflammatoire caractérisée par une atteinte de la synoviale (membrane conjonctive tapissant la face interne des articulations). Encyclopédie LAROUSSE

⁵ Affection chronique caractérisée par la survenue d'une arthrite touchant principalement les articulations sacro-iliaques et celles du rachis.

⁶ ZIRI D. (2016), *Le rôle du psychomotricien en éducation thérapeutique*, mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état, Paris.

Le geste invasif ici est un lavage articulaire, généralement effectué au niveau du genou. Ce traitement est proposé aux patients souffrant de douleurs, qui deviennent souvent chroniques, liées à une arthrose importante et pour lesquels les autres traitements antalgiques ne sont plus suffisamment efficaces. Parmi ces traitements figure l'infiltration articulaire⁷. Lorsque les gonflements et les douleurs reviennent rapidement ou ne disparaissent plus après cette dernière, le rhumatologue propose un lavage articulaire. C'est un geste médical pratiqué par un médecin rhumatologue. Il est important de noter que, même si la procédure n'est pas effectuée par un chirurgien et ne nécessite pas d'anesthésie générale, elle n'est possible qu'en salle d'intervention⁸ et impose une hospitalisation de jour car elle nécessite des conditions d'aseptisation rigoureuses. Généralement, le rhumatologue reçoit deux ou trois patients en une matinée.

La proposition d'intervention en psychomotricité est la suivante : rester auprès des patients au cours du soin et leur proposer un travail corporel à visée analgésique/ apaisante afin que le geste se déroule au mieux pour le patient. Cette proposition est née d'une demande de la cadre de santé⁹ qui est partie du constat suivant : la douleur est une constante prégnante dans les services de soin, et particulièrement dans les actes invasifs.

Les deux propositions de ce stage offrent un cadre d'intervention ponctuelle, mais l'ETP vise à un travail de prévention plutôt groupal¹⁰ alors que l'accompagnement au lavage invite à une prise en charge individualisée.

Avant de vous présenter le déroulement précis de l'acte, j'ai pensé important de situer le contexte en terme de répercussions psychocorporelles. En effet, je me suis questionnée quant à la sémiologie psychomotrice des patients que j'allais rencontrer. Le contexte de base pour ces personnes est une douleur chronique qui affecte le

⁷ l'infiltration articulaire consiste en une injection d'un médicament au sein de l'articulation. Elle est couramment préconisée dans les cas de douleurs articulaires aiguës accompagnées de symptômes locaux d'inflammation. Dans la majorité des cas on injecte un anti-inflammatoire à base de corticoïdes à effet retard.

⁸ La salle d'intervention peut être également appelée bloc opératoire.

⁹ La cadre de santé est psychomotricienne mais exerce en ces lieux en tant que cadre

¹⁰ Il existe des séances d'ETP individuelles. L'hôpital où se déroule le stage ne propose que des sessions de groupe.

membre inférieur. Outre le fait que la douleur a des composantes physiques et psychiques bien particulières, c'est aussi la capacité de déplacement et donc le rapport à l'environnement et l'intégrité corporelle qui sont attaqués. La zone est investie différemment par chaque patient et l'intervention la met en lumière et ajoute une composante de douleur aiguë jusqu'à ce que l'anesthésie fasse effet.

B. Comprendre la douleur

I. Définition

Le dictionnaire LAROUSSE définit la douleur selon deux aspects :

- sensation pénible, désagréable, ressentie dans une partie du corps
- sentiment pénible, affliction, souffrance morale ; chagrin, peine.

Ces deux définitions mettent en avant le double aspect de la douleur : il s'agit d'une sensation, reliée au système sensoriel et il s'agit également d'un sentiment, lié aux émotions.

La douleur est l'un des motifs les plus fréquents des consultations médicales et une préoccupation de plus en plus présente dans le domaine de la santé¹¹. C'est une expérience universelle que nous vivons tous depuis la naissance et jusqu'au décès. Initialement elle a un rôle de prévention du danger. En effet, la sensation douloureuse alerte la personne quant à l'apparition d'un trouble qui viendrait rompre la continuité corporelle. Nicolas DANZIGER en parle comme « une sensation envahissante et pénible qui vient soudainement rompre le silence bienveillant de notre corps¹². » C'est un signal qui informe de la rupture de l'intégrité corporelle.

L'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur¹³, quant à elle, définit la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes. »

¹¹ Trois plans douleur ont déjà été mis en place. Dernier en date : *Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 - 2010* consultable sur <http://social-sante.gouv.fr>

¹² DANZIGER N. (2010), p.9

¹³ IASP, définition officielle traduite en français

Alors que le lien entre douleur et lésion a toujours été établi nous savons aujourd'hui qu'en réalité elle ne se résume pas uniquement à un dommage physique. La définition de l'IASP nous indique que la lésion tissulaire n'a pas forcément besoin d'être présente pour que la douleur soit ressentie.

Pour comprendre et pouvoir penser la prise en charge de la douleur, il me semble important d'en saisir les mécanismes dans un premier temps et de faire un point sur ses composantes. J'aborderai ensuite les différents types de douleur, avant de me concentrer sur la douleur chronique et ses répercussions psychomotrices.

II. Neurophysiologie de la douleur

La perception de la douleur provient d'un système sensoriel spécifique. Son origine est périphérique : le stimulus douloureux, ou stimulus nociceptif, est intégré par les nocicepteurs. Les nocicepteurs sont des récepteurs localisés dans tout l'organisme qui ont le rôle de système d'alarme.

Ces terminaisons nerveuses sont formées par deux types de fibres : les fibres A β myélinisées et les fibres C non myélinisées. Nous savons que la myélinisation a un effet sur la vitesse de conduction des messages nerveux : les fibres myélinisées conduisent les messages plus rapidement. Ces deux types de fibres ne véhiculent pas les mêmes informations, et s'organisent en deux circuits :

- les fibres A β sont sensibles aux stimuli de température et de pression. Elles jouent un rôle dans la localisation du stimulus. En effet, elles activent des zones corticales somatotopiques qui permettent la détermination précise de la position du message douloureux. Ces zones sont désactivées à l'arrêt du stimulus. Ces stimulations sont associées à une sensation brève, intense et précise, du type de la piqûre, déclenchant un réflexe protecteur de retrait immédiat.
- les fibres C sont sensibles à l'intensité de la stimulation nociceptive. Elles n'ont aucun rôle dans la localisation de la douleur cependant, les zones corticales qu'elles activent ne sont pas spécialisées. Ainsi, lorsque le stimulus s'arrête, ces zones restent actives encore longtemps. Ces stimulations sont associées à une

sensation diffuse, mal localisée, apparaissant plus tardivement du type de la brûlure, traduisant une lésion tissulaire persistante.

Les fibres A β et C constituent les premiers neurones de la voie de la douleur, appelés aussi protoneurones, dont le corps cellulaire est situé dans la corne postérieure de la moelle épinière. Le message douloureux remonte ensuite le long du deuxième neurone, neurone spino-thalamique ou deutoneurone avant d'atteindre le troisième neurone. Ce dernier est appelé neurone thalamo-cortical, et va transmettre l'information au cortex cérébral. Le relai entre le deutoneurone et le neurone thalamo-cortical s'effectue au niveau du thalamus.

Au sein du système nerveux central, il n'existe pas de centre unique d'intégration, de discrimination et de mémorisation de la douleur. Comme cela a été évoqué plus haut, les deux circuits A β et C n'activent pas les mêmes zones et par conséquent n'ont pas les mêmes effets. En arrivant dans le cortex cérébral le neurone thalamo-cortical se projette vers plusieurs régions :

- le cortex sensoriel primaire : cette région contient les aires somesthésiques primaires et secondaires qui participent à localisation précise de la douleur et au codage de son intensité.
- le cortex frontal : cette région contient l'aire préfrontale qui est classiquement décrite comme responsable du caractère désagréable de la sensation douloureuse. Elle intègre les informations et les évalue en fonction des expériences antérieures. Elle est également le siège de différentes fonctions cognitives dites supérieures telles que le langage, la mémoire de travail, le raisonnement, et plus généralement les fonctions exécutives.
- le système limbique : ce système comporte l'hippocampe, l'amygdale, le gyrus cingulaire, le fornix et l'hypothalamus. Ce groupe de structures joue un rôle important dans le comportement et en particulier dans les émotions. Le système limbique, et plus particulièrement l'hippocampe, est également impliqué dans la formation de la mémoire à long terme.

La connaissance de la neurophysiologie de la douleur nous apporte des informations qui sont en corrélation avec les deux dimensions mises en évidence

dans la définition de l'IASP : les stimuli nociceptifs touchent des zones cérébrales responsables de l'aspect purement physique (« expérience sensorielle ») de la douleur que l'on appellera composante sensori-discriminative. Ils touchent également à des zones cérébrales responsables d'un aspect plus psychique (« expérience émotionnelle ») que l'on pourra nommer composante émotive-affective¹⁴. Nous pouvons constater qu'à cela s'ajoute une composante cognitive représentée par la stimulation de l'aire préfrontale.

III. Composantes de la douleur

a. Composante sensori-discriminative

Il s'agit de la composante qui englobe les voies physiologiques de la douleur qui permettent de la localiser, de déterminer son intensité et ses qualificatifs (profondeur, diffusion, piqûre, brûlure...). Il est question de l'aspect qui concerne l'atteinte corporelle, le physique. C'est la composante la plus représentative dans les cas de douleurs aiguës¹⁵.

b. Composante émotive-affective

Cette composante correspond aux aspects stressants, perturbants, déprimants ou pénibles de la douleur. Elle est en lien étroit avec le vécu émotionnel et peut s'illustrer par des troubles associés tels que la dépression ou l'anxiété.

c. Composante cognitive

Chaque individu possède ses propres représentations associées au vécu douloureux. La composante cognitive regroupe ainsi les pensées, les croyances, les représentations et les interprétations de chacun. Elle inclut également les stratégies cognitives que l'individu utilise dans les situations de stress.

Ces interprétations et représentations sont intimement liées aux expériences antérieures de douleur, à la culture de chacun et la façon dont la figure maternelle a

¹⁴ Melzack et Casey (1968) cités par MARCHAND S. (2009) p. 13

¹⁵ Voir IV.b.

pu réagir face aux premières expériences de vécu douloureux. La mémoire et les apprentissages jouent un rôle important. La cognition influence nos perception en guidant notre attention.

IV. Les différents types de douleur

La douleur s'inscrit dans une certaine globalité puisqu'elle touche à plusieurs composantes corporelles et psychiques. Les répercussions ne seront cependant pas les mêmes en fonction du type de douleur auquel nous avons à faire. On peut classer les douleurs selon deux aspects : en fonction du mécanisme générateur et en fonction de la durée. Les examens médicaux et questionnaires permettent de déterminer le type de douleur et d'adapter les traitements.

a. En fonction du mécanisme générateur

▶ Douleurs nociceptives

Les douleurs nociceptives sont provoquées par un excès de stimulation des nocicepteurs. Cela se traduit par des douleurs à type de brûlure, de piqûre, de pincement. Dans ce type de douleur le système nerveux n'est pas endommagé, il s'agit d'une hyperalgésie¹⁶ localisée traduisant une irritation anormale. Ce sont les plus fréquentes en clinique, elles correspondent en pratique aux douleurs cancéreuses et aux inflammation chroniques (lésion tissulaire ayant tendance à durer). Elles peuvent être accentuées par une activité motrice.

▶ Douleurs neurogènes

Les douleurs neurogènes sont représentées par l'ensemble des douleurs neuropathiques. Elles sont dues à une lésion du système nerveux central (moelle, tronc cérébral, encéphale) ou périphérique (nerf, racine). Elles s'expriment en particulier au niveau des territoires cutanés dans lesquels la sensibilité est réduite voire totalement supprimée.

¹⁶ Réponse exagérée à une stimulation normalement douloureuse. Cette définition fait référence à un seuil de douleur anormalement bas. MARCHAND S. (2009), p.24

‣ Douleurs psychogènes

Les douleurs psychogènes ne sont pas dues à des lésions. Elles peuvent se rencontrer dans des pathologies du registre de la névrose ou de la psychose, en étant associées par exemple à un syndrome dépressif ou un état de stress ou d'anxiété. Elles peuvent aussi être associées à des douleurs neurogènes ou nociceptives déjà présentes qui seraient majorées par un trouble psychique qui apparaîtrait secondairement.

‣ Douleurs idiopathiques

On parle de douleurs idiopathiques lorsque l'on ne trouve aucune cause nociceptives, psychogènes ou neurogènes. Leur mécanisme est totalement inconnu.

b. En fonction de la durée

Dans cette classification le temps est une variable fondamentale et permet de distinguer deux types de douleurs : douleur aiguë et douleur chronique.

‣ Douleur aiguë

La douleur aiguë a un rôle de signal d'alarme et de protection de l'organisme. Elle dure généralement moins de 30 jours et permet de reconnaître l'existence d'un problème. Elle est essentielle à notre survie : en effet elle vient « rompre le silence bienveillant de notre corps¹⁷ » et nous permet de réagir en conséquence. Son utilité est reconnue par chacun bien qu'elle reste une expérience désagréable. Elle a un sens pour tout le règne animal. Elle disparaît lorsque l'évènement déclencheur est résolu.

‣ Douleur chronique

La douleur chronique est une douleur qui dure depuis au moins 6 mois¹⁸. Elle n'a pas ce rôle de protection et persiste même lorsque l'évènement déclencheur est résolu. Dans ce cas, elle devient source de mal être et d'incompréhension. C'est une

¹⁷ DANZIGER N.(2010), p.9

¹⁸ En fonction des auteurs cette durée oscille entre 3 et 6 mois.

douleur qui ne cesse pas et ne laisse pas de répit. Le sujet douloureux chronique ne peut penser à autre chose. Il est envahi par sa souffrance et souvent, il est incompris par son entourage ce qui se traduit parfois par un isolement ou l'évitement de certaines situations.

On ne peut y donner un sens raisonnable et ses répercussions ne sont pas uniquement physiques, elles sont également psychiques, sociales et affectives. La douleur atteint tous les domaines de la vie de l'individu, son corps propre mais aussi son environnement. Ainsi, les fonctions psychomotrices seront également touchées : la personne douloureuse est atteinte dans son identité¹⁹. A ce moment là, la douleur chronique peut être considérée comme une maladie à part entière.

C. Répercussions psychomotrices de la douleur chronique

Les atteintes psychomotrices consécutives à la douleur sont globalement les mêmes quelque soit le type de douleur. Cependant, elles sont présentes peu de temps en crise aiguë alors qu'elles persistent durablement dans les situations de douleur chronique. Ainsi, l'identité psychomotrice de l'individu est mise à mal sur le long terme ce qui peut entraîner une modification.

Les domaines susceptibles d'être touchés sont les suivants : le tonus, l'axe corporel, les représentations corporelles (composées du schéma corporel et de l'image du corps), les rapports à l'espace et au temps et l'enveloppe psychocorporelle.

I. Tonus

Le tonus et sa fonction sont des éléments essentiels en psychomotricité et couvrent plusieurs dimensions.

Au sens physiologique strict, le tonus est défini comme « L'état de contraction

¹⁹ L'identité est définie comme un processus psychologique de représentation qui se traduit par le sentiment d'exister en tant qu'être singulier et d'être reconnu comme tel par autrui ; il donne lieu à un sentiment d'estime de soi et de conscience de soi.

légère et permanente des muscles striés, assurant l'équilibre du corps au repos et le maintien des attitudes, contrôlé par les centres cérébraux et cérébelleux²⁰. » Il joue un rôle fondamental dans le développement de l'enfant dont il représente, au début de la vie, un marqueur neurologique important, ainsi qu'un moyen de communication essentiel. Enfin, « le tonus constitue le fondement même de la posture, du mouvement et des dynamiques d'interaction avec l'environnement et se trouve en cela au carrefour du psychique et du somatique. Le tonus est d'une importance fondamentale dans l'organisation émotionnelle²¹. »

Ainsi, les dimensions affectives et relationnelles du tonus sont indissociables de son aspect physiologique. On distingue trois formes :

- le tonus de fond : également appelé tonus basal, il permet la cohésion entre les différents segments du corps et ne disparaît jamais, même au repos. Il soutient « le sentiment d'unité corporelle et d'individuation et constitue une véritable « enveloppe tonique » en support de l'enveloppe-peau²². »
- le tonus postural : il est représenté par l'activité minimale qui va permettre le maintien des postures. Il est influencé par la réception de stimuli externes et permet l'activité posturale, sous-bassement nécessaire à la préparation de l'action.
- le tonus d'action : il permet de préparer et soutenir le mouvement et l'action grâce à un recrutement tonique adéquat. Il est donc « à la base de la motricité globale (locomotion, gestuelle...) ainsi que de la communication non verbale et du langage²³. »

L'état tonique est un indicateur important : nous allons pouvoir associer une hypertonie désagréable à des états d'angoisse, de malaise, de colère ou d'anxiété... ou encore associer une hypotonie désagréable à un état de dépression, de désespoir, d'impuissance...

²⁰ <http://www.cnrtl.fr/definition/tonus>

²¹ ROBERT-OUVRAY S., SERVANT-LAVAL A. (2011) p.145

²² ibid p.155

²³ ibid p.156

En ce qui concerne la douleur, on retrouve souvent deux types d'attitudes toniques : soit l'individu va se construire une carapace, coquille de protection hypertonique contre l'attaque de son être que représente la douleur, soit on se retrouvera face à une absence de tonus, une hypotonie marquant un désinvestissement corporel, une désertion, genre de fuite physique et psychique visant à lutter d'une façon différente contre le même mal. Le tonus étant la trame du mouvement, ses modifications ont également un impact sur la mobilité de la personne douloureuse.

II. Axe corporel

Benoit LESAGE écrit « ...l'axialité est un des fondamentaux de la structuration psychocorporelle²⁴. » Anatomiquement, l'axe est représenté par le tronc, le cou et la tête. Sa position centrale, reliant les deux ceintures, est au coeur de la mobilité et permet au sujet de se redresser, de se verticaliser, et de s'ouvrir à l'autre et à son environnement, ou au contraire de s'enrouler et de se recentrer sur soi et ses perceptions. Intimement lié aux notions spatiales et au tonus, il permet l'émergence des fonctions instrumentales. La verticalité est une spécificité de l'espèce humaine. « Elle est porteuse de valeurs narcissiques, des dimensions d'autonomie, de confiance en soi, de dignité et elle modifie profondément le rapport de la personne à son environnement.²⁵ »

Par axe corporel, nous n'entendons pas seulement une structure physique. En effet, « se poser dans son axe et s'organiser à partir de là s'entend tant au niveau posturo-moteur que psychique. On dit facilement d'un individu malade qu'il perd la boussole ou qu'il est "désaxé".²⁶ » Ainsi, pour Suzanne ROBERT-OUVRAY et Agnes SERVANT-LAVAL : « avoir un bon axe psychique c'est avoir une stabilité affective primaire narcissique : la certitude d'être aimé qui donne confiance en soi et qui permet d'aller de l'avant et d'oser expérimenter de nouvelles situations. C'est avoir la capacité de se mouvoir affectivement à partir de cette sécurité de base. C'est également avoir un Moi organisé et adapté aux situations de la réalité et c'est ne pas

²⁴ LESAGE B., (2012) p147

²⁵ ROBERT-OUVRAY S., SERVANT-LAVAL A.(2011), p. 170

²⁶ LESAGE B., (2012) p.147

confondre réalité et imaginaire.²⁷ » La considération de l'axe en tant que marqueur psychique et physique permet de comprendre l'organisation psychique de l'individu autour d'un élément anatomique stable.

Lorsque la douleur devient chronique, envahissante, incompréhensible, l'organisation du Moi est touchée. Les patients sont limités dans leur possibilité de mobilité, l'axe n'est plus un organisateur central de l'action. Le tonus étant un modulateur de la position de cet axe : on peut, dans les cas d'hypertonie, trouver un axe droit, tendu dans une attitude de maintien. On peut également dans les cas d'hypotonie, trouver un axe affaissé, courbé dans une attitude de repli.

« L'axe vertébral étaye la perception/construction de l'espace ainsi que l'investissement de celui-ci. L'axe sert de référence dans l'organisation corporelle entre avant/arrière, droite/gauche et haut/bas. Entre l'avant et l'arrière se différencient, respectivement, des fonctions d'action, de locomotion et de relation d'une part, un rôle de support et de sécurité d'autre part.²⁸ »

La douleur attaque ce rôle de support et de sécurité en interférant avec l'organisation physique et psychique du sujet douloureux.

III. Rapport à l'espace et au temps

Espace et temps sont deux organisateurs physique et psychique indissociables qui interviennent pour le sujet bien avant la naissance. Dans le ventre de sa mère, le bébé est entouré par un espace délimité qui lui apporte ce dont il a besoin, et sa vie temporelle est organisée en corrélation avec les rythmes de sa mère.

Pour interagir avec le milieu qui nous entoure, pour le penser, le comprendre, nous nous basons sans cesse sur des données spatiales et temporelles. « Espace et Temps sont des organisateurs du corps. Ils donnent un cadre de référence à nos sensations, nos perceptions, nos mouvements et nos gestes. Ils sont à la fois agent intégrateur, étai et référentiel de notre vécu sensori-moteur²⁹. » Ils interviennent

²⁷ ROBERT-OUVRAY S., SERVANT-LAVAL A., (2011) p. 173

²⁸ ibid p.172

²⁹ GALLIANO A-C, PAVOT C., POTEL C. (2011), p.219

également en temps que support de la relation et ont un rôle dans l'intégration symbolique des expériences et dans la dynamique de construction de l'être, de sa subjectivité.

- *Espace*

« L'espace est une donnée fondamentale de l'adaptation de l'être à son milieu. La structuration spatiale permet à l'homme de se repérer dans son environnement, mais aussi de se mouvoir, d'organiser ses mouvements dans un cadre spatial référencé. L'espace, c'est aussi la distance, ce qui sépare le soi et le non-soi, l'autre, l'objet. C'est le support de la relation, de la communication. La reconnaissance d'un espace extérieur au corps propre ; un dedans et un dehors déterminés par les premières enveloppes, puis par la conscience d'un soi limité et unifié. »

L'espace intervient dans tous les domaines de la vie. C'est une notion essentielle qui permet à l'homme de se figurer en tant qu'être parmi les autres au travers de la relation, de la structuration spatiale. C'est une base de la construction identitaire, liée aux autres fonctions psychomotrices.

Dans les situations douloureuses, la désorganisation de l'axe diminue la mobilité et les actions du sujet. Les déplacements dans l'espace sont restreints, limités à l'essentiel, parfois confinés au domicile. Ainsi, la perception même de l'espace physique et environnant se modifie. La zone douloureuse devient centre de préoccupation de l'espace corporel, qui est investi de façon différente. Cet investissement modifié de l'espace interne a une répercussion sur l'investissement de l'espace externe.

- *Temps*

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) le temps est un « milieu indéfini et homogène dans lequel se situent les êtres et les choses et qui est caractérisé par sa double nature, à la fois continuité et succession.³⁰ ». Au même titre que l'espace dont on ne peut le dissocier, le temps est un organisateur fondamental. L'agir et la pensée s'organisent dans un espace et une temporalité donnés.

³⁰ <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/temps>

Ce n'est pas une notion innée, il est d'abord éprouvé corporellement avant d'être intégré psychiquement. La vie est rythmée par le temps : chaque action, chaque instant a une temporalité. Ces trois composantes sont la durée, l'ordre et la succession. Elles permettent une motricité appropriée et un ancrage dans la réalité.

« Le rythme est également une donnée de l'adaptation humaine : nous avons tous des rythmes différents et pourtant nous devons nous adapter à des rythmes collectifs, professionnels, sociaux. Cet ajustement se construit progressivement, modulation après modulation, s'adapter sans se perdre soi-même [...] Ainsi le rythme, omniprésent, du fond de notre corps propre aux réalités sociales et collectives nous inscrit-il d'emblée et tout au long de notre vie à la dimension du temps.³¹ »

Le temps a plusieurs dimensions : une dimension biologique représentée par les rythmes naturels du corps et de l'environnement, une dimension objective illustrée par le temps de la montre, le temps quantifiable, et une dimension subjective qui est étroitement associée aux notions de plaisir et de déplaisir.

Nous l'avons vu, la douleur est un phénomène subjectif. Sa temporalité l'est également, elle s'inscrit dans la longueur, associée à des sensations déplaisantes, désagréables. Le temps de la douleur est interminable, le rythme est ralenti et cela se répercute dans les domaines d'interaction avec l'environnement : les mouvements sont lents, la relation est troublée. Le rythme habituel est désorganisé et la douleur devient un nouvel organisateur temporel. A cela il faut ajouter la temporalité des traitements éventuels qui modifient le rythme biologique du sujet : le médicament a des effets physiologiques sur l'organisme et une certaine durée de vie.

IV. Représentations corporelles

Par les termes représentations corporelles, j'entends aborder l'image du corps et le schéma corporel. Ces deux notions concernent la façon dont l'individu perçoit et se représente son corps. Ce sont deux modèles de compréhension du même phénomène.

- *Schéma corporel*

³¹GALLIANO A-C, PAVOT C., POTEL C. (2011), p.228

Ajuriaguerra propose la définition suivante du schéma corporel : « édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification³² » (Ajuriaguerra, 1970)

Ainsi, le schéma corporel se base sur l'intégration corticale de toutes les perceptions que nous recevons à chaque instant. Il est remis à jour constamment, à chaque mouvement, chaque expérience. « Le schéma corporel (système de localisation) correspond à un ensemble de représentations pour l'action et répond donc à la fameuse question "Où ?" [...] mais aussi à la question "Comment ?" [...], fournissant les informations sur la posture et les coordonnées spatiales des différentes parties du corps [...]»³³ »

La douleur impacte le schéma corporel dans la mesure où elle est une sensation désagréable intégrée par le cortex. Elle influe sur les perceptions et les données kinesthésiques et visuelles. Elle modifie la mobilité, l'investissement spatial et temporel. L'appauvrissement des expériences motrices et la baisse de stimulations sensorielles aboutissent à un désinvestissement progressif du corps. Le sujet douloureux réorganise son schéma corporel en fonction des zones douloureuses.

- *Image du corps*

L'image du corps est indissociable du schéma corporel, en dehors de situations anormales ou pathologiques, l'interaction entre les deux est continue et permanente. Selon Paul SCHILDER « L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes.³⁴ » Elle diffère du schéma corporel par les affects et les représentations qu'elle prend en compte dans son évocation du corps. Elle est dynamique, en perpétuel remaniement et sa construction repose majoritairement sur

³² AJURIAGUERRA J, cité par GUIOSE M. sur le site chups-jussieu.fr

³³ ALBARET J-M. (2011), p.192

³⁴ SCHILDER P. (1968), p.35

les expériences relationnelles. Elle se modifie en fonction de notre vie fantasmatique, c'est une représentation imaginaire du corps. Elle est spécifique à chacun, fonction de l'histoire de vie, et relève de processus inconscients.

« Il semble que, comme le toucher, la douleur aussi, même superficielle, soit sentie à un niveau qui est psychologiquement situé en retrait de la surface visible (perçue ou imaginée) du corps. La douleur doit être localisée, et par conséquent reliée à l'image du corps.³⁵ » L'image du corps est chargée de notre identité, elle est le support du narcissisme. Elle donne le sentiment d'exister, d'être unique parmi les autres. La douleur entraîne un désinvestissement de la zone douloureuse ou un surinvestissement de cette même zone au détriment du reste du corps. Dans les deux cas, cela a des conséquences sur l'exploration motrice et la façon de se mouvoir : l'image du corps est déformée. Parfois le schéma corporel l'est aussi par les changements posturaux que la douleur peut inscrire dans le corps.

V. Enveloppe psycho-corporelle

Les limites du corps se construisent progressivement au travers de la relation et des expériences. En effet, « C'est dans la relation au corps de la mère que se forme la constitution d'une enveloppe qui contient, protège, limite. La peau³⁶ en est la composante concrète - ressentie, éprouvée, sécurisante - qui va constituer le premier maillon et la première surface d'inscription d'une représentation d'un corps unifié, rassemblé.³⁷ » La mère, au travers des soins et de l'attention qu'elle porte à son enfant, met du sens sur les sensations, les vécus. L'enfant intègre progressivement les limites de son corps ce qui lui permet de différencier un dedans et un dehors, un soi et un non-soi. La peau représente l'enveloppe corporelle, le contenant qui délimite le contenu du reste du monde. Elle est la partie concrète, palpable, de l'enveloppe psychocorporelle.

³⁵ *ibid* p.121

³⁶ Catherine POTEL définit la peau comme « un sac qui contient l'intérieur du corps et qui sépare de l'extérieur, tout en maintenant une fonction facilitatrice et régulatrice des échanges nécessaires à la vie entre dedans et dehors. » *ibid* p.137

³⁷ POTEL C. (2010) p. 139

L'enveloppe psychique peut remplir la fonction de délimitation entre l'espace du monde interne et l'espace du monde externe du sujet. Elle assure la cohésion du psychisme tout en permettant des communications entre le monde intérieur et extérieur. Pour Didier ANZIEU, l'enveloppe psychique est constituée de deux couches qui diffèrent par leur fonction :

« La couche la plus externe, la plus périphérique, la plus durcie, la plus rigide, est tournée vers le monde extérieur. Elle fait écran aux stimulations, principalement physico-chimiques, en provenance de ce monde. C'est le pare-excitation. La couche interne, plus mince, plus souple, plus sensible a une fonction réceptrice. Elle perçoit des indices, des signaux, des signes, et elle permet l'inscription de leurs traces.³⁸ »

Plus simplement, la couche interne est appelée enveloppe de communication ou de signification et la couche externe est appelée enveloppe d'excitation.

Pendant l'enfance la douleur a une fonction dans la construction de l'enveloppe, elle participe aux expériences sensorielles sur lesquelles la mère mettra du sens. « elle [la mère] maximise les fonctions de peau maintenant et contenant, pour que l'enfant la réintrojecte suffisamment comme objet support, rétablisse son Moi-peau, renforce son pare-excitation, tolère la douleur ramenée à un degré supportable et garde espoir en la possibilité de guérison³⁹. »

La douleur lorsqu'elle est intense et durable désorganise le corps et le psychisme, elle menace l'intégrité de l'unité corporelle. Elle affecte les capacités à penser, à se mouvoir, à être. « La douleur, si on échoue à la soigner et/ou à l'érotiser, menace de détruire la structure même du Moi-peau, c'est-à-dire l'écart entre sa face externe et sa face interne, aussi bien que la différence entre sa fonction de pare-excitation et celle d'inscription des traces signifiantes.⁴⁰ »

La douleur représente une expérience pluridimensionnelle qui associe une composante sensori-discriminative, une composante emotivo-affective et une composante cognitive qui interagissent les unes avec les autres et qui influencent les

³⁸ ANZIEU D. (1985) p.258

³⁹ Ibid. p.228

⁴⁰ Ibid

comportements de la personne douloureuse. C'est un phénomène complexe qui atteint la personne dans sa façon d'être, son rapport au monde et à son corps, en somme dans son identité. De nombreuses études abondent dans ce sens et démontrent que le caractère et l'intensité des douleurs que l'individu ressent sont fonction des expériences passées et des souvenirs qu'elles évoquent. Il y a donc une part omniprésente de subjectivité dans le vécu douloureux. « La douleur ne se partage pas, [...] chacun est seul face à elle.⁴¹ ». Cela s'inscrit dans une globalité et a des répercussions sur tous les aspects de la vie du sujet.

Ce que je viens de développer apporte un éclairage quant au vécu douloureux de façon globale, et pose le contexte de l'hospitalisation pour un lavage articulaire. Les patients souffrent d'une douleur chronique qui touche l'articulation du genou ; on leur propose un soin invasif, douloureux pour les soulager. **Comment, à partir de la demande et de l'environnement, proposer une prise en soin adaptée ?**

⁴¹ Ibid.

PARTIE 2 - PSYCHOMOTRICITÉ ET ACCOMPAGNEMENT DE LAVAGE : NAISSANCE D'UN PROTOCOLE

La demande initiale est l'accompagnement, le soutien, la proposition d'un travail corporel à visée analgésique au patient au cours du lavage afin que ceux qui éprouvent de l'appréhension, des angoisses et/ou des douleurs puissent se relâcher et que le geste se déroule au mieux pour eux et pour le médecin. Dans un premier temps et pour pouvoir proposer une prise en charge cohérente avec la demande et l'environnement, j'ai assisté à plusieurs lavages en tant qu'observatrice. Ce travail d'observation m'a permis de me saisir du protocole de l'intervention, de repérer la place du patient, physique et relationnelle, dans le processus et d'entamer mon activité de réflexion.

Dans la suite de ce mémoire je présenterai plusieurs vignettes cliniques, parfois de simples phrases, sur lesquelles j'ai appuyé ma réflexion.

Le lavage articulaire est proposé aux patients souffrant de douleurs, qui deviennent souvent chroniques, liées à une arthrose importante et pour lesquels les autres traitements antalgiques ne sont plus suffisamment efficaces. Concrètement, comment se déroule un lavage ?

A. Qu'est-ce qu'un lavage articulaire ?

I. Cadre de l'intervention

a. Equipe et règles d'hygiène

Les patients sont hospitalisés au deuxième étage et la salle d'intervention se situe dans le même service au quatrième étage. L'équipe qui pratique le lavage est composée habituellement de trois personnes :

- le médecin rhumatologue : son rôle est d'exécuter l'acte médical
- l'infirmière : elle assiste le médecin et l'aide à se préparer
- l'aide soignant(e) : son rôle est de monter les patients et leurs dossiers et de venir les chercher en fin de geste. L'aide soignant(e) est également chargé(e) de nettoyer la salle entre deux interventions.

La salle d'intervention implique des règles d'hygiène et d'asepsie extrêmement strictes : l'ensemble de l'équipe doit se changer et porte un habillement stérile. Cette tenue est composée d'un pyjama, d'une charlotte, de chaussures appropriées et de sur-chaussures ainsi que d'un masque. Ces vêtements seront jetés en fin d'acte. Le médecin porte en plus une blouse et deux paires de gants.

b. Déroulement de l'intervention

Avant de commencer le geste, le médecin lit attentivement le dossier et s'assure que le patient ne présente aucune allergie à l'un des produits qui seront utilisés.

L'intervention se déroule selon plusieurs étapes rigoureusement appliquées : le patient porte une blouse jetable, des chaussons, un masque et une charlotte. Il a préalablement pris une douche antiseptique et doit patienter dans un petit box avant d'entrer en bloc.

Lorsque la salle est prête, l'infirmière et l'aide soignante font entrer le patient et l'installent sur la table. Cette dernière est assez étroite et positionnée au centre de la pièce. Quand le patient est allongé, la lumière est faite sur son articulation. Celle-ci est lavée une seconde fois avec un antiseptique. Il me paraît important de préciser qu'une fois que le patient est allongé sur la table il ne doit pas faire de mouvements afin d'éviter tout risque de contamination.

Lorsque le médecin s'est équipé de sa blouse et de ses gants, il pose un champ stérile sur le genou : l'acte à proprement parler débute. L'objectif est de faire passer au moins un litre de liquide de lavage au travers du genou.

- La première étape est une ponction sur le versant externe de l'articulation. Le liquide extrait est gardé et analysé systématiquement.
- La deuxième étape est l'anesthésie : elle est locale et se fait sur les versants externe et interne du genou. Le liquide est susceptible de provoquer des sensations de brûlure pendant quelques secondes et l'injection du produit fait gonfler l'articulation.
- Après quelques minutes, le temps que l'anesthésiant fasse effet, deux aiguilles

d'un diamètre compris entre 2 et 4 mm sont placées de part et d'autre du genou (une sur le versant interne et une sur le versante externe). La première aiguille est reliée à une perfusion de sérum physiologique⁴² et la seconde permet l'évacuation du liquide de lavage. Lorsque le litre de sérum physiologique est écoulé, les aiguilles sont retirées et un anti-inflammatoire est injecté.

- Enfin, la dernière étape est la pose du pansement : les trous laissés par les aiguilles sont rebouchés par des steri-strip⁴³ (ou par un point de suture si nécessaire) et le genou est entouré par une bande.

Le protocole ne varie jamais et tous les gestes sont identiques quelque soit le patient. La procédure est rigoureuse et le cadre est invariable. L'acte en lui-même est bref mais le patient reste allongé entre 45 minutes et une heure. En effet, la préparation du matériel et de l'habillage stérile du médecin représentent les temps les plus longs.

Pour pouvoir mettre en place un protocole et faire des propositions cohérentes aux patients, je me suis posé plusieurs questions :

- que se passe-t-il pour le patient ?
- quelle est la place de l'environnement et de l'intervention ?
- quelles sont les limites de l'environnement et quelles sont mes possibilités ?

II. Le patient au coeur du service

a. La place du patient

Afin de bénéficier du lavage articulaire, les patients sont admis en hospitalisation de jour au deuxième étage dans le service de rhumatologie. Ils arrivent tôt le matin et ne quittent l'hôpital qu'en milieu d'après-midi. Tout au long de la journée ils rencontreront différents professionnels du service. À leur arrivée une infirmière les installe dans leur chambre, une autre leur distribue le petit déjeuner et une troisième les emmène à la douche avant de monter au bloc. Entre temps, le

⁴² Le sérum physiologique est le liquide qui lave l'articulation. Il est composé d'eau distillée et de chlorure de sodium

⁴³ Le steri-strip est une bande adhésive mince qui peut fermer des coupes(diminutions) et des incisions sans points

médecin interne sera passé pour expliquer le processus, procéder à un questionnaire et vérifier les résultats des analyses.

On sait quand on arrive mais on ne sait pas quand on repart.⁴⁴

Ainsi, entre l'entrée et la sortie, les patients verront passer beaucoup d'intervenants sans avoir d'information précise quant à l'heure exacte de leur passage en bloc. La seule donnée certaine est que l'intervention se déroulera dans la matinée. L'organisation temporelle de chacun est modifiée et incertaine, dépendante du nouvel environnement, du rythme hospitalier. De plus, le service est de taille conséquente, divisé en plusieurs étages. Les chambres sont situées au deuxième étage mais l'intervention se fait au quatrième. Les équipes sont différentes entre ces niveaux bien qu'appartenant au même service. Les patients apprennent ce changement au moment où on vient les chercher pour pratiquer le lavage.

L'anticipation n'est pas possible et cela laisse place à un certain doute quant au déroulé de la journée : les repères spatiaux et temporels ne sont plus fiables. Les patients sont entièrement dépendant de leur environnement, de son rythme et de son organisation. Ce manque de contrôle sur soi, sur ses déplacements, sur sa temporalité s'ajoute à la dimension de douleur pathologique que les patients viennent soigner.

Je suis stressé, c'est la première fois de ma vie que je suis hospitalisé.

b. L'hôpital, un environnement anxiogène ?

Il est courant d'entendre des propos négatifs concernant l'hôpital, en tant que lieu, dans sa dimension symbolique. Il est associé à de la gravité : une hospitalisation est à prendre au sérieux. Les sons, les odeurs, les couleurs sont porteuses de représentations différentes pour chacun : pour certains ce sera la mort, la maladie grave, pour d'autres la douleur, l'attente, la perte...

⁴⁴ Ces phrases sont des verbatim de patients, qui m'ont guidés dans mon questionnement.

Le milieu hospitalier est associé à l'urgence, aux troubles de santé importants. Certains peuvent en parler comme d'une « usine à soins⁴⁵ » au sein de laquelle la mort est partie intégrante.

Je réfléchis à la dernière fois que je suis venue à l'hôpital pour moi... Bien sûr pour mes deux maternités. Et encore deux fois pour des petits soucis pas très rigolos.

Bien qu'il puisse être également le berceau de la vie, symbole de joie et de fraîcheur quand il s'agit de naissance, l'hôpital est majoritairement anxiogène pour les patients. Que ce soit pour soi, ou pour un proche, il est rare d'entendre l'homme parler avec légèreté d'une hospitalisation.

Lorsque l'on pénètre dans ce système, les rapports à l'espace et au temps sont totalement modifiés et il y a une perte de l'influence que l'on peut avoir sur le cours de son existence. On remet sa vie entre les mains de professionnels dans un milieu qui n'est pas le nôtre, on se laisse faire. Ceci implique de faire confiance à cet environnement ce qui est loin d'être possible pour tout le monde.

Chaque personne possède sa propre représentation du milieu hospitalier et cette dernière est fonction de son histoire, entièrement subjective. Tout comme le vécu douloureux peut l'être et tout comme les peurs le sont. En effet, au cours de mes nombreuses rencontres j'ai pu constater que chaque patient avait des appréhensions différentes par rapport à sa présence en ces lieux et à l'objet du soin.

Vous savez, ce n'est pas tellement le lavage qui me tend. C'est le fait d'être à l'hôpital, dans le bloc et tout...

c. L'impact de l'intervention

J'ai peur d'avoir mal.

► Subjectivité de la peur

Cette phrase prononcée par plusieurs patients était celle que je m'attendais à entendre le plus. En effet, le lavage articulaire, par l'intrusion des différentes aiguilles

⁴⁵ COENEN-HUTHER J. (1991), p.128

induit une notion de douleur non négligeable puisqu'elle nécessite une anesthésie, locale. Dans un contexte de douleur chronique quasiment constante comment ne pas appréhender une majoration de cette douleur par l'intervention ? Pourtant j'ai été surprise par la diversité de l'expression des peurs de chacun.

Moi c'est l'hygiène qui me fait peur. Vous savez, mon fils a eu une infection très grave suite à une opération du genou.

J'ai très peur des aiguilles.

J'ai peur d'avoir des trous.

► Le lavage un geste douloureux et traumatique pour le corps

Qu'évoque le terme traumatisme ? Le dictionnaire LAROUSSE définit le traumatisme comme « ensemble des lésions locales intéressant les tissus et les organes provoquées par un agent extérieur ; troubles généraux qui en résultent⁴⁶. » À cela le CNRTL⁴⁷ ajoute une dimension psychologique/psychanalytique : « Tout événement subit, brutal, entraînant pour le sujet qui en est victime des transformations plus ou moins profondes, plus ou moins réversibles⁴⁸. »

Dans le cas du lavage, le traumatisme est représenté par l'intrusion d'une articulation douloureuse par deux aiguilles au diamètre relativement imposant. Ces aiguilles traversent peau, tissus graisseux et membrane articulaire pour se loger dans le genou et y rester un moment.

Le lavage articulaire est une intrusion au sens propre du terme, il laisse des trous, il entame l'enveloppe. Le geste médical peut être vécu comme une agression, une nouvelle atteinte à l'intégrité corporelle déjà menacée par la douleur. Un trou laisse ouverte la frontière entre le dedans et le dehors du corps. La violence réside dans ce perçage de l'enveloppe qui nécessite d'endormir les sensations par une anesthésie.

⁴⁶ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/traumatisme/79279>

⁴⁷ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

⁴⁸ <http://www.cnrtl.fr/definition/traumatisme>

► L'incertitude d'un retour à une vie *normale*

Les patients arrivent avec leur douleur et son histoire, ce qu'elle implique dans leur vie de tous les jours, les activités du quotidien, les loisirs. Je me rend compte que pour certain le lavage est le dernier recours. Parfois miroite l'espoir que ce soit l'ultime solution. Or, on ne peut pas garantir l'efficacité du traitement. C'est l'incertitude qui appartient à chaque domaine qui concerne le vivant. La question de l'efficacité de l'intervention est toujours posée. Certains patients sont poussés par leur rhumatologue après de (trop) nombreuses infiltrations. Lorsqu'ils arrivent l'angoisse est majorée car nous ne répondons pas à leur attente concernant l'efficacité de ce geste invasif qui nécessite une journée, qui coupe le fil de leur semaine. L'incertitude demeure. Ainsi, en plus de l'appréhension qu'il est normal de ressentir avant une intervention chirurgicale on a une absence de sureté quant au fait de reprendre une vie *normale*.

III. Les limites du cadre et la visée de la prise en charge

a. Limites environnementales

Le bloc est situé au quatrième étage. C'est une vaste pièce froide au centre de laquelle est installé la table d'intervention. Cette table est très étroite et sa hauteur est modulable en fonction des besoins du médecin. Elle est surmontée par une lampe imposante destinée à éclairer l'articulation défaillante. Avant de s'installer dans la salle d'intervention, le patient attend dans un petit box.

Dans la poursuite de mon travail de réflexion je me suis posé des questions quant aux possibilités et aux limites que cet environnement si particulier et cette demande offraient.

- Premièrement, le patient est allongé au centre d'une pièce particulière dans un environnement qui, comme je l'ai évoqué, peut parfois être associé à quelque chose de grave, d'anxiogène. L'équipe circule autour de lui, il ne peut pas faire de mouvement et il n'a donc pas de contrôle sur la situation. De plus, il lui est difficile d'avoir un accès visuel direct à ses membres inférieurs, il ne peut pas vérifier et analyser ce qui lui est infligé. Il se trouve en position de vulnérabilité, exposé physiquement et psychologiquement. Il sera nécessaire que je me place dans son

champ de vision afin de lui éviter toute position inconfortable et d'être accessible à chaque instant.

- Deuxièmement, le patient doit rester immobile. Cette immobilité limite le travail que je peux proposer à des indications qui ne nécessitent pas forcément de mouvements. De plus, le toucher est interdit⁴⁹. Seul le médecin, équipé de gants, est habilité à entrer en contact direct avec le patient. Ainsi, les mobilisations passives ne sont pas possibles. Mon accompagnement sera verbal principalement.
- Troisièmement, l'objectif est d'accompagner le patient et cela doit se faire sans entraver la concentration du médecin. Cette dernière explique au patient chaque geste qu'elle va effectuer avant de le faire. Il y a un double travail d'écoute : je dois être attentive à l'état du patient et aussi au rythme de la procédure afin d'anticiper les interventions du médecin et ne pas les interrompre. Le travail d'équipe est primordial afin qu'il n'existe pas d'incohérence dans la prise en charge et que le patient ne soit pas perturbé plus qu'il ne l'est déjà.

b. Objectif de la prise en charge

Je me suis également demandé quelle serait la visée de cette prise en charge psychomotrice. La demande initiale est un accompagnement par la proposition d'un travail psychocorporel à visée analgésique⁵⁰. Dans la prise en charge de la douleur il existe différents moyens d'apaiser les tensions ou d'aider les patients à investir ou réinvestir leur corps : du travail de conscience corporelle à la relaxation, de la balnéothérapie à la danse... Si le travail à visée analgésique est identifié, un autre aspect pose question au travers de cette demande : quelle signification donne-t-on à l'accompagnement ? S'agit-il d'un accompagnement, d'un soutien, des deux ?

Le LAROUSSE définit le fait d'accompagner par « Être avec quelqu'un, lui tenir compagnie⁵¹ », le CNRTL parle d' « aller de pair avec quelque chose⁵². » Dans ces

⁴⁹ Dans certains cas extrêmes il est possible de tenir la main du patient, voir partie 3

⁵⁰ L'analgésie est la diminution ou la suppression de la sensibilité à la douleur dans un but thérapeutique (soulager la douleur). Elle consiste à interrompre la transmission du signal neuronal de douleur depuis la zone lésée, en souffrance, vers le cerveau.

⁵¹ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagner/470>

⁵² <http://www.cnrtl.fr/definition/accompagner>

deux définitions nous voyons que le point commun est la présence d'un autre. Le souhait est que le patient ne soit pas seul. Mais la prise en charge est-elle seulement un accompagnement ? N'a-t-elle pas une autre fonction plus...soutenante ? Par le seul fait d'être là, je joue le rôle d'accompagnateur. Mais mon travail ne se cantonne pas à cela : je suis attentive aux signaux verbaux et infraverbaux que m'envoie le patient, prête à y répondre, à y mettre du sens. Je ne fais pas qu'*être là*, je me propose comme outil pour soutenir le patient, s'il en éprouve le besoin, à travers une proposition psychocorporelle adaptée.

Mme Magnolia, dont je détaille la prise en charge plus tard⁵³, est une patiente très angoissée. J'entends cette angoisse à travers son discours, je la ressens également au travers de son attitude et de sa posture. Mme Magnolia a les traits du visage tirés, le regard qui virevolte sans jamais se poser, traduisant selon moi un certain état de panique. Dans la chambre elle se triture les mains, dit avoir chaud, se ventile avec un papier. Au bloc, allongée sur la table, ses épaules sont remontées et lorsque je prends ses mains à sa demande, elle serre très fort mes doigts. Des larmes perlent au coin de ses yeux, sa voix tremble et son regard se fixe longuement dans le mien avant de reprendre sa course folle.

On entend par soutien « Action d'aider à la réalisation de quelque chose ou d'aider quelqu'un en vue de lui permettre de réussir à mener à bien quelque chose⁵⁴. » Dans le cas d'un *accompagnement* au lavage il s'agirait plutôt de soutenir, de porter de façon figurée le patient avec toute sa subjectivité dans ce soin invasif. Soin qui se déroule à un instant T et en un lieu précis, aseptisé, un peu vide d'humanité et au cours duquel mon objectif est de prévenir la douleur que le patient pourrait sentir. Cette visée préventive peut justifier une prise en charge qui n'est pas sur le long terme, mais qui s'adapte au patient au moment où il en a besoin.

Quelle médiation pour le travail à visée analgésique ?

⁵³ voir partie 3

⁵⁴ <http://www.cnrtl.fr/definition/soutien>

B. La relaxation

I. Définition

La médiation qui m'a parue la plus adaptée pour répondre à la demande en respectant les besoins de l'environnement et des patients a été la relaxation. En effet, la position allongée et les répercussions corporelles que la douleur entraîne font des patients de bons candidats pour cette médiation. Le LAROUSSE la définit comme une « Détente physique et mentale résultant d'une diminution du tonus musculaire et de la tension nerveuse.⁵⁵ » Dans cette définition la relaxation est plutôt envisagée comme un état corporel et psychique. Cependant elle est également une méthode thérapeutique dont les objectifs sont fonctions de la problématique du sujet.

Robert DURAND DE BOUSINGEN (1992) donne la définition suivante : « Les méthodes de relaxation sont des conduites thérapeutiques, rééducatives ou éducatives, utilisant des techniques élaborées et codifiées, s'exerçant spécifiquement sur le secteur tensionnel et tonique de la personnalité. La décontraction neuromusculaire aboutit à un tonus de repos, base d'une détente physique et psychique.⁵⁶ »

La relaxation agit sur le tonus et sur la conscience corporelle. Elle constitue une manière de se relier à son intériorité, par le biais de méthodes adaptées. « La relaxation permet au sujet d'éprouver son vécu corporel, réel ou imaginaire, par l'abaissement de la vigilance et les variations toniques, en présence plus ou moins proche d'un thérapeute⁵⁷. » Le thérapeute accompagne le patient dans son travail interne. Les états toniques et la vigilance sont liés et c'est au niveau sous-cortical que la relation entre le tonus et les états de conscience s'établit. Ainsi, « L'endormissement et la démotivation entraînent un relâchement tonique et postural ; à l'inverse, le redressement de la posture stimule l'éveil et l'attention⁵⁸. »

⁵⁵ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relaxation/67860>

⁵⁶ R. Durant de Bousingen cité par Guiose sur le site de la faculté <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/relaxation2/POLY.Chp.1.html>

⁵⁷ DESOBEAU F., GATECEL A., VIGNE D., MOYANO O. (2007), p.219

⁵⁸ ROBERT-OUVRAY S., SERVANT-LAVAL A., (2011) p.153

II. Rôle de la relaxation dans le cadre de patients douloureux

Dans le cadre de la rencontre de patients douloureux, la relaxation peut permettre de favoriser la régulation tonique et ainsi agir également sur les émotions. Nous l'avons vu, tonus et émotions sont indissociables : « Immanquablement, en abaissant le seuil tonique du sujet par la relaxation, nous touchons à un plan affectif de sa vie psychique⁵⁹. » Ainsi, une détente physique pourra mener à un apaisement au niveau psychique. Cette médiation cherche également à diminuer les tensions superflues parfois ajoutées à la douleur.

La relaxation permet aussi de réharmoniser le rapport au corps et de favoriser le réinvestissement corporel : l'attention du patient sera portée à l'organisme dans son entièreté et pas uniquement à la zone douloureuse. De plus, le patient douloureux peut désinvestir son corps, le percevoir comme uniquement négatif, la relaxation peut apporter un nouveau regard sur soi, une attention positive et agréable. Elle aide à relier les sensations aux émotions et aux représentations ; elle a donc une répercussion sur le schéma corporel et l'image du corps, deux éléments possiblement perturbés par la douleur.

III. Adaptation du travail de relaxation dans le cas du lavage articulaire

a. Relaxation : méthode adaptable

Je me sens comme on se sent avant de passer en bloc quoi, un peu d'appréhension.

La douleur, ou son anticipation, sont susceptibles d'augmenter sensiblement l'état tonique. Le stress et l'anxiété sont sources de contractions, or, une tension musculaire trop importante peut majorer les douleurs. Je l'ai mentionné plus haut, l'intervention et l'environnement sont souvent à l'origine d'appréhension et de stress.

De plus, dans le cadre d'un lavage, la pénétration des différentes aiguilles risque d'être difficile voire empêchée si les muscles réalisent une carapace tonique. Ainsi, un travail sur le tonus pourrait mener à une détente physique et un apaisement psychique facilitant la pénétration des aiguilles et le déroulement du geste.

⁵⁹ GUIOSE M. (2007), p.61

Mme Lilas⁶⁰ est une dame d'une quarantaine d'année. Lorsque je la rencontre, elle me fait part de sa grande appréhension des piqûres. Au moment de la ponction, elle se crispe, serre les dents et gémit. Visiblement la perspective de l'entrée de l'aiguille la tend. Malheureusement, le médecin ne trouve pas de liquide à retirer : il faut refaire la piqûre à un autre endroit, plus sensible. J'explique alors à Mme Lilas que, si elle se tend et contracte sa jambe, elle risque de majorer son ressenti douloureux. Pour la seconde fois, je lui propose un travail visant à la détente et au relâchement. J'observe ses yeux se fermer, sa respiration plus profonde et ses épaules qui semblent se relâcher. L'aiguille pénètre alors plus facilement. Lorsque l'aiguille est en place, elle me regarde et me dit : *j'ai senti une différence. Quand j'ai détendu ma jambe ça me faisait moins mal. J'ai eu mal c'est sur. Mais moins.*

Il existe de nombreuses méthodes de relaxation, dites actives ou passives. La relaxation active est une méthode au cours de laquelle la personne relaxée devra agir par le biais de mouvements plus ou moins amples. La relaxation passive au contraire induira un laisser faire du relaxé. Au cours de notre formation, nous en explorons une partie : la méthode de Jacobson alternant contraction/détente, la méthode de Wintrebert induisant des mobilisations passives ou encore la méthode de Schultz proposant des inductions verbales. Nous expérimentons sans nous spécialiser, en laissant une place importante au vécu, pour nous aider à envisager et à comprendre ce qu'il pourrait se passer pour les patients.

Ces nombreux cours m'ont permis d'assimiler que la méthode en elle-même est importante mais qu'un travail de relaxation implique également d'autres temps qui ont aussi leur rôle à jouer. L'installation, l'approfondissement, la reprise et la verbalisation sont autant d'éléments tout aussi importants dans le processus thérapeutique. Favoriser une bonne installation permet une concentration accrue par une diminution de l'influence que peut avoir l'environnement. La verbalisation est essentielle est permet de faire les liens entre sensations, émotions et représentations.

Les limites de l'environnement m'ont obligée à faire une sélection parmi ces méthodes. En effet, les mouvements sont difficilement exécutables par le patient. La salle d'intervention obéissant à des règles d'asepsie immuables, il n'est également pas possible de toucher les patients directement, ni au travers d'un objet médiateur

⁶⁰ Pour des raisons de confidentialité les noms des patients ont été modifiés.

tel qu'une balle ou un tissu. Rappelons qu'à l'hôpital, afin d'éviter au maximum les infections nosocomiales⁶¹, les professionnels de santé sont invités à ne mettre aucun bijou, à se laver les mains régulièrement et à porter des tenues (blouses ou pyjamas) adaptées.

Il me faudrait donc m'orienter vers un travail basé sur l'induction verbale qui pourrait accompagner le patient dans un auto-apaisement à la manière du training autogène de Schultz par exemple. Seulement, là aussi, l'environnement ne permet pas un abandon de conscience de la part du sujet : la lumière est forte, le bruit est incessant. L'objectif ici ne sera plus la recherche de passivité mais principalement d'un apaisement physique et moral, d'un relâchement.

Dans ce procédé, l'installation revêt une importance d'autant plus forte que l'inconfort peut-être source de tensions supplémentaires. Le patient reste allongé un certain temps et arrive avec ses représentations et ses peurs. Un travail autour de l'installation met son vécu au centre du dispositif et permet de commencer subtilement le travail autour de ses ressentis.

b. Relaxation...respiration ?

J'ai choisi alors de m'intéresser à la respiration. En effet « Les techniques de relaxation impliquent nécessairement une baisse du tonus musculaire et une adaptation respiratoire [...]»⁶² » et certaines de ces techniques incluent la respiration dans leur exercice. La respiration concerne la globalité du corps. Son rythme, sa profondeur, peuvent influencer l'état tonique de la personne.

C'est une fonction physiologique indispensable à la vie. Elle est centrale, commune à tous et à la fois propre à chacun. Le rythme respiratoire est l'un des premiers rythmes biologiques à agir sur l'être humain. Dans le ventre de sa mère, le bébé perçoit le rythme des inspirations et expirations. À la naissance, le cri en symbolise l'activation : la respiration est « un mode d'échange entre l'intérieur et l'extérieur du corps, elle est la base d'une première ébauche de travail sur les limites corporelles, et permet la réintégration de la notion du dehors et du dedans⁶³. »

⁶¹ Une infection nosocomiale désigne une infection contractée au cours d'une hospitalisation.

⁶² VINCENTE DE MONJO P. cité par GUIOSE M. (2007), p.59

⁶³ DEFIOLLES - PELTIER V. (2010), p.253

Tout comme le tonus, la respiration est en lien avec les émotions, dans une influence réciproque :

« [...] la respiration, comme la plupart des fonctions végétatives, est directement concernée par les affects et garde elle aussi l’empreinte des dérégulations toniques. Elle tient une place privilégiée dans le mouvement primaire d’échange et de relation dedans/dehors, en ce sens qu’elle peut être plus facilement perçue dans sa dynamique, constituant alors un “chemin d’accès” aux perceptions internes. Sa mobilisation (en dehors de tout “apprentissage à respirer” qui risquerait de l’enfermer !) peut servir de passage vers l’intériorité, sur les plan sensoriel, affectif et de représentation.⁶⁴ »

La respiration possède son propre rythme sur lequel nous pouvons agir consciemment. Par les organes qu’elle mobilise, notamment le mouvement de contraction du diaphragme, elle est orientée verticalement. On peut se la représenter comme une colonne d’air superposée à la colonne vertébrale. Par cette verticalité, elle participe à l’élaboration du ressenti et de la représentation de l’axe corporel.

La respiration est aisément perceptible par plusieurs moyens qui ne nécessitent pas de mouvements. Les patients ont les mains sur l’abdomen, ce qui me permet de d’appuyer les propositions sur les mouvements associés à la respiration : l’abdomen qui se bombe, la ceinture scapulaire qui monte ou qui descend, la colonne vertébrale qui se fléchit ou qui s’étend imperceptiblement en temps normal.

Vous avez les mains posées sur le ventre. Respirez tranquillement. Puis, prenez une grande inspiration et essayez de sentir le trajet de l’air. Soyez attentif à sa température, à sa quantité. Il pénètre, froid, par vos narines. Il se réchauffe doucement sur son chemin pour rejoindre vos poumons. Vous sentez votre abdomen se bomber dans vos mains, vos poumons se remplissent d’air.

Soufflez tout cet air par votre bouche. Soyez attentif à sa température, à sa quantité, aux mouvements qu’il provoque peut-être. Vous sentez votre abdomen qui redescend vers la table. L’air qui sort est chaud. Vos épaules s’abaissent, vos muscles se relâchent...

Faites la même chose et continuez à vous concentrer sur ces mouvements habituellement imperceptibles. Portez-y votre attention...

⁶⁴ ROBERT-OUVRAY S., SERVANT-LAVAL A. (2011), p.153

c. Respiration et dialogue respiratoire

Au même titre qu'il existe un dialogue tonico-émotionnel, Laure ARTIGUES considère qu'il existe un « dialogue respiratoire⁶⁵ » ainsi qu'un « toucher respiratoire ».

« Nous réagissons corporellement, sur le plan tonico-émotionnel, quand nous nous trouvons en présence d'une personne qui respire mal ou rapidement. Il en est de même en présence d'une personne calme, dont la respiration est sensiblement posée, régulière. [...] Après tout, il [le dialogue respiratoire] constitue notre premier accordage mère-enfant in-utéro. Nous respirons d'abord "par" la mère et la naissance inaugure notre indépendance respiratoire. Toutefois nous restons sensibles à la corporéité, notamment respiratoire, de notre entourage, instituant ainsi une porte d'entrée vers notre propre sensorialité. »

Lorsque les patients sont trop absorbés par ce qui se passe autour, je *respire avec eux*. C'est-à-dire que je joins l'acte à la parole, accentuant mes mouvements en veillant à ce que ma respiration soit calme, posée. En effet, j'ai remarqué que le *faire avec* suscite une meilleure adhésion au travail proposé.

M. Epicéa est un patient dont je vais détailler la prise en charge plus amplement en troisième partie. Durant le geste, il n'a de cesse de regarder son genou et ce que le médecin fait. Or, je constate que cela a tendance à majorer son anxiété et à augmenter son tonus : son regard fait des aller-retour entre son genou et moi, ses yeux sont écarquillés et il verbalise sous la forme de petits cris, ses poings sont serrés et ses épaules sont remontées, tendues. Je lui propose un travail de relâchement auquel il ne semble pas adhérer depuis déjà quelques minutes. *Regardez moi, restez concentré avec moi*. Quand je réussis à capter son regard, j'accroche mes mouvements respiratoires gardant un rythme calme et mon regard dans le sien. Je constate que ses épaules s'abaissent peu à peu et qu'il cherche à bomber le ventre pour mieux sentir, à son tour, les mouvements de sa propre respiration. Au bout d'un moment nos rythmes concordent et M. Epicea apparaît plus calme : il ferme les yeux et expire longuement. Son visage se décrisp.

⁶⁵ ARTIGUES L. (2015) p 27

C. La naissance d'un protocole

I. Bienvenue en salle d'intervention

Le travail d'observation m'a permis de m'imprégner du protocole afin de pouvoir proposer une médiation adaptée à l'environnement et à la demande. J'ai débuté les prises en charge selon le schéma suivant : rencontre, intervention et séparation au sein même du bloc.

On peut parler de la rencontre comme du « fait de se trouver en présence de quelqu'un en allant volontairement au devant de lui.⁶⁶ » La rencontre ici est importante car elle marque les prémices d'un travail à deux orienté vers un abaissement du tonus et un apaisement physique et psychique afin de prévenir la douleur. Seulement, elle ne se fait pas de façon optimale. C'est-à-dire que je vais au devant du patient, je m'impose à lui, au moment où il attend dans le box ou une fois qu'il est installé sur la table. Je suis en tenue, mon visage est partiellement caché, j'ai très peu de temps pour me présenter et l'approche imminente de l'intervention, de ce qu'elle signifie, ne joue pas en ma faveur quant à l'intérêt que le patient va me porter. Je ne suis pas tout à fait à mon aise et lui est en position inconfortable dans l'attente de sa sentence.

Pour ce qui est de la séparation, tout se passe encore plus vite. En effet, pour perdre le moins de temps possible⁶⁷ la personne suivante attend déjà dans le box au moment où le geste se termine. Le patient « lavé » est alors transféré sur un fauteuil roulant, la salle est nettoyée et un nouveau cycle débute. Cette vitesse et toutes ces activités annexes ne me permettent pas de mettre fin de façon claire à la prise en charge. Le lien se rompt brutalement. Je n'ai pas le temps de revenir avec le patient sur son vécu ni parfois de simplement lui dire au revoir.

Au bout d'un certain temps en fonctionnant sur ce mode, la prise en charge me semble incomplète. Comment modifier cette dynamique de rencontre afin de créer une alliance thérapeutique ? Quel moyen mettre en place pour terminer cette histoire

⁶⁶ www.cnrtl.fr/definition/rencontre

⁶⁷ Le médecin rhumatologue possède un cabinet et intervient à l'hôpital uniquement les mercredis matins.

d'une matinée ?

II. Bonjour, au revoir : la création d'une boucle

a. Bonjour, est-ce que je peux entrer ? La rencontre en chambre.

Les lavages ne commencent qu'à une certaine heure. Or, les patients arrivent très tôt à l'hôpital. Il y a un temps de latence entre l'arrivée du patient et son passage en bloc durant lequel il rencontre tous les professionnels évoqués précédemment. Pourquoi ne pas le rencontrer à ce moment-là moi aussi ?

En explorant le service je découvre un tableau, accessible à tout le personnel soignant de l'étage, qui synthétise les informations principales concernant les patients du jour : noms, motif de l'hospitalisation de jour et numéro de chambre. La possibilité de rencontrer les patients en chambre m'est offerte. J'entre en jeu lorsque ils ont un instant seuls dans cet espace qui leur est attribué pour la journée.

La dynamique de cette rencontre est complètement différente : le patient me laisse entrer dans sa chambre, son espace. J'investis les lieux en portant uniquement la blouse blanche, le visage découvert. Je ne m'impose plus à lui, j'attends son invitation lorsque je frappe à sa porte.

Bonjour, je m'appelle Sonia, je suis étudiante en psychomotricité. Aujourd'hui je serai là, avec vous, tout au long de votre intervention pour vous accompagner et vous soutenir en vous proposant un travail corporel autour de la relaxation afin que le geste se déroule au mieux.

Cette première rencontre me permet d'établir le cadre de mon intervention. Je questionne les patients à propos de leur état du moment, ce qu'ils ressentent, ce qu'ils attendent. Leur réponse et l'observation fine de leur posture et de leur attitude me permettent de me faire une idée de leur fonctionnement et de m'adapter à eux, à leurs attentes et d'anticiper la façon d'aborder le travail au bloc.

Ce temps me permet également d'instaurer une relation de confiance, le début d'une alliance thérapeutique, par un travail d'écoute et de dialogue qui n'est pas entravé par des limites telles que le port du masque ou un environnement bruyant.

Ainsi, la pré-visite en chambre rend mes prises en charge plus fluides. Lorsque les patients arrivent au bloc je peux commencer l'accompagnement plutôt que de commencer à établir la relation. Le mode de rencontre est modifié, la relation établie, qu'en est-il de la séparation ?

b. ... Au revoir, est-ce que je peux sortir ? La séparation en chambre.

J'ai pu l'observer et nous l'avons souvent au cours de la formation, tout travail thérapeutique a un début, un milieu et une fin. Le travail d'accompagnement en bloc présente une temporalité particulière puisque la prise en charge est ponctuelle, ne durant que sur la matinée. Le travail de relaxation implique un temps de verbalisation qu'il n'est pas possible d'aborder dans le bloc en fin de geste.

De la même façon qu'il est possible de voir les patients avant le geste, j'ai pensé à une visite *post-geste* en chambre. Celle ci a lieu à la fin de la matinée après tous les passages. Cette visite me permet de revenir sur le vécu des patients au cours de l'intervention, sur leur état actuel et de mettre fin à la prise en charge de façon douce. Ce travail de verbalisation post-opératoire donne la possibilité de nouer les sensations aux perceptions et aux émotions. C'est le temps de la séparation qui est amené doucement, de façon posée. Le patient ne repartira pas seul avec son vécu, je lui offre la possibilité de le déposer et de le penser.

En voyant le patient avant et après l'intervention, je modifie mon schéma initial : la construction de la relation était mon choix de médiation et permet une meilleure adhésion du patient. Elle facilite la création d'une alliance entre nous. La prise en soin s'inscrit dans une boucle relationnelle qui débute dans la chambre du patient et se termine au même endroit.

Si l'on retrace le raisonnement depuis le départ : mon intervention commence dès l'entrée du patient dans le service : l'accompagnement ne se fait pas uniquement pendant le geste, il se fait sur le cours de la matinée et dans tous les espaces. Plusieurs dimensions sont à prendre en compte :

- les effets de la douleur chronique
- le caractère anxiogène de l'hospitalisation et du soin en bloc
- la dimension psychocorporelle de l'intervention, la douleur provoquée

- le travail de lien entre les différents étages, de jonction entre l'entrée dans le médical et la sortie du médical

Le travail autour du lien semble essentiel dans cette prise en charge. Le dialogue respiratoire, le regard, le dialogue tonico-émotionnel me donnent des informations sur l'état des patients en bloc. Mais la prise en charge n'est optimale que lorsque la relation est installée au préalable, sorte d'alliance entre le patient et moi. **Quelle est la signification de la relation dans la prise en soin psychomotrice ? Quelle place a-t-elle dans l'accompagnement au lavage articulaire ?**

PARTIE 3 - L'IMPORTANCE DE LA RELATION EN PSYCHOMOTRICITÉ

A. Au fil de la matinée : tissage de la relation et illustration clinique

I. Qu'est ce que la relation ?

a. Définition

Le terme relation est issu du latin *relatio* qui signifie rapport, compte-rendu. Le mot rapport peut être entendu comme le fait de relater quelque chose ou il peut avoir une dimension de liaison entre deux éléments.

Selon le CNRTL, la relation se définit comme : « rapport, liaison qui existe, est conçu comme existant entre deux choses, deux grandeurs, deux phénomènes.⁶⁸ » On note encore une notion de lien entre deux objets. Si l'on applique cette définition à l'homme, les relations interpersonnelles sont « l'ensemble des liens entre individus librement consentis et plus ou moins stables dans le temps [...].⁶⁹ ».

L'homme est un être bio-psycho-social qui se construit dans la relation avec autrui et avec son environnement et ce, bien avant sa naissance. La relation est considérée comme innée et se révèle primordiale dans le développement et tout au long de la vie. Elle est nourrie par l'intersubjectivité et est en constante évolution. C'est un phénomène dynamique et actif qui nous caractérise en tant qu'être en interaction avec notre environnement. La thérapie psychomotrice est une thérapie corporelle, elle s'intéresse à la personne dans sa globalité, sa façon d'être au monde. « La thérapie corporelle est une situation de rencontre.⁷⁰ » Ainsi la relation y possède une place particulière.

b. Quelle place pour la relation en psychomotricité ?

Pour Catherine POTELE, le lien relationnel revêt une importance différente en fonction du champ d'action dans lequel nous nous trouvons : thérapie ou rééducation. La relation est « au cœur même du processus thérapeutique, le socle du

⁶⁸ <http://www.cnrtl.fr/definition/relation>

⁶⁹ DORON R., PAROT F. (1998), p.620

⁷⁰ DESOBEAU F., GATECEL A., VIGNE D., MOYANO O. (2007), p.222

travail⁷¹ » en thérapie psychomotrice, alors qu'en rééducation psychomotrice, ce lien est un « support de mise en confiance et de revalorisation, au service des apprentissages⁷² ». Néanmoins, la relation est un fait commun, obligatoire, nécessaire à la prise en soin : la thérapie s'appuie *sur* la relation et la rééducation travaille *avec*. Il n'y a pas de relation sans communication. Le psychomotricien, à travers sa maîtrise des différentes communications, verbales et non-verbales, et son engagement corporel dans la thérapie, s'appuie sur la relation pour créer une alliance thérapeutique avec le patient. Il favorise l'expressivité du patient au travers des différentes expériences qu'il propose ; expériences motrices, sensorielles, émotionnelles.

c. Communications non-verbales

Le psychomotricien utilise le *corps en relation* dans le soin : celui du patient et le sien. La thérapie psychomotrice est une thérapie corporelle, c'est une situation de rencontre. Cette rencontre s'origine dans le langage du corps, qu'il soit verbal ou non-verbal. L'être humain communique par différents canaux et cette communication « sera une façon de franchir cet espace entre deux êtres, espace chargé de secrets et de mystères et aussi une façon de les maintenir séparés aussi proches soient-ils.⁷³ », elle permettra l'établissement de la relation.

► Communiquer sous le masque

Les communications verbales s'entendent comme le langage oral et tous ses dérivés non sonores tels que l'écriture ou encore le langage des signes.

Jacques CORRAZE applique le terme de communications non-verbales à « des gestes, à des postures, à des orientations du corps, à des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des organisations d'objets, à des rapports de distance entre les individus, grâce auxquels une information est émise.⁷⁴ »

⁷¹ POTEL C. (2010), p.316

⁷² Ibid. p.317

⁷³ SALOME J. (1993), p. 197

⁷⁴ CORRAZE J. (1980), p. 16

Le psychomotricien utilise la communication non-verbale comme outil privilégié. Cette dernière implique la totalité du corps dans la communication. Ainsi, il faut *écouter* l'autre avec tous les canaux sensoriels disponibles. Cette forme de communication est très utile lorsque les patients ne sont pas en capacité de s'exprimer verbalement, dans le cas de la prise en charge de très jeunes enfants par exemple. Elle l'est également lorsque la verbalisation est possible.

Mme Violette est âgée de 96 ans. Elle souffre d'une dégénérescence maculaire liée à l'âge à un stade assez avancé. Elle est également atteinte d'une surdité importante et entend très peu malgré son appareillage. Ainsi deux de ses canaux sensoriels sont partiellement coupés, modifiant sa façon de prendre les informations autour d'elle et de communiquer. Mme Violette est venue avec sa fille que je rencontre avant et après le geste. *Vous lui avez tenu la main, elle a été très attendrie.* Pourtant, il n'y a eu aucun contact physique entre nous mais, tenant compte de ses difficultés, j'ai modifié ma distance, me tenant très proche d'elle. En plus de la proposition autour de la respiration, je lui ai décrit précisément les actions du médecin, ancrant ses sensations sur des représentations concrètes. Au travers de ma présence près d'elle, de mon tonus, de ma posture, de mon regard je semble lui avoir donné la sensation d'une contenance, d'un contact, d'un dialogue entre nous.

C'est au travers de ces échanges non verbaux que la relation se met en place initialement : le dialogue tonico-émotionnel est le canal de communication essentiel à la relation entre la mère et son enfant dans ses premiers mois de vie. Le dialogue tonique est l'un des vecteurs les plus importants de la communication non-verbale et ce tout au long de la vie. Notre tonus dévoile des informations quant à notre état physique et psychique, puisque il est étroitement lié à l'état émotionnel. Sa lecture est un outil indispensable dans la clinique du psychomotricien.

Dans le cas du lavage articulaire, la communication verbale est entravée. L'ensemble de l'habillage stérile modifie la façon de se présenter et modifie le dialogue : le port du masque cache les mimiques et étouffe la parole. Ainsi, le dialogue tonique et le regard sont les principaux modes sur lesquels s'appuie le lien entre le patient et moi dans la salle d'intervention.

► Aie confiance, sois sans crainte... la question du regard.

Vous avez un regard hypnotique.

Vous ne voyez pas là, mais je souris.

Le regard occupe une place particulière dans la communication : le canal visuel est une immense source d'information. De plus, l'orientation du regard sur une personne est signe de l'attention qu'on lui porte. Il indique qu'une relation sociale, dont la singularité est fonction d'autres éléments (notamment de l'expression du visage et de la posture qui signent de l'intentionnalité de l'approche de l'autre), cherche à s'établir.

Au sein du bloc, la distance entre le patient et moi est telle qu'elle ne me permet pas d'avoir une vue d'ensemble de son corps. En effet, mon champ de vision se limite au visage et à une partie du tronc. Le regard joue alors un rôle très important ; il vient soutenir ce que le patient exprime verbalement ou corporellement et m'indique son degré d'attention. Par un coup d'oeil, le patient peut m'interpeller. De mon côté, l'attitude que je prends et le regard que je pose sur le patient signent l'intention de ma présence. Je suis disponible pour lui corporellement et psychiquement, à l'écoute.

Mme Pétunia est une patiente qui a peur des aiguilles. Elle me dit qu'elle souhaite savoir à chaque instant ce qu'il va se passer, il faut que le médecin lui parle dès qu'il a l'intention de faire quelque chose et particulièrement s'il est sur le point d'enfoncer une aiguille. Mais elle est formelle, elle ne veut pas voir. Pourtant le mouvement attire son regard, ainsi quand l'infirmière passe avec le matériel elle pose ses yeux dessus. Je vois alors ses sourcils se lever et ses yeux s'écarquiller. Je la rassure alors et lui rappelle mon rôle et le travail que nous allons faire ensemble. *Vous avez vu mon regard c'est ça ?* Elle rit.

La capacité d'analyse de ces messages infra-verbaux enrichit nos observations et nous permet de nourrir nos échanges avec les patients. La parole n'est pas toujours en accord avec la posture, l'attitude ou l'état tonique. Ceci explique que certaines rencontres nous marqueront plus que d'autres, nous laissant une impression étrange de rupture entre ce qui est dit verbalement et ce qui est dit

corporellement et nous donnant des pistes à explorer. Le corps semble incapable de nous mentir, son langage est inconscient, alors que nos verbes peuvent être choisis, conscients.

d. Quelle forme de relation en psychomotricité ?

Il existe différents types de relation : familiale, amicale, professionnelle, amoureuse etc. Ils sont fonction de paramètres multiples impliquant des formes de communication verbale et non-verbale, la distance entre les individus et l'intentionnalité des interactions. Nous pouvons y ajouter également les relations d'aide et de soin au sein desquelles s'inscrit la relation en psychomotricité.

- *Relation d'aide*

Selon Carl Ranson ROGERS les relations d'aide sont des « relations dans lesquelles l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie⁷⁵. » Cette recherche est possible grâce à une « appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage fonctionnel de ces ressources.⁷⁶ »

La relation d'aide peut s'exprimer de différentes façons : elle peut être « ponctuelle, circonstancielle ou se vivre dans la durée à l'intérieur d'un processus d'accompagnement, d'assistance ou thérapeutique. ⁷⁷»

- *Relation de soin*

En nous basant sur la définition de C. R. ROGERS nous pourrions définir la relation de soin comme une relation d'aide qui s'appliquerait à la santé humaine et qui viserait à améliorer celle-ci. « Dans une unité de soin, toutes les activités sont orientées officiellement autour d'une finalité : assurer des soins aux malades. Certaines personnes dispensent les soins et d'autres sont là pour en recevoir.⁷⁸ »

⁷⁵ ROGERS C. R. (1968), p.27

⁷⁶ Ibid.

⁷⁷ SALOME J. (1993), p.108

⁷⁸ KATTAN-FRHAT M. (1993), p.179

Ainsi, la relation de soin est la résultante de la rencontre de deux désirs ; pour le thérapeute celui de soigner et pour le patient celui de guérir. Cette rencontre, ce partage, aboutit à un objectif commun : la guérison. « Le partage est le sens même de la relation.⁷⁹ »

Le soignant se positionne comme un technicien, cependant ce qu'il est et ses valeurs personnelles sont indissociables de sa pratique du soin. Toute sa personne est engagée dans le travail avec le patient et dans ce lien relationnel quelque soit la façon dont ce lien s'établit.

- *Relation thérapeutique psychomotrice*

En psychomotricité, la relation s'inscrit à la fois comme une relation d'aide et comme une relation de soin. C'est une relation thérapeutique qui s'appuie sur « l'établissement d'un lien humain fondamental, par l'engagement corporel du psychomotricien [...] En psychomotricité c'est cette relation qui reste garante de la réalité d'exister et du désir de franchir les étapes pour se développer dans ce rapport d'aide.⁸⁰ » Le psychomotricien est un technicien dans le sens où il utilise différentes médiations, mais la relation qui s'établit entre le patient et lui « est sans doute l'un des moteurs sans lesquels la meilleure des techniques serait peu opérante.⁸¹ »

La relation thérapeutique mène à la création d'une alliance thérapeutique, qui permettra l'efficacité des médiations. Réciproquement ces dernières constituent un moyen de créer et soutenir la relation thérapeutique.

II. Accompagnement de lavage articulaire : illustration clinique et observations

Je vous présente ici deux situations cliniques afin d'illustrer la prise en soin soutenue par la relation tout au long de la matinée.

⁷⁹ Ibid. p.34

⁸⁰ SCIALOM P. (2011), p.295

⁸¹ Ibid.

a. Cas cliniques

Mme Magnolia

Je rencontre Mme Magnolia un mercredi de novembre, elle est la seconde personne que je vais voir ce matin là. Lorsque je frappe à sa porte elle m'invite à entrer. Je la trouve installée sur le bord du lit, dans une position qui semble peu confortable, les mains jointes posées sur ses cuisses. Son regard se pose sur moi très rapidement, puis balaie la pièce sans jamais s'arrêter sur quelque chose de particulier. Elle ne porte pas encore la blouse bleue, j'en déduis qu'elle n'est pas encore passée par la douche antiseptique.

Je me présente à elle, lui donne mon prénom et mon statut, et lui explique que je serai avec elle tout le long de la procédure pour lui proposer un travail de relaxation autour de la respiration. Je lui demande ensuite si c'est la première fois qu'on lui propose un lavage articulaire. Elle me répond qu'elle a déjà subi des infiltrations. Je mesure une certaine tension et lui demande comment elle se sent à ce moment, dans sa chambre. C'est à cet instant qu'elle m'annonce être très angoissée. Elle semble confuse : au moment où je lui demande quel genou va être lavé elle ne sait pas me répondre. Elle hésite.

Droit, euh non gauche, gauche !

Je note ce qu'elle me dit. Je lui demande si elle a déjà vu l'interne qui est chargé de lui expliquer la procédure. Elle me dit qu'elle ne l'a pas encore rencontré. Je l'informe que si elle en ressent le besoin il lui est possible de demander une pré-médication⁸². Je la rassure en lui disant que je serai là, à l'écoute tout le long. Je mets un nom sur l'équipe qui l'attend et lui précise qu'elle ne sera pas mise en danger, qu'elle pourra s'exprimer à tout moment. Elle semble m'écouter mais je sens une sorte d'absence.

J'ai tendance à faire des phlébites, c'est à vous que je dois le dire ?

Je lui réponds que je vais faire suivre l'information à l'interne et à l'équipe en haut. En sortant de la chambre je me dirige vers le bureau de l'interne pour lui présenter la situation : la patiente est anxieuse. Au retour du bureau, je trouve Mme Magnolia au milieu du couloir, elle regarde autour d'elle semblant à la recherche de quelqu'un. Lorsqu'elle m'aperçoit, elle m'interpelle.

⁸² Les patients très anxieux ou qui en ressentent le besoin peuvent demander ou se voir proposer un anxiolytique.

Je me suis trompée ! C'est le droit je crois que je vous ai dit gauche !

Je la rejoins et lui propose de regagner sa chambre avec elle pour noter ce qu'elle a à me dire. Dans la chambre je remets en lumière l'organisation de la journée. Je lui indique avoir vu l'interne qui ne tardera pas à venir la rencontrer. Je l'invite à s'asseoir, à se poser. L'interne arrive et je quitte la chambre en appuyant bien le fait que nous nous reverrons en haut.

Mme Magnolia est la seconde personne à passer en salle d'intervention. La sachant angoissée je décide de la trouver dans le box, en tenue, avant de l'aider à s'installer sur la table. Ma démarche est la suivante : je suis un point de repère dans la mesure où nous nous sommes déjà rencontrés et elle connaît ma place. Ici, elle est dans un environnement qu'elle ne connaît pas et l'heure de l'acte se rapproche majorant son angoisse. En me représentant à elle en tenue, je tente de remettre en place un cadre, un contexte stable. Je ne couvre pas mon visage avec le masque immédiatement afin de faciliter notre échange dans cet espace exigü. Mme Magnolia me dit que la médication ne fait pas effet et qu'elle a toujours aussi peur.

Je l'accompagne vers la table et l'aide à s'installer. Une fois que nous avons trouvé une position assez confortable pour elle, je lui indique l'endroit où je me tiendrai, à portée de sa vue tout le long. Je lui remémore le déroulement du geste en lui expliquant que, pour des raisons d'hygiène, elle doit porter les mains sur son abdomen et ne pas faire de mouvements durant l'intervention⁸³.

Tenez-moi la main, s'il vous plaît.

Son regard est implorant et les larmes perlent au coin de ses yeux. Alors je prends ses mains et je sens une hypertonie très importante. Ce canal de communication par le toucher va me permettre une alliance plus ancrée avec Mme Magnolia. A partir du moment où je la tiens, je sens l'expression de son visage s'apaiser. C'est à ce moment là qu'elle m'explique l'origine de cette peur et me dit que sa dernière infiltration ne s'est pas bien passée et que ce sont majoritairement les aiguilles qui l'affolent. Je lui assure de nouveau rester là du début à la fin.

Pendant tout le temps de préparation, Mme Magnolia a le souffle court, elle serre mes mains de plus en plus. Des larmes coulent sur ses joues et je sens la détresse

⁸³ Les règles d'asepsie sont strictes : les mains ne doivent pas bouger à partir du moment où le champ est posé pour limiter au maximum les risques d'infection.

dans son regard qui balaie l'environnement et se fixe plusieurs fois dans le mien. Alors je décide de commencer le travail de respiration, que je vais faire avec elle de façon coordonnée. Le médecin et l'infirmière sont très présentes verbalement et lui décrivent tout ce qu'elles font, associant une signification à chaque son que Mme Magnolia peut percevoir.

Je sens pendant l'accompagnement la tension et la détente de Mme Magnolia par le contact de ses mains. Malgré sa forte angoisse elle reste présente et attentive à son souffle et à mes paroles. Une fois que le lavage est commencé, que les aiguilles sont placées et que le sérum physiologique circule, je sens un véritable relâchement et elle me dit aller mieux. Je note cependant qu'elle reste en état de vigilance et fronce les sourcils lorsque le médecin parle, concentrée. En fin d'acte, je l'aide à se réinstaller dans le fauteuil roulant afin qu'elle puisse regagner sa chambre.

Lorsque tous les patients sont passés pour leur lavage, je me change et rejoins Mme Magnolia dans sa chambre. Je la trouve allongée et elle me sourit pour la première fois de la matinée. Lorsque je lui demande comment cela s'est déroulé pour elle, elle ne mentionne à aucun instant la douleur mais me précise que là, à cet instant, elle se sent mieux.

Je ne suis pas réconciliée avec les aiguilles, mais la respiration m'a beaucoup aidée.

Elle ne semble pas disposée à m'en dire plus, je sens une grande fatigue. Alors je lui annonce la suite du déroulement de sa journée, toujours dans un travail de lien et je mets fin à notre collaboration d'un matin.

M. Epicéa

Entre les mois de novembre et mars, la procédure a été modifiée : désormais tous les patients déjeunent impérativement avant d'aller en salle d'intervention, alors qu'auparavant certains pouvaient être montés sans avoir eu leur petit déjeuner.

Je rencontre M. Epicéa en mars. Lorsqu'il m'invite à entrer, il est allongé sur son lit, une main derrière la tête et les jambes croisées. Il se redresse précipitamment quand je passe la porte. Il est déjà vêtu de la blouse bleue et les chaussons. Je me présente et lorsque je lui demande comment il se sent, il se met à rire nerveusement.

Je suis stressé, c'est la première fois de ma vie que je suis hospitalisé.

En effet, son comportement m'indique que l'environnement semble avoir beaucoup d'impact sur lui. Il observe attentivement les lieux, et tire sur sa blouse constamment. Je lui réexplique ce qui va se passer durant le geste. Il me dit être inquiet à cause du tube qui va lui traverser le genou. En réalité, ce sont deux aiguilles qui sont positionnées de part et d'autre de l'articulation. Je lui dis et lui montre sur mon genou. Il semble soulagé. Il m'explique ne pas maîtriser tout à fait le français ; il est arrivé du Nigéria en 2014 et a du mal à apprendre la langue⁸⁴. Certains mots lui viennent en anglais. Je pense à ce moment là que la barrière de la langue ne peut qu'amplifier l'aspect anxiogène de l'intervention et de l'environnement. Alors je lui précise que je comprends l'anglais et que le médecin qui s'occupera de lui le parle également. Cette réassurance sur la qualité de la communication m'a semblé primordiale car selon moi le canal préférentiel de ce monsieur était le langage verbal.

Il me dit qu'il n'a jamais eu d'infiltration contrairement à la majorité des patients que je rencontre. Sachant cela, mon explication quant à la procédure est d'autant plus importante. En effet, le début de la procédure de lavage est identique à l'infiltration. Ainsi, les patients ont en général une idée approximative de ce qui les attend. M. Epicéa n'est pas familier avec l'environnement, ni avec la procédure et ne maîtrise pas tout à fait la langue. Je peux me repérer grâce à son langage corporel, ses mimiques et ses mouvements. D'ailleurs il associe beaucoup les gestes à la parole peut-être dans l'idée d'être plus compréhensible lorsqu'il cherche ses mots ou les prononce en anglais.

⁸⁴ M. Epicéa maîtrise le français suffisamment pour tenir une conversation mais ne connaît pas les termes médicaux tels que piqûre ou encore anesthésie.

Je quitte M. Epicéa au moment où on lui amène le petit déjeuner, lui précisant que lorsque nous nous reverrons, nous serons à un étage différent et je serai en tenue stérile. Il est le premier à passer en salle d'intervention. Je l'accueille et lui propose de s'installer sur la table. Nous cherchons ensemble la position qui lui semble la plus confortable dans la mesure des possibilités. Je lui explique qu'il doit faire le moins de mouvement possible. Ce matin-là, le médecin qui doit intervenir a un peu de retard. de plus, deux autres personnes sont présentes : une étudiante de médecine externe et une infirmière qui se familiarise avec la procédure. Le lieu est beaucoup plus bruyant qu'à l'accoutumée. En prenant en compte ces paramètres, je continue à créer le lien avec M. Epicéa en attendant que le geste commence.

Avant de démarrer, l'infirmière me prend à part et m'informe que le patient est séropositif⁸⁵ : il est traité et les derniers prélèvements ne montrent pas de trace virale. Je me pose la question quant à l'image qu'il a de son corps connaissant cette information. Je lui demande comment il se sent.

J'ai envie de sortir d'ici, de rentrer chez moi. (Il rit.)

Quand nous commençons, M. Epicéa cherche à voir son genou. Il est très réactif au moindre contact et ce, dès le lavage à la bétadine pendant lequel il souffle. Ses yeux sont grands ouverts et je sens que toute son attention est portée sur son genou et sur les sensations nouvelles que le geste lui apporte. Lorsque le médecin le pique pour la ponction, M. Epicéa sursaute et bloque sa respiration. Après l'anesthésie, il semble envahi par l'étrangeté de ses sensations, il émet de petites onomatopées et tressaille dès que quelque chose se passe.

On dirait que mon genou va exploser !

Il cherche continuellement à voir son articulation. Pourtant je constate que cette vision majore son angoisse. Il semble difficile pour lui de faire un lien entre ce qu'il ressent et ce qu'il voit. Pour qu'il adhère mieux au travail de respiration je l'incite à me regarder plutôt que le reste, je cherche à attirer son attention au travers du canal visuel. Par mes propres mouvements de respiration et mes propositions verbales je cherche à créer une imitation chez M. Epicéa afin que son rythme respiratoire diminue et qu'il porte son attention sur son corps dans son ensemble. Cela semble fonctionner. Le médecin verbalise toutes ses actions.

⁸⁵ La séropositivité est la présence dans l'organisme du VIH responsable de la maladie du SIDA

Quand le pansement est terminé, il pousse un long soupir que j'associe à du soulagement. Lorsque je repasse le voir dans sa chambre, je lui demande s'il a pu se reposer et comment il se sent. Il me dit qu'il a dormi et qu'il ne sent pas son genou de façon douloureuse donc ça va. Nous revenons sur son expérience.

Ce n'était pas extrêmement douloureux, mais j'ai été surpris par toutes les sensations étranges que je ne connaissais pas.

Il est souriant et semble apaisé. Je fais le lien avec l'organisation du reste de la journée. Notre collaboration prend fin lorsque son épouse entre dans la chambre.

b. Observations

▶ Subjectivité

Ces deux patients sont hospitalisés pour la même raison : une arthrose qui provoque des douleurs chroniques dans le genou. Cependant, la prise en charge qui en résulte est tout à fait différente. M. Epicéa est très atteint par l'environnement quand Mme Magnolia est effrayée par les aiguilles.

M. rit lorsque le stress semble l'envahir, alors que Mme est au bord des larmes. M. est enclin à la discussion et semble porté par les échanges verbaux. Mme est plus silencieuse et privilégie l'interaction visuelle. Chacun de ses patients par son attitude, son langage verbal et infra-verbal, illustre sa subjectivité.

Chaque patient que je rencontre est unique et contribue à la richesse de cette prise en charge. Il est nécessaire de s'adapter individuellement et de garder une attention et une écoute soutenues à tous les signaux envoyés.

▶ La relation, fil rouge de la prise en charge

Bien que chaque prise en charge soit unique, la relation est commune à toute. Elle est le fil rouge de cette matinée. Le lien créé entre le patient et moi permet la mise en place d'une alliance thérapeutique et l'adhésion au travail psychocorporel proposé. A chaque nouveau patient, chaque nouvelle rencontre, je replace le contexte et je résume rapidement la procédure. Comme j'ai l'habitude d'y assister je

peux donner les informations nécessaires à l'anticipation et à la pose du cadre sans donner les informations purement « médicales » ce qui n'est pas mon rôle.

A plus grande échelle, en étant présente sur chaque étage, je constitue un point de repère, un point d'ancrage pour le patient. Je sers de relai entre sa chambre et le bloc, entre deux étages, entre deux équipes. Je construis du lien tout au long de la matinée. A travers la rencontre en chambre et l'explication sur le déroulement du geste, je tente de rendre au patient la capacité d'anticiper, d'avoir une influence sur son avenir et sa temporalité. Et au moment de le quitter, j'annonce la suite de la journée, toujours dans la même perspective.

Ce lien peut également faciliter le travail des équipes. Le médecin qui pratique l'intervention ne rencontre le patient que lorsqu'il est allongé sur la table. La rencontre en chambre me permet de transmettre mes observations et l'éventuel état de stress du patient. Les deux cas le montrent, le médecin prend en considération l'état du patient : il adapte son discours et verbalise ses actes quand l'anxiété est importante.

Tout au long de la matinée, je tisse la relation avec le patient, utilisant la communication verbale et non-verbale. Le projet n'est plus d'accompagner et de prévenir la douleur uniquement pendant le geste. J'y ajoute un soutien, du lien, un travail de réassurance par l'attention et la considération que je porte au patient avant et après son intervention de part ma présence corporelle.

« Cette présence corporelle du thérapeute va être présence physique, enveloppe contenante, support. C'est toucher, maintenir, contenir, porter, parler sans forcément le faire dans le concret. Attitude fondamentale d'attention et d'écoute où le regard joue un rôle primordial : le regard est le "cordon" qui lie, et signifie, et maintient le sujet, lui prodiguant l'énergie du thérapeute.⁸⁶ »

Pourquoi le psychomotricien plutôt qu'un autre professionnel de soin pour cet accompagnement ? Quelle est sa spécificité ?

⁸⁶ DESOBEAU F., GATECEL A., VIGNE D., MOYANO O. (2007), p.223

B. Éléments de réflexion

I. Outils du psychomotricien

Pour que la prise en charge soit efficiente, le psychomotricien obéit à plusieurs principes de base, dont il se sert naturellement comme étai à la thérapie corporelle.

a. L'alliance thérapeutique

Je l'ai évoqué en parlant de la relation, l'alliance thérapeutique est essentielle pour soutenir le processus thérapeutique.

La relation thérapeutique commence à s'établir dès la première rencontre avec le patient. La confiance et l'engagement en sont les bases. Le psychomotricien est à l'écoute des manifestations verbales et non-verbales du patient et engage sa corporéité dans la construction de cette relation. Le patient s'engage également, confiant son état physique et psychique au soignant.

L'alliance est définie comme « une union, un accord intervenant entre des pays, des personnes⁸⁷ ». En terme de thérapie, elle signe une union entre le thérapeute et le patient qui n'est possible que par cet engagement mutuel. L'engagement est primordial selon Carl Ranson ROGERS et comprend la confiance réciproque, l'acceptation et la confidentialité, et la définition de buts communs pour le patient et le thérapeute.

L'alliance thérapeutique est spécifique à chaque relation soignante et elle contribue de manière significative au succès de la thérapie. Pour cela il est important que les deux protagonistes se reconnaissent dans leur rôle respectif et que leur lien soit stable, fiable et solide.

L'alliance thérapeutique se crée à partir du cadre. La manière dont elle se met en place et la qualité de son évolution en sont grandement dépendantes.

b. Le cadre : garant des limites

Le cadre peut avoir plusieurs significations. D'après le LAROUSSE, il peut se définir comme « la limite d'un espace » ; « l'entourage, le milieu, le contexte » ou

⁸⁷ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/alliance/2376>

encore « ce qui borne, limite l'action de quelqu'un, de quelque chose, ce qui construit le sujet. ⁸⁸» Il renvoie ainsi à un lieu, un espace mais également à la séparation entre le dedans et dehors. C'est un élément prépondérant qu'il faut mettre en place de façon individuelle pour chaque patient. Chaque psychomotricien construit son propre cadre pour être au plus près des besoins du patient.

Le cadre est dépendant de l'établissement dans lequel nous exerçons et il s'applique au patient et au soignant au travers de l'institution. Cette dernière donne des limites temporelles et spatiales dans lesquelles le professionnel a la possibilité d'agir, de s'engager dans la relation. Le cadre est dépendant des modalités de prise en soin. Il ne sera pas le même dans une relation duelle ou dans une relation de groupe, pour un enfant ou pour un adulte. Il sera toujours défini et délimité. « il est ce qui demeure permanent pour que le changement se produise.⁸⁹ » Il doit permettre au patient le maximum de disponibilité exploratoire et à la fois lui assurer le maximum de sécurité.

Pour Catherine POTELE le cadre est « ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée.⁹⁰ » Elle l'envisage à un niveau physique symbolisé par les horaires, la fréquence, la durée, le lieu, le type de médiation. Tous ces éléments permettent une certaine sécurisation en apportant des repères. Et à un niveau psychique dépendant de postulats théoriques nécessaires pour garantir « une mise en pensée⁹¹ », pour pouvoir mettre en sens les manifestations corporelles. Ce cadre contenant va permettre de tenir ce qui déborde, qui explose corporellement, ce que les patients projettent faute de contenance.

La stabilité et la fiabilité du cadre garantissent l'établissement d'une alliance thérapeutique, fondée sur une relation de confiance. Le cadre permet au psychomotricien de s'engager pleinement dans la relation avec son patient. Il est un soutien de la relation thérapeutique et il lui donne du sens.

Dans mon accompagnement, je dois voir les patients trois fois, dans deux lieux

⁸⁸ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cadre/12054>

⁸⁹ BALLOUARD C, (2008), p.186

⁹⁰ POTELE C. (2010), p.321

⁹¹ Ibid. p.323

différents : en chambre et en salle d'intervention. Le cadre physique de ma prise en charge est illustré par ses trois temps d'interaction qui se déroulent dans un espace défini. A partir de la rencontre, le patient sait à quel moment et dans quel contexte nous nous retrouverons par la suite. Il sait quand ma prise en charge se termine. Mon corps, ma présence dans un lieu ou un autre, lui donnent des repères, je sers moi-même de cadre physique. Je me prête également au rôle de cadre psychique en proposant un travail de verbalisation en fin de prise en soin et en accueillant les différentes réactions en bloc opératoire.

c. L'empathie : outil de la relation

L'empathie est une « perception du cadre de référence interne d'une personne avec précision et dans ses composantes et significations émotionnelles, de façon à les ressentir comme si l'on était cette personne, mais sans jamais oublier le comme si [...] Être presque l'autre, sans être l'autre et sans cesser d'être soi-même.⁹² » C'est donc la faculté de comprendre les émotions de l'autre en restant nous-mêmes. L'empathie se retrouve dans chaque interaction et permet la connaissance d'autrui. Selon Alain BERTHOZ, il est important de la différencier de la sympathie. La sympathie « est une propriété fondamentale de notre cerveau qui nous permet de simuler mentalement ou physiquement l'action d'autrui, de percevoir ses émotions sans changer de point de vue, sans se mettre à sa place.⁹³ » Il s'agirait plutôt d'une contagion émotionnelle qui fait appel aux neurones miroir. L'empathie exige une inhibition du côté émotionnel : il s'agit d'être en situation de pouvoir comprendre de l'intérieur ce qui arrive pour l'autre et non pas de le vivre comme lui.

L'empathie est nécessaire mais il est important de garder une juste distance, de soutien et d'appui, un ancrage solide pour ne pas s'effondrer avec le patient, s'il lui arrivait de perdre pied. Le psychomotricien adopte une attitude d'empathie psychique et tonique afin d'être à l'écoute du patient et de pouvoir construire le lien relationnel. Cette capacité à être l'autre sans jamais l'être est également un support qui permet de décoder la plainte, déchiffrer le mal-être et y trouver la réponse adaptée.

⁹² C.ROGERS cité par M. GUIOSE (2007), p.102

⁹³ Diasporiques n° 29 avril 2015 *Empathie : un regard scientifique sur les bases de la relation à l'« autre »* Un entretien avec Alain Berthoz - http://www.diasporiques.org/Berthoz_29.pdf

Le psychomotricien évolue avec ces principes de base. Dans le lavage articulaire, le cadre est particulier : l'accompagnement se fait dans deux lieux distincts, la chambre et la salle d'intervention, l'alliance thérapeutique doit s'établir rapidement et la rencontre est primordiale pour la mise en place de la relation. La relation a une place prégnante dans cette prise en soin. Elle en est le soutien, le fil rouge. S'il ne s'agit que d'établir un contact continu, quelle est la plus-value du psychomotricien dans ce dispositif ?

II. Le psychomotricien, ce professionnel aux multiples facettes

Dans la dernière partie de ce travail je vous présente les facettes du métier de psychomotricien qui, à mon sens, justifie de sa place dans ce dispositif de soin et qui m'ont permis cette année d'accompagner les patients durant leur hospitalisation de jour et de prendre, petit à petit, ma place de future professionnelle.

Au cours de notre formation, des savoirs nous sont transmis, socle théorique essentiel qui nous permet de penser le patient et sa pathologie. Mais le savoir n'est pas suffisant, et ces trois ans nous forment également à un savoir-être et un savoir-faire. Savoir-faire à travers les différents stages et la richesse des domaines d'intervention. Et savoir-être via les travaux dirigés. Par l'expérimentation de pratiques corporelles telles que la conscience et l'expressivité corporelles, le jeu dramatique ou encore la relaxation, je me suis éprouvée corporellement et psychiquement, enrichissant mes vécus. Nous avons tous d'abord travaillé sur notre propre corps afin de pouvoir proposer aux patients un travail au plus près de leurs besoins. Le partage de nos vécus, de nos ressentis, appuie la subjectivité de chacun et enrichit notre palette nous permettant de prendre du recul et de sortir de notre seule interprétation. Pour une même expérience en apparence, il y aura des dizaines, des centaines de ressentis différents. Cette exploration personnelle favorise le développement de capacité d'observation et d'écoute corporelle fines. Le psychomotricien est expert dans la communication non-verbale. Les jeux de regard, le dialogue tonique, la posture, sont autant d'indices qui permettent de nouer les liens. Cette aptitude de lecture du langage du corps et de ses modifications nous permet d'adapter constamment notre attitude, notre présence, nos propositions et nous différencie des autres professionnels du soin.

Chaque personne est différente, chaque rencontre est unique. Pour une même pathologie, nous verrons des milliers d'expressions différentes, de vécus différents. Les patients se présentent tous avec un passé, une histoire, qui joue un rôle sur leur façon d'être au présent. Le psychomotricien prend en compte l'humain dans sa subjectivité : on *est* un corps. Et dans ce corps, notre histoire est inscrite, déterminant nos représentations et nos interactions avec l'environnement, les autres, la pathologie. Dans son intervention le psychomotricien restitue le patient dans un espace et un temps actuels : il rassemble toutes les informations qui font de la personne ce qu'elle est, qui construisent son identité, qui influencent son état. Nous considérons tout ce qu'est le patient et tout ce qui l'entoure : le milieu dans lequel nous le rencontrons, le milieu dans lequel il évolue, son histoire et ses représentations. Il est important de voir le patient dans une globalité et de pouvoir l'envisager dans toutes les composantes de sa vie.

Dans le cadre de mon intervention, je n'ai pas accès aux antécédents et la relation que j'établis avec le patient ne me permet pas d'en apprendre beaucoup sur son histoire. Néanmoins, cette relation inscrit le patient dans un espace, un temps et un état : il est là, hospitalisé avec tout ce que cela peut signifier pour lui, aux prises avec la douleur et ses composantes psycho-corporelles. Ma formation et mes savoirs me permettent de m'adapter à lui.

Les psychomotriciens exercent dans des cadres très divers, avec des patients de tout âge qui présentent des pathologies hétéroclites. Pour chacun d'entre eux, ils utilisent des dispositifs techniques différents dans leur forme ou dans leur utilisation. La capacité qu'a le psychomotricien de s'adapter à un individu, à une pathologie, à un environnement, lui permet d'accueillir le patient et sa souffrance pour lui proposer un travail psycho-corporel orienté. Ainsi, cette proposition peut, à mon sens, faire sur une certaine durée ou bien dans une intervention ponctuelle, un jour quand le patient en a besoin. L'état du soin psychomoteur est la relation. Chaque relation est unique dans son espace et sa temporalité. Le plus important est d'identifier les besoins, les attentes et les possibilités afin de se rendre disponible à la création d'une relation thérapeutique et d'une alliance avec le patient.

C'est avec tous ces outils et dans cette perspective que j'ai pensé mon travail d'accompagnement tout au long de l'année. La demande, le cadre, la relation, la pertinence de la médiation, les répercussions de la douleur sur chacun ont été des questionnements de tous les jours. Malgré les limites que présentait l'environnement, principalement de part son rythme imprévisible, chaque rencontre m'a permis de construire ma clinique et d'affiner ma capacité d'observation pour finir par trouver ma place de psychomotricienne et me sentir... comme un poisson dans l'eau.

Le corps douloureux est une problématique psycho-corporelle qui offre à penser le travail du psychomotricien. Les répercussions corporelles, l'environnement, la temporalité, l'histoire de la personne sont autant d'éléments qui influencent le vécu douloureux. Je me suis demandé comment, dans un cadre aussi particulier que celui d'un lavage articulaire, je pourrai proposer un accompagnement psychocorporel pertinent.

C'est au travers de la mise en place d'un cadre, de l'établissement d'une relation stable et fiable et d'une alliance thérapeutique que j'ai pu évoluer avec les patients tout au long de l'année et établir un protocole d'accompagnement.

La psychomotricité est une discipline vaste qui a autant de définition qu'il existe de psychomotricien. Néanmoins certaines bases sont communes à chaque soin : le psychomotricien est un professionnel de la relation, du travail psychocorporel, un professionnel de la santé qui prend en compte la personne dans toutes ses composantes, un professionnel de la globalité et du lien.

Au cours de ce stage, qui m'a donné à penser chaque jour la pertinence d'une intervention psychomotrice, j'ai pu commencer à construire mon identité de professionnelle. Tous les savoirs, savoir-faire, savoir-être enseignés au cours de ses trois années ont été remis en question, repensés, déconstruits dans l'objectif d'une prise en charge pertinente et de qualité. Ma position, mon attitude, ma façon de me présenter, le cadre, les attentes et les demandes des patients ont été des interrogations constantes. Ce travail de réflexion a néanmoins présenté ses limites au moment de la rédaction de ce mémoire. La psychomotricité n'étant pas une discipline habituellement rencontrée dans ce champ d'intervention, il m'a fallu étendre mes recherches à toutes les directions possibles afin d'apporter de la pertinence à cet essai.

J'ai tenté de vous exposer tout au long de mon travail, le rôle, la pertinence que pourrait avoir l'intervention d'un psychomotricien dans l'accompagnement d'un lavage articulaire. Les gestes médicaux invasifs sont nombreux et hétéroclites dans les services. Le lavage se déroule dans un environnement particulier, ce qui n'est pas le cas de tous les gestes, qui parfois se font en chambre. Que le soin soit un lavage

articulaire, une prise de sang ou une ponction lombaire, les patients réagissent chacun à leur manière lorsque leur corps est intrusé. La douleur provoquée par les soins prend donc différentes formes. Le second plan douleur le montre, elle représente une véritable problématique de santé publique⁹⁴. Pourrions-nous envisager que le champ d'intervention de la psychomotricité s'étende et trouve sa place dans ce domaine ?

⁹⁴ http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-2005.pdf



Les mains liées.
Pablo Picasso - 1952

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- ANZIEU D. (2006), *Le Moi-Peau*, Editions Dunod, Bordas, Paris
- BALLOUARD C. (2011), *L'aide-mémoire de psychomotricité*, Dunod, Paris
- CALZA A., CONTANT M. (2007), *Psychomotricité*, Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux
- CORRAZE J. (2011), *Les communications non verbales*, Presses Universitaires de France, Paris
- DANZIGER N. (2010), *Vivre sans la douleur ?* Odile Jacob sciences, Paris
- DEFIOULLES-PELTIER V. (2010), *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, Vernazobres-Grego, Paris
- DESOBEAU F., GATECEL A., VIGNE D., MOYANO O., *L'adulte : corps, affect et représentation*, in CALZA A., CONTANT M. (2007), *Psychomotricité*, Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux
- DORON R., PAROT F., 1998, *Dictionnaire de psychologie*, Presses Universitaires de France, Paris
- FOURNIVAL N., THIBAUT P. (2012), *Moyens non pharmacologiques de prise en charge de la douleur*. Edition Lamarre, Reuil-Malmaison
- GALLIANO A-C, PAVOT C., POTEL C., (2014), *L'espace et le temps* in SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M (2014), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, De Boeck Solal, Paris
- GAUCHER-HAMOUDI O., GUIOSE M. (2007), *Soins palliatifs et psychomotricité* : Éditions Heures de France, Paris
- GUIOSE M. (2007), *Relaxations thérapeutiques*, Heures de France, Paris
- KATTAN-FARHAT « *Territoires et scénarios de rencontres dans une unité de soin* » in *Soins et communication : approches interactionnistes des relations de soins*. Sous la direction de J. COSNIER, M. GROSJEAN, M. LACOSTE (1993) Presses Universitaires de France, Lyon
- LE BRETON D. (2006), *Anthropologie de la douleur*, édition revue et complétée, Métailié, Paris

- LESAGE B. (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle. Structures, étayage, mouvement et relation*, Edition érès, Toulouse
- LOUVEL J-P, OMRANA M. « *La douleur en psychomotricité* », in SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M (2015), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, vol 3 Clinique et thérapeutiques*, De Boeck Solal, Paris
- MARCHAND S. (2009) *Le phénomène de la douleur - Comprendre pour soigner*, Masson, Paris
- POTEL C. (2013), *Être psychomotricien - Un métier du présent, un métier d'avenir*, Editions érès, Toulouse
- ROBERT-OUVRAY S., SERVANT LAVAL A., *Le tonus et la tonicité*, in SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M., (2014), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, De Boeck Solal, Louvain la Neuve.
- ROGERS C.R., *On becoming a Person*, 1961 ; Traduction française *Le développement de la Personne*, (1998) Dunod, Paris
- SALOME J. (1993), *Relation d'aide et formation à l'entretien*, Presses Universitaires de Lille
- SCIALOM P. (2014), *La relation en psychomotricité* in GIROMINI F., ALBARET J-M., (2014), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Louvain la Neuve, De Boeck Solal
- SCHILDER P., *The image and appearance of the human body*, International Universities Press, 1950 ; Traduction française : *L'Image du corps*. (1998), Gallimard, Paris

ARTICLES

- ARTIGUES L. (2015), *Le toucher respiratoire, coeur de la rencontre en psychomotricité*. in : *Thérapie psychomotrice et recherche* n°179, collection 47, pp 25-29
- COENEN-HUTHER J. (1991), *Observations en milieu hospitalier*. In : *Sociétés contemporaines* n°8, Production domestique. pp. 127-143.

ANNEXES

Document informatif donné aux patients à l'occasion de l'hospitalisation.

INFORMATIONS SUR LE LAVAGE ARTICULAIRE

Votre rhumatologue vous propose un lavage articulaire pour traiter votre pathologie.

Pour vous aider à mieux comprendre ce qu'est le lavage articulaire, vous trouverez dans cette notice un certain nombre d'explications.

I – Qu'est-ce qu'un lavage articulaire ?

Le lavage articulaire est une intervention au cours de laquelle on fait passer à l'intérieur de l'articulation 1 litre de sérum physiologique (parfois 2 à 3 litres). Le liquide arrive par une aiguille de 2 mm de diamètre et ressort aussitôt de l'articulation par une autre aiguille de 2 à 4 mm de diamètre. Ce lavage permet de retirer des débris microscopiques de cartilage et les enzymes ou les cristaux contenus dans le liquide articulaire qui entretiennent l'inflammation et la douleur. Le lavage se termine par une injection de corticoïdes dans l'articulation.

II – Pourquoi un lavage articulaire ?

Le lavage articulaire est proposé pour traiter une pathologie à l'intérieur d'une articulation. Le plus souvent il s'agit d'une arthrose, parfois d'une arthrite inflammatoire ou liée à une infection, plus rarement un saignement articulaire comme peut se voir au cours de l'hémophilie.

Le lavage est habituellement proposé pour l'articulation du genou, parfois de l'épaule, plus rarement du coude ou de la cheville.

Au cours de l'arthrose du genou, le lavage couplé à une injection de corticoïdes se révèle habituellement plus efficace qu'une infiltration de corticoïdes seule.

III – Comment se déroule un lavage du genou ?


Le lavage peut se faire au cours d'une hospitalisation d'une journée ou de 1 jour ½. Le membre à traiter est habituellement dépilé à l'hôpital, juste avant le lavage. Ne pas se raser le genou chez soi.

Pendant le lavage :

- Le lavage se déroule dans la salle de rhumatologie interventionnelle.
- Des règles strictes d'asepsie sont suivies pour éviter au maximum une infection :
 - o Habillage stérile de l'opérateur.
 - o Désinfection soigneuse de l'articulation à traiter et champ stérile.
 - o Utilisation d'un matériel stérile.
- Le lavage se fait sous anesthésie locale ; l'anesthésie de la peau est un moment qui peut être désagréable car le produit anesthésiant (la Xylocaïne) brûle pendant 5 à 10 secondes.
- La perfusion de 1 litre de sérum physiologique dans l'articulation dure 5 à 15 minutes.
- Les points de ponction sont fermés par des bandelettes adhésives. Si on utilise un trocart de 4 mm de diamètre, l'orifice sera fermé par un point de suture.

Après le lavage :

- *A l'hôpital*
 - o Les douleurs, habituellement modérées, sont calmées par des médicaments anti-douleurs et par l'application d'une vessie de glace.
 - o Un kinésithérapeute viendra vous montrer quelques exercices, d'une part pour éviter une phlébite (mouvements des pieds) et d'autre part pour renforcer les muscles. Les exercices seront poursuivis à domicile.
 - o Le lever du lit se fait 2 heures après le lavage en s'aidant de 2 cannes anglaises pour soulager l'appui tout en posant le pied par terre.

Tournez la page 

- A domicile
 - o Le pansement sera retiré par une infirmière ou par votre médecin au 7^{ème} jour pour les pansements adhésifs, au 10^{ème} jour pour les points de suture.
 - o Pendant cette période, le pansement ne doit pas être mouillé. Le mieux est de faire sa toilette au gant, ou sinon de prendre une douche en protégeant la zone opératoire par un sac plastique scotché hermétiquement en haut de la cuisse.
 - o Si vous avez des facteurs de risque de phlébite, vous recevrez des piqûres d'anticoagulant pendant 6 à 10 jours.

IV – Quels sont les risques du lavage articulaire ?

Tout traitement comporte des risques et le risque nul n'existe pas. L'ensemble de l'équipe soignante (médecins, infirmières, aides-soignantes) prend toutes les mesures nécessaires pour diminuer les risques au maximum.

Voici les principaux risques encourus :

1) L'infection de l'articulation

Elle est liée au passage de l'aiguille à travers la peau. Elle peut également survenir après le lavage si l'un des points de ponction est le siège d'un écoulement (voir : 2) La fistule synoviale) et/ou si le pansement et les points de ponction sont mouillés au cours d'une douche.

C'est une complication très rare mais sérieuse car elle peut détériorer l'articulation voire mettre en jeu la vie du patient si elle n'est pas traitée rapidement. Des mesures strictes d'asepsie sont prises pour minimiser ce risque, en particulier une désinfection soigneuse de la peau.

Si malgré tout, l'infection se produisait, elle se traduirait dans les jours suivant l'infiltration par une recrudescence de vos douleurs, avec un gonflement très douloureux, rouge et chaud, de l'articulation, avec souvent de la fièvre ou des frissons.

Il faudrait dans ce cas prévenir le plus rapidement possible l'hôpital Cochin ou votre rhumatologue pour débuter le traitement le plus approprié.

2) La fistule synoviale

Il s'agit de l'absence de cicatrisation de l'une des voies de ponction malgré les bandelettes adhésives ou les sutures. Elle se manifeste par un écoulement de liquide clair et visqueux qui tache le pansement. Cet écoulement est indolore. Néanmoins, il s'agit d'une situation grave qui peut aboutir à l'infection du genou. Il faut dans ce cas prévenir le plus rapidement possible l'hôpital Cochin.

3) Les risques de phlébite (caillot dans une veine)

Après le lavage du genou, un repos au lit est préconisé pendant au moins 2 heures, ce qui peut favoriser la survenue d'une phlébite, voire d'une embolie pulmonaire qui peut mettre en danger la vie du patient. Ce risque est très rare ; il est minimisé par des mouvements fréquents des pieds alternativement vers le haut et vers le bas et par une piqûre d'anticoagulant le soir et les jours suivant le lavage.

4) Les complications allergiques

Elles peuvent être dues à l'anesthésique local (Xylocaïne) ou aux produits de désinfection iodés appliqués sur la peau.

Les réactions allergiques sont le plus souvent transitoires et peu gênantes (éruptions cutanées, nausées) mais il existe des cas exceptionnels pouvant conduire à un œdème de Quincke (œdème de la face et du cou), voire à un choc anaphylactique avec défaillance cardio-circulatoire.

Si vous avez déjà eu une telle réaction après un examen avec injection de produit de contraste iodé (urographie intraveineuse, scanner, angiographie...) ou si vous avez un terrain allergique (asthme, rhume des foins, urticaire, eczéma...), il faut le signaler aux rhumatologues de Cochin.

5) Risques en rapport avec la dose de cortisone injectée

En général, la dose injectée est faible et entraîne peu d'effets indésirables.

Le passage dans le sang du corticoïde peut entraîner quelques réactions transitoires comme une sensation de chaleur diffuse, une rougeur du visage et parfois des maux de tête. Ces incidents sont bénins (il ne s'agit pas d'une allergie) et disparaissent sans traitement en un ou deux jours.

En cas de diabète ou d'hypertension, il peut être nécessaire d'ajuster votre traitement.

6) Risques de saignement dans l'articulation et d'hématome cutané

Il survient en cas de piqûre d'un petit vaisseau sanguin par l'aiguille de ponction. Il va se résorber progressivement. Exceptionnellement, le saignement dans l'articulation est important et nécessite une ponction-évacuation.

C'est une des raisons pour laquelle un bilan sanguin est réalisé avant le lavage.

Si vous prenez un traitement anticoagulant ou du Plavix, celui-ci doit être arrêté plusieurs jours avant le lavage ; parlez-en à votre médecin. Le lavage peut se faire sous aspirine.

Si vous souhaitez des explications ou des informations complémentaires, n'hésitez pas à les demander auprès des médecins qui sont à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

RÉSUMÉ/ABSTRACT

La douleur est universelle et tout homme en a déjà fait l'expérience. C'est l'un des motifs les plus fréquents de consultation médicale et elle est aujourd'hui considérée comme une problématique de santé publique. Comment y faire face lorsqu'elle se présente dans le cas de la dispense d'un soin médical invasif ?

C'est le sujet que j'aborde dans le cadre de mémoire qui présente mon travail d'accompagnement psychomoteur auprès de patient subissant un lavage articulaire. En quoi l'intervention d'un psychomotricien dans le cadre d'un soin médical invasif paraît-elle pertinente ? Quels sont les aspects de la prise en soin psychomotrice qui permettent ce travail ? Le psychomotricien peut-il sortir du schéma habituel de prise en charge suivie au profit d'une intervention plus ponctuelle ?

Mots-clés : psychomotricité, douleur, soins invasifs, cadre thérapeutique, alliance thérapeutique, relaxation

Pain is universal and everyone has already experienced it. It is one of the most frequent motivations for medical consultation and nowadays it is considered a public health issue. How can it be faced when it occurs during invasive medical care ?

This is the topic I address within the framework of my research essay, which describes my psychomotor assistance to patients undergoing washing of the joints. How does the intervention of a psychomotor therapist during invasive medical care seem to be relevant ? Which aspects of psychomotor care permit this work ? Can the psychomotor therapist move on from the usual supervised care pattern to a more specific intervention ?

Keywords : psychomotricity, pain, invasive care, therapy framework, therapy alliance, relaxation