



HAL
open science

Impact de la douleur sur l'image du corps. Apport de la prise en charge psychomotrice auprès des patients douloureux chroniques en service de Soins de Suite et de Réadaptation

Mélody Courbacier

► **To cite this version:**

Mélody Courbacier. Impact de la douleur sur l'image du corps. Apport de la prise en charge psychomotrice auprès des patients douloureux chroniques en service de Soins de Suite et de Réadaptation. Psychologie. 2019. dumas-02178027

HAL Id: dumas-02178027

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02178027>

Submitted on 9 Jul 2019

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.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institution de Formation en Psychomotricité

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

Impact de la douleur sur l'image du corps

*Apport de la prise en charge psychomotrice auprès des patients
douloureux chroniques en service de Soins de Suite et Réadaptation*

COURBACIER Mélody

Née le 26 Juillet 1996 à Aire sur l'Adour (40)

Juin 2019

Directeur de Mémoire : Jean-Jacques MAIREY

REMERCIEMENTS

Merci à Jean-Jacques MAIREY, pour sa guidance, ses critiques et ses précieux conseils dans l'élaboration de ce mémoire,

Merci à Nathalie DUBRANA, Jean-Guillaume LAVIELLE, Emmanuelle LACROIX et Mathilde HILLOTTE de m'avoir accompagné, de m'avoir poussé dans mes réflexions et questionnements et de m'avoir fait découvrir la psychomotricité dans les meilleures conditions,

Merci à l'équipe du centre de rééducation fonctionnel pour son accueil et son implication dans mon stage,

Merci à toute l'équipe de l'Institut de Formation de Bordeaux et aux intervenants pour leur pédagogie, leur accompagnement et leur participation dans l'élaboration de mon identité professionnelle,

Merci à ma famille et mes amis pour leur patience et leur soutien surtout ces derniers mois,

Merci à tous mes futur(e)s collègues d'avoir rendu ces trois années de formation incroyables,

Merci à Amaia, colocataire, amie et étudiante en psychomotricité aussi, pour son aide et son soutien des derniers instants,

Merci à mes amies, mes plus belles rencontres durant cette formation. On a grandi, évolué, mûri ensemble. Et c'est pas fini ...

Merci

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
<u>Chapitre 1 : LA DOULEUR CHRONIQUE</u>	6
1. Généralités sur la douleur	6
2. La douleur chronique	13
3. Concepts fondamentaux de la psychomotricité autour de la douleur chronique	26
<u>Chapitre 2 : L'IMAGE DU CORPS</u>	29
1. L'image du corps en psychanalyse 29	
2. Vers une image composite en psychomotricité	34
3. Atteintes de l'image du corps dans la douleur chronique	41
<u>Chapitre 3 : PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITÉ DANS LA RESTAURATION DE L'IMAGE DU CORPS DU PATIENT DOULOUREUX CHRONIQUE</u>	45
1. La relaxation	47
a. <u>Définitions et généralités</u>	<u>47</u>
b. <u>Les fondements de la relaxation et de la psychomotricité</u>	<u>48</u>
2. La relaxation auprès du douloureux chronique	56
<u>Chapitre 4 : INTERVENTION DE LA PSYCHOMOTRICITÉ EN SERVICE DE SSR</u>	62
1. L'activité de Soins de Suite et de Réadaptation	62
2. Le groupe relaxation	68
3. Madame H	70
CONCLUSION	79
BIBLIOGRAPHIE	81
TABLE DES MATIERES	85
ANNEXES	89

AVANT-PROPOS

*“La douleur dépersonnalise ...
la douleur est accaparement, intériorité, fermeture, détachement
de ce qui n’est pas elle.
Elle contamine la totalité du
rapport au monde.”*

David Le Breton
Anthropologie de la douleur

INTRODUCTION

Tout le monde a déjà ressenti une douleur à un moment ou à un autre dans sa vie, à intensité ou à durée variable. Première cause de consultation médicale (80% des consultations médicales en France), elle reste l'un des symptômes les plus complexes lorsque la douleur se chronicise.

“Le patient est le seul à avoir un savoir sur son vécu douloureux”. [37]

En effet, la douleur est à la fois connue de tous mais impossible à partager, c'est l'incommunicabilité de la douleur. Utile et “éducative” lorsqu'elle se présente de façon aiguë, elle protège de nombreuses menaces, enseigne la prudence et laisse une trace dans la mémoire face à quelconque danger, et cela depuis l'enfance. Lorsqu'elle persiste, la douleur prend un tout autre tournant : elle devient seule préoccupation du douloureux, perd toute son utilité et a un réel impact dans la vie du sujet.

La douleur chronique, présente plus de 6 mois, est un véritable enjeu économique et social en France, en constante évolution. En touchant 22% de la population¹, elle requiert à présent une place centrale dans la prise en charge médicale ainsi que paramédicale et sociale du patient. La globalité du sujet étant envahie, corps et esprit sont atteints dans leur relation, dans celle avec l'environnement et dans celle avec l'entourage du sujet. Les répercussions émotionnelles, sociales et affectives s'associent aux répercussions physiques et fonctionnelles. Comme l'illustre le modèle bio-psycho-social, l'intervention auprès du patient douloureux demande une équipe à plus grande échelle, faisant surtout place aux disciplines paramédicales dans l'accompagnement du bien-être de l'individu.

Quelle est alors la place de la psychomotricité dans la prise en charge de la douleur chronique ?

Cette question me suit depuis le début des enseignements en école de psychomotricité. La douleur est une notion souvent abordée dans les parcours médicaux et infirmiers mais rarement dans notre cursus. La troisième année de formation laisse place à cette notion de façon théorique. C'est pourquoi j'ai voulu approfondir mon savoir par un stage de longue durée en Service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

¹ Selon l'Organisation Mondiale de la Santé

Ma présence plus importante en institution couplée à des apports théoriques plus nombreux m'ont conduit vers un autre sujet de réflexion : l'image du corps. Le déclic a eu lieu lors d'une rencontre avec une patiente du SSR. Cette dame est hospitalisée pour un séjour de rééducation après la pose d'une prothèse globale du genou droit suite à des douleurs depuis des années. Après des échanges avec elle et sa kinésithérapeute, j'apprends qu'elle est capable de marcher sans béquilles. Je lui demande alors pourquoi elle ne le fait pas et elle me répond "*Moi je veux depuis longtemps mais c'est quand lui le décidera*" en me montrant son genou. Dans la suite de la discussion je remarque qu'elle ne citera son organe malade et maintenant étranger que de façon détachée à son corps, comme être à part entière. Je retrouve alors cette dissociation dans presque tous les discours que m'apportent les autres patients.

Le patient douloureux chronique est atteint dans son vécu psycho-corporel et dans la représentation du corps qu'il se fait. Comme le disent **Jean-Philippe LOUVEL** et **Mounia OMRANA**, "*nous pouvons penser le patient sous l'angle de sa tentative d'intégrer la douleur à son schéma corporel, son image du corps et son vécu psychique, surtout lorsque celle-ci se chronicise, perdure dans l'espace et le temps*" [28].

Comment le psychomotricien peut intervenir dans la prise en charge pluridisciplinaire en SSR pour restaurer cette image du corps défaillante ? Par quels outils ?

Françoise DOLTO a dit de l'image du corps qu'elle est "*l'expression des forces vives du sujet*" [30], elle est le support du narcissisme. L'objectif du psychomotricien va être de renforcer ce narcissisme et cette estime de soi quasiment éteints dans la douleur chronique. Pour cela l'outil principal qui lui est offert est la thérapie à médiation corporelle et plus précisément la relaxation.

La relaxation, au delà des effets de détente et de plaisir qu'elle procure, aide le patient à modifier le regard porté sur son propre corps en lui permettant de le réinvestir différemment.

Comment la relaxation s'inscrit-elle dans la lutte contre la douleur et dans l'investissement ou réinvestissement de l'image du corps ?

Par quelle démarche le patient peut-il s'en trouver renarcissisé ?

Quelles sont les actions du thérapeute et les enjeux de la relation soignant-soigné dans le suivi ?

Voici une partie des questionnements qui me sont venus au cours de l'élaboration de cet écrit et auxquels j'essaierai d'apporter réponses et hypothèses.

Chapitre 1

LA DOULEUR CHRONIQUE

1. GÉNÉRALITÉS SUR LA DOULEUR

a. Définitions

Dans les moeurs, la douleur, la nociception et la souffrance sont des termes souvent employés de manière homologue. Cependant, malgré leur indissociabilité, des distinctions fondamentales existent.

La nociception, originaire du latin ‘nocere’ (*nuire*), est “**un procédé physiologique de sensibilité à la douleur**” [9]. En d’autres termes, c’est le processus sensoriel à l’origine du message nerveux provoquant la douleur. Relative à un système de protection ou d’alarme, son objectif est de détecter les stimulations internes ou externes pouvant nuire à l’intégrité physique de l’individu.

La souffrance est “**un tourment physique ou moral**” [9]. Le Larousse cite la douleur dans sa définition et par là confirme leur indissociabilité. Cependant, pour **Paul RICOEUR**, la souffrance correspond à l’aspect émotionnel de la douleur et “**est un état mental modulé par le vécu, le contexte de la maladie, le stress, l’histoire du sujet et l’environnement de celui qui la vit**” [28].

Le Professeur **Serge PERROT** utilisera un exemple que je trouve pertinent et simple afin de différencier la douleur de la souffrance : “*la douleur s’exprime de cette façon, ‘j’ai mal’, pour la souffrance on dira ‘je suis mal’.*” [41]

D’après l’Association Internationale de l’Etude de la Douleur, la douleur “**est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion**”. Cette définition datant de 1979 est toujours d’actualité. Sensorialité et affectivité en sont des dimensions mises au même niveau, qualifiant ce phénomène de psychosomatique. “*Expérience sensorielle et émotionnelle*” vise à réintégrer de la subjectivité laissant la douleur devenir véritable phénomène dont seul le patient

est en mesure de communiquer la teneur. Elle résulte à la fois de facteurs objectifs (stimuli nociceptifs..) et de facteurs subjectifs émotionnels et motivationnels.

“La douleur n’est plus un symptôme isolé mais un élément affectif chargé plus ou moins de représentations et tenant une place dans la topique psychique, y jouant un rôle et y prenant un sens” [30]. Elle prend son origine dans la réalité du corps et s’adapte en fonction des émotions et de l’esprit de l’individu. Ceci peut expliquer les allers-retours faits avec la souffrance, lui permettant à la fois de s’exprimer mais aussi au sujet de s’en protéger.

b. Physiologie du message douloureux

La perception de la douleur implique l’activation d’un complexe de réception, de transmission, de modulation et d’intégration des stimulations nociceptives à différents niveaux du système nerveux central.

i. Le trajet du message douloureux

La stimulation nociceptive

Le corps dans son entièreté est sujet à des stimuli nociceptifs activant des récepteurs sensoriels spécifiques : les nocicepteurs. L’origine des stimuli peut être thermique, mécanique, métabolique. Le stimulus est en général bien localisé dans la douleur aiguë mais est parfois mal défini dans le cas de la douleur chronique. Son origine reste parfois floue.

Les messages nociceptifs sont au départ générés au niveau des terminaisons libres des fibres nerveuses situées dans la peau, les muqueuses, les organes, les os, les muscles, les articulations ainsi que les viscères. Ils sont ensuite véhiculés dans les nerfs par différentes fibres.

La sensation de douleur est provoquée par les fibres myélinisées A delta pouvant expliquer une réaction de retrait face à un stimulus douloureux puis par les fibres non myélinisées C à l’origine de la douleur liée au traumatisme.

La transmission du message douloureux

Les informations douloureuses sont alors transmises du lieu de l’agression vers la moelle épinière. La corne postérieure de la moelle constitue le premier relais des voies sensitives de la douleur.

Deux voies ascendantes représentant chacune leur propre circuit sont ensuite impliquées dans la transmission supra-spinale du message :

- Le faisceau spino-thalamique latéral (FST) composé de fibres A delta : voie rapide. Il regroupe 80 à 90% des fibres nociceptives, principalement les somatiques et viscérales, et les sensibles au chaud et au froid.
- Le faisceau spino-réticulo-thalamique (FSRT) composé de fibres C : voie tardive

L'influx nerveux transportant l'information douloureuse atteint par ces faisceaux le tronc cérébral. Situé sous le cerveau, il accueille les nerfs sensitifs faisant partis des 12 nerfs crâniens et est également le lieu de croisement de la ligne médiane au niveau de la commissure grise ventrale. Les influx nerveux en provenance d'un hémicorps sont intégrés par le cerveau opposé et inversement. Concrètement, les douleurs en provenance du côté gauche du corps vont être intégrées par le cerveau droit.

Le Thalamus

Les informations, toujours dans le tronc cérébral, rejoignent le thalamus. Le thalamus est un noyau gris considéré comme le centre de triage des informations sensitives. C'est le lieu permanent du second relais pour toutes les voies sensitives. Il est à l'origine du troisième neurone de la voie, dit thalamo-cortical.

Le thalamus permet l'intégration centrale des signaux à différentes sphères du cortex.

Les fibres A delta du FST se projettent dans le thalamus latéral puis vers le cortex sensitif. Cette voie est responsable de l'aspect sensori-discriminatif de la nociception (localisation, durée, sensation). Les zones corticales activées sont dites somatotopiques, c'est-à-dire qu'il est possible de localiser de façon précise les parties du corps atteintes par la douleur. Les douleurs atteignant les muscles et le squelette sont dites somatiques nociceptives. Les douleurs viscérales touchent les organes.

Les fibres C du FSRT passent par le thalamus médian avant d'atteindre le cortex frontal et les structures limbiques. Leur mise en jeu est responsable des comportements douloureux (mémoire, intégration émotionnelle, adaptation comportementale) comme ceux d'éveil et de défense. Ce circuit lent conditionne les aspects cognitifs, affectifs et neurodégénératifs de la douleur.

Le cerveau est donc à l'origine de l'interprétation de la douleur. C'est ainsi qu'une même stimulation peut provoquer chez quelqu'un une réaction différente dans son intensité que chez un autre individu. La culture, les expériences antérieures mémorisées, l'éducation et les émotions entrent en jeu et conditionnent la compréhension et l'interprétation qu'un sujet peut se faire de sa douleur. Perception et émotion, physique et psychique restent indissociables.

Dans un schéma en [ANNEXE 1](#) j'illustre de manière synthétique les principales voies mises en jeu dans le trajet du message douloureux.

ii. Modulation de la transmission

Tout au long de leur trajet nerveux, les voies nociceptives afférentes font l'objet de modulations, soient facilitatrices soient inhibitrices, par des systèmes régulateurs situés aux différents niveaux du système nerveux. La modulation du message douloureux est aussi appelée "système d'analgésie interne". Elle regroupe trois principaux systèmes agissant tous deux sur la corne dorsale de la moelle épinière malgré leurs origines distinctes:

"Gate control" ou contrôle "de la porte"

Au cours des années 60, **R. MELZACK** et **P. WALL** proposent cette théorie de la porte selon laquelle l'activation des fibres A alpha et bêta (tactiles et non nociceptives) exercent une inhibition sur les petites fibres nociceptives A delta et C au niveau de la corne postérieure. Les informations nociceptives mettent alors plus de temps à arriver à la moelle épinière que les fibres sensorielles.

Contrôle inhibiteur diffus (CIDN)

Ce système est induit par des stimulations nociceptives dites descendantes car arrivant directement du cerveau (et non l'inverse comme le 'gate control') et différentes de celles à combattre. L'application des stimuli nociceptifs active les neurones nociceptifs non spécifiques correspondant au segment médullaire activé, tout en inhibant des neurones du même type situés dans la moelle épinière. En activant ces autres neurones, la douleur ne serait pas seulement déclenchée par des processus excitateurs mais par la perception de différences entre les intensités des stimuli. Cela revient à inhiber la douleur par de la douleur.

Contrôle des centres supérieurs du système nerveux central

Comme vu auparavant, les voies sensibles véhiculent les informations douloureuses vers des régions cérébrales telles que le cortex préfrontal et les structures limbiques, sièges des émotions et de la mémoire. Elles ont donc un effet direct sur la perception de la douleur. Contrairement aux deux autres types de contrôles modulateurs de l'intensité de la douleur, ce contrôle module surtout l'aspect désagréable de la douleur dans sa composante motivo-affective. Les **méthodes de relaxation** s'en sont inspirées.

c. Composantes

i. Composante sensori-discriminative

La composante sensori-discriminative représente le langage subjectif, ce que le sujet "**sent**" de sa douleur. Elle englobe tous les mécanismes neurophysiologiques permettant de localiser les messages nociceptifs, en donner une intensité, une durée (brève, continue, chronique, récidivante), une qualité (brûlures, picotements, fourmillements, décharges électriques..).

Cette analyse est possible seulement par le patient. Par recueil d'une description fine de la sensation douloureuse et du vécu corporel et psychique, le professionnel peut orienter le diagnostic et compléter si besoin par des examens complémentaires. Il est possible d'associer à ce récit une auto-évaluation plus quantitative de la douleur de type Échelle Visuelle Analogique (EVA) ou Échelle Verbale Simple (EVS).

ii. Composante affectivo-émotionnelle

La composante affectivo-émotionnelle représente le langage affectif, la manière dont le patient "**ressent**" de sa douleur. Elle exprime le retentissement sur l'humeur et l'affectivité et attribue à la douleur un caractère désagréable, supportable, agressif, pénible ou non. La prolongation dans le temps de la sensation douloureuse peut se voir évoluer vers de nouveaux états émotionnels tels que l'anxiété pathologique ou la dépression.

Plusieurs éléments comme le contexte environnemental, l'âge, l'attitude du patient et de son entourage, les connaissances sur la douleur, les capacités cognitives peuvent venir modifier le vécu émotionnel. Il est donc essentiel pour le praticien d'évaluer systématiquement le niveau de détresse psychologique du patient en complémentarité du récit objectif développé plus tôt.

iii. Composante cognitive

La composante cognitive de la douleur représente le langage personnel et social, ce que le sujet “**dit**” et “**comprend**” de sa douleur. Elle correspond à l’ensemble des processus mentaux mis en jeu par la douleur et permet la reconnaissance, l’interprétation de la perception douloureuse et les conduites adoptées pour y faire face. Ces cognitions font appel aux acquis éducatifs, culturels et sociaux dans le traitement de la douleur, aux croyances associées.

iv. Composante comportementale

La composante comportementale exprime les répercussions des douleurs sur le comportement, ce que le patient “**montre**” de sa douleur. Ces manifestations peuvent être verbales ou non verbales. Plusieurs expressions de types physiologiques, verbales ou motrices sont possibles : cris, plaintes, postures, mimiques, prostration, évitement, agitation, agressivité... Les apprentissages antérieurs, l’environnement familial et culturel, les facteurs sociaux, l’âge, le sexe, les réactions de l’entourage jouent un rôle central dans l’expression de ces manifestations.

Cette composante est significative de la complexité de la compréhension de la douleur. Pour exemple, l’entourage observe le patient et par sa propre compréhension de l’origine de ses manifestations va répondre de manière positive ou négative. Cela aura directement des répercussions chez l’entourage (rejet ou renforcement) et le patient.

d. Mécanismes

Il existe un polymorphisme des douleurs tant sur le plan de l’intensité que de leurs causes, leur sémiologie et leurs conséquences. On distingue trois mécanismes généraux de la douleur : la douleur par excès de nociception, la douleur neuropathique et la douleur dysfonctionnelle, anciennement psychogène. Il existe des douleurs dites mixtes comme le cancer, regroupant douleur nociceptive, douleur neuropathique et souffrance morale.

i. Douleurs par excès de nociception

Les douleurs par excès de nociception sont liées à une stimulation excessive des récepteurs périphériques appelés nocicepteurs. Cette inflammation nociceptive est transmise au cerveau par un système de conduction nerveuse normale. La stimulation peut être d’origine mécanique (fracture, étirement..), ischémique (perturbations métaboliques), inflammatoire (brûlures, coupures..), tumorale.. L’examen neurologique reste normal et il n’y a aucun déficit

sensitif de type hypoesthésie dans le territoire douloureux. Les douleurs peuvent être continues ou intermittentes et sont variables dans leur intensité.

Il s'agit du mécanisme habituel des douleurs aiguës (post-traumatiques, post-opératoires, lésionnelles...). Elles peuvent se traduire par une inflammation chronique dans le cas de diverses pathologies évolutives telles que les rhumatismes chroniques et les cancers envahissants par exemple. Les antalgiques restent les traitements les plus efficaces dans ce cas.

ii. Douleurs neuropathiques

Les douleurs neuropathiques ou neurogènes ne résultent pas d'une lésion tissulaire mais d'une interruption des voies nociceptives à la suite de lésions du système nerveux central ou périphérique. Le système nerveux endommagé transmet un message erroné sous forme de douleur spontanée.

Les douleurs neuropathiques sont caractérisées par un fond permanent de type brûlure associé à une sémiologie spécifique. Elle associe des douleurs spontanées (normalement non nociceptive) à des douleurs provoquées (normalement nociceptive) par le simple contact ou amplifiées par un phénomène d'hypersensibilité (hyperesthésie).

L'examen somatique reste normal mais l'examen neurologique révèle un déficit sensitif dans le territoire douloureux. Plusieurs causes à ces douleurs sont relevées : infections, diabète, alcool, compression nerveuse (hernie discale, canal carpien..), amputation, séquelles d'accident cardio vasculaire. Ces douleurs peuvent apparaître après un temps libre de courte ou longue durée par rapport à la lésion initiale. Contrairement aux douleurs nociceptives, elles sont insensibles aux antalgiques classiques et aux anti-inflammatoires non stéroïdiens.

iii. Douleurs dysfonctionnelles

Les douleurs dysfonctionnelles dites "sine materia" peuvent être assimilées aux douleurs par excès de nociception ou neuropathiques, seulement, aucune lésion de tissus ou de nerfs n'est identifiable. Elles correspondent à un dysfonctionnement neuropsychologique douloureux par somatisation, avec ou sans psychopathologie associée. Parmi les explications étiologiques possibles, il s'agirait de douleurs liées à un dysfonctionnement des systèmes de contrôle de la douleur sans lésion identifiée. Les plus fréquentes sont la fibromyalgie, la céphalée de tension et la colopathie fonctionnelle. Elles répondent peu aux traitements pharmacologiques et leur prise en charge fait appel principalement aux thérapeutiques non médicamenteuses (psycho-corporelle, physique et rééducative, stimulation nerveuse..).

À présent que les bases neurophysiologiques de la douleur ont été évoqués, nous allons nous intéresser plus spécifiquement à la douleur chronique.

2. LA DOULEUR CHRONIQUE

a. Douleur aiguë et douleur chronique

Anita VIOLON, par sa propre approche de la douleur, distingue subtilement la douleur aiguë de la douleur chronique :

“Maladie, accident, blessure peut être infime, opération même réussie sur tous les plans, traumatisme psychologique, chacun de ces facteurs peut, à un moment donné, enclencher une douleur physique qui s’installe et se perpétue pour son propre compte, sans raison apparente, s’inscrivant dans la perception, dans la mémoire, et dans le système nerveux. Alors le mal n’est plus ce signal d’alarme indicateur de lésion, mais devient par lui-même toute la maladie, la douleur-maladie, qui retranche la personne atteinte de la vie normale.” [43]

“Quand elle est juste, que nous réussissons à lui donner un sens, elle rentre dans notre champ d’expérience et de compréhension et nous donne des limites” [28], elle représente un signal d’alarme utile et nécessaire, “une réponse appropriée à sa cause” (HAS) que nous appelons douleur “aiguë”. Lorsqu’elle dépasse ce rôle elle devient un élément “en trop”, et perd toute son utilité. On parle alors de douleur chronique au système d’alarme dérégulé.

Les deux notions se distinguent par leur rapport à la temporalité et leurs répercussions dysfonctionnelles sur la vie de l’individu.

La HAS définit la douleur chronique en lui attribuant plusieurs caractéristiques :

- Elle est **persistante** ou **récurrente**
- Elle dure plus de **3 à 6 mois**
- Elle **répond insuffisamment au traitement**
- Elle représente une **détérioration significative des capacités fonctionnelles et relationnelles** dans les activités de la vie quotidienne

Les principales causes de la douleur chronique sont : l'arthrose, le dos (lombalgies, discopathies...), le cancer, les traumatismes (suite à des accidents), la chirurgie (séquelles post-opératoires), les migraines.

La douleur chronique, véritable centre d'attention, peut au fur et à mesure s'accompagner de manifestations psychopathologiques de différents types (anxiété, dépression...). Elle présente une pluridimensionnalité dans ses causes, ses facteurs psychiques, environnementaux et ses mécanismes de réponse.

b. Comorbidités

D'après **MARTY**, cité dans le *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, "***une souffrance d'origine organique peut être à l'origine d'une désorganisation psychique, montrant la défaillance du fonctionnement du préconscient mais aussi des premières interactions mère-enfant. La douleur vient alors inhiber la pensée***" [28].

Une douleur qui dure depuis des mois voire des années s'accompagne de fragilités psychologiques. Les douleurs introduisent un cercle vicieux d'aggravation dans le temps : **alarme - malaise - obsession - dépendance - dépersonnalisation - enfermement**. Le psychisme a une place centrale voire plus importante que le physique dans la prise en charge du douloureux chronique. Il est essentiel d'avoir en tête la complexité de la douleur chronique pour reconnaître et prendre en charge tous les éléments qu'elle entraîne.

i. Les répercussions de la douleur

La douleur chronique touche en premier plan le corps et se répercute sur le psychisme et plusieurs aspects de la vie du sujet :

- **Physiques**

BICK évoque la notion de seconde peau pathologique, **REICH** nous parle de cuirasse musculaire. Tout deux théorisent par ces concepts l'apparition de tensions musculaires majoritairement de types hypertoniques dans le corps du patient douloureux. La douleur crée une enveloppe de souffrance par contractions des muscles de l'organe douloureux et du reste du corps. Elle sert d'armure, de cuirasse solide, à la fois douloureuse et protectrice.

- **Sommeil**

La douleur entraîne un grand état de fatigue. Les patients évoquent des nuits agitées avec des difficultés essentiellement d'endormissement. Il leur est parfois impossible de trouver une position suffisamment confortable pour trouver le sommeil. Ils rapportent également des micro-réveils multiples la nuit. Ce manque de sommeil se répercute sur le quotidien avec une fatigue extrême qui entretient l'inactivité et la douleur elle-même.

- **Alimentation**

La douleur peut entraîner des perturbations de l'appétit, souvent en baisse. Les risques sont élevés avec l'apparition de carences et de variations de poids, en gain ou en perte, importantes. Là encore le cercle vicieux se répète en favorisant la fatigue, l'inactivité donc la douleur.

- **Inactivité**

La douleur envahit le corps de la personne et peut réduire voire rendre impossible ses mouvements. La réduction des déplacements donne souvent lieu à une perte d'autonomie dans les activités du quotidien. Au fur et à mesure nous pouvons assister à une inactivité avec des signes d'aboulie (diminution ou privation pathologique de la volonté).

- **Anosognosie**

Il n'est pas rare de rencontrer des sujets douloureux chroniques atteints d'anosognosie. L'anosognosie est un trouble neuropsychologique qui fait qu'un patient atteint d'une maladie ou d'un handicap n'a pas conscience de sa condition. Pour certains patients, vivre la douleur dans une durée indéterminée est inenvisageable. Cela fait partie des troubles de reconnaissance de soi.

- **Famille**

L'ensemble du système familial est impacté à l'annonce de la maladie chronique. Le sujet douloureux vient bouleverser une dynamique et une organisation du groupe, modifiant sans le vouloir les rôles et responsabilités de chacun.

De nombreux enjeux apparaissent de chaque côté de la relation : culpabilité, gêne, repli pour le sujet, incompréhension, lassitude même rejet parfois du côté de la famille. Chaque situation est unique et montre qu'un accompagnement spécifique à la famille est conseillé.

- **Environnement socio-professionnel**

Isolement, repli, perte de confiance, peur du regard des autres... voici une liste non exhaustive des répercussions possibles à échelle sociale. L'individu malade n'ose plus sortir, il désinvestit le monde extérieur craignant le regard des gens. Il choisit souvent l'isolement. La douleur peut diminuer le goût de vivre et en plus de désinvestir l'extérieur amène à se désinvestir soi en relation.

Le contexte professionnel se retrouve également bouleversé. Les douleurs peuvent empêcher le sujet de travailler. Des arrêts de travail sont souvent mis en place.

Un statut de travailleur handicapé a été créé pour s'adapter au mieux aux contraintes du sujet malade. Ce statut confirme la maladie et son caractère handicapant, il est souvent vécu comme bouleversement dans la vie du sujet.

ii. Les comorbidités psychiques

Les déterminants psychologiques jouent un rôle essentiel dans la douleur chronique. Souffrance psychique et morale, dépression, anxiété, témoignent de l'importance d'une approche pluridimensionnelle de la personne douloureuse. "J'ai mal" ou "je vais mal", tout commence par une écoute et surtout une reconnaissance du véritablement message de la plainte qui nous parvient.

1. *La souffrance psychique*

La personne gravement algique vit une souffrance psychologique globale, alliant douleur physique et souffrance morale. Chacune de ces notions joue un rôle important sur la place de l'autre, soulagement physique est lié au soulagement moral et réciproquement.

La souffrance morale ne peut jamais être totalement soulagée. La douleur est quelque chose au dedans de soi et lorsqu'elle devient chronique apparaît comme incontrôlable. La personne douloureuse perd confiance en son corps, en elle-même et entre dans un combat alimenté par un sentiment d'injustice. Les réactions, attitudes, situations de vie sont différentes

selon les personnes. L'entourage peut être présent ou non, la mise en place de soins complets possible ou non.

La douleur chronique est sous l'emprise de sentiments, d'émotions mêlant colère, tristesse, acceptation, résignation qui peuvent varier et rapidement diriger la vie du sujet. **Docteur BURUCOA** parle de *“mélange d'angoisse et d'espoir”* [11] comme toile de fond des sentiments du malade chronique. L'angoisse se manifeste par une peur de souffrir et de mourir. Ses expressions sont variables allant de manifestations de stress à véritable angoisse de panique. L'espoir est présent dès l'annonce du diagnostic (si diagnostic il y a) et est permanent mais avec des objectifs qui fluctuent dans le temps. La douleur chronique s'installe, évolue et change avec le sujet. Les attentes de ce dernier ne sont donc plus les mêmes qu'au début. Il a appris à vivre avec sa douleur et devient peut être plus réaliste sur la suite.

L'anxiété anticipative participe activement à l'angoisse de douleur. En effet, le patient se concentre uniquement sur la douleur, déjà présente ou à venir, et désinvestit petit à petit le reste du corps, les activités extérieures, les relations. Cette focalisation accroît le vécu douloureux et peut être expliquée de manière physiologique. Comme nous l'avons vu précédemment, les fibres C de conduction lente atteignent le cortex frontal mais également les structures limbiques à l'origine des phénomènes mémoriels. Après suspension de la douleur, les zones limbiques restent stimulées sur une longue durée. En se répétant, le cerveau enregistre le message et apprend à le reconnaître, cela crée le phénomène d'anticipation.

2. La dépression

La dépression est le facteur psychopathologique le plus fréquemment associé à la douleur chronique². D'après l'Organisation Mondiale de la santé, *“la dépression constitue un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration”* [33]. Chacune de ces caractéristiques est retrouvée dans les troubles associés aux douleurs chroniques.

² D'après l'article *Douleurs chroniques et dépression : un aller-retour ?* la dépression touche un tiers voire la moitié des douloureux chroniques

Ces deux entités sont liées et prennent une place importante dans les manifestations de l'autre. La diversité des tableaux de douleurs chroniques et des dépressions a permis de mettre en avant des liens entre les deux.

Par exemple, un patient déprimé présente une plus grande vulnérabilité aux douleurs lombaires. Réciproquement, le risque de passage à l'acte est largement doublé en présence de douleurs chroniques. La douleur provoque de fortes angoisses pouvant aller jusqu'à la dépression.

Néanmoins malgré les associations établies, les liens de causalités entre dépression et douleur chronique restent en questionnement. Pour certains auteurs, la dépression précède la douleur, pour d'autres la douleur précède la dépression.

Associées ou non, la dépression et la douleur chronique nécessitent des traitements et des prises en soins spécifiques. L'observation clinique et organique du symptôme douloureux doit systématiquement s'accompagner d'une lecture plus large des champs psychologiques et de la plainte.

3. Phénomènes d'attention-distraktion

Les phénomènes d'attention-distraktion ont une place centrale dans la douleur chronique. En effet, le niveau d'attention porté sur la douleur a directement un impact sur la préoccupation du sujet et par conséquent sur sa douleur. Au contraire lorsqu'un sujet en est distrait, c'est-à-dire que son attention n'est pas focalisée sur celle-ci mais sur diverses activités autres, la douleur paraît alors diminuer.

Certains sportifs lors de matchs de rugby ou de hockey sont exposés à de graves blessures ou traumatismes sans douleurs. Cette absence de douleurs s'explique par le niveau d'attention élevé sur le match par exemple. Pour la douleur des malades chroniques le principe est le même. L'objectif est d'inciter le malade à détourner son attention en reprenant une activité professionnelle, des loisirs, tout ce qui est peut être source d'occupation et de plaisir. Cette reprise doit se faire progressivement, elle est essentielle dans le suivi. La famille, l'entourage, l'environnement professionnel y jouent également un rôle important dans leur soutien et leur façon d'encourager le retour des activités.

Avec le temps toutes ces réactions, physiologiques et psychologiques, entretiennent la douleur jusqu'à l'exacerber. Il est donc essentiel et efficace de traiter chaque facteur impliqué.

c. Comment évaluer la douleur ?

“La douleur s’éprouve mais ne se prouve pas”³.

Évaluer la ou les douleurs devient de plus en plus complexe lorsque le malade souffre depuis longtemps. L’intensité de la douleur perçue est variable et dépend fortement des facteurs psycho-affectifs. La souffrance morale, psychique, la colère, la dépression.. renforcent les douleurs et rendent le décodage souvent difficile.

Plusieurs méthodes s’offrent au professionnel de santé :

i. L’entretien

Les premiers temps de suivi sont marqués par un entretien entre le thérapeute/soignant et le patient. L’entretien de consultation se base sur des échanges entre les deux protagonistes mais laisse essentiellement la parole au patient. Celui-ci est libre de partager le récit de sa maladie, son histoire. Afin d’aiguiller l’entretien, le professionnel peut poser des questions.

L’approche de la personne douloureuse se fait généralement avec des questions simples de type : ‘Où avez-vous mal ?’ (localisation topographique de la douleur), ‘Combien ?’ (intensité de la perception du message douloureux), ‘Quand ?’ ou ‘depuis quand ?’ (facteurs favorisants dans la journée, douleur saisonnière, évolution (aiguë ou chronique)) et ‘Comment ?’ (mécanisme (nociceptif, neuropathique, dysfonctionnel)).

Paradoxalement, plus les douleurs sont anciennes plus il est difficile pour le patient de répondre en détails à ces questions notamment à cause de la mise en mémoire du ressenti douloureux et l’habituation.

L’entretien permet au patient de se réapproprier son vécu corporel et sa prise en charge. C’est à partir de ses mots et de ses ressentis que le suivi se met en place. L’écoute, importante dans ces moments, favorise la construction de l’alliance thérapeutique. **A.H. ROUSSEL et al.** rappellent que cette construction est *“l’élément moteur de la qualité de la phase évaluative des douleurs chroniques”* [4].

³ Citation tirée du livre *Anthropologie de la douleur* (2012) de David LEBRETON

ii. Les échelles d'évaluation

Etant une expérience subjective, personne ne peut parler de la douleur ou la décrire aussi précisément que la personne douloureuse elle-même. Les échelles d'évaluation permettent d'objectiver les sensations rapportées par le patient. Elles dépendent de ses capacités à parler de ses éprouvés, de son vécu et de sa compréhension de la douleur. Dans ce cas précis, les échelles dites **d'autoévaluation** sont utilisées, le patient est communicant et en mesure d'auto-évaluer l'intensité ressentie de sa douleur. Ces échelles sont dites unidimensionnelles lorsqu'elles évaluent une seule caractéristique, l'intensité.

Les mesures sont faites à un moment précis. Or la douleur peut fluctuer dans le temps, il est donc judicieux de faire plusieurs mesures dans la journée pour se rapprocher au maximum de la réalité de la douleur.

Il existe trois principales échelles d'auto-évaluations unidimensionnelles:

- **Echelle Verbale Analogique** (la plus fréquemment utilisée) : elle indique le niveau de douleur sur une réglette de 10 centimètres allant de "pas de douleur" à "douleur maximale imaginable". Le clinicien mesure la distance en millimètre entre la borne "pas de douleur" et le trait du patient
- **Echelle Numérique** : elle consiste à donner une note de 0 (absence de douleur) à 10 (douleur maximale imaginable) à la douleur
- **Echelle Verbale Simple** (la moins sensible) : parmi 5 qualificatifs hiérarchisés, le patient choisit celui déterminant le mieux sa douleur entre "pas de douleur/soulagement", "faible", "modéré", "intense" et extrêmement intense".

En complément, le patient peut indiquer sur un schéma les zones douloureuses de son corps à l'aide d'un 'S' pour une douleur plutôt superficielle, un 'P' pour profonde et un 'I' à l'endroit où elle est la plus intense.

Les échelles d'autoévaluation dites multidimensionnelles, en plus d'évaluer l'intensité de la douleur, explorent un ensemble d'autres domaines tels que : retentissement émotionnel et social, vie psychique, la qualité de sommeil, l'appétit.

Les échelles dites **d'hétéro-évaluations** sont réalisées par la personne soignante observatrice lorsque le patient est non communicant ou polyhandicapé. Elles nécessitent un apprentissage avant utilisation. Parmi ces échelles il existe : **Doloplus** (échelle comportementale de la douleur chronique) et **Doloplus** (échelle comportementale pour la douleur aiguë)

d. Acteurs dans la prise en charge de la douleur chronique

La prise en charge de la douleur est une véritable urgence de santé publique. A partir de 1995, elle a connu 15 ans d'avancées majeures grâce à l'évolution du Code de la Santé Publique en 1995 et les plusieurs Plans Douleur.

i. Une obligation législative

Le soulagement de la douleur est reconnu comme un droit fondamental de toute personne inscrit dans le Code de la Santé Publique par la loi n°2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

L'**article L. 1110-5** stipule que *“toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées”* [23].

En ce qui concerne la douleur, *“toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager la douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée”* [23].

La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation du Ministère de la Santé a mis en place le Contrat d'Engagement de Lutte contre la Douleur. Présent dans une structure de soin, il témoigne de son engagement à prévoir, évaluer, prendre en compte et traiter votre douleur.

ii. Structures d'évaluation et de traitement de la douleur chronique

Les Structures d'évaluation et de traitement de la douleur chronique accueillent des individus douloureux dont le diagnostic a au préalable été posé. Leur mission est de globalement améliorer la prévention, l'évaluation diagnostique, et le traitement plurifactoriel des douleurs chroniques en consultation ou en hospitalisation.

Une Structure d'Évaluation et de Traitement de la douleur peut s'organiser de trois façons: **Consultation d'évaluation et de traitement de la douleur** : organisation de consultations pluridisciplinaires internes et externes destinée à l'évaluation et au traitement de la douleur

chronique ; **Unité d'évaluation et de traitement de la douleur** : organisation de consultations pluridisciplinaires internes et externes destinée à l'évaluation et au traitement de la douleur chronique et possédant en plus des lits d'hospitalisations et/ou des places d'hospitalisation de jour ; **Centre d'évaluation et de traitement de la douleur** : inséré dans une structure hospitalo-universitaire, ayant des missions de soins, de recherches et d'enseignement.

Dans les trois cas, l'orientation vers ces structures offre un accès à des professionnels aux disciplines différentes pour une prise en charge globale de la douleur. Que ce soit en consultation ou en centre, l'équipe pluri-professionnelle de base est composée d'un médecin, d'un(e) infirmier(e) et d'un(e) psychologue, tous ayant suivi une formation spécifique à la prise en charge de la douleur. Le reste de l'équipe est composée d'autres spécialistes médicaux ainsi que de personnels soignants non médical.

Ces types de structures permettent à l'individu malade d'apprécier un suivi sur plusieurs niveaux : la prévention, la rééducation, la réadaptation et l'autonomisation. L'objectif est de prendre en compte aussi bien l'aspect psychique que physique de la douleur. Chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire est sensibilisé à cette prise en charge globale de la personne et compose le projet avec elle.

Jocelyne Paderi, malade chronique, partage son témoignage de patiente en structure douleur dans le Guide du Dououreux Chronique [43] de **Anita Violon** : *“Au centre antidouleur, on soigne la maladie en soignant aussi le malade. En réalité, je me rends compte que c'est en conjuguant tous les effets bénéfiques de cette prise en charge globale que j'arrive avec le temps à reprendre des forces et de la confiance en moi. Je peux ainsi mieux contrôler la douleur et soulager mon fardeau.”*

iii. Une prise en charge interdisciplinaire

“L'approche interdisciplinaire est une réponse possible à la complexité clinique fréquemment rencontrée dans la douleur” [4].

La douleur est complexe par son implication dans toutes les composantes de la vie du sujet (somatiques, psychologiques, sociales, professionnelles). Plusieurs facteurs tels que l'émotion, l'attention, le contexte modulent sa perception et doivent être pris en considération. Sa prise en charge, autant dans la phase d'évaluation que dans le suivi, intéresse alors toutes les disciplines de santé.

J'ai souligné plus tôt la place importante des troubles associés (physiologiques et psychologiques) dans le vécu de la douleur. Les disciplines paramédicales ont alors un rôle essentiel dans le suivi avec un impact non pas sur l'origine de la douleur elle-même mais sur son intensité, sur la tolérance du sujet à son égard.

L'approche interdisciplinaire part du principe qu'aucune discipline ou pratique n'est reine dans la prise en charge du douloureux chronique. A l'inverse d'une approche compartimentée par professions, l'objectif ici est de mettre en commun les connaissances acquises à propos du patient afin d'en co-construire un savoir global. Ces partages d'informations, d'observations, de croyances nécessitent une confiance et un respect infaillibles entre professionnels. Chaque intervenant a sa place et son mot à dire dans la mise en commun et la synthèse des informations.

Le patient peut trouver chez tout professionnel participant à son suivi un support commun de savoirs tout en gardant leur propres champs d'actions et objectifs adaptés à lui.

e. Comment lutter contre la douleur ?

i. Approches médicamenteuses

L'un des objectifs dans la prise en charge du patient douloureux chronique est de diminuer autant que possible ses douleurs avec une consommation minimale de médicaments. Le traitement pharmacologique est généralement la première étape dans cette approche.

L'**Organisation Mondiale de la Santé** a défini trois niveaux de médicaments hiérarchisés selon leur puissance antalgique :

- Les *analgésiques non opioïdes*, de palier 1. Ils correspondent au paracétamol, à l'aspirine et au néfopam.
- Les *analgésiques opioïdes faibles* pour les douleurs modérées, de palier 2. La codéine et le tramadol en font parti.
- Les *analgésiques opioïdes forts* pour les douleurs sévères, de palier 3. La morphine en est le plus courant.

Ces trois paliers sont généralement utilisés dans le cadre de douleurs nociceptives. En cas de douleurs neuropathiques, il s'agit surtout de certains *antidépresseurs* et *antiépileptiques*. Leur prescription est plus délicate, avec de nombreuses règles à respecter pour garantir au maximum leur efficacité et limiter effets secondaires et mauvais usage. Chaque posologie est individuelle, adaptée au type et à l'intensité de la douleur, ainsi qu'au ressenti douloureux du patient.

ii. Approches non médicamenteuses

A la suite du troisième Plan Douleur (2006-2010), les traitements non médicamenteux se sont de plus en plus développés, en complémentarité ou indépendamment des approches médicamenteuses. *“La douleur chronique se dessine en négatif comme une douleur que les soins médicaux échouent à soulager.”* [11]. Soulager le patient passe alors par un modèle interdisciplinaire, regroupant des méthodes physiques, psychothérapiques, psychocorporelles et d'autres plus 'originales' dans leurs pratiques.

Méthodes physiques

La prise en charge en *kinésithérapie* est basée sur un reconditionnement physique afin de casser le cercle vicieux “douleur-inactivité-amyotrophie-douleur”. Par l'ensemble de leurs techniques (massage, mobilisation...), les kinésithérapeutes sont en général les plus présents dans la prise en charge des patients douloureux chroniques. Ils participent à l'amélioration des capacités fonctionnelles ou du moins à leur maintien dans le cadre de maladie chronique ou dégénérative afin de faciliter la vie du patient au quotidien.

*“En touchant au corps, on touche à ce qu'il produit psychiquement : émotions, retour ou naissance des éprouvés sensoriels, sentiments, pensées”*⁴. Le **toucher** est différent du massage du kinésithérapeute. Il aura une action antalgique par libération d'endorphines et relâchement musculaire. Avec une action enveloppante et sécurisante, comme cité ci-dessus, il permet d'entrer dans un travail plus psychique par prise de conscience du corps, reconnaissance de la douleur, mise en place d'un dialogue tonico-émotionnel avec le professionnel..

La *NeuroStimulation Transcutanée* (TENS) consiste en une stimulation électrique non douloureuse du nerf périphérique via deux électrodes placées sur la peau.

Approches comportementales

Lorsque la personne entre dans la spirale 'douleur - tension - colère - stress - anxiété - dépression - fatigue - douleur', il est intéressant d'expérimenter de nouvelles approches, plus psychothérapiques.

La *Thérapie Cognitivo-Comportementale* (TCC) a l'objectif d'amener le patient à réussir les changements par de nouvelles habiletés qui lui permettront de mieux vivre son quotidien. Elle se concentre sur la façon dont l'expérience de la douleur physique, les réactions émotionnelles,

⁴ Par Jacqueline SARDA dans l'article *Le toucher en thérapie psychomotrice*, Enfants & Psy, 2002/4, N°20, ERES, Pages 86 à 95

les pensées et les comportements sont reliées. Des axes de prise en charge sont définis par le patient, chacun relié à des objectifs réalisables. L'accent est mis sur les comportements, les réactions, toute l'activité et l'identification des émotions et cognitions associées.

Le ***conditionnement opérant*** se base sur le renforcement de stratégies de coping afin de diminuer les conduites inadaptées face à la douleur.

Approches à médiation corporelle

Cette catégorie de thérapie non médicamenteuse, plus spécifique au psychomotricien, sera plus longuement développée dans la suite de l'écrit (cf. Chapitre 3).

D'autres thérapeutiques alternatives et complémentaires sont de plus en plus approchées par les patients douloureux chroniques : La ***phytothérapie***, "*traitement des maladies par les plantes*", [9] ; L'***oligothérapie***, "*traitement des maladies par des oligoéléments*" [9] ; La ***cryothérapie***, "*traitement par application externe de froid*" [9] ; L'***homéopathie***, "*méthode de traitement d'une maladie par administration de doses infinitésimales d'une substance qui reproduirait les symptômes à fortes doses, principe de similitude*" [9] ; L'***acupuncture***, "*discipline médicale d'origine chinoise qui consiste à piquer certaines points du corps situés le long des méridiens*" [9] ; ***Espace Snoezelen de stimulation multisensorielle contrôlée*** visant à éveiller la sensorialité du patient dans une ambiance sécurisante

iii. L'Éducation Thérapeutique du Patient

D'après la définition datant de 1996 de l'OMS, l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) " ***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***" [21]. L'ETP est un atout précieux pour faire des patients des partenaires de soin.

Elle a pour but "*de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et à améliorer leur qualité de vie*" [21].

Toute personne ayant une maladie chronique a le droit de bénéficier d'une offre d'éducation thérapeutique du patient, quelque soit le stade d'évolution de la maladie.

3. CONCEPTS FONDAMENTAUX DE LA PSYCHOMOTRICITÉ AUTOUR DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Comme nous l'avons vu, la douleur est une notion complexe et globale qui touche l'individu dans son vécu psychocorporel. Elle entraîne de multiples répercussions sur l'identité psychomotrice du sujet en impactant plusieurs notions fondamentales de la psychomotricité telles que le tonus, le schéma corporel, l'espace, le temps, l'image du corps, les capacités relationnelles.

PERTURBATIONS TEMPORO-SPATIALES

Le premier référentiel spatial est le corps. La douleur perturbe l'investissement que le patient entretient avec son corps et par conséquent sa relation à l'espace. En effet, l'action est une notion complexe, à la fois motrice, sensitive et sensorielle. C'est à partir des postures et des déplacements que les points de références spatiales permettent l'orientation dans l'espace et l'engagement corporel. Chez le patient douloureux chronique, le corps n'est plus objet de plaisir et d'investissement. Les espaces environnants sont de moins en moins explorés et les déplacements limités. Nous assistons à des situations de repli, de mise à distance du monde extérieur et des interactions sociales.

La douleur modifie la modalité de l'expérience temporelle de notre être au monde. En effet, elle a une action paradoxale sur le temps : en se chronicisant, elle atteste de sa capacité à persister pour une durée indéterminée tout en figeant le temps et laissant l'individu dans un sentiment de stagnation. Le patient douloureux est "hors du temps", il reste dans une attente, non définie, non délimitée, de laquelle il n'arrive pas à sortir.

La douleur vient altérer la dynamique temporelle de l'individu. Les journées et semaines sont ponctuées par les moments de souffrance ou a contrario de répit. Toute l'organisation de la vie quotidienne s'en trouve chamboulée et nouvellement rythmée par des temps de soins et de repos qui viennent remplacer les temps de loisirs et de travail.

“Cette temporalité affectée se donne donc à travers l'écran de la douleur qui se concrétise elle-même dans les harmoniques de son éprouvé” [36]

PERTURBATIONS TONIQUES

Le mot tonus vient du grec *tonos* qui veut dire ‘tension’. **“Le tonus est la réaction du muscle à son propre étirement ou la sensibilité du muscle à son propre étirement”** [15]. Il est permanent mais variable dans son intensité et directement en lien avec les émotions et leurs expressions. Les aspects physiologiques du tonus sont indissociables de ses dimensions affectives et relationnelles et rendent compte des dynamiques d’interaction de l’individu avec l’environnement.

Il existe trois formes de tonus : de fond, postural (ou d’attitude) et d’action ; qui ont pour fonctions le maintien du tonus dans son état minimal au repos, la posture, la lutte antigravitaire, l’équilibre et la contraction volontaire dans le mouvement. Par tous ces rôles, il est omniprésent dans la vie des individus et ce dès la naissance. Il est un tremplin dans la motricité et un support à notre communication et notre expressivité, ce qui le place **“au carrefour du psychique et du somatique”** [16].

La psychomotricité considère le tonus dans ses aspects fonctionnels autant que relationnels. D’après **E. W. PIREYRE**, la douleur influence le tonus du patient dans tous ses états. En effet elle provoque des contractions, crispations, rétractions des muscles qui entraînent des courbatures à partir de la région douloureuse sur tout l’ensemble du corps. Ces réactions majoritairement de type hypertoniques sont observables par des attitudes et postures antalgiques qui prennent le pas sur la spontanéité et le naturel de la gestualité. Par le maintien de positions inadaptées et une attitude de fond particulièrement rigide, la douleur chronique entretient une contraction tonique permanente à l’origine d’une perte de maîtrise du corps, de modifications proprioceptives, de perte de sensations et de diminution de l’espace de relation.

Réciproquement, **“chaque affect produit une certaine variation tonique dans l’ensemble de la musculature”** [16]. L’exagération de la tension musculaire peut alors être perçue comme attitude défensive et de protection.

PERTURBATIONS DU SCHEMA CORPOREL

Le schéma corporel est une notion complexe à la frontière de plusieurs disciplines. En psychomotricité **J. DE AJURIAGUERRA** le qualifie de “cadre spatial de référence” permettant une certaine conscience corporelle dans l’espace et le temps.

J-M. ALBARET lui accorde l’état de réponse aux questions “Où?” (où sont les membres et où est la cible de l’action) et ”Comment?” (utiliser l’ensemble du corps pour réaliser le but

fixé). D'après lui "*le schéma corporel fournit les informations sur la posture et les coordonnées spatiales de différentes parties du corps*" [39]. Il ajoute, et je m'appuierai sur ces caractéristiques là dans le cas de la douleur chronique, qu'il est constitué "*à partir de l'intégration des différentes entrées sensorielles et motrices qui concourent à la genèse de l'action*" [36]. Comme le tonus, le schéma corporel est étroitement lié aux émotions, aux entrées sensorielles et à la motricité, il se construit de manière physiologique mais également grâce aux expériences vécues du sujet.

La douleur vient impacter les repères corporels de base du sujet en concentrant ses perceptions de manière localisée. Certaines parties du corps peuvent être surinvesties et d'autres au contraire 'abandonnées'. Les messages nociceptifs brouillent en quelque sorte la proprioception dans sa globalité corporelle et laisse le sujet face à une représentation segmentée de son propre corps. La chronicisation de la douleur fragilise l'intégrité corporelle du sujet par répétition des stimulations négatives d'origine corporelle ou par les soins.

Le schéma corporel fait parti des différents champs d'investigation lors de l'évaluation approfondie de la douleur. Par le biais d'une indication de la ou des zone(s) douloureuse(s) sur un dessin schématique, il permet au personnel soignant de connaître la localisation de la douleur, parfois son intensité, mais surtout les capacités de représentations corporelles du patient.

La représentation corporelle comprend le schéma que nous venons de voir, essentiel dans la locomotion, mais également l'image que nous avons de notre propre corps : l'image du corps. Selon **J-M. ALBARET**, l'image du corps "*sert à l'identification et à la reconnaissance du corps*" [39] en répondant aux questions "Quoi?", "Quel corps suis-je ?", "Comment je vis mon corps ?". Voici le thème que nous allons prendre le temps de développer dans le prochain chapitre.

D'où vient le concept d'image du corps ?

De quelle image du corps parle-t-on en psychomotricité ?

Image du corps et douleur chronique : quelles répercussions ?

Chapitre 2

L'IMAGE DU CORPS

Le concept d'image du corps a évolué au fil du temps et des influences théoriques. La psychanalyse, à travers **H. HEAD**, **P. SCHILDER** puis **F. DOLTO** est la première à s'intéresser au concept psychophysique qu'est l'image du corps. Cependant, leur théorie reste non aboutie, omettant toute une part corporelle. Passant de monolithique à composite grâce entre autres au psychomotricien **E. W. PIREYRE**, l'image du corps entre dans une dimension psychoaffective qui, nous verrons, ouvre la porte et légitime l'intervention de la psychomotricité.

M. JEANNEROD parle du caractère plastique et modifiable de l'image du corps : *“cette image ne nous est pas donnée une fois pour toutes, elle se précise et s'individualise avec les années, mais peut aussi s'émanciper au cours de certains états psychopathologiques”* [20]. De cette idée découle mon intérêt de m'intéresser aux répercussions engendrées par la chronicisation de la douleur sur l'image composite du corps et par la suite comment le psychomotricien a sa place dans sa restauration.

1. L'IMAGE DU CORPS EN PSYCHANALYSE

- a. Paul SCHILDER: “schéma corporel”, “image du corps” et “modèle postural du corps”

En 1935, **P. SCHILDER**, psychiatre et psychanalyste viennois, est le premier à exposer une théorie de l'image du corps. En prenant appui sur les avancées en neurologie de son époque, il défend l'idée d'existence d'un système de prise d'informations sensorielles au sein de l'appareil neurophysiologique.

H. HEAD invente le terme de “schéma corporel” comme modèle interne du corps, permettant d’agir de façon ajustée en situant avec précision le corps dans l’espace. **P. SCHILDER** jette rapidement une confusion terminologique entre schéma corporel et image du corps.

“Le schéma corporel est l’image tridimensionnelle que chacun a de soi-même. Nous pouvons aussi l’appeler “image du corps”, terme bien fait pour montrer qu’il y a ici autre chose que sensation pure et simple, et autre chose qu’imagination” [34].

Pourtant, dans la conceptualisation de **P. SCHILDER**, le terme le plus utilisé est “modèle postural du corps”. *“Chaque nouvelle posture ou mouvement vient s’enregistrer sur ce schéma plastique [modèle postural], et l’activité corticale met en relation avec lui chaque nouveau groupe de sensations évoquées par la posture nouvelle”* [34]. Ce modèle est en perpétuelle élaboration à partir de changements de positions du corps et des autres perceptions sensorielles.

Dans sa description du concept d’image du corps, **P. SCHILDER** articule à la fois réalité biologique et neurologique et réalité érogène en considérant le rôle de la libido. Au cours du développement normal, elle investit *“les parties du corps qui ont une signification érogène particulière”* [9], spécifiquement les orifices génitaux, importantes zones de sensations. Cette libido, ou “énergie” serait alors source d’investissements successifs des différentes parties du corps.

“Une image du corps est toujours d’une certaine façon la somme des images du corps de la communauté, en fonction des diverses relations qui y sont instaurées.” [34] Par là, **P. SCHILDER** implique le facteur social à son concept. Personnelle, en constante évolution, l’image du corps n’en reste pas moins modelée par l’appartenance au groupe. Elle se construit avec l’autre et par l’autre.

Retenons cette définition donnée par le psychanalyste [34] :

“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 propre corps nous apparaît à nous-même. Des sensations nous sont données [en provenance de toutes les parties du corps]. Par delà ces sensations, nous éprouvons la façon directe qu’il y a une unité du corps”.

b. Françoise DOLTO : articulation entre schéma corporel et image du corps

F. DOLTO, pédiatre et psychanalyste française vient clarifier les imprécisions terminologiques apportées par P. SCHILDER en proposant une théorisation de l'image du corps clairement distinguable de celle de schéma corporel. *“L'image du corps n'est pas une donnée anatomique naturelle comme peut l'être le schéma corporel”* [34].

“Le schéma corporel est une réalité de fait, il est en quelque sorte notre vivre charnel par rapport au monde physique” [34]. Elle se positionne en le cantonnant clairement à l'équipement neurophysiologique, *“en principe le même pour tous les individus”, “inconscient, préconscient et conscient”*.

A contrario, F. DOLTO dit de l'image du corps qu'elle est *“mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et relationnelle”* [34]. Elle est liée au sujet et à son histoire, véritable *“synthèse vivante de nos expériences émotionnelles”, “lieu inconscient d'où s'élabore toute expression du sujet”*. L'image du corps est subjective, sorte de mémoire inconsciente du corps en relation.

Toutefois, schéma corporel et image du corps n'en restent pas moins liés. En effet, d'après F. DOLTO, *“c'est grâce à notre image du corps portée par -et croisée à- notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui”* [33], le schéma corporel véritable *“interprète actif ou passif de l'image du corps”*.

c. Françoise DOLTO : trois images en une

F. DOLTO s'appuie sur le stade du miroir de J. LACAN et son “image spéculaire” et propose la notion d'image inconsciente du corps. C'est une image multisensorielle, polymorphe, tenant ses sources dans les multiples sensations proprioceptives, intéroceptives et érogènes. Elle en détaille trois composantes, *“lesquelles toutes ensembles constituent et assurent l'image du corps vivant et le narcissisme du sujet à chaque stade de son évolution”*.

- L'image de base : première composante, est *“ce qui permet au sujet de se ressentir comme une “mêmeté d'être”, c'est-à-dire dans une continuité narcissique ou dans une continuité spatio-temporelle qui demeure et s'étoffe depuis sa naissance (...)”* [32]. Elle est à l'origine du narcissisme primordial, ce qui anime le désir de vivre du sujet et le sentiment d'exister en continu.
- L'image fonctionnelle : *“image sthénique⁵ d'un sujet qui vise l'accomplissement de son désir”* [32]. Elle correspond à un manque localisé dans une zone du schéma corporel chargée libidinalement. Le sujet ajuste son comportement au désir provoqué par le manque. Ceci assure son identité et créer des relations avec son environnement.
- L'image érogène : associée à l'image fonctionnelle, elle assure une identité sexuée dans *“le lieu où se focalisent plaisir et déplaisir érotique dans la relation à l'autre”* [32]. Elle sert à ouvrir la voie d'un plaisir partagé en se traduisant par des mimiques, des mots, des gestes dans le vécu de plaisir ou de déplaisir dans le lien à l'autre.

En résumé, d'après F. DOLTO, l'image du corps est *« une synthèse vivante de nos expériences émotionnelles. [...] C'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le temps se croise à l'espace, que le passé inconscient résonne dans la relation présente. L'image du corps est toujours inconsciente, constituée de l'articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle, et d'une image des zones érogènes où s'exprime la tension des pulsions. L'image du corps avant l'Œdipe peut se projeter dans toute représentation quelle qu'elle soit, et pas seulement dans les représentations humaines. »* [34]

“Avant l'Oedipe” signifie que l'image inconsciente du corps se forme dans la période de l'archaïque (durant période intra-utérine et fin de maturation vers 3 ans) avant d'être sans cesse remaniée au cours de la vie. En effet, elle se construit en parallèle des stades freudiens par les castrations symboligènes⁶. Cela expliquerait que certaines zones corporelles soient plus spécifiquement impliquées comme les orifices dans les enjeux de limites, d'interdits et de séparations.

L'image du corps est subjective, liée aux émotions, au désir et aux sensations. Elle peut entrer dans la sphère préconsciente par le langage, le dessin, les gestes, les mimiques, mais reste éminemment inconsciente.

⁵ Sthénique, du grec *stenos* 'force', se dit de quelqu'un ou quelque chose qui possède la plénitude de ses capacités fonctionnelles

⁶ Les castrations symboligènes “favorisent le développement psychoaffectif en exigeant de lui [enfant] le renoncement à des modes de satisfactions de son désir”, Pireyre, *Cliniques de l'image du corps*, P.41

d. Juan-David NASIO

En 2007, **NASIO**, psychiatre français, redéfinit l'image du corps en se basant sur les définitions de l'Image Inconsciente du corps de **DOLTO** et celle d'Image Spéculaire de **LACAN** qu'il prend soin de comparer et expliciter dans son ouvrage *Le Corps et ses Images*. **“L'image inconsciente du corps est la représentation inconsciente que chacun se fait de son propre corps d'hier et d'aujourd'hui, corps vibrant de désirs, de langage et de tendresse”** [32]. Il nous en propose également une comparaison avec le concept de schéma corporel ([ANNEXE 2](#)), **“la représentation préconsciente que chacun se fait de son corps et qui lui sert de repère dans l'espace”** [32].

NASIO va plus loin en reprenant l'idée défendue par **GUILLERAULT** que l'image du corps serait la part corporelle de l'inconscient, “l'inconscient versant corps”. Il dit alors que **“les images inconscientes du corps sont l'inconscient lui-même, les jeunes pousses de l'inconscient issues du corps (...) la matrice de l'inconscient c'est le corps”** [32]. L'image du corps ne reste pas une simple partie de l'inconscient mais devient inconscient.

Tout vécu corporel et affectif, conscient ou non, laisse alors toujours une trace ineffaçable dans l'inconscient. **“L'image inconsciente n'est rien d'autre qu'une sensation qui perdure”** [31], à la fois éprouvée dans l'instant mais aussi imprimée sous forme de représentation psychique. Elle est alors une sorte de paradoxe entre mémoire inconsciente des vécus depuis l'enfance et éternel remaniement tout au long de notre vie.

NASIO évoque également l'aspect social mis en jeu dans l'image inconsciente du corps notamment avec le regard des autres. **“Que le regard de l'autre soit intérieur ou extérieur, il reste le principal agent formateur de l'image de soi”** [32]. L'opinion et le jugement de l'autre jouent sur notre propre opinion et jugement. Des attitudes de dévalorisation, de perte d'estime et de confiance en soi sont souvent les résultats la valeur donnée aux regards externes.

“Si je m'accepte tel que je suis, si je me sens globalement heureux d'être celui que je suis, l'opinion des autres m'importe, certes, mais elle ne me déstabilise pas car je suis capable de la relativiser. Si, au contraire, je doute de moi, je veux dire, si je ne m'accepte pas tel que je suis et ne m'aime pas, l'opinion de l'autre devient essentielle, soit parce qu'il m'encourage soit parce qu'il m'accable” [34]. **NASIO** souligne là encore le regard des autres mais surtout l'acceptation et la confiance en soi, souvent les premières impactées lorsque l'image du corps est atteinte.

2. VERS UNE IMAGE COMPOSITE EN PSYCHOMOTRICITE

E. W. PIREYRE⁷ reprend et prolonge les travaux de **F. DOLTO** notamment son idée d'image décomposable. Il appuie cette position en ajoutant que "*l'image du corps ne peut être monolithique. Elle ne peut être composée que de plusieurs éléments*" [35].

Selon lui, il existe neuf sous-composantes de l'image du corps que je détaille par la suite.

Appréhender l'image du corps de manière composite permet le vaste choix de(s) médiation(s) adaptée(s) à la situation de chacun. **E. W. PIREYRE** s'appuie sur de nombreux domaines (inconscience, dialogue tonique, identité...) et réunit certaines recherches faites en neurosciences, en psychanalyse, et bien sûr en psychomotricité pour décrire en détails chaque composante et en proposer une clinique et une approche psychomotrice précise.

E. W. PIREYRE propose une théorie de l'image du corps applicable en clinique psychomotrice et choisit de remplacer les termes de schéma corporel et d'image du corps par ceux de 'sensibilité somato-viscérale' et d'image composite du corps'. Il qualifie alors le schéma corporel comme "*réductible à un équipement*". Par là **E. W. PIREYRE** intègre le schéma corporel en tant que sous composante de l'image du corps, autrement dit il intègre la globalité du sujet à cette notion.

a. Continuité d'existence

Le sentiment de continuité d'existence représente l'une des premières étapes cruciales que doit traverser l'enfant au cours de son développement. **D. WINNICOTT** a été le premier en 1969 à parler de "sentiment continu d'exister" sur lequel repose la structuration du moi, surtout à travers les notions de holding et de préoccupation maternelle primaire. Cette notion est directement reliée au fonctionnement de la sensorialité et au développement psychoaffectif, supports essentiels à l'image du corps. Selon **E. W. PIREYRE**, le phénomène de la conviction de la continuité d'existence est "*une sorte de sécurité intérieure qui nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là et toujours 'le même'*" [34].

⁷ **Eric W. PIREYRE** est un psychomotricien enseignant à l'ISRP de Paris. Il travaille en pédopsychiatrie et en néonatalogie.

Le continuité d'existence sous forme pathologique s'exprime par des stéréotypies ou par certains types d'accrochage sensoriel. Fréquemment observées chez les enfants autistes, nous pouvons assister à des mouvements répétitifs d'autostimulation (balancements, rythmies, recherche de sensations auditives, visuelles ou tactiles) demandant énormément d'énergie au sujet.

b. Identité

L'identité se construit à partir de la sensorialité comme la continuité d'existence et du dialogue tonico-émotionnel. Elle s'acquiert au cours du développement psychoaffectif dès la naissance et *“trouve ses racines dans notre corps et dans la relation à nos parents”* [34].

E. W. PIREYRE souligne quatre notions essentielles à la construction de l'identité de l'individu :

- Les **positions parentales**. En donnant un prénom et transmettant un nom à leur enfant, les parents affectent son identité. Conscientes ou inconscientes, les positions parentales sont centrales et jouent un rôle considérable car *“l'enfant ne pourra se construire comme sujet que s'il est représenté, dans l'esprit de ses parents comme différent et séparé de l'adulte”* [35].
- La **sensorialité**. **A. BULLINGER** parle de “limite corporelle à double feuillet” avec un feuillet interne de sensibilité profonde, de proprioception musculaire et articulaire et un feuillet externe composé d'organes sensoriels qui vont donner sens au milieu extérieur. La peau permet donc de tracer les contours du corps avec ses limites et de différencier le dedans du dehors. **E. W. PIREYRE** complète en soulignant que *“la subjectivation c'est l'appropriation de ce qui est de la limite, de la frontière entre soi et l'autre”* [34].
- Le **dialogue tonique**. C'est *“une forme de communication primitive et primordiale”* [34]. Il permet la distinction sensorielle dedans-dehors par la présence-absence du contact corps à corps et peau à peau avec la mère. Par la répétition, le bébé prend distance avec le corps de sa mère par là débute les prémisses du processus d'individuation.
- Le **regard**. Tout ce qui a été cité auparavant n'est possible que par l'appui du regard de la mère. *“L'identité se construit par le regard”* [33]. Le bébé se perçoit à travers ce que lui renvoie le visage de sa mère.

La continuité d'existence doit être suffisamment installée pour que l'identité puisse se construire solidement. Elle en est un prolongement logique dans l'investissement de la sensorialité.

c. Identité sexuée

Identité sexuée et sexe biologique doivent être différenciés pour la compréhension de ce concept central dans l'image du corps. Le sexe biologique est déterminé dès la grossesse, l'identité sexuée se met en place dans la durée.

“Pour se sentir fille ou garçon, la biologie ne suffit pas” [34]. En effet, une succession d'étapes est nécessaire dans la construction de l'identité sexuée. Elle se construit sur les bases de la découverte de la différenciation anatomique des sexes, des sensations corporelles ainsi que des mécanismes identificatoires oedipiens. **E. W. PIREYRE** cite **C. CHILAND**⁸ pour ajouter que l'importance *“de l'activité et des réponses de l'enfant face aux attitudes et aux comportements de personnes de son entourage”*. L'environnement joue un rôle centrale dans cette construction couplé aux données biologiques.

d. Peau

La peau possède de nombreuses propriétés et fonctions : limite du corps, apparence, barrière protectrice d'agressions externes, thermorégulatrice, premier organe sensoriel (toucher), auto-régénératrice, porteuse de l'histoire du sujet (cicatrices...).

La peau est la frontière, la barrière physique venant séparer intérieur et extérieur du corps. Outre ce rôle purement physiologique, elle assure un rôle de contenance. **D. ANZIEU** est allé plus loin apportant un niveau de compréhension plus psychologique de l'organe. Selon lui, *“toute activité psychique s'étaye sur une fonction biologique. Le moi-peau trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau”* [34]. Peau physique prend aussi valeur de peau psychique. La peau est une composante intégrale de l'image du corps par ses relations subjectives avec le psychisme, *“elle fournit à l'appareil psychique les représentations constitutives du moi et de ses principales fonctions”* [34].

C'est par les expériences de séparation et de distanciation avec la figure parentale que chacun des partenaires va reconnaître sa propre peau et donc son propre moi. Le sentiment

⁸ **Colette CHILAND** (1928-2016) est une psychiatre, professeure des universités en psychologie clinique ainsi que psychanalyste française.

d'enveloppe se met en place de façon imaginaire grâce aux expériences réelles du corps, à l'enrichissement de ses activités somatiques.

La peau est une enveloppe 'trouée' par plusieurs orifices, bouche, organes génitaux et sphincter anal qui ont aussi une place majeure dans l'image du corps. Chargées en fantasmes autant qu'en angoisses, ces régions corporelles sont objets d'investissement par la libido, par les parents, et par des échanges entre l'intérieur et l'extérieur du corps.

S. FREUD théorise notamment les étapes du développement de l'enfant autour de ces orifices : stade oral, stade anal, stade phallique et stade génital. Il insiste sur l'investissement relationnel de ces zones ainsi que sur toutes les ressources sensorielles qu'elles livrent à l'enfant.

e. Intérieur du corps

Nous venons de voir que les relations subjectives du psychisme avec l'extérieur du corps, la peau, sa surface sont parties intégrales de l'image du corps. Il en est de même pour l'intérieur du corps.

A la naissance, l'ossification est encore immature, le tonus est insuffisant, l'axe corporel n'est pas encore solide. La peau physique en construction, le bébé ne perçoit l'intérieur de son corps *"que par les afférences proprio- et intéroceptives qui sont fournies par le rythme respiratoire, la douleur éventuelle ainsi que par le trajet de bol alimentaire"* [34]. Seules les données sensorielles tactiles, visuelles, auditives et vestibulaires lui sont accessibles pour prendre conscience de ce monde intérieur et le différencier de l'extérieur.

La sensation de solidité interne n'est acquise qu'à la suite d'une maturation physiologique suffisante en parallèle de représentations de l'intérieur du corps

f. Tonus

E. W. PIREYRE aborde le tonus comme pouvant n'être compris dans son lien à l'image du corps *"que s'il est appréhendé comme relié à certains aspects de la vie psychique, comme mode d'expression ou comme trace physique de l'histoire relationnelle du sujet"* [34].

H. WALLON est le premier à évoquer l'importance de l'émotion sur les états internes de l'organisme tels que les états toniques.

J. DE AJURIAGUERRA insiste sur le lien entre tonus, émotion et environnement social avec le concept de dialogue tonique et ajoute que *“les modifications toniques accompagnent normalement non seulement chaque affect, mais aussi chaque fait de conscience”* [28]. La mère et l’enfant communiquent à travers leurs tensions corporelles observables par la posture notamment, tout cela essentiellement de manière inconsciente. Le tonus est un véritable canal sensoriel permettant d’établir un dialogue tonique gorgé d’émotions et de subjectivité.

g. Sensibilité somato-viscérale

La sensibilité somato-viscérale correspond d’après **D. RICHARD** et **D. ORSAL** à la sensorialité humaine. Selon **E. W. PIREYRE**, elle est différente d’une personne à l’autre, notamment par ses seuils sensoriels. Pour lui se pose la question de la différenciation perception - sensation.

La *sensation* est le processus résultant du fonctionnement du récepteur sensoriel. Elle rassemble sensibilité somatique (informations thermiques, chimiques, nociceptives et afférences provenant des articulations, tendons et ligaments), sensibilité somatique superficielle (récepteurs dans la peau (pressions, chaleur, tact) et sensibilité viscérale (informations provenant des viscères).

La *perception* est le traitement cognitivo-affectif de la sensation. Elle fonctionne comme “décision” par laquelle le sujet, conditionné par ses expériences, interprète ou fait hypothèse de la nature des informations sensorielles reçues.

J-D. NASIO insiste sur la part subjective de la perception, *“nous sommes aveugles à la réalité objective de notre corps, et je dirais même, aveugles de naissance parce que nous n’avons jamais su et nous ne saurons jamais sentir ou voir notre corps tel qu’il est, mais tel que nous souhaitons ou craignons qu’il soit”* [32].

h. Communications corporelles

Ce terme de ‘communications corporelles’ proposé par **C. BALLOUARD** écarte ceux de ‘communications non verbales’ ou ‘langage corporel’ en donnant une place bien plus importante au corps.

Chaque individu recourt à un certain type de communication corporelle, plus ou moins consciente, et variante selon les situations. Selon lui “la valeur du contexte et de la culture” est

cruciale pour “décrypter” les mouvements du corps. Le corps s’exprime, et c’est ce qu’ont voulu théorisé **H. WALLON** et **J. DE AJURIAGUERRA** par le dialogue tonico-émotionnel. Il s’agirait des “*attitudes, modifications toniques, mimiques, les réactions de prestance, les attitudes corporelles, le geste et le regard*”, différents canaux de communication corporelle supportés par l’histoire du sujet et son contexte socio-culturel.

i. Angoisses corporelles archaïques

Les angoisses sont dites ‘archaïques’ lorsqu’elles sont présentes chez le bébé avant l’installation du langage. Souvent liées au corps (‘angoisses corporelles’), elles se manifestent chez tout individu à intensité variables. **E. W. PIREYRE** en fait la description d’une partie :

- ***L’angoisse de morcellement***, la plus courante en particulier dans la psychose. Par cette angoisse il faut entendre un investissement d’une partie du corps plus qu’une autre qui peut générer des réactions émotionnelles vives et segmenter l’intégration de l’image du corps dans sa globalité.
- ***L’angoisse de chute***. Cette angoisse se manifeste de différentes façons : agrippements à la fois physiques et sensoriels du bébé, balancements, dessins en cercle ou en ligne droite, sensations de flottaison, de voler, de s’enfoncer dans le sol pendant une relaxation par exemple, l’impression de chute à l’endormissement... Tout est mis en place pour lutter contre une peur envahissante de l’effondrement et de la chute sans fin.
- ***L’angoisse de dévoration***. Celle-ci est plus fréquemment observée chez les enfants, avec entre autres une répulsion à être embrassé, des morsures nombreuses en crèche.
- ***L’angoisse de liquéfaction***. Elle représente l’angoisse de s’écouler et de se répandre dès lors que l’enveloppe physique et psychique est construite. La crainte de disparition de la limite dedans-dehors est souvent observée chez les autistes.

Les angoisses corporelles archaïques sont “ancrées” dans le corps elles peuvent donc ressurgir inconsciemment à tout moment, suite à certaines situations chargées en émotions. Ce retour à la surface est possible sous plusieurs formes, non prévisibles. L’intervention du professionnel dans ce cas précis se fait en fonction du refoulé, s’il est représenté ou seulement porté d’angoisse sans représentation faite.

j. Vers un bilan psychomoteur de l'image du corps ?

Le bilan psychomoteur est l'outil principal du psychomotricien, seul détenteur des techniques de passation et de regard clinique porté dessus. Cité en premier acte professionnel dans l'article 1 du Décret d'Actes des psychomotricien(ne)s (ANNEXE 3), il est une évaluation précise de l'investissement du sujet dans ses fonctions psychomotrices. Il permet à l'enfant, adolescent, adulte ou personne âgée de montrer ses difficultés, ses capacités, ses échecs, ses peurs, ses réussites. L'évaluation possède deux aspects, un quantitatif porté par des outils standardisés / normés et un qualitatif où l'observation clinique joue une place centrale. Le bilan a donc un rôle essentiel à la fois dans la mise en place d'une relation mais également dans l'élaboration d'un diagnostic.

A l'heure actuelle il n'existe pas d'outils standardisés dédiés à l'image du corps, mais **E. W. PIREYRE** nous montre, en partant de chaque composante développée plus haut, qu'un bilan qualitatif est possible. Le psychomotricien rassemble des éléments d'observation à la fois originaux mais aussi empruntés à d'autres examens.

Chaque sous composante de l'image du corps est prise en compte de manière qualitative, et **E. W. PIREYRE** n'omet pas de souligner que *“la passation des épreuves se fait toujours avec l'idée de permettre au patient, s'il le peut, de réaliser une confrontation entre ce qu'il imagine de son corps et de possibles éléments de réalité”* [34]. En explorant l'image du corps dans tout ce qui la constitue, l'auteur veut dire par là que de multitudes de choses, observables ou non, vont émerger, images, ressentis, pensées, manifestations corporelles, paroles, mimiques, angoisses. C'est le recueil de tous ces éléments relevés par le thérapeute et partagés par le patient qui vont apporter des conclusions mais surtout des hypothèses.

Ce bilan n'est pas complet et reste principalement centré sur l'observation. **C. BALLOUARD** insiste bien sur le fait qu' *“à côté de l'épreuve, lors d'un bilan psychomoteur, l'autre outil à la disposition du psychomotricien, en dehors de son activité psychique, est l'interaction, à la croisée de deux méthodes, l'observation et le dialogue”* [3].

E. W. PIREYRE propose des grilles d'indices positifs ou négatifs d'observation de l'image composite du corps (ANNEXE 4). Chaque sous-composante de l'image du corps y est décrite dans ses manifestations les plus observables.

Ce bilan n'est évidemment pas suffisant et déjà présent sous d'autres formes dans divers items de bilan psychomoteur, mais je trouve intéressant d'en proposer une synthèse qui trouverait sa place durant des bilans de suivi de prise en soin par exemple.

3. ATTEINTES DE L'IMAGE DU CORPS DANS LA DOULEUR CHRONIQUE

La douleur est un imprévu dans la vie du sujet. Elle arrive, de manière inopinée, et s'installe pour une durée indéterminée. La relation intime "que le sujet établit avec son corps" est bouleversée par cette douleur. Elle impacte la plupart des sous composantes de l'image du corps étudiées précédemment mais également de manière plus globale le rapport de l'individu à son environnement, aux autres, à sa famille.

Dans mes recherches et explorations cliniques, plusieurs atteintes de l'image du corps dans la douleur chronique me sont apparues. Nous allons les étudier :

a. Bouleversement dans l'identité corporelle, sociale et familiale

La douleur chronique dans le temps prend une place dans l'identité du sujet jusqu'à devenir identité à part entière. Elle crée une fracture entre le sujet et son corps qu'il ne reconnaît plus, qu'il n'habite plus, qu'il ne ressent plus.

Son identité sociétale s'en retrouve modifiée. En arrêt de travail, le sujet douloureux chronique peut perdre sa place dans la hiérarchie professionnelle. Souvent, il est reconnu travailleur handicapé.

Au sein de la famille, **H. ROMANO** (2009) évoque une atteinte des capacités transformationnelles psychiques avec une altération du sentiment d'appartenance à la famille, de la culpabilité. Toutes ces choses exigent une réorganisation dynamique des rôles et des responsabilités des membres de la famille autour du sujet.

La douleur arrache au monde, modifie notre présence au monde et le monde en notre présence.

b. Phénomène de Cuirasse musculaire

Des tensions musculaires le plus souvent sous forme d'hypertonie globale peuvent être présentes chez le patient douloureux chronique. **W. REICH**, médecin psychiatre et psychanalyste ukrainien, parle d'un phénomène appelé "cuirasse musculaire". La rigidité musculaire étendue de l'organe malade au reste du corps serait pour l'individu un moyen de défense de son intégrité corporelle. En effet, elle permet un sentiment de solidité et de rigidité de l'enveloppe psychocorporelle dans laquelle le sujet peut trouver une forme d'auto-contenance antalgique.

Les angoisses corporelles archaïques telle que la crainte d'effondrement ne permettent pas le lâcher prise et peuvent être sources de réponses corporelles comme de l'hypertonie. Dans l'appréhension de la douleur le sujet se raidit et adopte une posture antalgique qui modifie ses ressentis, ses perceptions et ses rapports avec l'extérieur.

Dans un autre sens la douleur peut générer à son tour des angoisses corporelles archaïques. L'intérieur du corps n'est perçu que par les sensations et lorsque des zones internes deviennent douloureuses, leurs représentations en sont impactées.

c. Place de la subjectivité

E. W. PIREYRE dit qu'"*il nous est impossible de percevoir non seulement le monde mais aussi notre propre corps tels qu'ils sont réellement*" [34]. La sensation douloureuse est interprétée par notre propre subjectivité, notre propre histoire, nos croyances, nos ressentis. Elle a un impact et des répercussions différentes d'un sujet à un autre.

La douleur, même localisée, peut envahir le sujet dans son intégralité et modifier ses rapports avec l'environnement. Apparaît ici l'importance de l'écoute de la plainte. En effet, "*La douleur doit être soulagée mais elle ne peut et ne doit jamais être niée sous peine de faire perdre le sujet à lui-même, car si le sens de la douleur échappe dans la relation du sujet à l'autre, ce sens est vital dans la relation que le sujet entretient avec son corps qui participe, on l'a vu de l'élaboration de son image corporelle*" [34]. Le sujet est seul détenteur du savoir de sa douleur, seul à pouvoir en partager son intensité, sa qualité, sa durée et tout ce qu'elle modifie en son être.

d. Atteinte perceptive locale et globale

Les sensations douloureuses affectent considérablement le processus de perception du sujet. En effet, *“l’atteinte perceptive ne se circonscrit pas seulement au segment du corps affecté par la douleur, verbalement ou gestuellement localisable, mais concerne la fonction perceptive du sujet dans la globalité”* [37]. Le patient reste très attentif aux moindres modifications des sensations et dans le cas de la douleur chronique semble les surinvestir.

Le non-sens a également une place importante dans la douleur chronique, prenant de l’ampleur dans la durée et dans l’intensité. *“Par l’intrusion du non-sens dans un champ perceptif qui se voit alors brutalement altéré dans sa globalité, la douleur force alors le sujet à se retrancher dans un corps ébranlé par les caprices de la distorsion douloureuse”* [36]. Nous repérons ici l’influence directe de la douleur sur l’image corporelle du sujet.

e. Dissociation et Dépersonnalisation

Le phénomène de dissociation

Souvent, la douleur peut entraîner ce que l’on appelle une dissociation de l’organe malade par désinvestissement ou surinvestissement. Le symptôme focalise l’attention sur cet endroit et le détache totalement du reste du corps. Lorsque les investissements internes (vie sentimentale, perceptions corporelles, émotions) sont trop importants, le psychique vit un ‘trop plein’.

La personne quitte alors la perception de son corps dans sa globalité laissant une conscience corporelle erronée. Elle met de la distance avec la source insupportable qui peut, parfois, devenir entité à part entière.

Le phénomène de dépersonnalisation

Parmis les avatars de représentations du corps, le phénomène de dépersonnalisation est celui que j’ai le plus rencontré durant mon stage. *“Je ne me reconnais pas”, “Suis-je vraiment moi-même?”* Ces paroles, fréquemment retrouvées dans les échanges avec des patients douloureux chroniques soulignent d’une perte d’identité.

P. SCHILDER définit la dépersonnalisation comme un “*état où l’individu ne se reconnaît pas lui-même comme une personnalité*”⁹. Elle se met en place pour faire face au danger de dispersion de l’image de soi. La dépersonnalisation ne peut être établie sans sentiment de perte de l’unité psychique, d’avoir et d’être un corps, qui se traduit par l’altération du sentiment d’identité allant du doute, du vécu d’étrangeté à la perte totale d’identité.

La dépersonnalisation se traduit par :

- Un sentiment de **perte de l’intégrité corporelle**, de l’unité du corps (limites floues, perceptions sensorielles étranges, caractère discontinu de l’enveloppe du corps)
- Une **baisse ou perte du contrôle moteur**. Elle peut prendre la forme d’un automatisme mentale renforçant le caractère d’étrangeté (attitudes figées, stéréotypies gestuelles inconscientes)
- Un sentiment d’**étrangeté porté sur le corps propre**. La dépersonnalisation entraîne des modifications du vécu corporel avec sensations de membres déformés dans leur taille, leur forme, leur place.

M. BOUVET arrive à discerner la dépersonnalisation du délire en disant “*le dépersonnalisé n’abandonne par la réalité, il s’y cramponne tout au contraire*”¹⁰.

La douleur chronique menace l’image du corps, support du narcissisme, dans son unité. Nous venons de le voir, elle a une fonction régressive par ses différentes atteintes de l’équilibre somato-psychique de l’individu.

La relaxation, thérapie à médiation corporelle, est un outil de choix. Sujet central de la suite de ce mémoire, elle répond à la fonction de régression de la douleur en venant solliciter le patient là où il en est, et par sa valeur régressive restructurante cette fois-ci, permet une redistribution bénéfique des investissements du corps.

⁹ Cité dans *Corps & psychiatrie* page 31 de P. ANDRE, T. BENAVIDES et F. GIROMINI, 1996, Heures de France

¹⁰ Cité dans *Corps & psychiatrie* page 31 de P. ANDRE, T. BENAVIDES et F. GIROMINI, 1996, Heures de France

Chapitre 3

PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITÉ DANS LA RESTAURATION DE L'IMAGE DU CORPS DU PATIENT DOULOUREUX CHRONIQUE

Au carrefour de plusieurs domaines - neurophysiologie, physiologie, biologie, psychologie, philosophie - la psychomotricité donne une place centrale au sujet dans son corps en relation. **J. DE AJURIAGUERRA** la définit comme *“technique qui par le truchement¹¹ du corps et du mouvement s'adresse à l'être dans sa totalité.”* Son champ d'application s'oriente vers *“les troubles qui s'expriment par des perturbations psychomotrices d'une part et ceux pour lesquels l'approche par le corps paraît la seule possible ou la meilleure à un moment précis d'autre part”* [3].

L'image du corps est un des concepts essentiels de la psychomotricité comme le stipule le **Décret d'Actes n°88-659 du 6 mai 1988 (ANNEXE 3)**. Lorsqu'elle est sujet d'investigation, de même pour la souffrance physique et morale, l'intervention du psychomotricien est dite thérapeutique.

“A la différence des rééducations, les thérapies sont organisées par le lien relationnel entre le patient et le thérapeute psychomotricien en privilégiant les processus de construction des fondations, et non pas le contenu fantasmatique” [36]

Par cette différenciation entre la rééducation et la thérapie, **C. POTEL** souligne l'importance donnée au lien relationnel et sa légitimité. La qualité de la relation entre le patient et le thérapeute est un socle de travail indispensable à l'accompagnement thérapeutique.

La psychomotricité se définit également comme *“un dispositif centré sur des médiations transitionnelles”* [36]. Dans la thérapie, la question des médiations corporelles se pose régulièrement.

¹¹ Le 'truchement du corps' signifie 'par l'intermédiaire du corps'

Les médiateurs ont une fonction miroir, ils permettent une mise en forme de nos angoisses, de nos vécus, de nos ressentis internes et cela en passant par l'expérience de la représentation. Cela implique l'aménagement d'un cadre, d'une organisation, d'une relation intersubjective et de la connaissance de l'outil, éléments porteurs et essentiels à *“l'émergence des éprouvés du patient et leurs transformations en représentations symboliques”* [36].

Le thérapeute possède le libre choix du dispositif médiateur. D'après **M. RODRIGUEZ**, *“les dispositifs à médiations corporelle en psychomotricité sont en définitive des propositions offertes aux patients qui visent à les affecter au sens premier du terme c'est-à-dire à mettre dans une certaine position afin d'activer ou réactiver des éprouvés corporels”* [6]. Chaque outil médiateur oriente la lecture du corps de manière préférentielle, il est donc important de le choisir en lien avec la problématique du patient, son histoire personnelle ainsi que les affinités portées par le thérapeute sur l'outil.

Dans le cadre de notre problématique, la médiation thérapeutique qui m'est apparue la plus adaptée et celle que j'ai souhaité explorer dans mes recherches et mes temps pratiques est la relaxation.

Pourquoi la relaxation ?

Quels sont les fondamentaux de la relaxation ?

Douleur chronique / Image du corps / relaxation, quels rapports ?

La relaxation est une médiation thérapeutique privilégiée dans la prise en soin du douloureux et dans la restauration narcissique, pourquoi ?

1. LA RELAXATION

La relaxation est une médiation qui s'appuie sur une expérience vécue dans le corps pour rétablir un équilibre émotionnel. Expériences corporelles, vécu psychoaffectif, représentations, relâchement tonique, cette médiation fait appel à de nombreuses notions constitutives de la thérapie psychomotrice. J'ai donc choisi de parler de la relaxation comme outil médiateur privilégié dans la prise en charge du patient douloureux chronique.

a. Définitions et généralités

La relaxation est une pratique psychosomatique ancienne qui s'est intégrée dans une dimension thérapeutique que très récemment. Aujourd'hui, elle est l'approche thérapeutique la plus utilisée en complément de suivi.

Selon le Larousse, la relaxation est *“un état de détente physique et mentale résultant d'une diminution du tonus musculaire et de la tension nerveuse”*. Elle *“vise à obtenir cette détente par le contrôle conscient du tonus physique et mental afin d'apaiser les tensions internes et de consolider l'équilibre mental du sujet”* [9].

La relaxation englobe différentes techniques comme la respiration, la détente, la pleine conscience ou la visualisation qu'elle partage avec d'autres pratiques telles que le yoga, la méditation ou la sophrologie. **D. SERVANT** précise bien que *“toutes les techniques aboutissent, à des degrés variables, à une réponse à la fois corporelle et psychologique”* [39] malgré leur point de départ corporel (relaxation musculaire, respiration) ou mental (méditation, visualisation).

La relaxation fait partie du champ de compétence du psychomotricien d'après l'article 1 du décret d'actes ([ANNEXE 3](#)). C'est une technique à médiation corporelle qui fait appel à la globalité de l'être afin de lui permettre d'exister et de se réaliser pleinement.

En effet, en créant sa méthode de relaxation progressive, **E. JACOBSON** se base sur l'hypothèse que le travail sur la détente musculaire, donc sur le tonus, a des répercussions au niveau émotionnel et sur la personnalité. A partir de cette idée, la relaxation prend en compte la personne dans sa totalité somato-psychique. Ceci en fait un outil légitime en psychomotricité et surtout privilégié comme moyen de prise de conscience du corps et de son état tonique.

Par cette médiation, le psychomotricien propose un passage par la sensation, l'éprouvé corporel, au plus près du rythme de la personne afin de « remettre en route » l'expérience d'un corps contenant, fiable et support de symbolisation. Elle conduit le sujet vers un rapport serein à son corps et à l'autre.

Il existe plusieurs méthodes de relaxation (liste non exhaustive) :

- La relaxation progressive de **E. JACOBSON**
- La relaxation à inductions verbales de **M. SAPIR**
- La relaxation psychomotrice de **J. DE AJURIAGUERRA**
- La relaxation psychosensorielle de **R. VITTOZ**
- Le training autogène de **J. H. SCHULTZ**

Le choix de la relaxation dépend du patient et des affinités du psychomotricien avec cette méthode. Il convient donc de repérer la nature de la demande, le symptôme, et de cerner la personnalité du sujet afin de lui proposer une relaxation la plus adaptée.

La relaxation va dans le sens d'un apaisement général, à la fois du métabolisme et des fonctions organiques. Différentes études en ont démontré de nombreux effets physiologiques (baisse du rythme cardiaque, relâchement musculaire, modifications thermiques ...) et psychologiques (régression somatique, régression temporo-spatiale, hyper-conscientisation de soi...).

Il est important de savoir que chaque personne présente des prédispositions à la relaxation ou non fonction de l'histoire de vie et des expériences passées.

b. Les fondamentaux de la relaxation et de la psychomotricité

La relaxation, par son rôle en tant que médiation thérapeutique, met en jeu différentes notions essentielles dont :

i. L'alliance thérapeutique

“L'alliance thérapeutique se définit par la qualité de la relation affective qui unit le patient et le praticien ainsi qu'un accord quant aux tâches à effectuer pour atteindre un ou plusieurs objectifs” [5]. Elle se co-construit et incite le professionnel à rester attentif à son bon

déroulement. **BACHARD** et **BIOY** en font un concept commun à toutes les prises en charge et surtout un bon facteur prédictif de leur réussite.

Dans le cadre d'une prise en charge d'un individu douloureux chronique, il est essentiel d'être attentif à sa plainte, sa douleur et toutes les réactions émotionnelles et psychologiques entraînées. En effet, la douleur définit d'emblée un type d'alliance thérapeutique particulier.

E. BORDIN définit trois dimensions constitutives de l'alliance thérapeutique :

- Les buts ou objectifs fixés par la rencontre en lien avec la demande,
- Les tâches à effectuer pour atteindre ces buts,
- Le lien affectif qui lie le patient et le praticien.

“L’alliance désigne la mise en relation temporaire de deux êtres basée sur un engagement réciproque [qui] s’entendent sur les moyens qui permettront d’atteindre des objectifs fixés” [5]. Elle nécessite un engagement du patient (par ses attentes, sa capacité à faire confiance, sa qualité d’attachement...) et du thérapeute (sa fiabilité, sa flexibilité, son empathie, sa bienveillance, ses compétences...) pour une construction stable et solide.

Dans le cadre de la relaxation, l'alliance thérapeutique est envisagée différemment que dans d'autres prises en soins. Lors des séances, le thérapeute permet au patient de s'appuyer sur son appareil psychique en tant que support narcissique. L'alliance thérapeutique permet au patient de prendre conscience de son corps grâce aux inductions offertes par la voix du thérapeute. Le professionnel exerce un rôle qui peut rappeler celui de la préoccupation maternelle primaire développé par **D. WINNICOTT**. En s'adaptant au plus près des besoins du patient, il lui laisse la possibilité d'accéder à un bien-être voire mieux-être et d'investir son corps dans un climat psycho-affectif bénéfique pour lui.

ii. Le cadre thérapeutique

Pour **C. POTEL**, le cadre est ce qui « *contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* » [36].

Pour **C. BALLOUARD**, « *le cadre d'une thérapie tente de rassembler les conditions optimales pour qu'un cheminement, une prise de conscience, une révélation puissent avoir lieu* » [3].

Le cadre délimite la séparation entre le dedans et le dehors. Il est à la fois un espace transitionnel entre le corps du patient et celui du thérapeute, et un corps à part entière, un tiers. Le patient projette dans ce cadre ses émotions, ses ressentis, ses sensations, toutes les parties les plus archaïques de sa personnalité mais tout cela sans se mettre en danger.

C. POTEL nous propose une conception du cadre en deux parties [36]:

Le cadre physique correspond à l'investissement de l'espace et du temps, à la qualité d'encadrement du professionnel, au fonctionnement institutionnel.

Le cadre psychique se base sur "*les postulats théoriques qui garantissent une mise en pensée de notre travail*" [36].

Complémentaires, ces différentes fonctions offrent un espace de rencontre sécurisant et suffisamment contenant pour accueillir de vraies expériences psychocorporelles dans un temps, un lieu, une pensée.

Le cadre est défini par le thérapeute avec le patient. En relaxation, il est mis en place avant la séance. Par rencontre préalable, les deux protagonistes décident ensemble de la date et du lieu de la séance. La séance elle-même est encadrée de manière spatio-temporelle. **C. POTEL** définit un déroulement de la séance en cinq temps, mis en place de façon régulière :

1. Le temps d'installation : ce temps est variable qu'il s'agisse d'une séance en individuelle ou en groupe. Il correspond à l'installation physique et psychologique du patient. Le professionnel l'invite à s'allonger ou s'asseoir de manière confortable, à fermer les yeux s'il le souhaite, à se couvrir. **C. BALLOUARD** insiste sur l'importance de l'installation, "*le luxe consiste en une position confortable*". Une fois disponible, le patient est accompagné par inductions verbales à porter son attention sur l'environnement, les bruits extérieurs et sur soi, sur son corps, son état tonique.
2. Le temps d'inductions verbales et/ou corporelles : véritable temps de détente, le patient va être dans un état d'écoute de ses sensations et de ses ressentis. Les inductions "*vont mettre psychiquement en condition le corps pour qu'il puisse être disponible aux sensations -tactiles, auditives, proprioceptives-, aux atmosphères, aux impressions réelles et imaginaires*" [36]. Les inductions verbales (la place du corps dans l'espace, le poids du corps sur le sol, la respiration...) accompagnées ou non d'inductions corporelles (les mobilisations passives, le toucher, les percussions ...) concernent l'ensemble du corps dans une unification et non un seul segment, encore moins un segment douloureux.

3. Le temps de silence : *“La relaxation offre de vivre une expérience essentielle pour la maturation psychique, la capacité à être seul”* [36]. C’est un temps d’approfondissements, sans inductions, en présence de l’autre et un temps d’imprégnation des ressentis.
4. Le temps de la reprise : *“la reprise c’est le réveil du corps, le retour à un niveau tonique qui permet de nouveau l’activité musculaire”* [36]. Ce temps est variable selon les personnes (brutal, par bâillements ou étirement, endormissement total). Il marque la fin de l’état de relaxation et le retour à un état de conscience plus élevé. La présence du thérapeute par inductions verbales est essentielle.
5. Le temps de verbalisation : Ce temps est le moment de mise en mots des sensations, des ressentis corporels, de tout ce que le patient souhaite partager de son expérience. Nous détaillerons l’importance et les enjeux de la verbalisation dans la suite de l’écrit.

Le cadre de la relaxation permet de transmettre des états de corps propre par les sensations et les vécus. Le thérapeute soutient le travail de transformation psychique en offrant des mots, des images aux retours du patient, il joue un rôle de fonction **symbolisante**.

Avec toutes ces composantes, le cadre confère à la séance de relaxation une autre fonction, celle de **contenance**.

iii. La fonction de contenance

La contenance est un élément clé dans la pratique du psychomotricien. Pour évoquer cette notion, **C. POTEL** dit qu’il s’agit *“de mettre en réflexion ce travail du thérapeute - avec ses moyens personnels, ses techniques spécifiques, sa personnalité, ses choix thérapeutiques - qui va tenter de prêter en quelque sorte son psychisme pour donner au patient l’occasion d’intégrer ses pulsions et non plus d’en être désintégré, morcelé, éclaté, démantelé”* [36].

Cette conception fait écho avec celle de **W. R. BION** pour qui la figure maternelle sert de support à l’enfant dans son accès à la pensée. La fonction **alpha**, nourrie par les paroles et gestes de l’enfant, correspond à la matière première. Elle est transformée par la suite en éléments **beta**, c’est-à-dire en représentations. Le psychomotricien, par ce même principe, soutient le patient dans cette élaboration. La mise en place de représentations lui permet d’accéder à un vécu corporel et une expressivité propre qui petit à petit le conduisent vers un sentiment d’individuation [6].

Plus spécifiquement dans la relaxation, **Françoise TREUSSARD**¹² ajoute que *“la fonction contenant dans le cadre de la relaxation psychomotrice s’exerce au travers de l’expérience tactile, dans la mobilisation et la prise de conscience des points d’appui qui permet la perception d’une continuité au niveau de l’enveloppe corporelle. Elle s’exerce au travers de la parole qui vient soutenir le projet d’installation et de mobilisation, celle du sujet aussi.”*

C’est à la fois par les comportements et par les ressources psychiques du thérapeute que le cadre “tient”, que le cadre est respecté et efficient dans ses fonctions. La fonction contenant accompagne chaque temps de la relaxation. Le thérapeute est garant d’une qualité de présence suffisamment sensible et sécurisante pour tranquilliser, apaiser et protéger des possibles débordements et angoisses.

“La caractéristique fondamentale de la psychomotricité est sa dimension contenant, à tous égards, du plus fonctionnel au plus métapsychologique”

C. BALLOUARD [3]

iv. Le transfert et le contre-transfert

La notion de transfert a été décrite par **S. FREUD** comme l’actualisation des affects, des désirs, des fantasmes inconscients par le sujet sur une autre personne.

Je m’appuierai sur la différenciation que fait **E. BORDIN** de l’alliance avec le transfert. Pour lui, l’alliance correspond à l’union positive du patient et du thérapeute contre la souffrance de ce dernier. Le transfert concerne les projections inconscientes du patient vers le thérapeute. Il est important de retenir que les deux notions coexistent et s’influencent perpétuellement dans le cadre de la relation thérapeutique.

“Dans toute situation thérapeutique est conféré au thérapeute un rôle particulier, et ce qui confère au thérapeute ce rôle, par une répétition inconsciente de la part du sujet qui souffre, c’est le transfert” [7]. **O. MOYANO** précise alors qu’en psychomotricité le transfert correspond à celui de contenus psychiques, et qu’une fois en place, “c’est au sein de cette magie que le psychomotricien devrait agir” [7].

¹² Citée dans le Mémoire de psychomotricité “La relaxation en psychiatrie adulte : intérêt de la relaxation auprès de personnes atteintes de la maladie de Parkinson” de **CONTANT, C.** (2014)

Le transfert est donc une forme de relation, pas un contenu à analyser mais le système même permettant le passage de contenus psychiques d'un individu à un autre. Ce passage n'est possible que dans un cadre contenant comme nous l'avons vu précédemment. Le thérapeute doit être capable de recevoir des manifestations émotionnelles et comportementales dans le 'ici et maintenant' afin d'en rendre possible la symbolisation.

C. BALLOUARD distingue deux formes de transferts :

- Le **transfert de base** (ou pré-transfert ou transfert social) : c'est "ce lien spontané interhumain à tonalité positive", immédiat, présent dans toute relation à partir du moment où il y a des échanges affectifs. Le relation de confiance est alors possible. Grâce à ce transfert se développent du côté du thérapeute empathie et suggestion. Il est présent dans toutes prises en charge médico-sociales.
- Le **transfert secondaire** : au contraire ce transfert est "fabriqué par la situation, produit par celle-ci". Il offre une dimension contenant de la référence du corps.

Vignette clinique

Un vendredi matin il avait été décidé avec ma maître de stage que j'animerai la séance de relaxation. Je reçois un nouveau groupe parmi lequel je ne connais qu'une seule personne. Très rapidement, pendant l'installation de la salle et les premiers échanges avec les membres du groupe je me sens de plus en plus stressée. Chacun apporte une problématique différente et des remarques telles que : "Alors c'est maintenant l'heure de la sieste !", "J'ai très mal aujourd'hui", "Je ne trouve pas de bonne position". Pas encore à l'aise avec l'animation des séances malgré plusieurs déjà effectuées, je ressens un manque de confiance en moi et en ce que je pourrais leur apporter, à chacun d'entre eux et au groupe. Je réfléchis, trop, et perds toute relation avec eux.

Vont-ils ressentir ma gêne, mes doutes? Ma voix sera-t-elle claire ? Vais-je réussir à me détendre ?
Vont-ils s'endormir ? Ma posture est-elle bonne ?

Ma présence se modifie peu à peu. Mon corps se crispe. Le stress s'installe. Je décide alors de ne pas animer la séance, ce que ma maître de stage accepte.

Cette vignette clinique me concernant évoque ce que **S. ROBERT-OUVRAY** appelle le contre-transfert émotionnel. Elle dit : "*La communication émotionnelle n'exige pas que les partenaires possèdent un même degré d'expériences mais dans la relation thérapeutique, elle nécessite qu'il y ait au moins d'un côté, celui du thérapeute, la fluidité tonique et émotionnelle, une congruence et une cohérence interne*" [26]. A ce moment précis, je n'ai pas su me positionner en tant que cadre contenant capable d'accueillir les émotions, les paroles, les manifestations corporelles venant du groupe. C'est en repérant mon contre-transfert émotionnel que j'ai su qu'il ne me serait pas possible d'animer la séance.

Le contre-transfert permet la relation entre le patient et le thérapeute. Dans le cadre d'une séance de relaxation, la posture, l'état émotionnel et l'état tonique du psychomotricien doivent s'adapter à la situation ainsi qu'au patient. Il est alors essentiel de savoir le gérer pour garder une objectivité primordiale dans la relation.

La notion de transfert est indissociable de celle de contre-transfert. Dans le cadre de la relaxation, ensemble, ils permettent un échange équitable dans la relation, entre partage d'émotions et de manifestations corporelles d'un côté, et mise en sens et mots par le psychomotricien de l'autre.

v. Les fonctions de Holding et Handling

WINNICOTT définit la notion de "**holding**" comme la contenance qu'offre la mère à son enfant à travers sa présence, ses réponses par les gestes, les bercements, le regard, la voix... Dans des situations d'excitation trop importantes auxquelles le bébé n'est pas capable de faire face, le holding a pour but d'apaiser l'enfant par la fonction de pare-excitation¹³.

Ce phénomène est primordial dans le développement de l'enfant, et en lien avec le dialogue tonico-émotionnel, permet l'entrée dans un processus d'intégration du Moi.

Dans la relaxation, le holding contenant s'exprime dans la voix, le regard, les gestes du psychomotricien. Le thérapeute habite une attitude qui se veut rassurante pour le patient, suffisamment comparable à la fonction maternante.

Par son écoute et l'investissement d'un espace et d'un temps apaisants, le psychomotricien favorise l'accès aux sensations et aux perceptions ainsi que leur mise en mots et en sens. Progressivement, par expérience et évolution de la relation, le patient a accès à une meilleure conscience corporelle et à l'intégration de nouvelles représentations.

Le "**handling**", proposé par **WINNICOTT** également, correspond dans le développement de l'enfant aux soins qui lui sont apportés lui permettant de construire une enveloppe corporelle avec des limites. Les soins passent par des manipulations tels que l'habillage, le bain, toutes les pratiques dans l'enfance qui soutiennent l'élaboration d'organisation et la représentation de la surface du corps.

¹³ Pour **FREUD**, la fonction de pare-excitation vise à protéger l'organisme contre les excitations du monde extérieur.

Ce type d'expériences corporelles est retrouvé dans la relaxation, par les mobilisations, le toucher ou simplement par la voix. Les vécus éprouvés ont les mêmes objectifs que pour le handling : accéder à une prise de conscience corporelle globale et intérioriser les différents segments du corps par les sensations éprouvées. Par ces deux fonctions retrouvées en relaxation, le psychomotricien permet à l'individu d'accéder à un niveau de perception différent de son corps que petit à petit il peut retrouver de manière autonome.

En effet, **WINNICOTT** envisage les notions de holding et handling comme nécessaires à l'instauration du Moi. Cela requiert le passage de la période de dépendance totale à la figure maternante à celle d'indépendance générale. En relaxation, **M. GUIOSE** fait un parallèle avec ce phénomène : *“cette indépendance s'acquiert en demandant au patient de reprendre les exercices dont il se souvient, et qui lui conviennent particulièrement, à la maison après un certain temps de travail en relaxation”* [18]. Le thérapeute, par une présence contenante et rassurante, accompagne le patient dans l'expérimentation de nouvelles sensations corporelles et lui offre des outils. Cela donne au psychomotricien un rôle de pédagogue et au patient un rôle d'acteur autonome dans l'appropriation de son vécu et la gestion de son changement.

vi. La respiration

La respiration est une fonction physiologique, biologique et psychologique vitale. Elle ne peut être activée uniquement par contrôle conscient ce qui en fait une particularité de l'être humain. Tout le corps est sensible à la respiration. Elle influe sur les organes, les fonctions motrices, les états de sommeil, la conscience et elle a également un lien étroit avec les émotions.

La gestion des manifestations émotionnelles est possible par la respiration et réciproquement. En effet, un symptôme dans le corps ou une douleur peut provoquer un état de stress qui produit une hyperventilation. C'est un phénomène physiologique naturel totalement inconscient.

Partant du principe que la respiration est modifiable et a des effets sur la sphère émotionnelle, la relaxation propose de l'utiliser comme outil. Il peut être demandé de provoquer une hyperventilation de manière volontaire et consciente en début de séance ce qui favorise l'entrée en état de conscience modifiée.

“Le rétablissement de l'unité est contenu dans l'acte respiratoire” [30]

La respiration consciente permet la détente : prendre conscience de son rythme respiratoire profond et régulier ainsi que des mouvements corporels impliqués (cage thoracique

et sangle abdominale) crée un sentiment d'unité, une sorte d'harmonisation esprit-corps. Prendre conscience de la respiration c'est prendre conscience de son intérieur, c'est un retour aux sources. Cela renvoie à l'idée d'unification de l'image du corps qui est défaillante chez le douloureux chronique.

2. LA RELAXATION AUPRÈS DU DOULOUREUX CHRONIQUE

M. GUIOSE nous propose *“de voir la relaxation comme un outil qui est usiné et au fil du temps modifié par son utilisateur, suivant la pensée théorique qui l'habite, la population qu'il rencontre, en somme, l'usage qu'il en fait et l'affiliation thérapeutique dont il se reconnaît”* [18]. Toutes ces caractéristiques en font une médiation malléable à toutes situations, dont la nôtre.

La relaxation est une médiation thérapeutique complémentaire des antalgiques et peut parfois aider à la baisse de prises de traitement médicamenteux en diminuant la sensation nociceptive. Elle agit sur les tensions musculaires, l'anxiété ainsi que sur le vécu global entre autre en baissant les sensations douloureuses par activation des systèmes inhibiteurs.

a. Les objectifs

“La relaxation psychothérapique peut s'inscrire comme thérapeutique en permettant les retrouvailles ou la restauration narcissique accompagnées d'un réinvestissement du vécu corporel” [30]. Ici sont exposés les principaux effets recherchés dans la relaxation auprès du patient douloureux chronique. Plus dans le détail, la relaxation a pour objectifs de favoriser :

- ➔ **Un mieux-être psycho-corporel** : dévier l'attention portée sur la douleur, apporter un temps d'apaisement, relâcher les tensions musculaires parasites.
- ➔ **Le réinvestissement du corps** : passer d'une représentation négative à une représentation positive et nouvelle de son corps, passer d'un état de négligence et de passivité à celui d'exploration plaisir.

- **La régulation tonico-émotionnel** : accéder à une détente physique et psychique en passant par un relâchement au niveau musculaire et un état d'apaisement et de calme.
- **L'expression des ressentis, la mise en mots** : permettre aux sensations de devenir représentations par l'accompagnement du thérapeute dans la mise en mots et images.
- **L'apport de nouvelles sensations corporelles** : la douleur a un impact sur l'image du corps en dissociant l'organe malade du reste du corps par son investissement exacerbé ou à l'inverse par perte de représentation corporelle. La relaxation vise à porter attention sur le corps dans son ensemble par expérimentation de nouvelles sensations.
- **L'action autonome sur la réduction de la douleur** : permettre au patient de s'approprier la relaxation, le rendre acteur et autonome dans la démarche de réinvestissement de son corps en lui offrant des outils.
- **L'élaboration psychique** : mettre en place un aller retour entre sensations, impressions, perceptions, affects et représentations.

→ **La revalorisation libidinale, action sur estime de soi.**

La relaxation propose une exploration à la fois corporelle et psychique. Auprès du patient douloureux chronique, cette démarche passe par plusieurs notions fondamentales qui vont lui permettre d'entrer en contact avec son corps. Nous allons explorer celles qui me semblent être les plus importantes et voir comment elles peuvent remplir les objectifs précédemment cités.

b. Le tonus et les angoisses archaïques

R. DURAND DE BOUSINGEN décrit les méthodes de relaxation comme “*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*” [18]. Plus simplement, la relaxation consiste à induire chez le sujet, par différentes

techniques, un état de relâchement musculaire et une modification de l'état de conscience suffisants pour atteindre au mieux un sentiment de détente et de conscience corporelle.

Chez le douloureux chronique, le dialogue tonico-émotionnel est un support de communication sur lequel le psychomotricien s'appuie grandement. **F. DOLTO** parle de témoins de résurgences de l'inconscient de l'image du corps dans le corporel comme des mimiques, des gestes, des postures mais aussi des variations toniques d'origines psychoaffectives (hypertonie, hypotonie, syncinésies, paratonies de fond ou d'action).

Ces variations toniques renvoient au vécu du sujet et sont un moyen de lutte contre les angoisses, les menaces ou la douleur dans notre cas. Un parallèle est possible avec les mécanismes de défenses archaïques tels que les positions schizo-paranoïdes de l'enfant développées par **M. KLEIN** [25]. En effet, la sur-mobilisation du tonus en tant que protecteur d'angoisses telle que l'angoisse de morcellement dans l'image du corps (**E. W. PIREYRE**) entraîne d'un côté un sentiment de solidité et d'unité par cette cuirasse tonique et douloureuse, et d'un autre côté un clivage (comme pour l'enfant) et une projection du "bon" ou "mauvais" objet, donc de la partie saine ou de la partie douloureuse.

La relaxation a sa place dans la redistribution bénéfique des investissements du corps qui ont été clivés affectivement comme cognitivement dans la douleur chronique. Elle permet l'approche corporelle dans un sens d'unification et de continuité d'existence.

c. La verbalisation

D'après **A. CALZA** et **M. CONTANT**, en relaxation, la verbalisation est "*l'aboutissement de l'exploration des ressentis et de leur expression*" [8]. Ce temps suit celui d'état de conscience modifiée. Il laisse l'opportunité au patient de mettre des mots sur son expérience.

Pour **J. BERGES**, la mise en mots est le fil conducteur de l'intervention psychomotrice : "*sa pire tentation [à la psychomotricité] est de considérer qu'avec le corps, c'est mieux qu'avec le langage. Pour moi, c'est la faute mortelle. Les séances de psychomotricité sans un mot ne valent rien*" [1].

Les capacités de verbalisation ne sont pas égales entre les individus. En groupe ou en individuel, les circonstances modifient les rapports qu'entretiennent les individus avec l'expression de leurs ressentis. En groupe, les notions de comparaison, de critique et d'assimilation entrent en jeu. Le patient peut s'appuyer sur les propos du voisin pour s'inspirer des expressions ou au contraire peut se murer dans le silence par une impression d'échec de ne pas partager les mêmes ressentis.

J'observe cet effet miroir lors de séances de relaxation avec des patients douloureux chroniques, majoritairement des lombalgiques chroniques. Ils se connaissent déjà et naturellement rebondissent sur les propos des autres. Partager des sensations douloureuses équivalentes en théorie, pour eux, signifient partager les mêmes ressentis. Mais ce n'est pas le cas. Ces temps de verbalisations ont un rôle central dans cette prise de conscience et la mise en exergue de sa propre subjectivité dans le vécu douloureux.

d. La prise de conscience corporelle

E. W. PIREYRE considère la prise de conscience du corps comme l'une des bases théoriques fondamentales de la psychomotricité avec plusieurs objectifs :

- La mobilisation des différents niveaux sensoriels, affectifs et relationnels, conscients et inconscients,
- L'identification des perceptions, l'émergence d'émotions et de représentations,
- La mise en mots des vécus corporels pouvant être reliés à d'autres aspects de la vie du patient,
- L'éveil de la subjectivité. [34]

Prendre conscience de son corps c'est "se confronter à la réalité corporelle vécue" [34], c'est mettre le patient en position de se connecter voire se reconnecter avec son corps, et d'exprimer ses perceptions en mots, ses émotions en représentations. Dans la pratique de relaxation, cela consiste à attirer l'attention du patient vers des zones de son corps ou le corps dans sa globalité soit par des inductions verbales dirigées soit par des mobilisations passives ou par le toucher.

Cette expérience est directement en lien avec notre problématique de l'image du corps. **J-D. NASIO** dit que "*notre moi est l'idée intime que nous nous formons de notre corps, c'est-à-dire la représentation mentale de nos ressentis corporel*" [32]. La prise de conscience du corps permet un retour à la prise de conscience de certains aspects de l'image du corps.

Chez le douloureux chronique pour lequel l'investissement du corps est souvent morcelé, cette investigation est sous tendue par l'écoute du psychomotricien et sa capacité à mettre des mots sur des ressentis possibles par les inductions verbales.

Vignette clinique - Monsieur T

Dans le retour de séance de relaxation, Monsieur T me dit "*c'est quand vous avez parlé de sensation d'être lourd et de s'enfoncer dans le tapis que j'ai ressenti ça*". Par là je comprends que ce n'est pas moi qui lui ai permis cette sensation mais les mots que j'y ai mis dessus.

Prendre conscience de son corps c'est aussi mettre des représentations sur ses sensations, et par cette vignette nous voyons l'importance de l'étayage du thérapeute dans ce processus.

e. Monsieur D - une expérience d'image du corps unifiée

Vignette clinique - Monsieur D

Monsieur D est hospitalisé en rééducation pour une ancienne luxation de l'épaule gauche encore algique. Nous le recevons dans le cadre d'une séance individuelle pour la troisième fois. Au début de la rencontre, Monsieur D nous témoigne des difficultés de mouvements de l'épaule pendant les séances de kinésithérapie et des douleurs constantes. Nous lui proposons une séance de relaxation grâce à des mobilisations passives des bras et des jambes. Il reste sceptique au sujet des bras, peur d'avoir mal, mais accepte.

La psychomotricienne ne fait pas d'inductions verbales. Elle réalise des mobilisations accompagnée d'un fond musical. Pendant la séance des ronflements sont audibles et Monsieur D n'émet aucune résistance physique. Le temps de reprise est long avec des étirements et des bâillements.

Dans les échanges qui suivent, Monsieur D dit se sentir "*apaisé et relâché*". Il bouge son épaule sans douleur. La psychomotricienne lui fait remarquer qu'elle a pu mobiliser le bras sans ressentir de retenues et qu'il s'est endormi. Monsieur D est étonné et nous rapporte avoir vécu "*une expérience étrange*" : "*Ma mère était là, devant moi, elle me regardait.*", "*je ne ressentais plus mon corps*". Monsieur D est très croyant et pour lui les âmes (comme il qualifie l'apparition de sa mère) ont un rôle de protection. Il propose alors une explication au relâchement de son épaule : il dit souvent évoquer le souvenir de sa mère depuis son décès et toujours avec un sentiment d'amour et d'apaisement. La voir à ce moment précis est un signe "*que tout va bien*", qu'il est en sécurité et lui a permis de se détendre dans la tête et dans le corps.

Cette séance m'a marquée car, outre sa dimension spirituelle, elle témoigne des effets bénéfiques de la relaxation sur la détente et la sensation douloureuse, et cela à travers plusieurs éléments que nous avons vu dans ce chapitre et le précédent.

Par ce retour d'expérience vécue par Monsieur D nous retrouvons la complexité des effets de la relaxation sur l'inconscient et le conscient, la sphère psychique et la sphère physique, mais surtout sur la construction de l'image du corps. En effet, Monsieur se présente à nous avec de fortes douleurs dans l'épaule qui le bloquent dans l'avancée de la rééducation et sont sources d'inquiétudes et d'anxiété pour lui. La demande ici est celle d'un relâchement musculaire et au mieux d'un abaissement des tensions psychiques.

L'épaule de Monsieur D est très douloureuse et difficilement investie pour cette raison. Il dit "anticiper" les douleurs dues aux séances de kinésithérapie avant même les exercices ce qui, par engrenage, lui provoque une cuirasse musculaire comme la qualifierait **W. REICH**, c'est-à-dire une hypertonie de défense, engendrant des douleurs et un blocage du membre.

Les premiers effets que nous pouvons noter de cette séance sont physiologiques avec l'abaissement du niveau de vigilance remarquable par l'endormissement (ou micro-sommeil), les légers ronflements et les bâillements. Un relâchement musculaire est également mis en avant par des mobilisations passives des quatre membres sans résistances particulières. Monsieur D fait l'hypothèse que ce relâchement dans le corps serait lié à la vision de sa mère dans son sommeil. La mère n'est pas un personnage anodin, c'est un symbole, si ce n'est le symbole de la protection et de la contenance retrouvées entre autres dans la notion de holding de **D. WINNICOTT**.

La relaxation s'organise autour de la régression narcissique par une unification du corps. L'image de la mère porte et permet l'accès à un corps unifié en dedans et en dehors tout cela dans un sentiment d'enveloppement rassurant. La psychomotricienne, par sa voix, son regard et un toucher bienveillant peut donner une valeur de régression préalable aux interprétations et représentations.

L'expérience de Monsieur D nous renvoie au lien indissociable corps-esprit. La relaxation permet une réappropriation du corps par des allers-retours perceptions - représentations. Par des verbalisations des retours de monsieur et de la psychomotricienne, une prise de conscience des capacités motrices de son épaule est possible. Le patient comprend que la douleur n'a pas à être omniprésente et qu'il a une place et un rôle à jouer dans cette démarche.

Chapitre 4

L'INTERVENTION DE LA PSYCHOMOTRICITÉ EN SERVICE DE SSR

1. L'ACTIVITÉ DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

a. L'institution

La structure dans laquelle j'effectue mon stage de troisième année est un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) privé spécialisé en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR).

Les SSR sont des établissements dont l'activité a pour objet, d'après le Ministère de la santé, *“de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences ou de limitation des capacités des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion”* [42]. La structure a donc trois principaux objectifs : la **rééducation** (retrouver au maximum les potentialités physiques, cognitives et psychologiques entravées), la **réadaptation** (travail d'adaptation autour des limites du patient et d'expérimentation de méthodes afin de les contourner) et la **réinsertion** au domicile (objectif final de l'hospitalisation, retrouver une autonomie la plus effective possible dans l'environnement quotidien, familial et professionnel)

Le centre de Soins de Suite et de Réadaptation dont il est question ici dispense des soins adaptés à des patients polypathologiques et compte 132 lits dans le cadre d'une hospitalisation complète et 61 places disponibles en hospitalisation de jour.

Les patients présentent des **affections orthopédiques, rhumatologiques, traumatiques et neurologiques à l'occasion d'un suivi après un séjour en milieu hospitalier ou au long cours pour les affections chroniques**. La structure est divisée en plusieurs services spécialisés. Je suis présente les jeudis et vendredis sur le plateau technique du dernier étage accueillant les personnes en hospitalisation complète et en hôpital de jour post-opératoires (prothèses, fractures traumatiques...), lombalgiques chroniques, fibromyalgiques, rhumatologiques et orthopédiques.

Le SSR n'est pas une structure spécialisée dans l'évaluation et le traitement de la douleur chronique, mais par sa participation dans la lutte contre la douleur (contrat d'engagement dans la lutte contre la douleur), il s'engage dans son évaluation, sa prévention et son soulagement.

b. Une équipe pluridisciplinaire

“Les meilleures options thérapeutiques sont prises à travers la complémentarité des regards et des compétences” [11]. La complexité des douleurs et variété des pathologies impliquent au sein de l'institution une pluridisciplinarité dans la prise en charge.

L'équipe professionnelle du SSR regroupe des médecins spécialistes en MPR et neurologie, des médecins généralistes, un médecin psychiatre, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des psychomotriciennes, des orthophonistes, des psychologues, des diététiciennes, des assistantes sociales, des infirmier(e)s diplômé(e)s d'état et des aides-soignantes.

La communication et le partage d'informations entre les membres de l'équipe et le cadre institutionnel est possible grâce à un logiciel informatique. Il comprend le dossier médical du patient, le dossier administratif, son emploi du temps ainsi que tous les bilans et les observations de suivi. Chaque professionnel a accès au logiciel grâce à un compte privé à partir duquel il peut transmettre toutes les informations, évaluations et observations qu'il a pu faire du patient. Un système de messagerie interne entre les professionnels est également disponible.

c. L'approche de la psychomotricienne

Au sein du SSR, la prise en charge en psychomotricité n'est pas systématique. D'après la charte de l'établissement, *“la psychomotricité s'adresse à une population de sujet porteur de troubles instrumentaux, d'une pathologie somatique, psychique, psychiatrique et aux personnes en situation de handicap. Les psychomotriciennes interviennent par des actions d'évaluation, d'éducation, de prévention, d'accompagnement, de confort, de rééducation, de réadaptation et de thérapies à médiation corporelles”*.

i. Place au sein de l'équipe

La psychomotricienne intervient sur prescription médicale du médecin MPR du service. Le médecin prescrit grâce à plusieurs indications qu'ils ont prédéfinis ensemble tels que les troubles de la mobilité, les troubles des représentations du corps, la rééducation de la marche, les troubles de la communication ou de la relation, la relaxation et les groupes thérapeutiques.

La prise en charge en psychomotricité n'étant pas systématique pendant un séjour au SSR, le travail en étroite collaboration avec le reste de l'équipe professionnelle est indispensable. Très souvent durant mon stage j'ai échangé avec des kinésithérapeutes qui, après rencontre avec de nouveaux patients, pensaient qu'un suivi en psychomotricité était conseillé. Les échanges semblent nécessaires pour proposer une prise en charge aussi proche de leurs problématiques et aussi globale possible.

La psychomotricienne du service est présente à temps partiel, seulement sur demi-journée. Ses temps de prise en charge sont par conséquent réduits et ne lui permettent pas d'assister aux réunions de synthèse. Les informations circulent tout de même, de façon formelle par le biais du logiciel informatique ou de façon informelle en dialoguant avec les collègues, ce qui est plus fréquent.

Avant l'entretien de première rencontre, la psychomotricienne essaie de ne pas regarder le dossier médical et le motif d'hospitalisation dans les détails. En se basant seulement sur les propos des autres professionnels, l'objectif est d'accueillir le patient tel qu'il est et où il en est dans ses démarches rééducatives.

ii. L'entretien

Toute prise en charge en psychomotricité au SSR débute par un entretien de 45 minutes. Il existe plusieurs types d'entretien : directif (questionnaires), semi-directif (mêlant question et récit ouvert) et non-directif (spontanéité de la personne dans le récit et le partage des informations, personnalité). La psychomotricienne de l'institution procède à **un entretien semi-directif**. C'est un temps où le patient est invité à raconter son parcours, son histoire de vie, ce qui l'a conduit ici. L'attitude du thérapeute oscille entre l'enquête, l'exploration, et l'écoute et l'observation. Dès qu'une information paraît importante, le patient est amené à approfondir et analyser ses propos.

“L’entretien est un contrat de communication (...) c’est un ensemble de savoirs partagés des interlocuteurs sur les enjeux et objectifs du dialogue” [4]. A. BLANCHET souligne l’importance du “partagé” rendu possible par l’attitude du psychomotricien : diriger tout en se laissant diriger en mettant à l’aise.

“La qualité des premiers contacts, au centre desquels se trouve l’entretien, est déterminante de celle de la relation thérapeutique ultérieure, en termes d’investissement, mais aussi d’intensité de l’interaction” [4]. En effet, nous pouvons distinguer dans le dialogue deux axes indissociables, l’un permis par l’autre : l’**information**, “ce qui circule et fait l’objet d’une élaboration” et la **relation**, la rencontre entre deux personnes avec leur rôle, leur personnalité et leur statut. L’un questionne, “empathise”, reformule, propose ; l’autre répond, fournit la matière première et construit son discours.

Durant le premier entretien, les informations recherchées concernent : les informations personnelles (âge, famille, profession), le motif d’hospitalisation, l’histoire de l’accident ou de la maladie, l’histoire de vie, le séjour au centre, la qualité de sommeil, l’alimentation. Le patient est libre d’ajouter des données et de poser des questions.

À chaque fin de nouvelle rencontre, la psychomotricienne précise le travail potentiel qui peut être mis en place. Le patient a le choix d’accepter ou de refuser le suivi et peut à tout moment, s’il en ressent la nécessité, le stopper.

Vignette clinique - Madame M

Madame M, patiente au SSR à la suite d’une fracture du calcanéum (talon) il y a deux ans, profite d’un échange privé avec moi pour revenir sur le premier entretien qu’elle a eu avec la psychomotricienne du service. Elle insiste sur le soulagement que ce temps de parole lui a procuré.

“C’était un temps pour moi, où j’ai parlé, parlé parlé, de tout et de rien, de mes émotions. Je ne me souviens pas à quand remonte la dernière fois où je me suis confiée comme cela à un professionnel de santé. Je suis remontée à mon enfance, à des choses que j’avais l’habitude d’oublier. Je me suis sentie écoutée et comprise”.

Madame M me confie plus tard que ce premier entretien a permis l’instauration d’une véritable relation de confiance avec la psychomotricienne.

“La qualité des premiers contacts, au centre desquels se trouve l’entretien, est déterminante de celle de la relation thérapeutique ultérieure, en termes d’investissement, mais aussi d’intensité de l’interaction” [4]. Cette vignette illustre l’importance de l’écoute dans les premiers temps de rencontre pour l’instauration d’une relation thérapeutique de confiance. Il ne faut pas oublier que le patient est le seul détenteur de sa douleur.

iii. Les spécificités de l'approche

L'approche de la psychomotricienne que j'ai accompagnée durant mon stage est spécifique au service du SSR qui concerne la traumatologie, l'orthopédie, la rhumatologie, les affections chroniques et les rééducations post-chirurgicales.

C. BALLOUARD dit que *“la spécificité du professionnel de la psychomotricité réside dans l'attention qu'il porte aux manifestations corporelles et à leurs significations, ainsi que dans l'établissement d'un 'dialogue corporel'. L'intervention se situe au niveau de l'unité de la personne et cherche à modifier l'attitude de celle-ci par rapport à son corps pour tenter d'établir, de rétablir, de maintenir et d'enrichir les rapports de l'individu avec lui-même, avec autrui et son environnement. Son domaine est donc celui de la vie psychique, à travers et par la mise en oeuvre du corps en mouvement, en expression et en relation”* [4]. Cette vision de la psychomotricité montre le champ vaste et infini d'interventions qui s'offre au psychomotricien. Au SSR, nous pouvons les résumer ainsi :

- Investissement et prise de conscience du corps : par une mise en mots des ressentis, un éveil des sensations, une représentation du corps
- Posture et équilibre : par observation de la posture, prise de conscience de la place des segments corporels dans l'espace, exploration et retrouvaille des repères corporels (axe corporel, bassin, appuis au sol), mise en pratique de mouvements et transferts adaptés
- Régulation tonique : régulation tonico-émotionnelle par investissement du lien tonus-émotions, relâchement tonique et de l'anxiété par relaxation, autonomisation dans le mouvement par exploration active ou passive
- Confiance en soi et estime de soi : par réinvestissement narcissique via un sentiment de sécurité corporelle, une contenance, une enveloppe unifiée
- Détente et exploration par plaisir : découvrir sensations corporelles nouvelles et agréables
- Relation et communication : par un abaissement des mécanismes de défense, une dynamique sociale, plaisir partagé

La vie en institution, surtout dans le cadre d'une hospitalisation complète, est une vie sans repos. Paradoxalement, les journées des patients comprennent peu de temps de prises en soin. Plusieurs témoignages nous révèlent une fatigue qui s'installe dans l'avancée de la rééducation, une fatigue à la fois corporelle et morale. Les lieux de vie sont sans cesse animés. Les chambres (sauf exception) fonctionnent en colocation. La vie au centre bouleverse totalement les habitudes de vie de la personne.

Le temps en psychomotricité offre un moment, une parenthèse dans la journée, dans la 'folie' rééducative. L'écoute est au centre des séances. Chaque début de rencontre est un temps d'échanges, un retour aux bases où le patient nous fait état de l'avancée de la rééducation, des dernières visites médicales, de sa qualité de sommeil, et de ses ressentis, tout ce qu'il peut nous apporter ici et maintenant. Il arrive que les séances ne se résument qu'à cela.

L'intervention en psychomotricité ne suit pas de protocole de travail pré-programmé avec un objectif impératif à atteindre pour envisager la fin du suivi. Elle est complémentaire de la prise en soin générale et automatisée proposée par le centre mais se distingue par sa non-recherche de résultats spécifiques. En effet, le contexte d'accueil en séjour de rééducation est basé sur du **court terme**. L'intervention proposée en psychomotricité, à faible dose (une prise en soin de 45 min en individuel et une ou deux prises en soin de 1h en groupe), ne permet qu'une ébauche de tout un accompagnement. Des résultats sont bien sûr possibles et représentatifs de l'évolution faite dans la rééducation, cependant, le temps de présence freine et limite les actions qui trouveraient leur place dans la problématique personnelle du sujet.

L'intervention de la psychomotricienne s'opère toujours dans une complémentarité de la dynamique pluridisciplinaire déjà établie. Il est indispensable de se tenir informé des axes de travail investis par les autres professionnels et de leurs avancées. L'important est d'apporter 'autre chose' qui sera tout autant bénéfique, d'autant plus en complément.

2. LE GROUPE RELAXATION

a. Le groupe thérapeutique

Le groupe en thérapie est un dispositif réfléchi et organisé de telle sorte que, dans un environnement cadré, il puisse répondre à plusieurs fonctions (contenante, limitante, symboligène et transitionnelle) en lien avec les caractéristiques psychiques du et des sujets.

Le groupe a pour objectif de favoriser les prises d'initiative et les relations intersubjectives par des possibilités identificatoires nouvelles. C'est un contenant d'angoisses dans lequel le thérapeute a une place active dans sa posture cadrante et limitante mais toujours dans une mise à distance. Plusieurs éléments sont en jeu : la découverte de soi, l'apprentissage par les autres, l'adaptation, l'acceptation du regard d'autrui et le contrôle des pulsions par consolidation des fonctions du moi.

Vignette clinique - Madame F

Madame F est une patiente lombalgique chronique hospitalisée au SSR. C'est une dame qui vit seule et ne "supporte plus la solitude". En arrivant au centre pour une durée de six semaines, elle a rencontré d'autres patients lombalgiques chroniques avec qui elle partage des temps de groupe de rééducation. Pendant une séance en individuelle, Madame F évoque un sentiment de tristesse depuis le départ des membres de son groupe dos¹⁴.

"On se soutenait", "On vivait ensemble", "Ils me motivaient".

Le groupe était un moteur dans la rééducation de Madame F. Le départ de ses nouveaux amis l'amène à penser à son propre départ.

"Je vais bientôt rentrer seule chez moi sans résultats, ça n'a servi à rien".

La notion que souligne la situation de Madame F est celle de la dynamique de groupe au centre de plusieurs individualités qui se crée grâce aux groupes thérapeutiques. Cette dynamique n'est pas exclusive aux séances, surtout dans le contexte d'un séjour en hospitalisation complète durant lequel les patients partagent leur quotidien aussi.

F. DOLTO dit que *"tout contact avec l'autre, que ce soit de communication ou d'évitement de communication, est sous tendu par l'image du corps, support du narcissisme, que le passé résonne dans la relation présente"* [32]. Vivre et partager un parcours aussi

¹⁴ Le groupe dos est proposé par les kinésithérapeutes du service. Les membres, essentiellement des patients lombalgiques chroniques, se retrouvent plusieurs fois par semaine pour des séances d'étirements et de renforcements musculaires spécifiques du dos et de la sangle abdominale.

éprouvant que celui de rééducation implique le sujet dans sa totalité d'être, dans son rapport à soi-même et tout cela plongé dans un vécu en société. Le groupe est porteur, soutenant, moteur. Les membres du groupe se comparent de manière inconsciente aux autres qui partagent les grandes lignes de la même pathologie. Ils assimilent leurs résultats et leur évolution à ceux des autres. Et dans le cas de Madame F, le départ de ses 'piliers' a réveillé en elle le rapport à son propre vécu : celui d'une fin de séjour qui approche sans les résultats et l'évolution escomptés.

b. Le groupe relaxation du vendredi

Au service du SSR dans lequel j'effectue mon stage, a été mis en place tous les vendredis matins à 11h, un atelier de relaxation de groupe animé par la psychomotricienne. La participation est décidée au préalable, après premier entretien et une fois les objectifs de prise en charge établis. Chaque membre du groupe vient avec sa problématique et une sensibilisation à la relaxation pré-définie. La séance accueille 3 à 6 personnes en comptant la psychomotricienne.

J-B. CHAPELIER distingue deux types d'approches thérapeutiques en groupe : les thérapies dans le groupe et les thérapies par le groupe. Dans cet atelier, la notion de thérapies dans le groupe nous intéresse comme vecteur facilitateur des rencontres individuelles. En effet, les groupes sont majoritairement ouverts. L'arrivée des patients est fonction de leur opération et des suites opératoires elle est donc aléatoire. Nous ne pouvons pas par exemple programmer de début de cycle de relaxation pour tout le monde. Il en est de même pour les départs. Certains patients (souvent les patients lombalgiques chroniques) connaissent leur date de sortie dès leur arrivée, mais pour la majorité ce n'est pas le cas.

Pour la forme, les séances sont structurées sur la base des 5 temps de la relaxation détaillés par **C. POTEL**. Chaque séance est unique dans le fond, en fonction des membres, de leurs problématiques, de l'envie du jour de la thérapeute et du nombre de participants.

L'objectif de la mise en place de cet atelier est de proposer aux patients un temps de retour sur eux-mêmes et sur leur corps différent de ce qui peut leur être proposé dans le cadre de la rééducation. Les verbalisations rapportent des sentiments "*d'aller mieux*", "*d'être reposé*", "*de ne plus avoir mal maintenant*", des propos que l'on peut penser très généraux et courants mais qui montrent tout de même des effets bénéfiques dans la journée et peut-être favorables à une bonne rééducation.

3. MADAME H

a. Présentation de la patiente

→ L'ENTRETIEN

Je rencontre Madame H dans le cadre de mon stage au SSR en service d'hospitalisation complète. Cette rencontre est programmée suite à la prescription du médecin de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) du service. Madame ne pouvant pas se déplacer, nous nous rendons, avec ma maître de stage, dans sa chambre pour un premier entretien.

Sans avoir consulté son dossier médical et autres bilans d'entrée déjà effectués, je rédige le bilan de rencontre suivant, basé uniquement sur le récit de la patiente et sur mes observations cliniques.

Bilan de rencontre Madame H 08/11/2018

Entrée :

Madame H est entrée au Centre de Rééducation Fonctionnelle suite à une chute à son domicile le 11 Octobre 2018. Elle s'est jetée au sol pour rattraper une petite fille qui allait tomber et probablement se cogner la tête contre la table. Elle est restée au sol jusqu'à ce que les parents récupèrent les deux enfants présents puis a appelé les pompiers.

Antécédents :

Madame présente une **fibromyalgie, déclarée Affection Longue Durée en 2012.**

En 2015, elle a été victime d'un accident de voiture. Elle était conductrice et son fils âgé de 18 ans passager. A l'arrêt à un feu tricolore, le conducteur ne s'est pas arrêté et est rentré dans sa voiture par l'arrière. Madame a été désincarcérée, "*elle ne sentait plus son corps*", son fils n'eut que les cervicales de touchées. Elle déclare avoir subi plusieurs accidents de la route dans sa vie, mais toujours en tant que passagère, d'où le traumatisme particulier de ce dernier.

Entre Septembre et Octobre 2018 elle a chuté quatre fois : deux fois dans sa salle de bain (perte d'équilibre) et deux fois dans le salon, en présence des parents d'enfants qu'elle gardait.

Données :

Madame est obnubilée par son accident. Elle dit que **cela fait 3 ans qu'elle ne vit plus.**

Elle **a perdu toute autonomie.** Totalement dépendante de son mari et de ses enfants, elle nous énumère péniblement toutes les choses qui ne lui sont plus accessibles : cuisine, ménage, courses, relations sexuelles (son mari a peur de lui faire mal).

Malgré la fibromyalgie et son accident elle a continué à exercer son travail de nounou. **Son mari l'aide beaucoup.** Elle répète souvent la joie que lui apporte son travail, les enfants représentent toute sa vie. Elle dit qu'elle donnerait tout pour eux, et l'illustre par sa dernière chute "*je me suis sacrifiée pour la*

sauver". Elle devient très émotive quand elle évoque son travail et souligne avec insistance qu'elle n'a jamais pris d'arrêt maladie pour soulager sa fibromyalgie, elle a toujours pris sur ses temps de congés. Madame est obsédée par un désir de vengeance de la personne qui a provoqué son accident. Elle nous montre un visage différent, plus colérique. "*Je veux qu'il soit puni*", elle parle alors de combat qu'elle poursuit depuis trois années maintenant. Malgré son statut de victime reconnu par les gendarmes, par le tribunal ainsi que par les assurances, elle trouve que cela ne suffit pas. "*Je veux qu'il souffre autant que je souffre depuis 2015*" dit-elle. Avec son mari qui paraît être une figure d'autorité et de référence de par son statut de gendarme ("*il sait comment ça marche*"), elle enchaîne les procès et fait appel à plusieurs associations d'aide aux victimes. Elle cherche une plus grande compensation financière de la part des assurances.

Observations :

Madame H est une femme **très émotive avec un débit verbal important** (logorrhée?). Durant la rencontre elle est passée par plusieurs états, de la tristesse accompagnée de pleurs à la colère. L'accident de voiture est un réel **traumatisme** dont elle n'arrive pas à se remettre. Madame montre des confusions temporelles entre les derniers événements marquants de sa vie (2012 fibromyalgie, 2015 accident de voiture, 2018 plusieurs chutes). Son envie de vengeance et de légitimation de son statut de victime semblent dicter son quotidien. Elle présente une attitude qui pourrait faire penser à celle d'une jeune fille, émotive, **dépendante**. Ses rapports au corps sont compliqués. Il reste un **objet meurtri** et encore marqué par les événements de vie. Elle n'a plus de rapports sains et positifs à son égard. Elle ne le voit plus que comme **obstacle** à toute activité. Les douleurs l'accompagnent au quotidien mais depuis la dernière chute l'*empêchent de vivre*". Elle se plaint majoritairement de douleurs au niveau des membres supérieur et inférieur droits.

→ L'ANAMNÈSE

Madame H est actuellement âgée de 51 ans. C'est une dame de taille moyenne (1m60) de corpulence plutôt forte. Elle porte des lunettes. Madame vit avec son mari. Elle est mère de deux enfants de 25 et 22 ans. Elle est assistante maternelle et continue à travailler malgré les douleurs quotidiennes dues à sa situation.

Madame H a été diagnostiquée souffrant de fibromyalgie en 2012. En 2015, lors d'un accident de la voie publique (cf. bilan de rencontre) son hémicorps droit a subi un choc entraînant jusqu'à aujourd'hui un déficit du membre inférieur mal caractérisé. Madame H est suivie en Centre Anti-Douleur pour sa pathologie et y bénéficie d'un suivi en psychanalyse.

La fibromyalgie est une maladie chronique qui touche principalement les femmes. Elle est caractérisée par des troubles du sommeil, un état douloureux diffus, des troubles cognitifs ainsi qu'une sensibilité à la dépression et à l'anxiété. Les causes sont encore méconnues et le traitement peu ciblé.

Le **11 Octobre 2018** Madame H présente une décompensation de la pathologie de fibromyalgie après une chute de sa hauteur. Par la suite, d'importantes **douleurs neuropathiques** (brûlures et picotements) **des quatre membres, prédominantes dans les membres inférieures**, se manifestent. Celles-ci obligent Madame H à se déplacer en fauteuil roulant et limitent les mouvements de préhension et d'appuis. Les examens ne montrent aucune lésion ou compression médullaire, lésion osseuse, lésion traumatique du rachis cervical, lombaire ou bassin. Son épaule droite est douloureuse. Des douleurs sont également présentes sciatalgie¹⁵.

Au niveau cognitif, des **troubles de l'élocution** importants sont remarqués. D'après les mots de la dame ses difficultés dans la parole ont débutées à son retour au domicile à la fin de l'hospitalisation complète.

Je n'ai pas pu assister aux séances de psychomotricité durant l'hospitalisation complète de Madame H, ses séances étant programmées le vendredi, jour où je n'étais pas présente dans la structure. A la fin de son séjour **début janvier**, Madame a fait une demande d'hospitalisation de jour qui a été acceptée. Parallèlement j'ai pu augmenter mon temps de présence dans l'institution et assister aux séances du vendredi. **Je m'appuierai donc essentiellement sur le suivi fait en hospitalisation de jour.**

b. Les prises en soin au SSR

Madame H se rend trois fois par semaine au SSR sur des demi-journées le lundi, mercredi et vendredi. Le transport entre son domicile et l'établissement est possible par taxi. Madame se déplace en fauteuil roulant électrique. Depuis sa sortie, tous les aménagements au domicile prévus par les ergothérapeutes ont été faits.

Madame H bénéficie dans le service d'une prise en charge pluridisciplinaire, associant kinésithérapie, ergothérapie, parafango¹⁶, psychomotricité et balnéothérapie. Le projet thérapeutique se construit par la transmission des informations entre les professionnels participant à son suivi.

Un suivi psychologique n'est pas mis en place dans la structure mais les consultations avec le psychanalyste du centre antidouleur continuent.

¹⁵ La **sciatalgie** ou sciatique est une compression, traction, irritation ou lésion du nerf sciatique.

¹⁶ La **parafango** est une méthode utilisée dans un but antalgique consistant à appliquer sur le corps de la boue chaude d'origine volcanique.

c. La prise en soin en psychomotricité

A la fin de son hospitalisation complète, Madame H a partagé son envie de poursuivre les soins entrepris mais dans un contexte différent : l'hospitalisation de jour. La psychomotricité fait partie des soins qui motivent sa demande. Je retrouve donc Madame trois mois après notre première rencontre.

La première chose qui m'interpelle est le changement de discours entre le mois de novembre et cette séance. La fixation sur son accident de voiture et les envies de vengeance reliées ont disparu. Le discours est à présent essentiellement porté sur la description de ses plaintes douloureuses et ses incapacités. Les douleurs "*font encore la loi*" dans son quotidien d'autant plus depuis son retour au domicile. Toutefois, Madame me fait remarquer les évolutions fonctionnelles qu'a permis l'hospitalisation : amélioration des déplacements (fauteuil roulant), mobilisations des quatre membres (préhension) et manifestations variables des troubles de l'élocution selon les jours. La psychomotricienne souligne la participation volontaire de Madame dans la prise de conscience de son corps, son fonctionnement, celui de ses douleurs ainsi que leurs impacts sur son autonomie.

Je remarque alors la place centrale que donne Madame H à son corps aujourd'hui, ce qui va à contre-sens des observations que j'ai pu faire auparavant.

→ LES OBJECTIFS DE PRISE EN SOIN

En appui sur le bilan de rencontre effectué au mois de Novembre et sur les observations actuelles, j'ai pu proposer plusieurs objectifs de prise en charge autour :

- **Du vécu corporel** : explorer le rapport au corps en montrant les capacités et fonctionnalités encore efficaces. L'objectif est une prise de conscience d'un corps non plus malade mais support de vie.
- **Du schéma corporel** : prendre conscience des différentes parties du corps dans un sens de globalité.
- **Des sensations corporelles** : trouver et retrouver de nouvelles sensations autres que douloureuses.

- **D'un mieux être psycho-corporel** : s'évader des douleurs et des préoccupations en se réappropriant son corps et dans des temps de paroles.
- **D'une mise en mots des ressentis** : sortir de la logorrhée autour de l'accident et de l'aspect financier, se recentrer.
- **D'une optimisation de l'autonomisation** : expérimenter des méthodes de transferts, de déplacements et de mouvements.
- **De la relaxation** : contrôle des émotions, retour sur soi, ses sensations et représentations, relâchement musculaire, ralentissement du débit verbal, apaisement de la pensée.
- **D'une revalorisation libidinale, gain de confiance en soi** : travail autour du manque de confiance personnelle.

→ LA RELAXATION A INDUCTIONS CORPORELLES

Tous les vendredis, de 9h15 à 10h, nous rencontrons Madame H. Les séances sont rythmées de la même manière : *un temps d'accueil et d'échanges* sur les événements significatifs de la semaine passée, les éventuels changements de santé, la qualité du sommeil, les douleurs et l'état d'esprit du jour ; *un temps de relaxation* ; *un temps de retour en mots sur la séance*.

Pendant le séjour en hospitalisation complète, Madame H a participé à deux séances de relaxation de groupe. A chaque fois elle s'est endormie presque immédiatement et ses forts ronflements ont parasité le moment de détente des autres participants. La psychomotricienne lui a proposé une séance individuelle à base d'inductions verbales, même résultat.

Nous avons donc pensé à une autre approche de relaxation, celle par inductions corporelles. Cette forme est différente de celle proposée en groupe. Lorsque nous rencontrons Madame H, nous faisons face à une personne dont l'esprit semble envahi et dont le corps a pour seul rôle celui de réceptacle de douleurs. Une approche corporelle par des techniques de toucher et de mobilisations passives nous semblent correspondre à la problématique de la patiente. L'objectif est de recentrer Madame sur ses sensations et les représentations de ses capacités fonctionnelles toujours efficaces. L'esprit, par tous les effets étudiés dans ce mémoire, s'en trouve par cercle vertueux apaisé.

→ SÉANCE DU 9 MARS 2019

Le vendredi 9 mars, Madame H me paraît différente tant sur le plan physique que comportemental. Sa coupe de cheveux est plus soignée, elle est souriante, sa parole est fluide et son discours est positif. Madame nous fait part d'un nombre conséquent de rendez-vous médicaux programmés dans les prochains mois. Cette nouvelle l'enchanté puisqu'*elle pourra avoir des réponses à de nombreux questionnements* tels que la source de ses troubles d'élocution. Je lui fais donc remarquer qu'aujourd'hui ces derniers sont absents et que cela est possiblement relié à son état d'esprit positif. Elle ne relève pas.

Le transfert du fauteuil roulant à la table se fait sans notre aide, pour la première fois. *“J’y arrive avec la kinésithérapeute depuis cette semaine”* nous dit-elle. Madame s'allonge sur le dos, place seule les différents coussins sous le bassin et sous les genoux, puis s'installe dans un état de disponibilité. La musique accompagne ce début de séance. Nous entamons un éveil corporel global à 4 mains du corps de la patiente en insistant sur les zones charnières telles que la ceinture scapulaire et la ceinture pelvienne. Étonnamment, Madame reste silencieuse, garde les yeux fermés et semble être entrée dans un état de détente et de ressenti. Cela fait plusieurs séances que ce processus est proposé mais je ne l'ai jamais observé aussi réceptive et attentive à nos propositions. Comme habituellement, nous passons aux mobilisations passives. Avec la psychomotricienne, nous commençons par des mouvements de symétrie des jambes (je porte la jambe droite et la psychomotricienne porte la jambe gauche : mouvement de pliage du genou vers la poitrine par exemple. Pour cela nous invitons Madame à nous accompagner grâce à la respiration. C'est elle qui contrôle le mouvement. A chaque expiration nous dirigeons les genoux un peu plus vers la poitrine. A son signal, nous stoppons car trop de douleurs. Voyant Madame H concentrée et réceptive, nous lui proposons de retirer, petit à petit, nos bras, tout en lui montrant qu'ils sont toujours présents en support si besoin.

Ce changement est un réel tournant dans le suivi.

En effet, les mobilisations dites passives deviennent passivo-actives. Madame H a désormais un rôle à jouer dans les mouvements. En faisant cela nous la rendons active et nous mobilisons indirectement toute sa sphère narcissique. Évidemment, les mouvements sont difficiles pour elle et entraînent des sensations nouvelles telles que la contraction de la sangle abdominale. Mais Madame ne se plaint pas de ces douleurs et dit, d'un ton surpris, *“je sens mes abdos”*. Après quelques minutes en autonomie nous reprenons les mobilisations passives

toujours accompagnées par sa respiration. Pour cette séance nous ne nous préoccupons pas des membres supérieurs notamment à cause d'une bursite¹⁷ de l'épaule droite.

Nous terminons les inductions corporelles par des passages d'effleurements de l'ensemble du corps dans le but d'unifier les parties mobilisées et celles non mobilisées. Puis nous laissons Madame un instant seule en retour sur ses ressentis.

“J’ai réussi”, “Je ne pensais pas pouvoir aller aussi loin”, “j’ai eu mal mais c’était supportable”, ces paroles diffèrent du discours fréquemment rencontré par leur positivité et marque le début d'un nouveau suivi. Durant les séances suivantes, Madame est en demande d'un “travail” comme celui-ci dans le sens d'une autonomie d'action. Elle voit des progrès que nous lui confirmons. Elle intègre les temps au domicile dans la continuité du suivi en mettant en application les mouvements explorés en séance chez elle. Je remarque par exemple une aisance notable au fil des séances dans l'adaptation de la respiration aux mobilisations et dans le support essentiel qu'elle en fait.

d. Fin de suivi

Le 5 avril, le suivi prend un autre tournant. Le médecin MPR du service responsable du dossier convient d'une interruption du suivi dans les deux semaines suivantes *“si Madame H ne tire aucun bénéfice fonctionnel de la rééducation en hôpital de jour”*. Cette nouvelle soudaine nous est transmise directement par la patiente le lendemain.

Quand Madame entre dans la pièce, elle paraît affolée. Ses difficultés d'élocution sont plus importantes et il nous est difficile de la stopper dans son discours. Les nouvelles de la veille semblent avoir fait ressurgir l'instabilité psychologique qu'elle présentait en début de suivi. Madame “se sent délaissée” et ne comprend pas. Elle reconnaît que les progrès en kinésithérapie sont très faibles mais s'accrochent à ceux faits dans le cadre de la relaxation.

Madame dit avoir peur de stopper la rééducation car *“ce sera fini, je serais chez moi je verrai plus personne je vais tout perdre [les résultats]”*. D'après moi, elle a développé une certaine dépendance au cadre qui lui est proposé dans le centre. Un autre patient a dit : *“les limites du cadre me permettent d'être bien dans mon corps”*. Il faut entendre que les limites du cadre font parallèle aux limites du corps et donc apportent la notion de contenance qui peut

¹⁷ La bursite est une inflammation douloureuse d'une bourse séreuse qui rend les mouvements douloureux.

manquer au retour au domicile. En perpétuelle demande de plus de séances, de nouveaux matériels et d'écoute à travers des plaintes, Madame H cherche à attirer l'attention sur son état. Ces six derniers mois lui ont permis d'être au centre de ses préoccupations premières.

Pour le peu de temps restant avant la fin du suivi il a nous a semblé essentiel avec la psychomotricienne de centrer nos séances sur l'accompagnement de la sortie. Les deux dernières séances se sont résumées à de simples échanges sur le parcours fait et les projets à venir. L'objectif est de souligner les progrès notamment dans le relâchement, le regard plus positif de son propre corps ainsi que tous les mouvements que Madame H est en capacité de faire. Ces temps sont volontairement marqués par une envie de valorisation de notre part pour donner suffisamment à la patiente confiance en elle et en son corps pour la suite.

e. Evolution

Mes observations au cours des 4 derniers mois m'ont permis de voir une évolution au cours de l'hospitalisation de jour de Madame H.

Tout d'abord, l'apparence physique de madame a changé, avec une coiffure plus soignée et régulièrement de nouveaux vêtements. Ensuite, ses déplacements se font toujours en fauteuil roulant mais les transferts (à la table, au lit, au canapé) ne demandent plus l'intervention d'une autre personne. Les retournements et mobilisations adaptés à ses contraintes, que nous lui avons montré et fait pratiquer en séances, sont intégrés. Madame supporte plus longtemps la station allongée et arrive à trouver une position confortable seule avec le matériel adéquat. Cela montre une connaissance plus élaborée de son corps et de l'origine de certaines de ses douleurs ainsi qu'une autonomisation dans le réinvestissement de son corps qui lui permet de cristalliser ces expériences dans son quotidien. Les mobilisations, éprouvantes en début de suivi, peuvent à présent être faites sur la durée. Madame se relâche plus facilement et entre naturellement dans un état de conscience modifié.

Les longs discours de Madame H sont toujours présents mais sont différents, non plus portés essentiellement sur des plaintes douloureuses mais sur des projets de voyages avec son mari ainsi que sur des temps de massage, d'acupuncture etc, des temps investis dans un sens de bien-être. Des interventions de kinésithérapie, de psychanalyse au centre antidouleur et un séjour en cure dans quelques mois montrent un réel sentiment de projection dans le temps, un "après" hospitalisation.

Les difficultés d'élocution, liés à la fibromyalgie d'après son neurologue, diminuent au fil des séances. Cela fait état d'une meilleure stabilité émotionnelle.

Madame H est différente dans son état d'esprit. Elle est plus souriante et parle de son mieux-être. En effet, elle dit "être plus heureuse" et "retrouver un peu de son corps". Elle répète plusieurs fois avoir de la chance de bénéficier de tout le suivi proposé au centre.

Les séances de relaxation d'inductions corporelles ont permis à Madame H de restaurer une relation avec son corps dans sa globalité. Les mobilisations des membres inférieurs et supérieurs ainsi que des ceintures scapulaires et pelviennes ont, je pense, participé à la rencontre de nombreuses sensations corporelles indispensables au schéma corporel. L'image du corps a elle aussi été impactée de manière positive par la relaxation.

f. Conclusion

Pour conclure, la rééducation en hospitalisation complète puis en hospitalisation de jour par la prise en soin pluridisciplinaire proposée a permis à Madame H une baisse de ses douleurs ainsi qu'une stabilisation de sa fibromyalgie. Les résultats fonctionnels ne sont pas atteints mais tout a été mis en place pour poursuivre les démarches après la sortie du centre.

La courte durée de prise en soin en psychomotricité lui a permis, entre autre par la relaxation, un début de restauration positive de son image du corps. Par un cadre enveloppant et sécurisant, ses angoisses ont pu être apaisées et laisser place à une investigation plus corporelle. Les différents éléments d'évolution énumérés plus haut (apparence physique, projection, changement de discours, autonomisation dans les mouvements) montrent un mieux être psycho-corporel avec un sentiment de continuité d'existence et une identité renforcés. Les nombreuses plaintes en rapport aux douleurs sont toujours présentes mais Madame H semble avoir trouvé ou retrouvé une estime de soi oubliée. En effet, en dehors du centre elle prend soin d'elle (acupuncture, cure, voyage) et petit à petit investi son corps avec un regard plus positif.

La prise en soin en relaxation a été bénéfique à l'évolution positive de la rééducation et de la restauration narcissique de Madame H et lui a donné suffisamment d'outils pour poursuivre cette démarche de manière plus autonome au domicile.

CONCLUSION

La douleur aiguë représente une urgence thérapeutique nécessitant généralement un traitement médicamenteux adapté selon son intensité. La douleur chronique perd sa valeur de système d'alarme. Le symptôme devient syndrome et le facteur temps va se substituer à l'urgence. La douleur a un impact considérable sur la qualité de vie de l'individu. Avec des retentissements psychologiques, physiques et émotionnels, elle impose de nombreux changements dans la façon de vivre qui peuvent aller jusqu'à remettre en doute toute la composante narcissique du sujet et sa confiance en soi, via les attaques dont l'image du corps est l'objet. Par tous ces aspects, la douleur chronique fait légalement l'objet d'une prise en charge sur la durée, pensée et adaptée à la problématique de chaque personne.

Les services de Soins de Suite et de Réadaptation représentent un secteur d'offre de soin de plus en plus sollicité : aujourd'hui 82% des patients estiment que leur douleur a un impact important voire très important sur leur qualité de vie¹⁸. La majorité des indications de prise en charge en psychomotricité y sont faites lorsque la rééducation physique bloque ou que le médecin se questionne au sujet du patient, et non directement dès son entrée dans l'institution. La courte durée des séjours réduit le suivi et modifie l'approche psychomotrice que l'on peut rencontrer dans d'autres établissements et auprès d'autres pathologies.

“La restauration de l'organe lésé ne suffit pas toujours à faire évoluer le patient dans son adaptation tonique ou à le sortir de sa régression” [29]. Dans ce milieu tournant autour du corps fonctionnel à rééduquer, l'objectif n'est pas le réinvestissement corporel total mais l'amorce de ce travail de prise de conscience et du 'deuil' parfois du fonctionnement optimal de son corps. Le temps de la rééducation peut être une chance d'investir son corps différemment ou d'une nouvelle manière. La psychomotricité en cultivant sa spécificité reste complémentaire de l'intervention des kinésithérapeutes et autres soignants. Elle représente une expérience particulière centrée sur le corps en relation. Elle offre un un temps d'écoute, de détente, de mieux-être et de pause dans le rythme de vie parfois effréné des centres de rééducation.

Les activités physiques et de relaxation représentent le meilleur taux de satisfaction, 68%, pour les patients douloureux¹⁹.

¹⁸ Enquête tirée de *Douleurs chroniques - Ce qui marche vraiment*, Que choisir, N°138, **Mai 2019**

¹⁹ Enquête tirée de *Douleurs chroniques - Ce qui marche vraiment*, Que choisir, N°138, **Mai 2019**

Les patients douloureux éprouvés dans leurs repères psychocorporels peuvent trouver notamment dans la relaxation des effets bénéfiques à la fois neurophysiologiques, physiologiques et psychologiques. Elle leur permet, là où ils en sont, de renouer avec leurs sensations, perceptions et représentations. Cette expérience peut être d'une grande efficacité contre l'anxiété et la diminution de la sensation de douleur, l'objectif restant de permettre au sujet de mieux vivre avec elle. Le patient devient acteur dans la recherche de sa "globalité corporelle", comme la qualifie **J. DE AJURIAGUERRA**, et peut avec notre aide réactiver des mécanismes de défense de la douleur plus adapté.

Cette démarche est un travail de longue haleine qui nécessite une demande et une intention du patient ainsi qu'une maîtrise des outils et un engagement du psychomotricien. Elle n'est efficace que dans un cadre pluridisciplinaire stable mêlant compétences et savoirs de chaque corps de métier.

Pour conclure et aller plus loin ...

A partir de mon expérience limitée dans le temps en institution couplée à mes recherches pour cet écrit je me suis interrogée sur l'opportunité d'un bilan centré sur l'image du corps, comme l'a proposé **E. W. PIREYRE**, mais adapté aux problématiques du patient douloureux chronique. A cet effet vous trouverez en [ANNEXE 6](#) le questionnaire que j'ai créé. A travers lui, mon objectif était de récolter des informations sur le patient, ses douleurs, son vécu douloureux, son approche de la relaxation, ses représentations du corps. Toutefois, lors de sa mise en application, je me suis heurtée à une difficulté : la forme. Proposer au patient de répondre à des questions aussi détaillées, en totale autonomie, dans le cadre d'un séjour de courte durée aux temps libres comptés n'a pas fonctionné. J'ai donc modifié mon approche en transformant le questionnaire en support d'entretien. Cette forme de rencontre a pris valeur de médiation en donnant davantage de liberté pour les patients et pour moi même dans l'échange et les réponses aux questions. Cependant au fil des rencontres je ne me servais plus de questionnaire. Une seconde difficulté s'est imposée : les questions ciblées et le décalage apparent qui dans la réalité du douloureux chronique va confronter d'une part une tentative d'objectivation des implications de la douleur vis-à-vis de l'image du corps, d'autre part de l'entière subjectivité du vécu douloureux. Néanmoins, ces deux aspects pourraient être davantage élaborés pour contribuer à une prise en charge psychomotrice adaptée, empathique et bienveillante, du patient douloureux chronique.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Apport de la psychomotricité à la consultation de la douleur chronique - Centre Hospitalier Soissons

<http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/consultDouleur.pdf>

[2] **Association Française des Étudiants et des Professionnels en Psychomotricité** “*La psychomotricité : une thérapie à médiation corporelle*”

http://afepp.over-blog.fr/pages/La_Psychomotricite_une_therapeutique_a_mediation_corporelle-5145032.html

[3] **Béroud, F.** (sous la coordination de) (2013). *Thérapies à médiations corporelles et douleurs*. Paris : Institut UPSA de la douleur.

[4] *BION Wilfried R.*

<https://www.universalis.fr/encyclopedie/wilfred-r-bion/>

[5] **Boutinaud, J., Joly, F., Moyano, O. et Rodriguez, M.** (2014). *Où en est la psychomotricité - Etat des lieux et perspectives, pour une approche psychodynamique*. Editions in press

[6] **Collectif** (2019). *Le Petit Larousse illustré 2019*. Paris : LAROUSSE.

[7] **Centre National de Ressources contre les douleurs** “*Education thérapeutique et douleur chronique*”

<https://www.cnrdr.fr/Education-therapeutique-et-douleur>

[8] **Dr. Burucoa, T.** (1997). *Dompter la douleur*. CHEZ L’AUTEUR.

[9] **Dumet, N. et Broyer, G.** (2002). *Cliniques du corps*. Lyon : Presses universitaires de Lyon, pages 114 à 123.

[10] **Durand, M.** (2015). “Chapitre 11 : Techniques corporelles, cultures matérielles et identifications en situation”. In **Durand, M., Hauw, D. et Poizat, G.** *L’apprentissage des techniques corporelles*. Paris : Presses Universitaires de France, pages 173 à 175.

- [11] **Favre, C.** (2016). “ ‘J’ai mal, je ne peux plus faire’ : quels sont les obstacles face aux activités quotidiennes et comment les dépasser ? “ In *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, Volume 17, Issue 2. Elsevier, pages 72 à 76.
- [12] **Gilloots, E.** (2006). “Souffrance et douleur” In *Gestalt*, Volume 1, N°30, Société Française de Gestalt, pages 23 à 32.
- [13] **Giromini, F., Albaret, J-M. et Scialom, P.** (2015). “Partie 2 : Méthodes et techniques utilisées en psychomotricité”. In **Giromini, F., Albaret, J-M et Scialom, P.** *Manuel d’enseignement de psychomotricité, volume 2 : Méthodes et techniques.* De Boeck Solal.
- [14] **Giromini, F., Andre. P. et Benavides, T.** (1996). *Corps et Psychiatrie.* Thoiry : Heures de France.
- [15] **Guillot, M.** (2016). “L’image du corps, une représentation de soi”. In *Santé Mentale*, N°213, page 12
- [16] **Guiose, M.** (2007). *Relaxation thérapeutiques.* 2ème édition revue et argumentée, thoiry : Heures de France.
- [17] **Henry, F.** (2017). “Groupes de relaxation et douleur chronique : l’expertise du psychologue” In *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, Volume 18, Issue 5. Elsevier, pages 262 à 263
- [18] **Jeannerod, M.** (2010). *De l’image du corps à l’image de soi.* In “La Revue de Neuropsychologie”, Volume 2, pages 185 à 194.
- [19] **La Haute Autorité de Santé** “*Education Thérapeutique du Patient*”
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
- [20] **Légifrance, service public de la diffusion du droit** “*Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l’accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice*”
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000693097&dateTexte=20040807>

- [21] **Légifrance, service public de droit de diffusion** “*LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*”
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>
- [22] **Lacour-Walter, L.** (1997) Mémoire de psychomotricité. *La plainte douloureuse du sujet entre signe et appel : ébauche d’une clinique de la douleur en rééducation fonctionnelle*
- [23] “*La position schizo-paranoïde par Mélanie Klein Trust*”
<http://www.melanie-klein-trust.org.uk/la-position-schizo-paranoïde>
- [24] “*Le contre-transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice par Suzanne Robert-Ouvray*”
<https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/le-contre-transfert-emotionnel-dans-la-therapie-psychomotrice/>
- [25] **Le Labourier, A.** (2000) Mémoire de psychomotricité. *Prise en charge en psychomotricité auprès des patients présentant des douleurs chroniques : entre intégration psychique et corporelle de la douleur et celle ci comme moyen d’expression*
- [26] **Louvel, J-M.** et **Omrana, M.** (2015). “Chapitre 12 : La douleur en psychomotricité”. In **Albaret, J-M., Scialom, P. et Giromini, F.** *Manuel d’enseignement de psychomotricité, volume 3 : Clinique et thérapeutiques*. DeBoeck Solal, pages 147 à 169.
- [27] **Marin, C.** (2017). “Chroniques de la douleur”. In *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, Volume 18, Issue 5. Elsevier, pages 211 à 212.
- [28] **Marvaud, J.** (sous la direction de) (1996). “Douleur et relaxation”. In *Revue Française de relaxation psychothérapique*, Mai 1996, n°15. Bordeaux : L’Esprit du temps.
- [29] **Meunier, N.** et **Montéant, R.** (2006). “Une méthode de relaxation psychothérapique pratiquée par deux psychomotriciens en rééducation fonctionnelle et en psychiatrie adulte”. In *Evolutions Psychomotrices*, Volume 18, N°72, pages 69 à 78
- [30] **Nasio, J-D.** (2008). *Mon corps et ses images*. Payot.

- [31] **Organisation Mondiale de la Santé** “*Définition de la dépression*”
<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>
- [32] **Pireyre, E.** (2011). *Cliniques de l'image du corps*. Paris : DUNOD.
- [33] **Pireyre, E.** (2008). “L'image du corps : monolithique ou composite”. In *Evolutions Psychomotrices*, Volume 20, N°82, pages 198 à 211.
- [34] **Reynier, G.** (2010). “Le hors-temps de la douleur chronique”. In *TOPIQUE*, Volume 3, N°112, pages 99 à 117
- [35] **Rizzo, C.** (2014). *Mémoire de psychomotricité. Réflexion sur la place du psychomotricien dans la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte*
- [36] **Scialom, P, Giromini, F, Albaret, J-M** (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité, volume 1 : concepts fondamentaux*. DeBoeck Solal
- [37] **Servant, D.** (2015). *La relaxation : Nouvelles approches, Nouvelles pratiques*, 2ème édition. Paris : Elsevier Masson.
- [38] **Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur** (2017). *Livre Blanc de la douleur 2017 - état des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen*. Edition Med-Line.
- [39] **Syndicat des Soins de Suite et de Réadaptation** “*Les SSR : c'est quoi ?*”
<http://www.fhp-ssr.fr/les-ssr-c-est-quoi>
- [40] **Violon, A. et Paderi, J.** (2010). *Guide du douloureux chronique - J'ai mal et je vais bien*. Paris : Editions Desclée de Brouwer.
- [41] **Videau, J.** (2013) *Mémoire de psychomotricité. Des médiateurs pour solliciter l'image du corps, expériences auprès d'enfants porteurs de handicap moteur*

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	2
AVANT-PROPOS	3
INTRODUCTION	4
<u>Chapitre 1</u> : LA DOULEUR CHRONIQUE	6
1.GÉNÉRALITÉS SUR LA DOULEUR	6
a. <u>Définitions</u>	<u>6</u>
b. <u>Physiologie du message douloureux</u>	<u>7</u>
i. <i>Le trajet du message douloureux</i>	7
ii. <i>Modulation de la transmission</i>	9
c. <u>Composantes</u>	<u>10</u>
i. <i>Composante sensori-discriminative</i>	10
ii. <i>Composante affectivo-émotionnelle</i>	10
iii. <i>Composante cognitive</i>	11
iv. <i>Composante comportementale</i>	11
d. <u>Mécanismes</u>	<u>11</u>
i. <i>Douleurs par excès de nociception</i>	11
ii. <i>Douleurs neuropathiques</i>	12
iii. <i>Douleurs dysfonctionnelles</i>	12
2.LA DOULEUR CHRONIQUE	13
a. <u>Douleur aiguë et douleur chronique</u>	<u>13</u>
b. <u>Comorbidités</u>	<u>14</u>
i. <i>Les répercussions de la douleur</i>	14
ii. <i>Les comorbidités psychiques</i>	16
La souffrance psychique	16
La dépression	17
Phénomènes d'attention-distraktion	18
c. <u>Comment évaluer la douleur ?</u>	<u>19</u>
i. <i>L'entretien</i>	19
ii. <i>Les échelles d'évaluation</i>	20

d. <u>Acteurs dans la prise en charge de la douleur chronique</u>	21
<i>i. Une obligation législative</i>	21
<i>ii. Structures d'évaluation et de traitement de la douleur chronique</i>	21
<i>iii. Une prise en charge interdisciplinaire</i>	22
e. <u>Comment lutter contre la douleur ?</u>	23
<i>i. Approches médicamenteuses</i>	23
<i>ii. Approches non médicamenteuses</i>	24
<i>iii. L'Éducation Thérapeutique du Patient</i>	25
3. CONCEPTS FONDAMENTAUX DE LA PSYCHOMOTRICITÉ AUTOUR DE LA DOULEUR CHRONIQUE	26
<u>Chapitre 2 : L'IMAGE DU CORPS</u>	29
1. L'IMAGE DU CORPS EN PSYCHANALYSE	29
a. <u>Paul SCHILDER: "schéma corporel", "image du corps" et "modèle postural du corps"</u>	29
b. <u>Françoise DOLTO : articulation entre schéma corporel et image du corps</u>	31
c. <u>Françoise DOLTO : trois images en une</u>	31
d. <u>Juan-David NASIO</u>	33
2. VERS UNE IMAGE COMPOSITE EN PSYCHOMOTRICITE	34
a. <u>Continuité d'existence</u>	34
b. <u>Identité</u>	35
c. <u>Identité sexuée</u>	36
d. <u>Peau</u>	36
e. <u>Intérieur du corps</u>	37
f. <u>Tonus</u>	37
g. <u>Sensibilité somato-viscérale</u>	38
h. <u>Communications corporelles</u>	38
i. <u>Angoisses corporelles archaïques</u>	39
j. <u>Vers un bilan psychomoteur de l'image du corps ?</u>	40
3. ATTEINTES DE L'IMAGE DU CORPS DANS LA DOULEUR CHRONIQUE	41
a. <u>Bouleversement dans l'identité corporelle, sociale et familiale</u>	41
b. <u>Phénomène de Cuirasse musculaire</u>	42

c. <u>Place de la subjectivité</u>	42
d. <u>Atteinte perceptive locale et globale</u>	43
e. <u>Dissociation et Dépersonnalisation</u>	43

Chapitre 3 : PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITÉ DANS LA RESTAURATION DE L'IMAGE DU CORPS DU PATIENT DOULOUREUX CHRONIQUE 45

1. LA RELAXATION 47

a. <u>Définitions et généralités</u>	47
b. <u>Les fondamentaux de la relaxation et de la psychomotricité</u>	48
<i>i. L'alliance thérapeutique</i>	48
<i>ii. Le cadre thérapeutique</i>	49
<i>iii. La fonction de contenance</i>	51
<i>iv. Le transfert et le contre-transfert</i>	52
<i>v. Les fonctions de Holding et Handling</i>	54
<i>vi. La respiration</i>	55

2. LA RELAXATION AUPRÈS DU DOULOUREUX CHRONIQUE 56

a. <u>Les objectifs</u>	56
b. <u>Le tonus et les angoisses archaïques</u>	57
c. <u>La verbalisation</u>	58
d. <u>La prise de conscience corporelle</u>	59
e. <u>Monsieur D - une expérience d'image du corps unifiée</u>	60

Chapitre 4 : L'INTERVENTION DE LA PSYCHOMOTRICITÉ EN SERVICE DE SSR 62

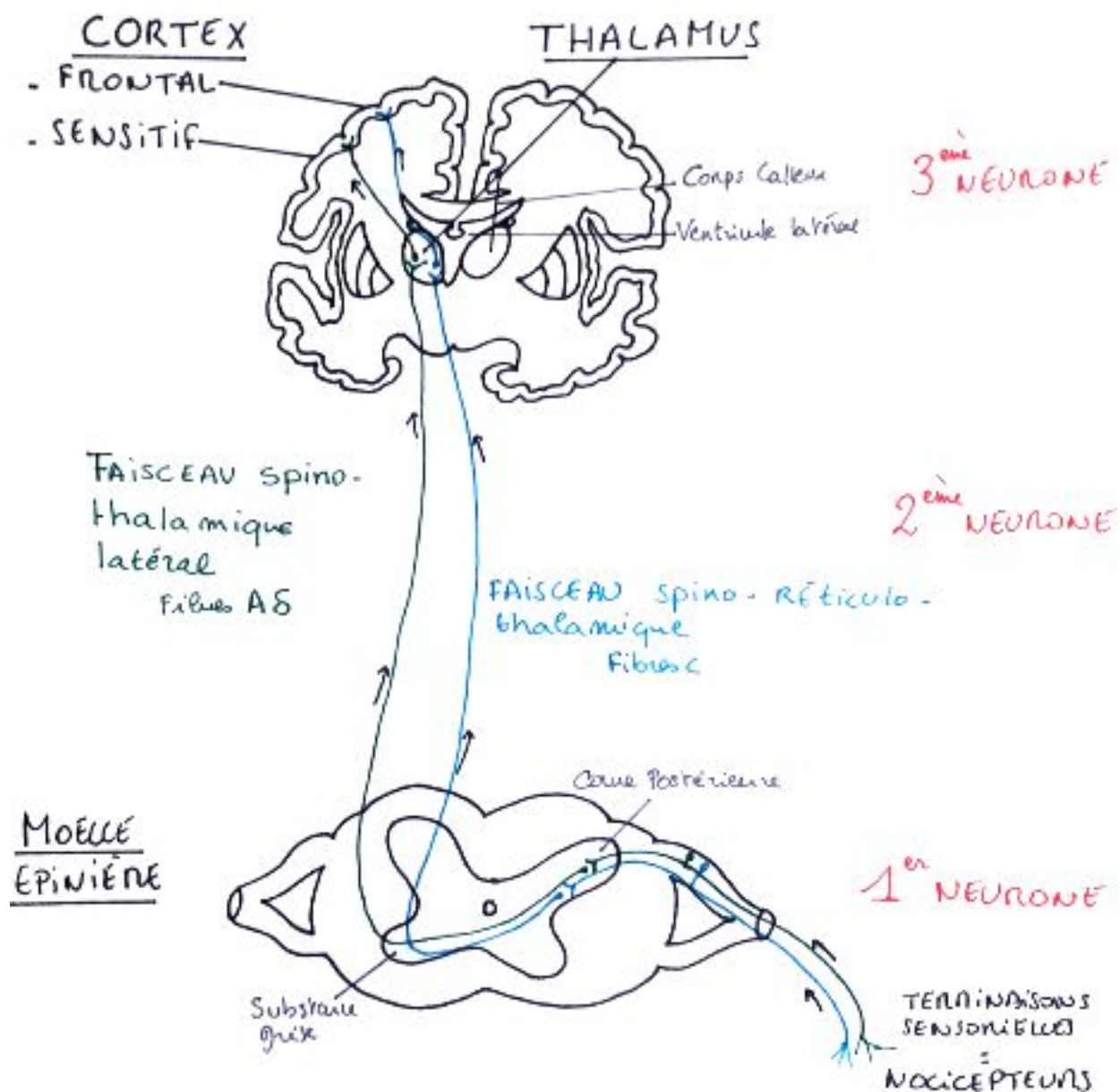
1. L'ACTIVITÉ DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION 62

a. <u>L'institution</u>	62
b. <u>Une équipe pluridisciplinaire</u>	63
c. <u>L'approche de la psychomotricienne</u>	63
<i>i. Place au sein de l'équipe</i>	64
<i>ii. L'entretien</i>	64

iii. <i>Les spécificités de l'approche</i>	66
2.LE GROUPE RELAXATION	68
a. <u>Le groupe thérapeutique</u>	<u>68</u>
b. <u>Le groupe relaxation du vendredi</u>	<u>69</u>
3.MADAME H	70
a. <u>Présentation de la patiente</u>	<u>70</u>
b. <u>Les prises en soin au SSR</u>	<u>72</u>
c. <u>La prise en soin en psychomotricité</u>	<u>73</u>
d. <u>Fin de suivi</u>	<u>76</u>
e. <u>Evolution</u>	<u>77</u>
f. <u>Conclusion</u>	<u>78</u>
CONCLUSION	79
BIBLIOGRAPHIE	81
TABLE DES MATIERES	85
ANNEXE 1 : Schéma principal des voies douloureuses	89
ANNEXE 2 : Tableau comparatif Schéma corporel / Image inconsciente du corps proposé par J-D NASIO dans <i>Mon corps et ses images</i>	90
ANNEXE 3 : Décret n°88-659 du 6 mai 1988 à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice	91
ANNEXE 4 : Grille des indices positifs ou négatifs d'observation de l'image composite du corps par E. W. PIREYRE	92
ANNEXE 5 : Questionnaire proposé aux patients douloureux chroniques du SSR	94

ANNEXE 1

Schéma principal des voies douloureuses



ANNEXE 2

**Tableau comparatif Schéma corporel / Image inconsciente du corps
proposé par J-D NASIO dans *Mon corps et ses images***

SCHEMA CORPOREL (SC)	IMAGE INCONSCIENTE DU CORPS (IC)
Représentation préconsciente que chacun se fait de son corps et qui lui sert de repère dans l'espace	Représentation inconsciente que chacun se fait de son corps d'hier et d'aujourd'hui, corps vibrant de désir, de langage et de tendresse
Le SC est commun à tous les humains	L'IC est propre à chaque individu
Le SC est une donnée neurophysiologique	L'IC se forme durant les trois premières années de vie
Le SC est une réalité de fait. C'est un instantané de notre corps organique, sain ou malade, tel que nous le vivons grâce aux sensations musculaires, osseuses, viscérales, circulatoires...	L'IC se construit et se remanie suivant les stades libidinaux (oral, anal, phallique). Chaque étape de sa formation est franchie au prix d'une castration
Le SC est préconscient ou conscient	L'IC est fondamentalement inconsciente, mais peut devenir en partie consciente grâce au psychanalyste qui la perçoit dans les manifestations du patient et la lui révèle
Le SC s'élabore à la faveur de l'apprentissage de l'expérience motrice	
Le SC est indépendant de la relation affective à autrui ; il peut se développer même dans des conditions de détresse affective	L'IC se structure au sein de la relation désirante, langagière et affective avec autrui
Le SC procure une stabilité spatio-temporelle. Grâce à ce schéma, le sujet évite les accidents et protège son corps	L'IC assure au nourrisson une stabilité, une constance et une mêmeté de base

ANNEXE 3

Décret n°88-659 du 6 mai 1988 à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice

Article 1 (abrogé du 8 août 2004)

Les personnes remplissant les conditions définies aux articles 2 et 3 ci-après sont habilitées à accomplir sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient par le médecin, les actes professionnels suivants :

1. Bilan psychomoteur.
2. Education précoce et stimulation psychomotrices.
3. Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination :
 - Retards du développement psychomoteur ;
 - Troubles de la maturation et de la régulation tonique ;
 - Troubles du schéma corporel ;
 - Troubles de l'organisation spatio-temporelle ;
 - Disharmonies psychomotrices ;
 - Troubles tonico-émotionnels ;
 - Maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies ;
 - Débilité motrice ;
 - Inhibition psychomotrice ;
 - Instabilité psychomotrice ;
 - Troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.
4. Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.

ANNEXE 4

Grille des indices positifs ou négatifs d'observation de l'image composite du corps par E. W. PIREYRE

Sensation de continuité d'existence :

stéréotypies motrices
Phénomène d'accrochage sensoriel
Certains comportements masturbatoires
Recherche de sensations
Exigence d'immutabilité

Identité

Connaissance imparfaite ou plaquée de son prénom et de son nom
Utilisation incorrecte ou inauthentique des pronoms personnels
Appropriation de l'identité d'autrui par imitation de ses caractéristiques comportementales et/ou verbales
Écholalies - echopraxies - echomimies
Recherche de fusion avec le corps de l'autre

Identité sexuée

Utilisation incorrecte ou inauthentique des pronoms personnels (genre)
Recherche possible d'un habillement censé référer au sexe opposé

Peau physique et psychique

Comportement de recherche de limites : physiques, corporelles ou dans l'environnement
Débordement au-delà des limites de la feuille de dessin
Évitement ou demandes fréquentes de toucher
Exploration du corps de l'autre
Essais plus ou moins « involontaires » d'érafler la peau de l'autre
Jeux portant sur la pellicule ou la membrane des objets et/ou des végétaux
Investissement particulier des orifices : contrôle imparfait, forte angoisse, énurésie, encoprésie
Angoisse autour des blessures

Sensibilité somato-viscérale

Démantèlement : tendance à recourir à certains aspects de la sensorialité et à refuser le recours à d'autres
Risques de crises clastiques si incitation trop forte.
Somatognosie
Utilisation des aspects les plus archaïques des systèmes sensoriels (ex : vision périphérique)
Evitement ou recherche de jeux de tirers et/ou porters (demande proprioceptive)

Représentation de l'intérieur du corps

Tendance à l'expulsion incontrôlée ou intempestive d'air et de liquide du corps par les orifices
Difficulté à comprendre les contrastes sensoriels (dur/mou particulièrement)
Recherche d'appui dans les angles (« prothèse » de colonne vertébrale)
Angoisses de vidage : urine, menstruations, saignements
Attrait pour l'observation de l'écoulement de l'eau
Intérêt amplifié pour les constantes corporelles
Méconnaissance de la réalité anatomique interne du corps
Connaissance « intuitive » d'un mécanisme interne de conduction type « tuyauterie »
Méconnaissance, au niveau axial, de l'os et du muscle
Appréhension d'un corps bidimensionnel
Attaques contre la tridimensionnalité
Quête du sein
Envie de rentrer dans le corps de l'autre

Angoisses corporelles archaïques

Manifestations liées au morcellement, à la chute, à la dévoration et à la liquéfaction du corps
Recherche de l'horizontalité (longs temps d'allongement au sol)
Manifestations neurovégétatives concomitantes à l'angoisse
Recours à des objets autistiques
Recherche de l'appui du dos
Dessins de traits verticaux ou de spirales

Mécanismes de défense corporels

Paratonies de fond et d'action
Syncinésies de diffusion tonique et tonico-cinétiques
Hypertonie
Hypotonie
Dominance tonique nette et normale d'un hémicorps sur l'autre à partir de 5-6 ans
Qualité de la latéralité

ANNEXE 5

Questionnaire proposé aux patients douloureux chroniques du SSR

Douleurs - Corps - Psychomotricité - Relaxation

Nom / Prénom / Âge / Date entrée (et sortie ?)

1. Motif de votre séjour au SSR
2. Quand vos douleurs sont-elles apparues ?
3. Un diagnostic a-t-il été fait ? Si oui, lequel et quand ?
4. Sur une échelle de 1 à 10, comment évalueriez-vous votre douleur au quotidien ? Expliquez
5. Sur une échelle de 1 à 10, comment évalueriez-vous votre douleur actuellement ? Expliquez
6. Si possible, décrivez vos douleurs les plus fréquentes et localisez-les
7. Existe-t-il des facteurs aggravant vos douleurs (froid, humidité, stress, préoccupations, sommeil...) ? Comment les ressentez-vous ?
8. Utilisez des techniques pour les apaiser ?
9. Quelle est la qualité de votre sommeil (au quotidien et au SSR) ?
La douleur est-elle différente la nuit ?
10. Avez-vous d'autres symptômes associés à vos douleurs habituelles? Si oui lesquels ?
11. Dans votre quotidien, vos douleurs ont-elles un impact sur votre activité professionnelle, vos loisirs ... ?
Si oui, expliquez

Perception du corps :

1. Sentez-vous que votre corps a changé depuis l'apparition des douleurs / depuis l'opération (posture, formes...) ?
2. Y'a-t-il des activités que vous vivez de façon positive dans vos expériences physiques ?
Lesquelles ?
3. L'expression "lâcher prise" : que comprenez-vous par là ?
Arrivez-vous à lâcher prise ?

Prises en charges :

1. De quels suivis bénéficiez-vous au sein de l'institution ? (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, psychologie, psychomotricité, balnéothérapie, parafango) A quelle fréquence ?
2. Quels bénéfices tirez-vous des séances de psychomotricité ?
3. Avez-vous bénéficié d'un accompagnement psychologique ? Lequel ?
4. Pratiquez-vous ou avez-vous déjà pratiqué de la relaxation, de la sophrologie, de la balnéothérapie ?
5. Quelle(s) méthode(s) de relaxation avez-vous essayé ? Pourquoi ?
6. Quels en ont été les bienfaits et les limites ?
7. Avez-vous une attente particulière de la prise en charge en psychomotricité ?

Relaxation :

1. Avez-vous ressenti des effets pendant la séance ? Si oui, lesquels ? Si non, pourquoi ?
2. Avez-vous ressenti des effets après la séance ? Si oui, lesquels ? Si non, pourquoi ?
3. Réutilisez-vous des mouvements, des techniques de respiration, des éléments découverts en séance ? Lesquels ?
4. Ressentez-vous un effet de groupe sur la séance et sur vous ? (positif ou négatif)
5. Êtes-vous volontaire et investi dans cette démarche ou participez-vous seulement sur conseil des professionnels ?

