



HAL
open science

Le Moi douloureux : de la douleur du corps blessé à l'atteinte de l'intégrité psychocorporelle

Agnès Rochetams

► **To cite this version:**

Agnès Rochetams. Le Moi douloureux : de la douleur du corps blessé à l'atteinte de l'intégrité psychocorporelle. Psychologie. 2020. dumas-02900489

HAL Id: dumas-02900489

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02900489>

Submitted on 16 Jul 2020

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

Institut de Formation en Psychomotricité

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

Le Moi douloureux :
de la douleur du corps blessé
à l'atteinte de l'intégrité psychocorporelle
*Rôle du psychomotricien dans le soutien de cette intégrité chez l'adulte
douloureux chronique en service de Soins de Suite et de Réadaptation*

ROCHETAMS Agnès

Née le 17 novembre 1993 à Saint-Denis, Île de la Réunion (974)

Juin 2020

Directeur de mémoire : Jean-Jacques MAIREY

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer mes remerciements les plus sincères à tous les psychomotriciens qui m'ont apporté une aide précieuse lors de la réalisation de mon mémoire.



Je remercie mon maître de mémoire Jean-Jacques MAIREY de m'avoir guidée et soutenue tout au long de ce mémoire.



Je remercie ma maître de stage Nathalie DUBRANA pour son accompagnement et ses précieux conseils.



Merci aux patients que j'ai rencontrés et à l'équipe du centre de Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle, chacun m'a beaucoup apporté sur ma pratique.



Merci à l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation de Psychomotricité (IFP) de Bordeaux pour sa participation dans l'élaboration de mon identité professionnelle.



Merci à mes parents qui ont toujours été présents à mes côtés pour me soutenir durant toutes ces années.

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION | 4 |
| Partie théorico-clinique | |
| Chapitre 1 : LE CORPS DOULOUREUX | 7 |
| I. Toute douleur est souffrance | 7 |
| II. L'évaluation et la prise en charge de la douleur | 19 |
| Chapitre 2 : LE CORPS DOULOUREUX EST INSÉPARABLE DE LA DOULEUR DE L'HOMME | 22 |
| I. L'instauration et l'intériorisation de l'enveloppe psychocorporelle | 22 |
| II. L'enveloppe psychocorporelle fragilisée par la douleur chronique | 26 |
| Chapitre 3 : L'INTÉGRITÉ PSYCHOCORPORELLÉ MENACÉE PAR LA DOULEUR CHRONIQUE | 30 |
| I. La douleur chronique et ses répercussions psychomotrices | 30 |
| II. L'intégrité du sujet menacée par la douleur chronique | 36 |
| Partie pratique | |
| Chapitre 1 : LA CLINIQUE DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE | 43 |
| I. Le cadre institutionnel | 43 |
| II. La vie en établissement de SSR | 46 |
| Chapitre 2 : LA PSYCHOMOTRICITÉ AU SEIN DE LA CLINIQUE | 48 |
| I. La place de la psychomotricité au service de SSR | 48 |
| II. Le rôle du psychomotricien dans la prise en soin du patient douloureux chronique | 52 |
| Chapitre 3 : MADAME A., « LA DOULEUR A PRIS POSSESSION DE MOI » | 62 |
| I. La prise en soin au service de SSR | 62 |
| II. La prise en soin en psychomotricité | 66 |
| CONCLUSION | 74 |
| BIBLIOGRAPHIE | 76 |
| ANNEXES | 81 |
| GLOSSAIRE | 91 |
| TABLES DES MATIERES | 92 |

AVANT-PROPOS

« La douleur imposée par la maladie, le vieillissement ou les séquelles d'un accident, surtout si elle dure, brise les frontières de l'individu, le fragmente. Elle est souffrance et s'impose comme une pure violence que l'individu voudrait repousser de tout son être. Elle vient rompre la coïncidence à soi. »

[23, p.39]

INTRODUCTION

Pourquoi avons-nous mal ? À quoi sert la douleur ?

La douleur est universelle, elle est vécue par chaque personne de manière intime et unique.

La douleur aiguë joue un rôle dans la survie de l'individu en tant que signal d'alarme indiquant que le corps est endommagé, malade ou en danger. Elle a un rôle de protection de l'organisme, elle est utile et protectrice. La douleur chronique, persistante ou récurrente au-delà de trois mois, est une douleur insidieuse et destructrice.

La douleur est-elle un problème de santé publique ?

Selon le Livre blanc de la douleur de 2017, au moins 12 millions de français souffrent de douleurs chroniques ; près de **20 % des patients opérés** gardent des séquelles douloureuses après l'intervention chirurgicale [48].

Selon le Ministère des Solidarités et de la Santé, « *L'évaluation et la prise en charge de la douleur constitue un véritable enjeu de santé publique [...]. La lutte contre la douleur est également une priorité de santé publique inscrite dans la loi de santé publique de 2004.* » [29]

Selon le code de la santé publique, article L1110-5, « *Toute personne a, [...], le droit de recevoir, [...], les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance [...].* » [24]

La douleur chronique menace-t-elle l'intégrité psychocorporelle de l'individu ?

Les **médecins Martin WINCKLER et Alain GAHAGNON** ont énoncé : « *L'esprit est le corps et le corps est l'esprit.* » [55, p.23] La douleur concerne l'individu en son entier car ce qui se joue dans son organisme provient de son existence.

Quand la douleur devient chronique, elle menace à la fois l'enveloppe corporelle et psychique de l'individu. Elle s'empare du sujet, le menace dans son intimité psychique et identitaire. Les répercussions émotionnelles et affectives s'associent aux répercussions fonctionnelles et sociales. L'individu passe du constat « j'ai mal » à « je suis mal ». Pour l'**anthropologue David LE BRETON** « *Ce n'est pas le corps qui souffre mais l'individu en son entier.* » [22, p.45] Un traumatisme physique ne se résume pas qu'à une atteinte corporelle ; celle-ci s'accompagne d'un phénomène douloureux qui va envahir les espaces biologique, psychologique et social du sujet, d'où la conception d'un modèle bio-psycho-social de la douleur chronique.

Comment l'approche thérapeutique du patient douloureux chronique en psychomotricité peut-elle être définie ? Par quels outils ?

Le concept même de la psychomotricité rend compte de la liaison constante entre le corps et le psychisme ; ces deux entités ont souvent été pensées séparément. Depuis Descartes, notre culture opère artificiellement une séparation entre corps et esprit. Accepter l'idée que le corps et l'esprit ne font qu'un, c'est le premier pas vers la compréhension des mystères de la douleur.

Les approches psychothérapeutiques, comme la relaxation, ont montré leur efficacité sur la douleur chronique ; ces procédés sont reconnus dans le milieu médical.

La psychomotricité est selon le *neuropsychiatre Julian DE AJURIAGUERRA* une « *technique qui, par truchement du corps et du mouvement, s'adresse à l'être dans sa totalité. Elle ne vise pas la réadaptation fonctionnelle en secteur et encore moins une survalorisation du muscle, mais la fluidité du corps dans l'environnement.* » [10, p.13]

Le psychomotricien utilise la relaxation comme technique de médiation corporelle faisant appel à la globalité de l'être et permettant la détente physique et mentale.

Comment la relaxation remettrait-elle le patient douloureux chronique en mouvement tant sur le plan physique que psychique ?

Au cours de ce mémoire, je tenterai d'y apporter un éclairage de par mon regard de future psychomotricienne.

Pourquoi ai-je choisi ce sujet de mémoire ?

J'ai commencé mon cursus par des études en ostéopathie. La plupart des motifs de consultation sont des douleurs ou des gênes fonctionnelles, pouvant parfois faire suite à un traumatisme ou à un faux mouvement, et qui touchent le système musculo-squelettique. Lors de ma découverte de la psychomotricité en première année, je me suis interrogée sur le rôle du psychomotricien dans la prise en charge d'une personne douloureuse. Je suis sensible à la relation du double étayage entre le corps et l'esprit. Cela m'a motivé pour poursuivre mes études dans ce domaine. Souhaitant approfondir mes connaissances sur cette thématique, j'ai effectué un stage de longue durée en Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle (MPRF) dans le service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

PARTIE
THÉORICO-CLINIQUE

Chapitre 1

LE CORPS DOULOUREUX

« Le vécu d'une douleur est toujours le vécu de ma douleur. Chacun souffre à sa façon, quel que soit le motif de sa souffrance [...]. La douleur que je ressens est bien ma douleur, parce qu'elle porte le sceau du plus intime de mon passé. » [33, p.39]

I. TOUTE DOULEUR EST SOUFFRANCE

Après avoir défini la douleur, nous en décrirons les deux types, aiguë et chronique, ainsi que les quatre composantes de la douleur parmi lesquelles la souffrance en est la dimension affective et émotionnelle. Nous développerons la neurophysiologie de la douleur et les conséquences de la douleur chronique sur la vie quotidienne du sujet.

1) La douleur : définition, types et composantes

1.1 La souffrance est intimement liée à la douleur

L'histoire de la douleur s'inscrit dans les grands courants de pensées mystiques et rationalistes divergentes au cours des siècles. Selon les époques et les cultures, la conception et le sens donnés à la douleur varient. Devenue priorité de santé publique aujourd'hui, elle constitue le premier motif de consultation médicale pour sept français sur dix. Comment définit-on cette notion de douleur ?

L'**International Association for the Study of Pain** (IASP) définit la douleur comme « *une expérience désagréable, sensorielle et émotionnelle associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou décrite en ces termes* » [29]. La notion de douleur n'est donc pas réduite aux seules causes lésionnelles, cette définition insiste sur le ressenti du sujet en adoptant son point de vue et en validant sa parole. La douleur est ce que l'individu dit qu'elle est.

D'après l'**anthropologue David LE BRETON** : « *Opposer la douleur, qui serait physique, à la souffrance, qui serait psychique, relève d'une proposition dualiste contraire à l'expérience. Toute peine corporelle est simultanément souffrance [...].* » [23, p.27] En effet, il n'y a pas de douleur sans souffrance, elles sont intimement liées.

1.2 Les deux types de douleur

1.2.1 La douleur aigüe ou « douleur-symptôme »

La douleur aigüe est la réponse normale du cerveau à un message nociceptif. Qualifiée de « douleur-symptôme », elle est d'apparition brutale et de courte durée. Jouant un rôle d'alarme et de protection pour que le sujet réagisse et se protège d'un stimulus dangereux, elle est essentielle pour la survie, utile et protectrice [28]. La localisation de la douleur aigüe est le plus souvent précise - une brûlure, une lésion tissulaire liée à un traumatisme ou à une chirurgie - . Souvent, ce type de douleur s'apaise quand sa cause est traitée. Elle peut survenir à tous les âges de la vie. Elle est transitoire, pas nécessairement intense. C'est le cas de douleurs aigiës post-opératoires dues à l'intervention chirurgicale ou de douleurs aigiës traumatiques. Citons également les douleurs procédurales provoquées par des soins (pansements, poses de sondes, perfusions), par certains examens complémentaires (endoscopie, ponction lombaire...) ou par la simple mobilisation du patient.

Il est à noter qu'une douleur aigüe mal traitée, mal prise en charge, pourrait faire le lit d'un syndrome douloureux chronique et que chacun des types de douleur est lié à la temporalité.

1.2.2 La douleur chronique ou « douleur-maladie »

La douleur chronique, encore appelée syndrome douloureux chronique, est de longue durée, elle persiste au-delà de trois mois. Nous la qualifions de « douleur-maladie ». Selon les recommandations professionnelles de 2008 de la **Haute Autorité de Santé (HAS)**, la douleur chronique quelles que soient sa topographie et son intensité présente plusieurs caractéristiques - sa persistance ou récurrence, sa durée inhabituelle, son évolution depuis plus de trois mois, sa réponse insuffisante au traitement, sa détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière - [14]. Les douleurs chroniques post-opératoires se manifestent par des douleurs persistantes dans la région du site opératoire, se prolongeant plus de deux mois après l'intervention. Elles surviennent quels que soient le type de chirurgie (fonctionnelle, vitale), la gravité de la pathologie (bénigne, grave) et le tissu opéré (os ou tissu mou). Elles sont invalidantes et retentissent sur la qualité de vie, l'activité professionnelle et le moral [48].

Contrairement à la douleur aigüe, la douleur chronique est destructrice et insidieuse ; leurs mécanismes ne sont pas identiques, de surcroît l'approche thérapeutique sera différente.

1.3 Les composantes de la douleur

Le *pionnier français de la lutte contre la douleur* **François BOUREAU** [55] a décrit un modèle multidimensionnel. Il a distingué quatre composantes de la douleur interagissant entre elles. Selon l'**Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé** (ANAES), ces composantes dépendent de facteurs socio-culturels, économiques, environnementaux, personnels et familiaux, au vu desquels, la douleur s'exprime différemment pour chaque personne. Face à une personne qui a mal, les personnels de santé doivent prendre en compte la douleur dans toutes ses dimensions.

1.3.1 La composante sensori-discriminative

C'est ce que le sujet « sent » de sa douleur.

Le cerveau analyse et décode le message nociceptif (la douleur), sa durée (brève, continue), son type (brûlure, coup, torsion...), son intensité ou encore sa localisation. La durée et l'intensité font intervenir la notion de seuil de tolérance qui varie selon les patients.

En cas de douleur chronique, la localisation est parfois plus difficile car il peut exister des irradiations voire des douleurs projetées parfois très éloignées de la cause même de la douleur. Une fois la blessure initiale guérie, les stimulations nociceptives devraient être éliminées mais la douleur persiste.

1.3.2 La composante affectivo-émotionnelle

C'est ce que le sujet « ressent » de sa douleur.

Cette dimension détermine la sensation vécue par le patient correspondant aux aspects désagréables, gênants, intolérables, perturbants, déprimants ou pénibles de la douleur.

Ces caractères induisent des réactions émotionnelles : l'anxiété, la dépression, souvent retrouvées dans le cas d'une douleur chronique. Ces réactions émotionnelles seront d'autant plus marquées selon le contexte dans lequel se trouve le patient (la signification et la progression de la maladie).

1.3.3 La composante cognitive

C'est ce que le sujet « comprend » de sa douleur.

Cette dimension concerne l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception de la douleur et les comportements qu'elle entraîne. Elle regroupe les pensées, les processus d'attention et de diversion de l'attention, les interprétations et les valeurs attribuées à la douleur, les anticipations, les références à des expériences douloureuses antérieures ainsi que les décisions sur le comportement à adopter.

1.3.4 La composante comportementale

C'est ce que le sujet « dit et montre » de sa douleur.

Cette dimension traduit la réaction du patient douloureux observable à travers ses manifestations verbales, infra-verbales et non verbales. La personne s'exprime par sa parole - plaintes, gémissements, cris - et par son comportement - pleurs, froncement de sourcils, agitation, grimaces, expressions faciales, position antalgique, sueurs, accélération du rythme cardiaque, évitement de certains mouvements -.

La perception d'une douleur fait donc intervenir ces quatre composantes interférant entre elles. Ces dernières sont elles-mêmes influencées par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. **Georges ENGEL**, *médecin*, a proposé en 1977 un modèle bio-psycho-social [46]. Celui-ci se base sur une vision globale de la personne dans son environnement rendant compte de la vulnérabilité individuelle. Dans cette perspective, l'approche n'est pas d'affronter la douleur chronique de face mais plutôt d'exercer un meilleur ajustement des systèmes qui la contrôlent. La douleur ne se résume pas au seul symptôme physique, au regard de ses composantes, elle impacte la vie de famille, la vie sociale et l'autonomie du patient.

VIGNETTE CLINIQUE :

Madame B., la douleur est « venue secouer l'édifice »

Mme B., médecin généraliste est hospitalisée à 55 ans suite à une chirurgie de l'épaule droite avec réinsertion de la coiffe des rotateurs. Elle s'est faite opérée quatre mois après une chute à domicile. Elle confie avoir tardé à prendre une décision : « J'ai enfin pu trouver une disponibilité pour prendre soin de moi au vue de ma situation professionnelle. »

L'opération a été pour elle à la fois un choix et une solution importante : « Cet acte chirurgical était important car à long terme l'articulation se serait dégradée et j'aurais été amenée à poser une prothèse. » La chute a été une surprise pour elle. Elle ajoute : « J'ai pris conscience de ma fragilité, la douleur chronique est venue secouer l'édifice. » Cet accident domestique a réveillé des choses qu'elle avait oubliées. Elle fait référence à ses expériences douloureuses antérieures : une spondylodiscite* traitée à l'âge de 8 ans, une prothèse totale de hanche droite à 28 ans, refaite à 40 ans et une prothèse totale de hanche gauche à 30 ans. Elle se décrit ainsi : « Je suis une femme très active, je fais du sport avec une grande vigilance. » Elle a appris à intégrer sa propre façon de faire du sport : « Je travaille en souplesse et non en force comme la plupart des sportifs. » (*composante cognitive*)

Avant cet accident à l'épaule, elle appréciait un moment de sa vie qu'elle qualifiait de paisible : « Je me disais qu'il fait bon vivre sans douleur. » Elle localise sa douleur sur le galbe de l'épaule avec une sensation de brûlure intense. (*composante sensori-discriminative*)

Elle la décrit aussi comme « un petit animal pris au piège, un animal blessé qui a besoin d'être dans une bulle, dans un espace de protection ». Elle ajoute : « Je résiste à la douleur. » Elle prend un antalgique de palier 1 qu'en cas de nécessité. Elle ressent parfois une sensation désagréable d'ankylose au niveau de son avant-bras droit. (*composante affectivo-émotionnelle*)

Elle trouve des positions antalgiques pour se soulager. Elle garde son membre supérieur droit dans l'attelle et de temps en temps elle adopte la position pendulaire à savoir le bras tendu dans le vide (*composante comportementale*).

Un **suivi en relaxation** a pour objectif d'offrir à Mme B. un temps de pause permettant la réappropriation de son membre douloureux dans un travail sur la perception globale de son corps. En séances de relaxation, elle esquisse quelques mouvements au bras droit pour se relâcher « Plus je le bouge et plus je lâche et moins j'ai mal ! » (*composante comportementale*)

En dehors de la prise en charge, Mme B. utilise ses propres techniques pour se décentrer de la douleur, comme elle l'affirme : « Je vais continuer à m'étirer chaque matin et appliquer du chaud sur la zone douloureuse avant de m'endormir. »

2) Neurophysiologie de la douleur

Tous les individus ne ressentent pas la douleur de la même manière et toutes les douleurs ressenties par un même individu ne sont pas identiques. Comment naît l'information nociceptive ? L'origine de la douleur est expliquée par le cheminement du signal douloureux. Le stimulus est capté en périphérie par les nocicepteurs puis relayé le long des nerfs sensitifs jusqu'à la partie dorsale de la moelle épinière et transmis au cerveau où il est interprété comme douloureux (ANNEXE 1). Pour mieux comprendre la sensibilité à la douleur, il est essentiel de développer le rôle des nocicepteurs et les mécanismes générateurs de la douleur.

2.1 L'élaboration de la sensation douloureuse

Le système de la nociception est composé de récepteurs appelés « nocicepteurs » localisés dans tout l'organisme. Le message nociceptif résulte de la mise en jeu des terminaisons libres nerveuses situées dans les tissus cutanés, musculaires, articulaires et dans la paroi des organes. Ces terminaisons libres sont le prolongement de fibres nerveuses de deux types, des fibres A delta myélinisées et des fibres C non myélinisées dont la vitesse de conduction est plus lente [43]. Leur stimulation entraîne la propagation d'un influx nerveux par des fibres nerveuses fines, qui rassemblées au sein des nerfs, envoient un message douloureux vers la moelle épinière constituant un premier relais. Cet influx est véhiculé vers les structures du tronc cérébral constituant un second relais. Il gagne ensuite plusieurs aires cérébrales qui vont intervenir dans la localisation et dans la perception de la douleur voire l'émotion.

Au sein du cortex, un réseau cérébral est spécifiquement impliqué dans la naissance de la douleur. Nous parlons de pain matrix qui signifie la matrice de la douleur. Elle met en relation deux régions. D'une part, l'insula représentant la dimension sensorielle de la douleur, « Où cela me fait mal dans mon corps ? Comment cela me fait mal ? Une impression de brûlure, de piqûre, de broiement, de déchirement ? », d'autre part, le cingulum antérieur représentant la composante émotionnelle de cette douleur « cela me fait plus ou moins souffrir ». Lorsque que nous nous coinçons le doigt dans une porte par exemple, les premiers messages nerveux proviennent bien de notre doigt puis ils sont relayés dans la moelle épinière et montent au cerveau. Une fois que la matrice corticale de la douleur prendra en considération ces informations nerveuses, la douleur naîtra. Sans matrice, la douleur n'existe pas [32].

2.2 La théorie du portillon médullaire ou du « gate control »

Le signal douloureux est modulé tout au long de son cheminement par des systèmes régulateurs. Au niveau de la moelle épinière, un modèle de système de contrôle des stimuli nociceptifs a été décrit en 1965 par **Patrick WALL** et **Ronald MELZACK** sous le nom de la théorie du portillon médullaire ou du « gate control » [46]. Cette dernière a permis de comprendre la régulation de l'intensité de la douleur. Le signal douloureux transite par cette porte et le débit du message douloureux peut être augmenté, réduit ou totalement interrompu. Plus cette porte est ouverte, plus le message douloureux est perçu comme intense.

Pour expliquer cette théorie, quand une personne se cogne, elle est amenée à se frotter. Dans cet exemple, l'information non nociceptive qui est véhiculée par le frottement s'oppose à la genèse d'une information douloureuse et est plus rapide que le message douleur. La porte se ferme et la sensation douloureuse est amoindrie.

2.3 La mémoire de la douleur

Le neurologue **Bernard LAURENT** stipule : « *Notre corps a une mémoire de la douleur.* » [20, p.26] L'imagerie cérébrale révèle des régions activées au niveau de l'hippocampe et de l'amygdale ainsi que l'existence de circuits neuronaux de mémorisation dans le cas d'une douleur. La douleur s'inscrit dans notre mémoire de manière indélébile. En effet, le corps en garde les traces et une mémoire qui imprègne nos émotions [53].

Quand la douleur devient chronique, elle cause des modifications durables sur le fonctionnement du système de la douleur se traduisant par deux phénomènes. Une première modification importante est le phénomène de sensibilisation ayant pour conséquence l'hyperactivité du système nerveux. Une autre modification est apportée à la mémoire de la douleur entraînant la persistance de la sensation douloureuse alors que la sensation de départ a disparu [13].

Les neurones de la partie dorsale de la moelle épinière vont renforcer leur connexion avec les neurones nociceptifs de la périphérie. Le circuit de la douleur, devenu hypersensible, s'emballe spontanément sans raison entraînant un excès de stimulation des régions cérébrales qui perçoivent cette douleur. Ce dérèglement serait responsable de la transition d'une douleur aiguë vers une douleur chronique.

La douleur chronique s'inscrit dans nos neurones de la même façon que nos souvenirs. Toute douleur passée laisse une trace dans notre cerveau ; ainsi au fil des événements de la vie, un

« patrimoine douloureux » se constitue, fondement de notre sensibilité individuelle à la douleur. « *La douleur ne s'élabore pas au sein d'un cerveau amnésique mais d'un système nerveux central imprégné par son passé, qu'il soit récent ou plus lointain.* » rappelle **Daniel LE BARS**, neurobiologiste [38]. L'activation d'un réseau global permet d'évaluer le message douloureux et d'organiser une réponse comportementale adaptée.

En fonction des zones cérébrales qui seront activées par le stimulus douloureux, l'expérience de la douleur sera propre à chacun selon la sensibilité de la douleur, les sensations qui la caractérisent, la manière d'y réagir [13]. Parmi ces zones cérébrales citons :

- les zones somesthésiques S1 et S2 analysant les aspects sensoriels de la douleur ;
- le cortex préfrontal, le thalamus, l'amygdale – zones où siège la mémoire, la vigilance et l'attention – évaluant le niveau de danger et décident de la réponse à y apporter ;
- l'aire motrice primaire, l'aire motrice supplémentaire - les zones motrices - coordonnant les mouvements.

2.4 Les mécanismes physiopathologiques générateurs de douleurs

Toutes les douleurs ressenties par le sujet ne relèvent pas d'un même mécanisme. Une douleur durable et sévère peut être générée par divers mécanismes neurophysiologiques. Il est essentiel de les comprendre et de les évaluer pour choisir un traitement adapté. Nous différencions quatre grands types :

- la douleur nociceptive ;
- la douleur neuropathique ;
- la douleur dysfonctionnelle ;
- la douleur mixte.

2.4.1 La douleur nociceptive

La douleur est liée à une stimulation des nocicepteurs lors d'une lésion ou lors d'une inflammation des tissus. La stimulation peut être d'origine mécanique, thermique ou chimique. Les douleurs générées par ce mécanisme sont les plus fréquentes et sont le plus souvent de type aigu.

Ce type de douleur est ressenti en cas d'entorse, de fracture, de brûlure, d'inflammation (otite, angine...), d'arthrose.

2.4.2 La douleur neuropathique

Cette douleur est aussi connue sous le nom de douleur neurogène. Elle est liée à une lésion du système nerveux central, des voies ou des centres inhibiteurs impliqués dans la transmission des activités nerveuses issues de la périphérie. Les douleurs générées par ce mécanisme sont le plus souvent de type chronique.

Ce type de douleur est ressenti suite à une amputation, lors d'un zona, lors d'une sciatique ou dans le cas d'un syndrome du canal carpien.

2.4.3 La douleur dysfonctionnelle

La douleur est liée à un dysfonctionnement neuropsychologique douloureux par somatisation avec ou sans psychopathologie associée. C'est une douleur sans lésion apparente, vécue dans le corps. Ce mécanisme entraîne le plus souvent une douleur chronique, avec une intrication de facteurs somatiques et psychosociaux. Le diagnostic est souvent fait par élimination.

Ce type de douleur est ressenti dans le cas d'une fibromyalgie ou d'un syndrome du côlon irritable.

2.4.4 La douleur mixte

Pour une douleur mixte, les différents mécanismes précédemment cités coexistent, ce qui complique le diagnostic.

3) La douleur chronique et ses conséquences

La douleur chronique étant une « maladie en soi », par sa persistance elle induit des conséquences fonctionnelles, psychologiques et sociales néfastes sur la personne et son quotidien. Ces conséquences constituent elles-mêmes des facteurs aggravants la douleur, conduisant le patient à un véritable cercle vicieux d'évitement (**ANNEXE 2**).

3.1 Les conséquences fonctionnelles

Sur le plan fonctionnel, la douleur amène l'individu à diminuer ses activités physiques, ses mouvements, et par le fait même, il devient vulnérable à la prise de poids. La réduction des activités est à mettre en lien avec le concept de kinésiophobie développé par **Gordon WADDLE** et **Johan VLAEYEN** [17]. La kinésiophobie se définit comme la peur du mouvement et de la réapparition de la douleur ou de la blessure. En effet, les personnes douloureuses vont limiter leurs mouvements et moins s'engager dans l'action par peur de ressentir la douleur ou de se blesser à nouveau. Par ailleurs, cette peur du mouvement entraîne une hypervigilance des sensations corporelles. La moindre sensation peut alors être interprétée comme un signe de la douleur ou un signe d'aggravation.

Les *médecins* **Martin WINCKLER** et **Alain GAHAGNON** parlent de déconditionnement physique dans le cercle vicieux de la douleur. Celle-ci est le point de départ d'une réaction en chaîne qui aggrave l'incapacité [55].

L'immobilité entretient la douleur, diminue la contraction et la vascularisation cardiaque, favorise l'hypertension artérielle et accroît le stress et l'anxiété. C'est en bougeant que le corps améliore ces fonctions. Dans la prise en charge de la douleur chronique, parvenir à ce que le patient reprenne progressivement une activité physique jugée auparavant impossible a pour objectif de diminuer la peur de réapparition de la douleur et de limiter l'évitement [54].

3.2 Les conséquences psychologiques

Sur le plan psychologique, il est fréquent d'observer l'apparition de troubles de comorbidités, tels que les troubles anxieux ou dépressifs. Pour le *médecin* **Gaétan BROUILLARD** « *Toute personne qui souffre physiquement souffre aussi psychologiquement, car la douleur suscite colère, frustration ou désespoir.* » [6]

Selon les études menées par **BANKS** et **KERNS** [44], la prévalence de la comorbidité douleur chronique et dépression est de 30 à 54 %.

La douleur engendre de l'anxiété et celle-ci majore le vécu douloureux. Une anxiété éprouvée avant une intervention chirurgicale est un élément prédicteur d'une douleur chronique post-opératoire [20].

D'autres études menées par **M.T.SMITH** et **J.A.HAYTHORNTHWAITE** [44] ont montré qu'au moins 50 % des patients douloureux chroniques se plaindraient de troubles du sommeil. Par des nuits perturbées, un endormissement difficile, des réveils fréquents, la récupération est quasi nulle ; l'épuisement qu'engendre la douleur ne se résorbe jamais.

Lorsque la personne manque de prise sur sa douleur, cela peut provoquer un sentiment de peur ou d'impuissance s'accompagnant de comportements, tels que la conduite d'évitement, le déconditionnement physique voire l'hyperactivité dans une recherche de régulation émotionnelle [4].

Le sujet douloureux chronique a toujours les mêmes pensées, les ruminations mentales envahissant son esprit, il n'arrive pas à dégager son attention de l'emprise de la douleur [13]. Cette attention serait amplifiée par l'appréhension de la douleur ou par un sentiment de peur [54].

3.3 Les conséquences socio-professionnelles

La douleur chronique constitue un lourd fardeau pour le sujet mais aussi pour son entourage [6].

Les patients douloureux relatent très souvent des modifications de leurs relations aux autres. La douleur aboutit souvent à l'isolement social. L'individu souffrant s'enferme sur lui-même, il renonce à ses activités sportives, à ses loisirs et aux sorties quotidiennes. La douleur est un obstacle à la vie sociale : l'individu rompt toutes relations avec sa famille, ses amis, ses voisins et ses collègues de travail. Il est amené à couper des liens existants surtout s'il a le sentiment de ne pas être compris, de ne pas être cru, d'être jugé et d'être rejeté. L'impression d'incrédulité des autres accentue une irritabilité qui pousse la personne douloureuse à se mettre à l'écart.

La douleur chronique rend difficile le maintien ou la reprise d'une activité professionnelle. Un arrêt de travail de longue durée engendre des difficultés financières – avec une perte de revenus et parfois un endettement [13] – et viendrait accroître le risque de désocialisation.

VIGNETTE CLINIQUE :

Madame C., la douleur « ne me quitte pas une seconde »

Mme C. âgée de 72 ans est opérée de nouveau d'une arthrodeuse* - T10/bassin - réalisée deux ans auparavant. Elle a été mise en période de convalescence pour une durée de deux mois en service de Soins de Suite et de Réadaptation. Elle décrit une douleur neuropathique à type de décharge électrique, d'engourdissement et de brûlure au niveau de son membre inférieur gauche. Elle prend de la morphine en traitement médicamenteux - de palier 3 -.

À son avis, la reprise de l'arthrodeuse l'a freinée dans ses activités de la vie quotidienne. Suite à l'opération, elle a déploré une longue période d'immobilité au cours de laquelle elle a pris du poids. Ses déplacements se font en fauteuil roulant – auparavant avec deux cannes -. Elle partage le sentiment d'avoir perdu tout mouvement au niveau du bassin et ajoute : « Par moments, je ne sens plus le contact de mon talon gauche au sol. » (*conséquences fonctionnelles*)

La nuit, la douleur la réveille et perturbe son cycle de sommeil. Au quotidien, elle est omniprésente et la persécute : « La douleur ne me quitte pas une seconde, je préfère avoir une douleur franche que des décharges électriques éparses. » Toute son attention se focalise sur sa douleur. Elle exprime son angoisse de ne pas retrouver sa fonctionnalité et son appui au niveau du pied gauche. Pour elle, la situation est contrariante : « Plus je bouge, plus c'est douloureux, vous croyez que je vais tenir longtemps comme cela ? » Inquiète, elle poursuit et nous fait part de son sentiment d'impuissance de ne plus parvenir à s'occuper de l'entretien de sa propriété et de ne plus recevoir des gens chez elle. « J'étais dynamique et joviale avant et aujourd'hui je ne peux même plus inviter mes amis ! » Ses ruminations pourraient la conduire à un désinvestissement d'elle-même voire à la dépression. (*conséquences psychologique et sociale*)

Mme C. réagissant ainsi, ne serait-elle pas dans une perte d'estime d'elle-même ? Nous sommes tenus de l'encourager à sortir de ce cercle vicieux afin d'empêcher l'aggravation de sa douleur.

Un **suivi en relaxation** a pour objectif d'aider Mme C. à se projeter dans des vécus agréables et non centrés uniquement sur la douleur et à rétablir une restructuration psychocorporelle. Au cours des séances de relaxation, elle perçoit une amélioration. Lorsqu'elle réussit à faire abstraction de sa douleur, elle le verbalise ainsi : « J'ai senti la douleur s'en aller et en me réveillant, elle était toujours là mais beaucoup plus adoucie. »

II. L'ÉVALUATION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Il est important de prendre en compte la douleur de façon globale en intégrant les dimensions tant organiques que psychologiques et sociales. La prise en charge d'une personne douloureuse nécessite de réaliser une évaluation de la douleur à la fois qualitative (ses caractéristiques, ses répercussions...) et quantitative (son intensité, sa localisation...). Nous relèverons le vécu de cette douleur et ses retentissements au quotidien. Le recueil des informations qui en découlera, orientera le traitement de la douleur.

1) L'évaluation de la douleur

1.1 L'écoute et l'observation

Accueillir un patient douloureux, c'est l'écouter avec empathie et disponibilité et le reconnaître dans son vécu psychocorporel. La douleur est subjective et elle repose avant tout sur le ressenti du patient. Ce dernier « *doit se sentir entendu dans sa souffrance par une posture d'écoute de suffisamment bonne qualité* » selon **Mélanie KLEIN** [52]. D'après la **HAS** « *La douleur est ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est.* » [14] La douleur existe dès lors que la personne affirme la ressentir, qu'une cause soit identifiée ou non.

Observer un patient douloureux renseigne sur les caractéristiques de la douleur, notamment sur la dimension comportementale. Le thérapeute est attentif à ce qu'exprime le patient par son comportement et ses réactions émotionnelles observables.

1.2 Le recueil des informations

L'évaluation passe par le recueil des informations afin de connaître l'histoire médicale, le parcours de vie de la personne, l'histoire de la douleur et ses caractéristiques ainsi que les répercussions sur son quotidien. Les caractéristiques de la douleur peuvent être évaluées avec le moyen mnémotechnique **T.I.L.T.** faisant référence :

- au Type, quel est le mécanisme de la douleur ?
- à l'Intensité, quelle est son intensité ?
- à la Localisation, où se situe-t-elle ?
- à la Temporalité, depuis quand existe-t-elle ?

1.3 Les échelles de la douleur

Il existe deux types d'évaluation de la douleur : l'auto-évaluation et l'hétéro-évaluation. Les soignants disposent de plusieurs outils appelés échelles. Les outils retenus dépendent de l'âge du patient, de l'étiologie de la douleur et de la pathologie. Nous en présenterons une liste non exhaustive.

Les techniques d'auto-évaluation sont à privilégier et sont basées sur le principe suivant : l'évaluation est faite par le patient lui-même lorsqu'il est capable de communiquer sur l'intensité ou les caractéristiques de sa douleur, que ce soit oralement, par écrit ou en désignant des symboles qui lui sont proposés.

Il existe des échelles uni-dimensionnelles, citons l'Échelle Visuelle Analogique (EVA), l'Échelle Numérique (EN), l'Échelle Verbale Simple (EVS) et des échelles multi-dimensionnelles, tels que le Questionnaire Douleur Saint-Antoine abrégé (QDSA) et l'échelle de Qualité De Vie (QDV).

Pour les techniques d'hétéro-évaluation, les mesures sont réalisées par une tierce personne. Pour évaluer la douleur du patient, le professionnel de santé se base à partir de l'observation des comportements verbaux et non verbaux du sujet. Cette hétéro-évaluation est destinée aux jeunes enfants et aux personnes non communicantes et se fait généralement quand l'auto-évaluation n'est pas possible – dans le cas d'un niveau de vigilance abaissé, d'un trouble du développement, d'un accident vasculaire cérébrale, d'une maladie Parkinson ou d'une maladie d'Alzheimer... -.

Le personnel soignant - médecins, infirmiers, kinésithérapeutes - rencontré lors de mon stage utilise les échelles EVA et EN (**ANNEXE 3**) ainsi que le T.I.L.T. dès l'admission du patient dans l'établissement.

Le **T.I.L.T.** se présente sous la forme d'un tableau :

| T.I.L.T. | Date : .../.../... |
|----------------------------------|--|
| Type de douleur ? | nociceptive/neuropathique/dysfonctionnelle |
| Intensité-cotation ? | = /10 |
| Présence d'une douleur de fond ? | oui / non, la localisation ? |
| Présence d'un pic douloureux ? | oui / non, la localisation ? |

2) Les traitements de la douleur

2.1 Les traitements médicamenteux

Les médicaments qui agissent contre la douleur ont pour nom médical « antalgiques » ou « analgésiques ». Le mécanisme générateur de la douleur orientera le traitement médicamenteux.

Les antalgiques classiques agissent essentiellement sur les douleurs nociceptives. Ils sont classés en trois catégories selon leur puissance par l'**Organisation Mondiale de la Santé** (OMS). Les antalgiques de palier 1 sont destinés à traiter les douleurs légères et modérées - l'aspirine, le paracétamol et les anti-inflammatoire non stéroïdiens (AINS) -. Les antalgiques de palier 2 sont destinés à traiter les douleurs modérées à intenses, non soulagées par les antalgiques de palier 1 - la codéine, la nalbuphine, le tramadol -. Les antalgiques de palier 3 sont destinés à traiter les douleurs très intenses, rebelles aux autres antalgiques – la morphine et ses dérivés -.

D'autres médicaments dont la vocation initiale n'est pas de lutter contre la douleur, agissent sur les mécanismes de sensibilisation et sur la mémoire de la douleur. Ce sont les antidépresseurs, les myorelaxants et les antiépileptiques qui agissent essentiellement sur les douleurs neuropathiques et dysfonctionnelles.

2.2 Les traitements non médicamenteux

Les traitements non pharmacologiques - sous-tendus par les découvertes des contrôles neurophysiologiques et cognitifs du cerveau sur le ressenti douloureux - se développent et font partie intégrante du projet thérapeutique. De façon non exhaustive, citons :

- les interventions chirurgicales et neurochirurgicales ;
- les techniques de neurostimulation ;
- la rééducation fonctionnelle ;
- les approches psychologiques et cognitives avec les Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC) ou les Techniques d'Activation de la Conscience (TAC) ;
- la relaxation en psychomotricité.

Le psychomotricien tient une place importante dans la prise en soin non médicamenteuse du patient douloureux chronique. Cet accompagnement vient en complémentarité avec la prise en charge médicamenteuse.

Chapitre 2

LE CORPS DOULOUREUX EST INSÉPARABLE DE LA DOULEUR DE L'HOMME

« Quand on a mal, le cerveau et le corps souffrent ensemble [...] rien de ce qui se passe dans notre cerveau n'est indépendant de ce qui se passe dans le reste du corps ; et rien de ce que notre corps fait, ressent ou éprouve n'est étranger à notre cerveau. » [55, p.85-86]

I. L'INSTAURATION ET L'INTÉRIORISATION DE L'ENVELOPPE PSYCHOCORPORELLE

Comment l'enveloppe psychocorporelle s'instaure-t-elle en début de vie ? Comment par son rôle de contenance à la fois physique et psychique devient-elle essentielle au développement de l'individu ? Comment participe-t-elle au maintien de son intégrité ?

1) L'« enveloppe maternante »

1.1 La préoccupation maternelle primaire et la rêverie maternelle

L'« enveloppe maternante » décrite par le *pédiatre* **Thomas BRAZELTON** fait référence à une enveloppe de sensations et de gestes [1]. Elle se constitue par les soins donnés au tout-petit par sa mère. Ces soins se font au moyen de ce que le *pédiatre* **Donald Woods WINNICOTT** décrit sous les notions de holding, de handling et d'object presenting [56]. Ces trois fonctions maternelles sont indispensables pour le développement harmonieux de l'enfant.

Le concept de holding renvoie à la façon dont l'enfant est porté sur le plan corporel et psychique. La dimension contenante du portage, sa qualité et sa régularité apportent à l'enfant un sentiment de sécurité et de fiabilité. **Suzanne ROBERT-OUVRAY**, *psychomotricienne*, parle de holding moteur décrivant les situations mettant en jeu dans la relation les corps moteurs du bébé et de sa mère. Elle décrit l'« enveloppe tonique, comme le prototype moteur d'une première enveloppe psychique » avec laquelle le bébé répond aux stimulations de son environnement [40].

Le concept de handling fait référence à la manière dont le bébé est traité, manipulé et soigné. Il s'agit de la façon dont la mère s'occupe de son bébé dans les menus détails des soins quotidiens qu'elle lui prodigue.

L'object presenting est le fait que la mère offre son sein ou le biberon au bon moment attribuant au bébé une existence réelle et lui donnant l'illusion qu'il crée l'objet.

Pour le *psychiatre* **Wilfred BION**, la qualité de la vie psychique de l'enfant est tributaire de la vie psychique de la mère qu'il décrit sous le terme de « *capacité de rêverie* » [41]. En effet, la mère joue un rôle alpha en accueillant les émotions et les impressions sensorielles de l'enfant – éléments bêta -. Ces derniers étant exprimés à l'état brut vont être transformés par la mère en éléments de pensées – éléments alpha -. C'est ainsi que le psychisme de l'enfant peut assimiler et se représenter ce qui auparavant lui semblait informel.

1.2 L'instauration et l'intériorisation de l'enveloppe psychocorporelle

L'instauration de l'enveloppe psychocorporelle se fait tout au long du développement de l'enfant en appui sur l'interaction avec son environnement.

L'intériorisation de cette enveloppe concourt au sentiment d'unité psychocorporelle. C'est à travers ses expériences corporelles, sensorielles et motrices, que l'enfant s'appuie sur les capacités de contenance corporelle et psychique de sa mère construisant progressivement son espace corporel et psychique.

Pour la *psychanalyste* **Micheline ENRIQUEZ** : « *Le holding selon Winnicott, la fonction alpha de Bion, la capacité de rêverie [...] de la mère, sa sensibilité aux éprouvés évidents et supposés de l'enfant, ses possibilités de liaison par le toucher et la voix [...]* » sont autant de soutiens à la maintenance de ses impressions dans une enveloppe corporelle et psychique contenant [2, p.126].

Par sa contenance et sa maintenance à travers la relation mère-enfant, l'enveloppe psychocorporelle permet la différenciation entre le Moi et le non-Moi tant au niveau corporel que psychique pour que l'enfant se sente contenu et unifié accédant ainsi au sentiment d'être.

2) L'enveloppe corporelle et la peau physique

L'enveloppe corporelle contient et accueille les stimulations sensorielles - tant internes qu'externes - sans se désintégrer afin d'agir sur l'environnement. Par contenance physique nous entendons le sentiment d'avoir un corps délimité par rapport à l'extérieur.

2.1 L'enveloppe corporelle

S.ROBERT-OUVRAY décrit l'enveloppe corporelle comme une enveloppe fermée par des sphincters. En effet, les orifices ouverts en début de vie se ferment progressivement grâce à la maturation neurologique mais aussi psychomotrice et psycho-affective pour devenir des sphincters contrôlés volontairement.

L'enfant va progressivement construire et concevoir sa propre image du corps. C'est par « *les yeux, les mots et les caresses de sa mère que le bébé se voit unifié dans son reflet* » note la psychomotricienne **Mireille GAUBERTI**. L'enfant aura conscience de son enveloppe corporelle stable et sécurisante lorsque lui et sa mère auront « *fait corps ensemble et qu'ils auront accepté la séparation* » [11, p.15].

2.2 La peau physique

La peau recouvre presque la totalité de notre organisme. Elle est constituée de trois couches de tissus : l'épiderme (la couche superficielle), le derme (la couche intermédiaire) et l'hypoderme (la couche profonde). Chaque couche a sa structure et ses fonctions propres.

La peau remplit des rôles annexes [1] :

- elle entretient le tonus ;
- elle maintient le corps autour du squelette et de sa verticalité ;
- elle stimule la respiration.

Pour la psychomotricienne **Catherine POTEL** [37], la peau constitue le premier maillon et la première surface d'inscription d'une représentation d'un corps unifié. Elle enveloppe et incarne la personne en la distinguant des autres.

Nous verrons que la peau physique a aussi valeur de peau psychique [34].

3) L'enveloppe psychique et la peau psychique

L'enveloppe psychique est une surface intériorisée psychiquement délimitant le monde externe du monde interne, une interface distinguant le dehors du dedans. Par contenance psychique nous entendons une fonction, indissociable de la notion d'enveloppe physique, qui contient et qui transforme.

3.1 L'enveloppe psychique

Didier HOUZEL a défini la notion d'enveloppe psychique comme « *ce qui entoure complètement un espace et qui, de ce fait, contient tout ce qui se trouve dans cet espace, qui est ainsi fermé* » [15, p.9]. Pour lui, c'est une structure dynamique créée par le psychisme sous l'effet de forces qui l'animent.

Pour **Jack DORON**, *psychologue clinicien*, l'enveloppe psychique s'assimile à une membrane souple et différencie les domaines du dedans et du dehors tout en permettant des échanges entre eux. « *La souplesse de cette limite est analogue à celle de la peau, elle permet de rendre compte d'une certaine plasticité d'un fonctionnement psychique.* » [2, p.5-6]

3.2 La peau psychique

Esther BICK, *médecin et psychanalyste*, a développé le concept de peau psychique en décrivant la fonction psychique de la peau et en montrant l'importance de l'objet contenant auquel l'enfant peut s'identifier et se sentir contenu dans sa peau. La peau ne peut servir de limite qu'à condition que la fonction contenante soit introjectée. En effet, cet objet externe est capable de contenir les parties du corps de l'enfant, dispersées et pas encore différenciées.

Une perturbation de la fonction contenante de la peau, « *première peau* », entraînera le développement d'une « *seconde peau musculaire* » encore appelée par le *psychiatre Wilhelm REICH* la « *cuirasse caractérielle* » [1]. Celle-ci peut être de nature musculaire ou motrice, le raidissement du corps tout comme l'agitation protège le bébé contre des angoisses. La « *seconde peau* » substituerait à la fonction défailante contenante de la « *première peau* » et en se traduisant par une carapace musculaire.

II. L'ENVELOPPE PSYCHOCORPORELLE FRAGILISÉE PAR LA DOULEUR CHRONIQUE

La douleur en tant qu'expérience désagréable, sensorielle et émotionnelle, fragilise l'enveloppe psychocorporelle de l'individu qui contribue à son sentiment d'unité. Cette enveloppe n'assure plus son rôle de contenance à la fois physique et psychique. Le syndrome douloureux chronique rend d'autant plus vulnérable cette enveloppe par sa persistance et de surcroît, menace l'intégrité de l'individu.

1) Le « corps étai de la psyché »

Le Moi-peau est une structure virtuelle à la naissance qui s'actualise au cours de la relation entre le nourrisson et l'environnement primaire. L'instauration du Moi-peau répond au besoin d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien-être de base.

1.1 Le concept de Moi-peau

Ce concept de Moi-peau développé par le *psychanalyste* **Didier ANZIEU** montre les parallèles entre les fonctions de la peau physique et les fonctions du Moi : « *elle [la peau] fournit à l'appareil psychique les représentations constitutives du Moi et de ses principales fonctions* » [1, p. 119].

1.2 Les fonctions du Moi-peau

D.ANZIEU a décrit neuf fonctions du Moi-peau qui trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau [1]. Retenons celles qui semblent pertinentes au sujet de ce mémoire.

1) La fonction de maintenance. La peau remplit une fonction de soutènement du squelette et des muscles et le Moi-peau une fonction de maintenance du psychisme. Par la fonction du holding maternel, la fonction biologique est exercée et en l'intériorisant, la fonction psychique peut se développer.

2) La fonction de contenance. À la peau qui recouvre la surface entière du corps et dans laquelle sont insérés tous les organes des sens répond la fonction contenante du Moi-peau. Par la fonction de handling maternel, l'enfant fait la différence entre le contenant et le contenu.

3) La fonction de pare-excitation. La couche superficielle de l'épiderme protège la couche sensible de celui-ci et l'organisme des agressions physiques. Par la fonction de pare-excitation maternelle, le Moi de l'enfant assurera cette fonction en appui sur la peau. **Sigmund FREUD** reconnaît au Moi une fonction de pare-excitation dans l' « Esquisse d'une psychologie scientifique ». À défaut de l'épiderme, cette fonction peut être cherchée en appui sur le derme : c'est ce qu'**E.BICK** appelle la « *seconde peau musculaire* », nommée la « *cuirasse caractérielle* » par **W.REICH**.

4) La fonction d'individuation du Soi. La membrane des cellules organiques protège l'individualité de la cellule. À cette membrane répond la fonction d'individuation du Soi du Moi-peau qui donne le sentiment d'être un être unique.

5) La fonction de recharge libidinale. À la peau comme surface de stimulation permanente du tonus sensori-moteur par les excitations externes répond la fonction du Moi-peau de recharge libidinale du fonctionnement psychique, du maintien et de la répartition de la tension énergétique interne entre les sous-systèmes psychiques.

6) La fonction d'inscription des traces sensorielles. La peau contenant les organes des sens tactiles (toucher, douleur, chaud-froid), fournit des informations directes sur le monde extérieur. Le Moi-peau remplit une fonction d'inscription des traces sensorielles. Cette fonction est renforcée par la fonction d'objet presenting maternel.

7) La fonction d'autodestruction de la peau et du Moi. Cette fonction se compare à la fonction auto-immune où l'organisme rejette l'organe étranger, le non-Soi mais aussi le Soi. Le Moi-peau s'attaque à lui-même en visant un certain anéantissement. La peau dont se recouvre le Moi devient une tunique empoisonnée, désagrégeante. Cette fonction se réfère à l'activité toxique du Moi-peau.

Chez le sujet douloureux chronique, la peau qui s'impose en premier lieu en tant qu'organe frontière étayant une représentation archaïque de soi, est fragilisée. Ses fonctions ne s'exercent plus. De ce fait, la structure même du Moi-peau est menacée. La douleur, si on échoue à la soigner, menace de détruire cette structure du Moi-peau.

2) La douleur et ses répercussions sur l'enveloppe de protection du Moi

Quel est l'impact de la douleur sur l'enveloppe narcissique qui protège la structure du Moi ?
Comment le Moi réagit-il face à cette agression ?

Dans la pratique psychanalytique, la douleur naît toujours d'un bouleversement du Moi. Elle serait l'expression d'une défense du Moi pour s'y prémunir.

Juan-David NASIO décrit ce bouleversement comme « *l'effort désespéré du Moi pour sauver son intégrité* » [33, p.58]. Chaque fois que le corps subit une agression, une réaction psychique se déclenche. Il se produit un surinvestissement à l'endroit douloureux du corps [19], investissement que **S.FREUD** qualifie de narcissique et qui tend à vider le Moi. La personne va se focaliser sur les parties qu'elle ressent comme douloureuses en les surinvestissant.

Pour la *pédiatre* **Annie GAUVAIN-PIQUARD** un désinvestissement de la zone douloureuse est possible quand la douleur devient trop envahissante [36]. Quand la douleur devient chronique, elle est « *une déchirure de soi* » [21]. La peau n'assure plus sa fonction contenante de façon adéquate, la personne tente de maintenir les parties du Soi en conservant une attention unifiée sur les parties douloureuses. Ce surinvestissement serait un rempart à la désagrégation de soi [31].

La douleur résulte donc d'une lésion de l'enveloppe de protection du Moi suivie d'un afflux massif d'énergie qui atteint les neurones du souvenir. Faute de pouvoir panser la blessure, le Moi panse la représentation de cette blessure (ANNEXE 4). En effet, l'agression physique consisterait en un transfert d'énergie au sein des représentations constitutives du Moi.

Autrement dit, quand le corps est blessé, le Moi réagit à cette blessure [33] en concentrant son énergie et ses efforts sur la représentation du siège de la lésion « *toute activité psychique s'étaye sur une fonction biologique* » [1, p.61]. La douleur est comparée à une crispation autour de la partie lésée, à l'expression d'un effort de défense refondant les contours de Soi.

VIGNETTE CLINIQUE :

Madame D., la douleur « m'étouffe, me hante...me déchire ! »

Mme D., âgée de 63 ans est hospitalisée pour un changement de prothèse totale au genou gauche. La première prothèse a été posée quatre ans auparavant puis reprise deux ans plus tard. La patiente ayant fait une allergie aux métaux (nickel et palladium), subit à ce jour une troisième intervention chirurgicale pour la pose d'une prothèse anallergique. Cette allergie semble illustrer la fonction d'autodestruction de la peau.

Lors de notre rencontre, elle relate un vécu douloureux : « La douleur m'étouffe, me hante et par moments elle me déchire ! » Elle décrit une douleur chronique nociceptive. Les yeux fermés, d'un ton résigné, elle confie : « Cette douleur je la connais bien, elle vit avec moi depuis une dizaine d'années. » La douleur, au-delà des multiples lésions au genou semble être due aux bouleversements qui l'accompagnent.

Son souhait est de retrouver confiance en sa motricité, la dernière opération l'a réduite davantage dans ses activités de la vie quotidienne. Certains mouvements et certaines positions lui sont fortement déconseillés par le port de prothèse à savoir s'accroupir, croiser les jambes, sauter, s'agenouiller...Elle se déplace avec précaution à l'aide d'une canne. Limitée dans la réalisation de ses activités, elle semble perdre l'estime d'elle-même. Elle tente de rester concentrée sur son genou douloureux « pour le protéger », « Je me concentre beaucoup sur cette douleur, elle m'envahit » se plaint-elle. Ce surinvestissement semble être un rempart à la désagrégation de sa personne pour éviter d'être submergée. Elle poursuit : « J'utilise toute mon énergie à me concentrer. » En réponse aux multiples agressions chirurgicales, le Moi envoie autour de la blessure toute l'énergie dont il dispose. Est-ce une réponse pour colmater la troisième incision chirurgicale créée dans sa peau ? Est-ce une réponse pour stopper l'afflux massif d'excitations sensorielles au niveau du genou ?

Un **suivi en relaxation** vise à aider Mme D. à expérimenter les appuis au sol, l'équilibre statique et dynamique et à obtenir un meilleur investissement global de son corps. L'objectif à atteindre est la reprise de confiance sur le plan postural et sur le plan moteur. Au cours de la deuxième séance, elle verbalise : « C'est surprenant, les yeux fermés, pendant un bref moment je ne sentais plus cette douleur. » Au départ elle était sceptique car elle n'y croyait pas, aujourd'hui elle confie : « Je suis convaincue que la relaxation apporte un bienfait. »

Pour Mme D. les apports de la relaxation étaient positifs malgré un suivi à court terme - sur trois séances -.

Chapitre 3

L'INTÉGRITÉ PSYCHOCORPORELLE MENACÉE PAR LA DOULEUR CHRONIQUE

« [...] une douleur intense et durable désorganise l'appareil psychique, menace l'intégration du psychisme dans le corps [...]. La douleur force le réseau des barrières de contact, [...] provoque [...] un effacement [...] entre Moi psychique et Moi corporel [...] Elle prend toute la place et je n'existe plus en tant que Je : la douleur est. » [1, p.227]

I. LA DOULEUR CHRONIQUE ET SES RÉPERCUSSIONS PSYCHOMOTRICES

En psychomotricité, nous nous intéressons aux répercussions de la douleur chronique sur les fonctions psychomotrices. Elles témoignent d'une organisation harmonieuse ou non du corps dans sa globalité. La douleur chronique a des répercussions sur :

- le schéma corporel ;
- l'image du corps ;
- le tonus ;
- la régulation tonico-émotionnelle ;
- l'organisation spatiale ;
- l'organisation temporelle.

La douleur persistante amène le sujet à s'interroger sur sa durée, sur son rapport à lui-même et aux autres et vient bouleverser son image propre ainsi que son rapport à l'espace et au temps. « *Quand la douleur devient chronique, elle devient traumatisme pour l'être.* » [52, p.396].

1) La déstructuration du schéma corporel et la dévalorisation de l'image du corps

Les repères corporels sont fondamentaux pour la construction de la représentation de soi. Cette dernière regroupe le schéma corporel - connaissance que chacun a de son corps servant de repères spatio-temporels - et l'image du corps - représentation mentale que chacun a de son corps -.

L'élaboration du schéma corporel s'édifie sur les impressions sensorielles « [...] *tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles*, [...] » pour le *neuropsychiatre* **Julian DE AJUIRIAGUERRA**. **Françoise DOLTO**, *psychanalyste* a montré que l'image du corps, support du narcissisme [8], est dépendante de l'estime de nous-même et de notre relation aux autres [9]. Cette « *représentation psychique* » est propre à chacun - liée au sujet et à son histoire - permettant d'assurer l'unité du Moi.

Pour le *psychomotricien* **Éric PIREYRE** l'image du corps - non monolithique - est constituée de composantes telles que : la sensation de continuité d'existence, l'identité, la peau physique et psychique, le tonus et la sensibilité somato-viscérale [34]. Cette dernière équivaut pour lui au schéma corporel. Selon le *psychomotricien* **Jean-Paul VILLION**, l'image du corps est à la fois portée par le schéma corporel et croisée avec lui pour entrer en communication avec les autres [36]. Ces deux notions cliniquement indissociables peuvent être atteintes par un événement extérieur non prévisible - des accidents, des opérations chirurgicales - venant ainsi ébranler le sujet.

La douleur, en tant qu'expérience sensorielle, interfère avec l'image du corps et le schéma corporel bouleversant la personne dans le rapport qu'elle entretient avec son corps [44].

La douleur est déstabilisante narcissiquement chez l'adulte [52]. La personne dévalorise l'image d'elle-même et perd confiance en elle. Elle entretient un sentiment d'un corps étranger et impuissant l'amenant à restreindre ses mouvements, ses activités quotidiennes.

La douleur, en tant qu'expérience désagréable, occupe les pensées et laisse peu de place aux expériences agréables [44]. Les stimuli douloureux entraînent d'une part un surinvestissement de la zone douloureuse et d'autre part une négligence d'autres perceptions (intéroception, proprioception). La sensibilité de certaines parties du corps est accrue contrairement à d'autres. À ce phénomène douloureux s'ajoutent la fatigue et l'angoisse amenant à un désinvestissement psychique. La personne peut être amenée à ne plus se reconnaître.

VIGNETTE CLINIQUE :

Madame E., la douleur « est contraignante »

Mme E. âgée de 39 ans, exerce le métier d'aide-ménagère. Depuis deux ans, elle est en situation d'invalidité de travail du fait d'une lombalgie chronique*.

Son corps semble être vécu comme défaillant et impuissant, source de souffrance : « Je dois forcer sur le bras et sur l'épaule pour faire le ménage, avec ma douleur je ne peux plus me baisser ni me mettre à genoux, elle est toujours là, personne ne peut me l'enlever. »

La lombalgie chronique la limite dans ses activités professionnelles et personnelles. La douleur amène Mme E. vers un sentiment de dévalorisation de son propre corps. Elle entretient moins de relations sociales et s'isole davantage. Elle ne cesse de répéter : « J'ai pris du poids, je ne me regarde plus dans le miroir, avec le changement de mon corps, j'ai des difficultés à m'intégrer aux autres et je m'enferme. »

Cette situation entraîne Mme E. dans une perte de confiance d'elle-même et semble laisser peu de place aux expériences agréables. Elle confie : « Je n'arrive plus à tenir propre ma maison, je n'invite plus personne, je stresse davantage et j'ai l'impression de déprimer. Pour moi, cette douleur est contraignante. » À la souffrance de Mme E. s'ajoute une situation d'anxiété.

Son corps qui était fonctionnel avant que la douleur chronique ne s'installe semble ne plus être investi dans sa fonction motrice. Au vu de ces divers éléments, Mme E. a perdu ses repères corporels de base investissant son corps dans une dimension douloureuse.

Un **suivi en relaxation** vise à offrir à Mme E. un espace dans lequel elle pourra s'ouvrir à elle-même et à son environnement. À chaque fin de séance, la patiente verbalise : « La douleur est présente mais apaisée, elle est au même endroit mais elle est moins intense. »

2) La dérégulation du tonus

Le tonus a une fonction fondamentale dans l'organisation psychocorporelle de l'humain. Il est à la base de la motricité globale – l'équilibre statique et dynamique, la locomotion, les gestes, les coordinations -. Trame-support de l'existence, il participe à la sensation du corps propre, à la perception et à la conscience de soi. Toile de fond des émotions, il soutient en permanence le système émotionnel comme le souligne **Henri WALLON** : « *Les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire.* » [40, p.42]

L'activité tonique est régulée à différents niveaux du système nerveux. C'est essentiellement au niveau sous-cortical, avec la rétillée et le thalamus, que se fait la corrélation entre le tonus et les états de conscience, dans une influence réciproque. Le juste milieu est recherché dans les états toniques – entre hypotonicité et hypertonicité – afin que la personne trouve un équilibre sur les plans sensoriel et affectif [41]. La respiration est l'harmonisateur du tonus musculaire et son rythme suit pas à pas les affects et les émotions [35].

Nous répertorions trois types de tonus musculaire.

- Le tonus de fond, ou tonus de base soutient le sentiment d'unité corporelle. Il constitue une « *enveloppe tonique* » en support de l'enveloppe-peau décrite par **S.ROBERT-OUVRAY** [40]. Cette enveloppe est le résultat de la coordination des schèmes de base entre eux rassemblant les différentes parties du Moi.
- Le tonus postural ou tonus de posture assure un niveau de tension optimum pour l'action. Une hypotonicité ou une hypertonicité de posture engendrent un manque de réceptivité proprioceptive et d'efficacité dans l'action. Ce tonus est lié à la vigilance et à l'éveil.
- Le tonus d'action, défini par la contraction musculaire, permet le mouvement dans un déroulement spatialisé.

Des troubles du tonus et de la régulation tonico-émotionnelle sont causés par la douleur. Le corps tente de moduler et d'adapter des postures de défense, de compensation ou d'exclusion pour éviter d'avoir davantage mal. Le corps induit une tension musculaire supplémentaire au niveau de la zone douloureuse. Ce renforcement tonique s'efforce de combler une brèche créée dans son enveloppe. L'équilibre postural de la personne est bouleversé entravant sa motricité globale - la marche, les sauts, la course, les gestes -. La dérégulation du tonus se manifeste par une hypertonie, une position antalgique, des paratonies voire une posture instable ou de repli. L'enveloppe psychique qui s'étaye sur ce déséquilibre tonique présentera des failles et des faiblesses [40].

VIGNETTE CLINIQUE :

Madame F., une douleur « que j'ai connue »

Mme F. est hospitalisée à l'âge de 60 ans suite à une réparation chirurgicale des tendons de la coiffe des rotateurs et du long biceps à l'épaule droite. Huit mois auparavant, elle a chuté à son domicile. Elle a bénéficié de séances de kinésithérapie préopératoires afin de libérer les amplitudes en passif.

L'observation révèle une position antalgique, celle d'un repli sur elle-même avec l'épaule droite en antépulsion et le biceps contracté. Mme F. présente une hypertonie axiale et une hypertonie segmentaire de protection au membre supérieur droit. Ses mouvements et ses gestes sont circonscrits dans un espace restreint. La marche se réalise de façon discontinue n'engageant que le ballant des membres inférieurs. La douleur cause des troubles de la régulation tonique se manifestant par une posture modifiée. Au fil de l'entretien, elle confie : « Cette opération a réveillé une douleur que j'ai connue, mes nombreuses interventions m'ont amenée à être vigilante. » En effet, Mme F. a eu un cancer du sein du même côté dix ans auparavant. Elle a été traitée par mammectomie, chimiothérapie, radiothérapie et curage axillaire. Trois ans plus tard, la prothèse mammaire a été remplacée par un manchon d'autogreffe. L'hypertonie qu'elle présente semble renforcer ses douleurs préexistantes, telle une « *seconde peau musculaire* » ou une « *cuirasse caractérielle* ». Le galbe de l'épaule douloureuse se mue en bouclier. Cette seconde peau musculaire viendrait-elle colmater les fissures de la première peau contenant ? Viendrait-elle repousser les menaces extérieures ? Cette seconde peau se met en place pour se défendre contre la douleur initiale – au niveau de la cicatrice due à la mammectomie -. L'hypertonie de protection montre ses limites à contenir devenant elle-même une source de douleur.

Un **suivi en relaxation** vise à aider Mme F. à moins se focaliser sur son épaule et à prendre conscience de son tonus musculaire. L'objectif à atteindre est la régulation de son état tonique. En relaxation, elle verbalise : « Je me suis évadée, j'étais détendue, j'admirais l'océan. » Une autre fois, elle communique : « Je regardais les vagues, assise sous les cocotiers. » Pour Mme F. la distraction par la relaxation semble stimuler son imaginaire ; et entraîne une diminution de son état tonique ayant un effet antalgique sur son épaule.

3) La modification de l'organisation spatio-temporelle

L'espace et le temps sont des données fondamentales indissociables en psychomotricité. Organiseurs du corps mais aussi organisateurs psychiques, ils donnent un cadre de référence à nos sensations, nos perceptions et nos mouvements. Pour **D.ANZIEU** « *Le Moi étant à la fois corporel et psychique, il transpose dans l'esprit les dimensions spatio-temporelles du corps [...].* » [26, p.28] L'espace et le temps offrent des appuis pour intégrer et inscrire des expériences sur un plan symbolique. Tout mouvement, toute action, se déroule dans un espace et un temps donnés.

La douleur chronique dérègle la perception de l'espace et du temps. Les journées sont ponctuées par la douleur ressentie et les espaces investies sont en lien étroit avec le vécu douloureux. La douleur détourne l'attention du sujet en imposant sa présence. Elle est une pathologie de la temporalité : pour le sujet souffrant, le temps est perçu de façon ralentie et désynchronisée [23]. Une étude expérimentale menée en 2011 sur l'illusion temporelle intitulée « *How a clock can change your pain? The illusion of duration and pain perception* » a montré que la douleur chronique allonge la perception du temps [46].

VIGNETTE CLINIQUE :

Monsieur G., la douleur « rythme mes journées »

M.G. âgé de 34 ans, sportif, souffre de lombalgie chronique due à une hernie discale. Le temps de M.G. devient le temps de sa douleur qui régit son existence. Lors de l'entretien, il confie l'air attristé : « Il m'arrive de suspendre mes travaux pendant une semaine car ma douleur est trop forte. » La douleur semble briser la temporalité sociale de M.G.

Il avait l'habitude de faire son sport accompagné de son voisin, tous les matins à six heures : « La douleur rythme mes journées, quand elle est moins intense, je profite pour faire un footing, quand elle est insupportable, je ne fais rien et j'attends. » Lors de certains mouvements – ramasser un objet au sol, se déchausser - M.G semble investir l'espace avec précaution pour préserver son dos.

Un **suivi en relaxation** vise à permettre à M.G. de s'inscrire dans sa réalité temporelle et apprendre à se libérer des rythmes imposés par la douleur. Au moment de verbaliser à la fin de la séance de relaxation, il se dit être surpris par le temps « il s'est passé une heure, déjà ! » dit-il en regardant sa montre. Il partage ses ressentis : « Je n'ai pas pensé à mon dos, j'étais bien. » Sa perception du temps semble avoir été modifiée au cours des séances de relaxation. Ayant pu faire abstraction de sa douleur, le temps lui a semblé s'accélérer.

II. L'INTÉGRITÉ DU SUJET MENACÉE PAR LA DOULEUR CHRONIQUE

Les structures corporelles peuvent être endommagées à la suite d'un traumatisme physique (un accident domestique, un accident de la voie publique ou du travail), à la suite d'une opération chirurgicale ou en présence d'une maladie. Nous avons vu qu'un syndrome douloureux chronique modifie les repères corporels, spatiaux et temporels de la personne. L'installation de la douleur dans la durée rend vulnérable les sentiments d'existence et d'identité de la personne menaçant son intégrité psychocorporelle.

1) Les structures corporelles

Les structures corporelles, encore appelées systèmes sont des matrices psychiques et relationnelles [12]. Elles contribuent à mettre en relation les appuis et le squelette, les limites et la peau, la contenance et les muscles, les organes et les flux aux membranes.

Nous comptons plusieurs structures corporelles.

- Le squelette comprend les os et les articulations. Les os constituent la charpente du corps et protègent les organes ; les articulations unissent et séparent les différentes parties du corps.
- Les membranes servent à la transmission du mouvement par leur propriété élastique.
- La peau, zone d'échange entre le dedans et le dehors, assure la protection de notre organisme.
- Les organes sont de véritables machines énergétiques, pulsionnelles et rythmiques.
- Les muscles, par leur réseau tridimensionnel extensible, mettent en mouvement la charpente osseuse.

Par leur fonction tonico-émotionnelle, ces structures corporelles peuvent se tendre et se détendre en fonction de l'environnement et exprimer une attitude liée aux émotions ressenties. Elles participent à l'élaboration du sentiment de continuité d'existence.

Les patients que j'ai rencontrés ayant subi une opération chirurgicale sont passés par une période de cicatrisation nécessaire au remaniement des structures endommagées. Lorsque la cicatrice guérit, des adhérences peuvent se former sur son pourtour générant une douleur. La cicatrice reste comme une mémoire cutanée : l'incision chirurgicale et sa charge émotionnelle y sont inscrites durablement [6].

2) Les sentiments d'existence, de soi, de sécurité interne et d'identité

Le sentiment de continuité d'existence représente l'une des plus archaïques étapes que traverse le bébé au cours de son développement. Il s'agit là de l'une des premières capacités de base à acquérir pour tout sujet humain. Le sentiment de soi est ce par quoi il construit son identité. C'est en construisant des liens entre la structuration corporelle, la psyché et la relation à l'autre que le sentiment de continuité d'existence va se développer. L'expérience de la douleur chronique « *traduit une menace redoutable pour l'existence. [...] retranche plus ou moins l'individu de ses activités, même les plus prisées. [] craquelle lentement les fondations du sentiment d'identité* » [23, p.45].

2.1 Le sentiment de continuité d'existence

Le sentiment de continuité d'existence peut se définir comme la conviction qu'à tout instant la continuité de la vie sera réelle et se prolongera dans l'instant suivant, même en cas de menace [34].

F.DOLTO appelle cette conviction l'image de base, première composante de l'image du corps renvoyant à une structure pour se sentir exister de façon continue depuis la naissance. « *L'image de base est ce qui permet au sujet de se ressentir comme une « mêmeté » d'être, dans une continuité narcissique ou dans une continuité spatio-temporelle. [...] C'est de cette « mêmeté » [...] que vient la notion d'existence. [...] Le sentiment d'exister d'un être humain [...] vient de cette conviction, [...], de continuité.* » [8, p.50]

Daniel MARCELLI, *pédopsychiatre*, a décrit l'importance des rythmes dans l'élaboration du sentiment de continuité d'être : la continuité et la prévisibilité des actes de soins permettent au bébé de s'approprier sa continuité d'être. Ainsi, dit-il « *sa continuité narcissique s'étaye sur la confirmation et la satisfaction de ses attentes* ». **Alex MUCCHIELLI** parle de sentiment de continuité temporelle « *le sujet se perçoit le même dans le temps et se représente les étapes de sa vie comme un continuum* » [31, p.69].

La douleur chronique bouleverse les repères corporels et spatio-temporels de la personne menaçant son sentiment de continuité d'existence.

2.2 Le sentiment de soi et le sentiment de sécurité interne

Pour **D.W.WINNICOTT**, c'est sur un sentiment continu d'exister que repose la structuration du Moi [15]. Le sentiment de sécurité est donné par la sensation du corps propre : la proprioception [35]. Ce sentiment nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là et toujours le même. Un holding maternel efficace assurera et installera une confiance en soi.

F.DOLTO explique que le sentiment de soi se met en place à partir de l'image du corps à travers laquelle l'enfant acquiert une idée de lui-même, une représentation. Cette image se met en place dans les relations sociales, et principalement dans la relation primordiale à la mère, dès le début de la vie. L'image du corps décrite par la psychanalyste, participant à l'édification du sujet, détermine la possibilité même d'un sentiment de soi, de soi dans un corps [9].

Lorsque le Moi éprouve la douleur physique, l'identité éprouve l'insécurité, face maternelle de la douleur [31, p.84].

2.3 Le sentiment d'identité

Le sentiment d'identité repose sur le sentiment de soi. « *Le sentiment d'identité demeure tant que le sujet parvient à donner aux changements et aux altérations le sens de la continuité. Lorsque les différences sont perçues comme des ruptures, alors s'ouvrent les crises d'identité.* » [31, p.70]

Pour le *philosophe* **Emmanuel LEVINAS** l'étude du sentiment d'identité passe par la conscience de soi et par la conscience d'autrui [12]. En effet, sans autrui, il n'y a pas d'identité puisque la présence même d'autrui construit la différenciation entre soi et l'autre, entre soi et le monde.

Pour **D.LE BRETON** : « *La douleur chronique modifie en profondeur le sentiment d'identité. Son installation dans la durée marque une rupture biographique, une cassure d'existence entre l'avant et l'après.* » [23, p.150]

La douleur chronique fragilise les assises narcissique et identitaire de la personne menaçant son intégrité psychocorporelle. Cette souffrance définie par le *philosophe* **Paul RICOEUR** comme la diminution voire la destruction de la capacité d'agir est ressentie comme une atteinte à l'intégrité de soi.

VIGNETTE CLINIQUE :

Mme H., une douleur « en dents de scie »

J'ai rencontré **Mme H.** âgée de 65 ans, professeure de yoga à la retraite. Elle s'est faite opérée d'une acromioplastie* et d'une arthrolyse* à l'épaule droite. Une rigidité à l'épaule s'est installée suite à craquement douloureux survenu il y a deux ans. Elle a suivi des séances de kinésithérapie. Une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) a dévoilé une tendinopathie de la coiffe et une arthropathie dégénérative. Suite à un traitement médicamenteux sans amélioration, elle a décidé de se faire opérer.

Elle ressent une douleur en « dents de scie » et relate : « Avant j'étais souple, j'ai perdu six kilos. » Et ajoute : « La douleur a pris le dessus et je me suis retirée de la fédération de yoga où je travaillais. » La douleur chronique semble avoir créé une coupure dans sa vie. Elle a le sentiment de n'être plus que la « proie » de sa douleur : « Elle est tellement présente que mon esprit est persécuté. » (*sentiment d'existence*)

Elle s'interroge sur le sens de sa vie : « Je ne me reconnais plus, tout me démotive et je ne peux plus pratiquer le yoga sans douleur, je suis attristée car je ne peux plus garder régulièrement mes petits-enfants. » Sa tristesse renforce son sentiment d'impuissance : « Je dépends de mon mari pour les actes de la vie quotidienne. » (*sentiment de soi et sentiment d'identité*)

Elle avoue avoir déjà pensé à la mort où elle souhaitait une fin digne et non remplie de souffrance : « partir tranquille plutôt que souffrir ». Enfermée dans sa douleur, la question du « pourquoi moi ? » semble l'avoir conduite à penser à une fin tragique pour ne plus souffrir.

Un **suivi en relaxation** vise à aider Mme H. à retrouver des perceptions corporelles agréables et de permettre à l'affect de prendre sens à travers des représentations mentales. L'objectif est de soutenir son sentiment d'existence et son sentiment d'identité. Les séances de relaxation lui ont permis de retrouver des vécus agréables, elle témoigne : « La relaxation m'a aidée à me reconnecter à des sensations mises en sourdine depuis des années de doute à cause de la douleur. » Au fil des séances, elle a constaté des progrès : « J'ai réappris à porter une écoute minutieuse sur mes sensations. » Sa prise en charge a été bénéfique : « J'ai pu retrouver une position allongée non douloureuse, ce qui n'était pas le cas au début de son séjour. » Mme H. a terminé cette rencontre sur ces paroles : « Grâce à de longues années de pratique de yoga, j'ai réussi à faire un retour rapide sur moi-même ici en relaxation. »

ARGUMENTAIRE
ET
HYPOTHÈSES

En appui sur les vignettes cliniques précédemment présentées, l'approche psychomotrice présente un double intérêt chez l'adulte douloureux chronique qui est :

- la prise en compte de la globalité du sujet ;
- la prise en charge spécifique avec l'utilisation de la relaxation.

L'action de la relaxation – médiation corporelle – porte sur trois domaines articulés et significativement impactés dans le syndrome douloureux chronique qui sont :

- le schéma corporel et l'image du corps ;
- le tonus et la régulation tonico-émotionnelle ;
- l'organisation spatio-temporelle.

Ces trois domaines ont des effets bénéfiques à la fois :

- sur la qualité de l'enveloppe corporelle et psychique ;
- sur la contenance somato-psychique ;
- sur l'unité et l'intégrité du sujet ;
- sur l'identité et le narcissisme du sujet.

Comment les deux considérations, globale et spécifique, viendront-elles soutenir les assises identitaire et narcissique du patient douloureux chronique ?



Comment l'approche psychomotrice axée sur la relaxation va-t-elle permettre au patient douloureux chronique de se remettre en mouvement tant sur le plan physique que psychique ?

Pour répondre à ces questionnements, nous nous pencherons sur l'étude de Madame A. en pratique afin de dégager des éléments de réflexion au regard d'une approche thérapeutique en psychomotricité chez le patient douloureux chronique.

PARTIE
PRATIQUE

Chapitre 1

LA CLINIQUE DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE

I. LE CADRE INSTITUTIONNEL

La clinique de Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle (MPRF) est une structure privée conventionnée par la sécurité sociale et certifiée par la Haute Autorité de Santé. Branche de la médecine, elle supervise la rééducation à la suite d'une maladie ou d'une blessure et elle permet la récupération maximale des capacités fonctionnelles tout en diminuant les douleurs et en améliorant la qualité de vie des patients.

1) Présentation de la clinique

L'établissement propose 132 lits d'hospitalisation complète dont 42 réservés aux patients présentant des pathologies neurologiques et 90 lits aux patients ayant des pathologies traumatiques ou orthopédiques. L'un de ses engagements est de formaliser et de développer la collaboration avec le centre anti-douleur, pour la prise en charge des patients lombalgiques chroniques et fibromyalgiques.

1.1 Les missions de la clinique

L'établissement accueille des patients qui ont en commun un besoin de restauration fonctionnelle et pour lesquels un projet global est nécessaire. Les sujets concernés sont des adultes présentant des affections orthopédiques, rhumatologiques, traumatiques ou neurologiques. Ils y sont admis pour un suivi après un séjour en milieu hospitalier ou pour un suivi au long cours portant sur des affections chroniques.

Le principal objectif de l'ensemble des acteurs de soins de la clinique est d'améliorer de façon continue et dynamique la qualité de la prise en charge du patient. Cette dernière est assurée par une équipe pluridisciplinaire médicale et paramédicale prenant compte de la pathologie du patient afin de permettre un retour à domicile dans les meilleures conditions.

1.2 Les pôles de la clinique

La clinique est constituée de deux pôles :

- un pôle de neurologie regroupant un tiers des patients, sous la responsabilité d'un neurologue ;
- un pôle de l'appareil locomoteur sous la responsabilité d'un médecin rééducateur.

Le pôle de l'appareil locomoteur a une activité très diversifiée en orthopédie et en traumatologie. Des activités concernant la douleur chronique ont été mises en place pour :

- les patients lombalgiques chroniques et fibromyalgiques ;
- la prothèse de genou ;
- la ligamentoplastie* du ligament croisé antérieur ;
- la chirurgie de la coiffe des rotateurs.

2) Le parcours de santé en service de Soins de Suite et de Réadaptation

D'après le **Ministère des Solidarités et de la Santé**, les services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) trouvent leur place dans les parcours de santé et contribuent à la fluidité de « l'après-hôpital » [30]. L'activité du service SSR a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, cognitives, psychologiques ou sociales des troubles et des limitations de capacités des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

2.1 Les missions du service de SSR

Une structure en établissement de SSR assure trois missions principales [30] :

- la rééducation ;
- la réadaptation ;
- la réinsertion.

La rééducation aide le patient à retrouver le meilleur potentiel de ses moyens physiques, cognitifs et psychologiques. L'objectif est, autant que possible, la restitution intégrale de l'organe lésé ou le retour optimal à sa fonction.

La réadaptation accompagne le patient si les limitations de ses capacités s'avèrent irréversibles. Le but est de lui permettre de s'adapter au mieux à ses limitations et de pouvoir les contourner autant que possible.

La réinsertion, au-delà des soins médicaux, garantit une réelle autonomie du patient – dans sa vie familiale et professionnelle - afin qu'il retrouve au maximum les conditions de vie qui précédaient son séjour hospitalier. La réinsertion représente donc l'aboutissement d'une prise en charge totalement personnalisée du patient.

Le programme de rééducation est planifié et actualisé en fonction des prescriptions du médecin spécialiste de chaque pôle de la clinique.

2.2 Le Comité de Lutte contre la Douleur

Le service de SSR participe à la lutte contre la douleur. Sous l'impulsion du Ministère de la Santé, cette lutte a conduit à la formation d'un Comité de LUTte contre la Douleur (CLUD) au sein de la clinique depuis l'an 2000.

La **loi n°2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [24] souligne l'obligation des soignants à prendre en charge à tout moment la douleur des patients.

Le CLUD a trois principales missions : la promotion des soins, l'information et la formation, et l'évaluation dans le domaine de la douleur.

Il propose la coordination de toute action visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur, quels qu'en soient le type (aigu ou chronique), l'origine (maligne ou non) et le contexte (âges, handicap, précarité, urgences, douleurs procédurales...).

Il organise des actions de formation dans le domaine de la douleur. Il valide et promeut les programmes de formation continue des personnels soignants.

Il veille à la bonne application des protocoles dans les services de soins ; il évalue la qualité de la prise en charge de la douleur ; il participe à l'évaluation et à la promotion des pratiques dans le domaine de la douleur.

II. LA VIE EN ÉTABLISSEMENT DE SSR

L'entrée du patient dans l'établissement se fait sur dossier. Dès son arrivée, un livret d'accueil, un planning de rééducation et un règlement intérieur lui sont remis. Il existe deux modes d'hospitalisation, complète et de jour avec une mise en place de moyens thérapeutiques identiques.

1) Le cadre de vie

En hospitalisation complète, le patient est pris en charge sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre ; en hospitalisation de jour, le patient est pris en charge uniquement durant la journée, le plus souvent en demi-journée. Les patients séjournent en chambre simple ou double.

Une visite médicale assurée par le médecin référent se déroule une fois par semaine en présence des rééducateurs. Elle donne lieu à une discussion autour de l'évolution de la rééducation du patient dans le but de mettre à jour le projet de soins. Le médecin est amené à appliquer voire à modifier des prescriptions de rééducation. Il propose une sortie prévisionnelle en accord avec le patient et l'équipe pluridisciplinaire. Un bilan de fin de prise en charge favorisant les divers relais est réalisé par les thérapeutes.

2) Le quotidien des patients

En hospitalisation complète, les patients sont logés, nourris et ils suivent un programme de rééducation qui leur est propre du lundi au vendredi. Chaque vendredi matin, ils reçoivent leur planning de rééducation pour la semaine qui suit. Le programme est suspendu le week-end et le patient a le choix de rentrer chez lui. Dans ce cas, une autorisation lui est donnée par le médecin référent. La rééducation démarre à 9h00 après le petit-déjeuner et se termine à 18h00 avant le dîner (**ANNEXE 5**). Les patients que j'ai suivis se déplaçant avec des béquilles ou en fauteuil roulant se rendaient seuls au plateau technique du dernier étage pour les séances de psychomotricité. Aux heures des repas, une salle commune est réservée aux patients de l'établissement et les repas en chambre sont autorisés.

L'orientation en hospitalisation de jour se fait soit suite à une hospitalisation complète soit suite à une consultation avec l'un des médecins spécialistes de l'établissement. Les jours de venues et leur durée sont fixés dès l'admission.

3) Les équipes au sein de la clinique

Au sein de la clinique de Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle, le patient est pris en soin par diverses équipes spécialisées et performantes :

- l'équipe médicale – médecins généralistes, neurologues, radiologues, pharmaciens...- ;
- l'équipe de soins – infirmiers, aides-soignants, cadres de santé – ;
- l'équipe de rééducation et de réadaptation - ergothérapeutes, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, psychologues, diététiciens – ;
- les autres membres de l'équipe qui assurent la qualité de la prise en charge et veillent au bon déroulement du séjour – assistantes-sociales, personnel administratif, personnel hôtelier, agents de service -.

Dans une prise en charge pluridisciplinaire, les partenaires médicaux et paramédicaux confrontent leurs actions pour permettre une approche précise du patient hospitalisé et pour aboutir à un consensus. Ils participent tous à l'avancée de la réflexion thérapeutique.

La continuité des soins est assurée par une traçabilité du suivi médical et paramédical dans le dossier informatisé du patient.

Chapitre 2

LA PSYCHOMOTRICITÉ AU SEIN DE LA CLINIQUE

I. LA PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITÉ AU SERVICE DE SSR

Le psychomotricien est un professionnel de santé paramédical reconnu en tant qu'auxiliaire de la médecine. Il exerce sur prescription médicale et ses compétences sont fixées par un décret d'actes datant de 1974 [25]. Après avoir défini la psychomotricité et ses outils, nous aborderons la relaxation comme technique de médiation corporelle et le cadre thérapeutique en psychomotricité. Puis nous décrirons les apports de la relaxation et enfin les différentes étapes de prise en soin d'un patient douloureux chronique en psychomotricité.

1) La psychomotricité, un travail psychocorporel

Au carrefour de plusieurs domaines – la biologie, la neurophysiologie, la philosophie, la physiologie, la psychologie – la psychomotricité donne une place centrale au corps observé dans son interaction avec le milieu.

1.1 Définition de la psychomotricité

La psychomotricité s'attache à reconnaître l'individu dans sa globalité et à renforcer son sentiment d'identité et son estime de soi. La psychomotricité est un travail psychocorporel tel que l'a défini le *médecin* **Benoît LESAGE**. Pour lui, ce travail psychocorporel « *conduit le sujet à générer un rapport au temps et à l'espace personnels, ancré dans des éprouvés corporels* » [26, p.34].

Pour **C.POTEL** « *La psychomotricité est un dispositif de soins thérapeutiques qui s'intéresse [...] à l'intrication profonde entre l'ancrage du corps dans l'espace et le temps, la fonction contenante de l'enveloppe, la structure de l'identité psychocorporelle du sujet.* » [37, p.117]

1.2 Les approches à médiation corporelle

Le psychomotricien instaure une relation thérapeutique en s'appuyant sur des médiations corporelles. Celles-ci proposent un espace et un objet commun à partager entre deux personnes ou les membres d'un groupe.

Les médiations ont plusieurs objectifs [37, p.403] :

- elles proposent un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions ;
- elles aident à la transformation des éprouvés en représentations ;
- elles proposent le jeu du corps porteur d'une expression spécifique, dans un étayage relationnel structurant.

La médiation sert d'intermédiaire entre soi et l'autre [37] favorisant l'échange et la communication avec autrui. La médiation ouvre ainsi la voie à une élaboration constructive vivante, détour pour l'accès à la symbolisation.

Pour **B.LESAGE** une médiation corporelle implique un engagement du professionnel. Celui-ci « *perçoit, analyse et propose autant à travers son corps que par ses mots* ». Dans la relation, le psychomotricien s'ajuste continuellement avec le patient à travers « *un dialogue corporel qui vise à être structurant* » [26, p.14]. Son engagement est non seulement fonctionnel mais aussi émotionnel donnant accès au sentiment d'être présent à soi, existant pour soi en relation à l'autre.

Dans le cadre d'un projet thérapeutique, le psychomotricien proposera l'une des médiations corporelles la mieux adaptée parmi les suivantes : la danse, l'expression théâtrale, la gymnastique douce, l'escalade, l'activité aquatique – la balnéothérapie -...

Dans le cadre de ce mémoire, la **relaxation** est la médiation corporelle utilisée dans la prise en charge de la personne douloureuse chronique.

Pour la psychomotricienne **Françoise GIROMINI** les ateliers à médiation mettent l'accent sur les éprouvés du corps dans « *l'ici et le maintenant* » ainsi que sur l'« *engagement du corps dans la relation* » [51].

2) Le cadre thérapeutique en psychomotricité

Le cadre thérapeutique en psychomotricité s'intègre dans une institution qui a un projet global pour le patient. Le psychomotricien est le garant de ce cadre et veillera à ce que celui-ci soit identique et suffisamment stable d'une séance à l'autre. Pour qu'un travail psychocorporel puisse se faire, des conditions d'espace, de temps, de matériel, doivent être respectées.

2.1 Les composantes du cadre en thérapie psychomotrice

Pour **C.POTEL**, le cadre thérapeutique est « *ce qui contient une action thérapeutique, dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* » [37, p.357]. **Jean LAPLANCHE**, *psychanalyste français*, compare le cadre à une « *membrane, à double paroi, ou double limite* » ; il fait référence à une paroi extérieure ayant un rôle de protection telle une enveloppe corporelle et à une paroi intérieure tournée vers le monde psychique contenant les exigences pulsionnelles telle une enveloppe psychique.

Le cadre d'une prise en charge psychomotrice comporte plusieurs éléments essentiels.

➤ L'espace de la salle

Il s'apparente à un contenant, à un réceptacle et contient les expériences sensorielles et motrices.

➤ Le temps des séances

Les séances demandent à la fois une durée suffisante selon le cadre institutionnel (quarante-cinq minutes pour une séance individuelle et une heure pour une séance collective) et une régularité de temps pour qu'elles s'intègrent comme des repères.

➤ La constance du matériel et des participants

Le matériel reste à disposition à chaque séance, le patient peut s'en saisir, l'aidant ainsi à s'appropriier l'espace. Toute absence d'un membre doit être prévenue à l'avance pour la bonne gestion du groupe afin d'éviter l'émergence d'angoisse – une angoisse d'abandon par exemple - pouvant créer une rupture d'un lien thérapeutique établi.

➤ Des conditions de fonctionnement institutionnel

Ces conditions s'appuient sur le travail d'une équipe pluridisciplinaire.

2.2 La dimension du cadre en relaxation

Le cadre en relaxation est mis en place avant que débute la séance collective. Pour le mettre en œuvre, le psychomotricien définit son organisation en réponse aux questions s'y rattachant : un groupe ouvert, semi-ouvert, ou fermé ? Un groupe homogène ou hétérogène ? Autour de quelles problématiques ? Avec quelle médiation ? Le rythme des séances ? La durée de chaque séance ? Le nombre de personnes accueillies ?

Les séances de relaxation collective sont proposées à chaque patient au cours de l'entretien initial où sont abordées la présentation du dispositif groupal et la question de son intérêt. La décision repose sur l'engagement des personnes concernées dans ce travail.

La séance se déroule avec un groupe semi-ouvert, hétérogène, auprès de six adultes au maximum hospitalisés en séjour complet. La particularité d'un groupe semi-ouvert est la gestion constante des départs et des arrivées des membres. La séance a lieu dans une salle réservée aux kinésithérapeutes et aux psychomotriciens, elle est chauffée et éclairée avec une lumière tamisée. La séance se tient de manière hebdomadaire, le lundi matin de 11h00 à 12h00, le mercredi après-midi de 16h45 à 17h45, le jeudi après-midi de 16h00 à 17h00 et le vendredi matin de 11h00 à 12h00. Du matériel est mis à la disposition du patient : des tapis confortables, des couvertures, des oreillers et des coussins ; il lui est permis d'apporter sa couverture de chambre ou son coussin de positionnement.

La relaxation en groupe présente plusieurs avantages [52, p.258] :

- permettre une socialisation dans un cadre protégé ;
- permettre le partage des expériences et des vécus ;
- explorer son corps sous le regard des autres ;
- favoriser une revalorisation en appui sur le groupe ;
- offrir un espace contenant.

D.ANZIEU compare le groupe à une enveloppe « *un groupe est une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus* » [16, p.439]. Il attribue à l'enveloppe groupale trois fonctions, c'est une membrane active, un sac contenant et une barrière de protection. Par cette approche groupale, le psychomotricien facilite la mise en relation des patients. « *L'enveloppe groupale enveloppe les enveloppes psychiques individuelles* » [15, p.141]. Chacun se transforme au contact des autres et s'étaye sur cette enveloppe groupale solide, rassurante et souple jouant un rôle de « *seconde peau* ».

II. LE RÔLE DU PSYCHOMOTRICIEN DANS LA PRISE EN SOIN DU PATIENT DOULOUREUX CHRONIQUE

L'objectif en psychomotricité est de permettre aux patients de symboliser et d'identifier leurs émotions, leurs affects, à partir d'une expérience corporelle. La relaxation fait partie intégrante de la formation du psychomotricien et de ses compétences décrites par le **décret d'actes n°88-659 du 6 mai 1988 [25]**. J'ai axé ce travail corporel sur la relaxation.

1) La contenance en psychomotricité

En psychomotricité, la contenance se réfère au corps à savoir à l'enveloppe corporelle, également au psychisme c'est-à-dire à l'enveloppe psychique. À travers sa disponibilité psychocorporelle soutenue par le cadre, le psychomotricien vise à soutenir voire à développer le sentiment de contenance psychocorporelle chez le patient douloureux chronique.

1.1 La fonction contenante du cadre

La cadre s'envisage comme un espace transitionnel dans lequel la personne douloureuse dépose ses angoisses et ses problématiques. Cela fait référence à **D.W.WINNICOTT** pour qui le cadre est une aire transitionnelle [56], un espace d'échanges délimitant le Moi du non-Moi.

Le cadre s'envisage également comme une peau psychique en référence à **D.ANZIEU**, à savoir une enveloppe protectrice où les pensées du sujet peuvent se déployer. La notion de rythmicité, la durée des séances, le rythme hebdomadaire et la constance des éléments participent à la contenance du cadre.

Le psychomotricien aide le sujet à affiner la conscience de son unité psychocorporelle par des expériences sensori-motrices. Dans le cas de la relaxation seront mobilisées les fonctions toniques et motrices du sujet perturbées par la douleur chronique. Cette expérience sensori-motrice offre une perception du corps en tant qu'unité et un accès à la symbolisation afin d'aider le sujet douloureux à former une contenance corporelle et psychique.

1.2 La fonction contenante du psychomotricien

La prise en charge psychomotrice cherche à favoriser l'émergence d'une enveloppe psychocorporelle contenante. Le psychomotricien instaure un climat de sécurité par ses interventions telles une préoccupation maternelle primaire et une rêverie maternelle.

Par son rôle alpha décrit par **W.BION**, le psychomotricien transforme et dé-toxifie le contenu anxiogène de la personne douloureuse. Il met du sens aux comportements corporels avec ses mots afin de les rendre assimilables et pensables.

Par son rôle de pare-excitateur décrit par **S.FREUD**, le psychomotricien ajuste ses interventions en fonction des besoins et de la disponibilité du patient. Il s'adapte aux rythmes et aux sollicitations du patient. Il lui accorde des temps de silence pour qu'il puisse intégrer les propositions.

Par sa disponibilité corporelle et psychique, le psychomotricien met en œuvre ses capacités d'écoute et d'observation pour repérer les manifestations verbales, infra-verbales et non verbales du patient douloureux.

Par son écoute, le psychomotricien offre au patient le sentiment d'être entendu et reconnu dans sa souffrance, telle une préoccupation maternelle décrite par **D.W WINNICOTT**. L'écoute donne du sens aux conduites du patient et le soulage dans son vécu douloureux.

Le psychomotricien se base sur une observation pointue des mimiques, des gestes et de la posture ; il est attentif aux comportements du sujet douloureux à savoir ses attitudes de retrait, ses positions antalgiques, sa posture instable. Cette capacité d'observation clinique est atout important.

Par un « *dialogue tonico-émotionnel* » décrit par **J. DE AJURIAGUERRA**, approfondissant le « *dialogue tonique* » proposé par **H.WALLON**, le psychomotricien est dans un échange de tensions avec le patient, véritable outil thérapeutique. Ce dialogue est le reflet des états émotionnels des deux partenaires et vise l'ajustement tonique entre ces derniers. Le but de ce dialogue est d'amener le patient douloureux progressivement à la symbolisation de ses ressentis.

Le psychomotricien amène le patient à verbaliser sur son vécu rendant présent son corps et à nouveau « vivable », tel un « *Moi auxiliaire* » décrit par **D.W.WINNICOTT**. Il l'aide à se reconnaître lui-même dans son vécu. Il s'ajuste et maintient son encordage avec le patient par la prosodie de sa voix et ses mots [27] participant à la mémoire de l'expérience. La mise en mots du patient sur ses ressentis renseigne sur son niveau de symbolisation.

2) La relaxation, une technique de médiation corporelle

La relaxation est définie par le dictionnaire Larousse comme une méthode « *visant à obtenir une détente par le contrôle conscient du tonus physique et mental afin d'apaiser les tensions internes et de consolider l'équilibre mental du sujet* » [18]. Le psychiatre et psychanalyste **Yves RANTY** y apporte une définition complémentaire où la relaxation pourrait être considérée comme une thérapie « *apportant une détente musculaire et mentale. Cependant, comme le corps est lié à la vie psychique, il va désormais avoir son histoire, ses souvenirs, ses rancunes, ses désirs, ses dégoûts, ses angoisses, ses images, ses symboles, ses fantasmes, ses espaces, ses temps, ses rythmes, ses sensations, ses mots et même ses rêves.* » [3, p.8]

2.1 Les différentes méthodes de relaxation

Selon le neuro-psychiatre **Robert DURAND DE BOUSINGUEN** les méthodes de relaxation « *sont des techniques d'entraînement visant à obtenir une maîtrise de certaines fonctions corporelles et par là même, le contrôle de certains processus mentaux* » [3, p.7].

Les méthodes se divisent en trois catégories, physiologiques, psychologiques et psychotoniques [52], [42].

Les méthodes physiologiques dérivées de la relaxation progressive de **JACOBSON** reposent sur le principe de l'influence du contrôle somatique sur la réponse psychique. Le relâchement musculaire obtenu aboutit à la détente mentale.

Les méthodes psychologiques, par un état autohypnose, amènent le patient à expérimenter la détente musculaire. Elles s'étayent sur des consignes verbales du thérapeute dites d'induction et visent à induire un état de détente et d'association libre dans une visée psychothérapeutique. Le training autogène de **SCHULTZ** est un entraînement à l'autohypnose conduisant à la réduction des tensions et du stress. La méthode **SAPIR** propose une version psychanalytique de **SCHULTZ** prenant en compte les manifestations de l'inconscient.

Les méthodes psychotoniques sont développées par les fondateurs de la psychomotricité. Pour **DE AJURIAGUERRA**, les buts sont la découverte de soi-même et l'utilisation du vécu corporel comme des éléments du dialogue avec autrui. La méthode **SOUBIRAN** qualifiée d'activo-passive utilise des inductions, avec des recherches de sensations de pesanteur et de chaleur et des mouvements effectués par le patient lui-même amenant des contractions et des relâchements musculaires.

2.2 La relaxation dynamique et la relaxation statique

Par la relaxation dynamique - debout ou assis - le sujet prend conscience de son corps dans le mouvement alors qu'en relaxation statique – allongé - il en prend conscience dans l'immobilité. Les techniques de relaxation statique et dynamique font partie des techniques « psychosensorielles » : elles permettent par l'intériorisation, d'obtenir des modifications significatives sur le tonus, sur le schéma corporel et sur l'image du corps.

2.3 Les apports de la relaxation chez le patient douloureux chronique

En clinique, la pratique de techniques de relaxation est prescrite dans le traitement de la douleur et de la fatigue qu'elle induit [5], [45]. « *La douleur est avant tout une sensation corporelle qui affecte le corps réel, organique, mais également imaginaire, psychique.* » [4, p.6] Chez le patient douloureux chronique, elle l'invite à sortir de ce que le *psychologue* **Martin SELIGMAN** appelle « *l'impuissance apprise* », sentiment par lequel le patient est amené à penser que quoi qu'il fasse, cela ne changerait rien à son état douloureux [52]. Dans la prise en soin du patient douloureux chronique nous nous demandons : Quels sont les objectifs recherchés par la technique de relaxation ? Quels sont les effets attendus ?

Quelle que soit la méthode utilisée, la relaxation a pour objectifs de favoriser :

- La **régulation tonico-émotionnelle** : amener une détente psycho-affective et émotionnelle par le relâchement musculaire et par un sentiment de calme et de sérénité ; permettre le contrôle de l'état tonique et faciliter la résolution des tensions par divers mouvements ; augmenter la détente musculaire par la prise de conscience de la respiration grâce à des mobilisations de la cage thoracique et de l'abdomen.
- Le **réinvestissement corporel** : participer à la restructuration du schéma corporel par la prise de conscience de l'axe corporel, de tout mouvement et de toute action dans un temps et dans un espace donnés – les limites entre le dedans et le dehors, les appuis, l'ancrage au sol, l'axe corporel - ; enrichir la structure du schéma corporel par la perception de l'état tonique, par l'expérimentation de sensations corporelles nouvelles.
- La **revalorisation d'un point de vue libidinal** : revaloriser l'image du corps et permettre une restauration narcissique en induisant un état de régression.

➤ La **modification de la sensation douloureuse** : détourner l'attention portée sur la douleur par l'occupation de l'esprit ; aider à un meilleur contrôle de la douleur par la décentration des pensées qui entretiennent le cercle vicieux de la douleur.

➤ La **mise en mots des maux** : permettre la symbolisation et la représentation de ce qui est vécu corporellement en séance par un temps de verbalisation ; aider à relier les accès douloureux à des situations spécifiques.

➤ L'**amélioration du sentiment d'unité de l'être** : amener un relâchement physique et psychique ; réaménager l'investissement psychique par l'enrichissement de la conscience portée aux sensations, perceptions, représentations et par la stimulation de l'imaginaire.

Selon la *philosophe Michela MARZANO*, la douleur ne touche pas seulement le corps mais constitue un véritable éprouvé psychocorporel [52]. Toute méthode de relaxation utilisée aurait des apports d'ordre physiologique et d'ordre psychologique [42].

Dans le cadre de la prise en soin du patient douloureux chronique, la relaxation propose un travail portant sur l'unité psychocorporelle. Par des techniques de relaxation – statique et dynamique – le patient réapprendra à apprivoiser son corps et à développer sa perception de soi pour gérer au mieux sa douleur. Au cours des séances nous tenterons d'évaluer les effets attendus suivants :

- la diminution du tonus musculaire ;
- la diminution du rythme respiratoire ;
- l'augmentation de l'habileté perceptuelle ;
- la diminution de l'anxiété ;
- la revalorisation de l'image de soi ;
- l'amélioration de la confiance en soi et de l'estime de soi ;
- le développement de la concentration.

La séance de relaxation aura pour objectif global de guider le patient vers une nouvelle relation à son corps ouvrant sa conscience sur la perception et la représentation qu'il a de son corps.

3) L'accompagnement du patient douloureux chronique

Stagiaire, je suis présente sur le plateau technique du dernier étage le mercredi, le jeudi et le vendredi. Je me suis principalement intéressée aux pathologies orthopédiques, traumatologiques et rhumatologiques et particulièrement aux patients en rééducation suite à une chirurgie de l'épaule, de la colonne vertébrale ou du genou et aux patients en stage intensif autour de la lombalgie chronique.

Le parcours de soin du patient en psychomotricité s'organise en plusieurs phases :

- la prescription médicale ;
- la rencontre ;
- le projet thérapeutique ;
- le temps des séances.

Au cours de mon stage, afin de suivre une ligne directrice commune à tous les patients que j'allais rencontrer, j'ai réalisé une fiche de prise en soin. Celle-ci a été un facilitateur pour élaborer le projet thérapeutique répondant au plus près aux besoins du sujet. Nous développerons les éléments essentiels dont découleront des objectifs à atteindre au cours des séances d'accompagnement dans la gestion de la douleur.

3.1 Les indications de prise en charge

Les indications de prise en charge en psychomotricité sont posées par les médecins des deux pôles de l'établissement lors de réunions institutionnelles hebdomadaires. Celles les plus fréquemment rencontrées sont les troubles de l'image du corps et du schéma corporel, les troubles de la régulation tonico-émotionnelle, les troubles de l'équilibre et de la marche, les troubles de l'inhibition psychomotrice, les troubles de l'investissement corporel.

Le médecin prescrit des séances de psychomotricité dès le début de l'hospitalisation du patient quand il le perçoit en souffrance psychocorporelle. La demande peut également émaner des autres professionnels de santé quand ils observent des blocages psychocorporels qui compliquent voire qui entravent la réadaptation fonctionnelle. Les séances ne s'envisagent qu'avec le consentement du patient. Parfois, celui-ci émet lui-même la demande car il a déjà été informé des apports de la psychomotricité.

FICHE DE PRISE EN SOIN DU PATIENT

1) LE RECUEIL DE DONNÉES

➤ Dossier médical informatisé du patient

2) LA RENCONTRE

➤ Entretien initial : écoute, observation psychomotrice fine, questions ouvertes

Écoute, observation des mimiques, de la mobilisation du corps, de la régulation tonico-émotionnelle, des manifestations verbales, non verbales, neuro-végétatives, au fil de l'entretien observation de la fatigabilité, de l'attention et de la respiration du sujet (zone active abdomen/thorax, régularité, amplitude)

Questions ouvertes : Quel est son motif d'hospitalisation ? A-t-il des objectifs de séjour ? Quels sont ses besoins ? Identifie-t-il ses difficultés ? Où en est-il de son vécu corporel, de sa représentation, de sa réalité corporelle ? Où en est-il de son histoire de vie ?

➤ Evaluation des fonctions psychomotrices. Situations dirigées vers des items psychomoteurs

L'image du corps et l'estime de lui-même (comprendre la relation émotionnelle et affective qu'il entretient avec son propre corps et dans la relation aux autres).

Quels sont les mots employés ? A-t-il une image positive, négative de lui-même ?

Comment perçoit-il son corps ? Quelles sont ses représentations ?

Le schéma corporel et l'investissement corporel (évaluer sa conscience corporelle et repérer dans quelle dynamique le patient se situe).

A-t-il besoin de regarder ou de toucher la partie du corps nommée ? Certaines zones sont-elles source d'attention accrue ou au contraire diminuée ? Des sensations nociceptives sont-elles évoquées ? Est-il à l'écoute de son corps ? Prend-il des risques, recherche-t-il des limites ? Pratique-t-il des activités physiques, psychocorporelles ? A-t-il des loisirs ? Désire-t-il s'y remettre ?

La motricité globale avec l'équilibre dynamique et statique et les coordinations dynamiques générales (voir la perception du schéma corporel et la proprioception).

L'évaluation se fait par l'épreuve de la marche (fluidité du mouvement, continuité des pas) ; l'équilibre statique debout/assis et l'équilibre dynamique à la marche (maintien du tonus axial, zones de contractions, orientation du corps et de la tête, dissociation des 4 membres). Quelle est sa capacité d'adaptation posturale en réponse à un déséquilibre ? Quel est son équilibre en position assise et debout ? (support, stabilité, glisse/s'incline, aide technique).

Le tonus musculaire avec la posture (situer le patient dans la perception de son état tonique et de sa respiration). L'évaluation se fait par l'épreuve du ballant, de l'extensibilité des membres (tonus de fond), l'épreuve des diadococinésies (tonus d'action). Quelle est sa capacité de détente musculaire au repos et dans l'action ? Quel est son ressenti corporel ? Que met-il en place dans son quotidien pour se détendre ? Quelle représentation se fait-il de son état de tension ou de relâchement ? Présente-t-il des tensions au repos ? Le relâchement volontaire est-il possible ? Présente-t-il un niveau d'activité tonique adapté en dehors des temps consacrés à l'évaluation du tonus ?

Le rapport à l'espace-temps (lien avec le rapport au mouvement).

Comment vit-il l'espace de la clinique ? Se projette-t-il dans un avenir ? L'espace est-il maîtrisé ? Les déplacements demandent-ils un recrutement tonique important ? Évite-t-il certains lieux ? Certains lieux entraînent-ils une situation inquiétante, anxiogène ou apaisante ? Dates d'arrivée et de sortie, des opérations, des rendez-vous médicaux ? Quelle est l'organisation d'une journée type ?

➤ **Évaluation de la douleur chronique : Questionnaire Douleur Saint-Antoine simplifié, schéma des zones douloureuses et questions**

L'évaluation de la douleur chronique Est-il douloureux ? Type, intensité, localisation, temporalité de la douleur ? Comment définit-il sa douleur ? Quel est son rapport à la douleur ? Quelles sont les circonstances de son apparition ? Quels sont les facteurs aggravants et calmants ? A-t-il une position antalgique ? Prend-il des médicaments ? Quelles sont les répercussions sur sa vie personnelle, professionnelle, familiale et sociale ? Autres questions : consultations avec des spécialistes, alimentation, qualité de sommeil ?

➤ **Compte-rendu rédigé et rapporté dans le dossier patient informatisé**

3) LE PROJET THÉRAPEUTIQUE

Projet : objectifs thérapeutiques, moyens thérapeutiques (activité, matériel) et modalités de la prise en charge (individuel/groupe, lieu, durée et fréquence des séances)

4) LE TEMPS DES SÉANCES

Déroulement des séances

Fin de suivi : réévaluation de la douleur, échanges avec le patient

Objectifs atteints ? Appréhension du retour à domicile ? Continuité des soins ?

➤ **Compte-rendu de la prise en soin rédigé et rapporté dans le dossier patient informatisé**

3.2 L'entretien initial et l'évaluation des fonctions psychomotrices

Dès la rencontre avec le patient, un entretien initial de type semi-directif d'une durée de quarante-cinq minutes est réalisé. Il place le sujet au cœur des soins. De plus, il permet de faire connaissance avec la personne et de créer un premier lien de travail voire une alliance thérapeutique. Le patient exprime librement sa problématique tout en étant réorienté vers des informations recherchées par des questions ouvertes. Au cours de cet échange, le psychomotricien écoute l'histoire corporelle et émotionnelle de la personne et son vécu d'hier et d'aujourd'hui. Il évalue les fonctions psychomotrices du patient, repère des éléments relatifs à une souffrance physique, psychique voire sociale et il amène le patient à verbaliser, à nommer ses sensations et ses émotions.

3.3 Les moyens d'évaluation de la douleur chronique

Mon choix d'outils d'évaluation de la douleur chronique s'est porté sur des échelles certifiées par la Haute Autorité de Santé.

Le Questionnaire Douleur Saint-Antoine (QDSA) est une échelle verbale multidimensionnelle qui permet par une auto-évaluation d'évaluer qualitativement une douleur chronique sous les dimensions sensorielle et affective (ANNEXE 6).

Le schéma des zones douloureuses est un outil à visée topographique qui permet de mettre en évidence les zones douloureuses (localisation) et d'évaluer l'intensité de la douleur.

Bien que ces outils d'évaluation ne soient pas spécifiques au psychomotricien, elles sont reconnues et apportent des éléments sur la perception corporelle du patient, sur sa compréhension et sur son vécu actuel, laissant place au langage, à l'affect et aux émotions (ANNEXE 6).

3.4 Le projet thérapeutique en psychomotricité

L'entretien initial et les résultats des tests seront déterminants pour l'élaboration du projet thérapeutique en fonction des attentes, des besoins, de la motivation du sujet et avec son acceptation comme le souligne le psychomotricien **Fabien JOLY** : « *le projet thérapeutique est toujours singulier, adapté au sujet présent, et co-construit avec lui* ». Ce projet est conforme à la pathologie de la personne, à son âge, à son histoire et à son parcours hospitalier, il est réajusté tout au long de la prise en soin.

En fonction de la conclusion du bilan psychomoteur, les objectifs thérapeutiques seront fixés et en découlera le choix des moyens thérapeutiques. Les modalités de prise en charge répondront à ces objectifs tout en s'adaptant au fonctionnement institutionnel et aux capacités du patient.

3.5 Le temps des séances de relaxation

Les séances de relaxation se déroulent en plusieurs temps.

- Un temps de parole et d'échanges, c'est le moment des retrouvailles où les mots prennent une place importante dans le travail corporel ; l'usage des mots est un moyen privilégié pour mettre en lien les éprouvés et les affects.
- Un temps d'installation, c'est un temps nécessaire pour être confortablement installé; l'installation est libre, chacun utilise l'espace en fonction des autres.
- Un temps de relaxation (dynamique ou statique), c'est un moment rythmé par des inductions verbales ou tactiles où le ressenti du corps est privilégié soit dans la mobilité soit dans l'immobilité ; ce moment est accompagné d'une musique douce en fond renforçant l'image d'une enveloppe contenant et favorisant l'imaginaire [43].
- Un temps de silence, c'est faire l'expérience d'un moment sans inductions pour éprouver la capacité à se retrouver dans un espace avec soi-même en présence des autres membres du groupe.
- Un temps de reprise, c'est un moment nécessaire au réveil du corps ; chacun à son rythme reprend contact avec ses sensations corporelles tout en s'étirant, en baillant, en respirant amplement.
- Un temps de verbalisation, c'est un moment de prise de parole chacun à son tour ; les verbalisations sont riches et renseignent sur le vécu, sur l'investissement corporel et sur le niveau de représentation ; mettre en mots ce que la personne a senti, éprouvé ou pensé, est un travail d'élaboration qui s'enrichit des associations de chacun [36].

Ces différents temps inscrivent des repères et une rythmicité nécessaires au travail corporel.

Chapitre 3

MADAME A., « LA DOULEUR A PRIS POSSESSION DE MOI »

I. LA PRISE EN SOIN AU SERVICE DE SSR

Pour cette étude de cas j'ai choisi de présenter Mme A., personne chez qui la maladie chronique est devenue envahissante au point de fragiliser et déstructurer sa vie personnelle, professionnelle et familiale. Lors de notre première rencontre Mme A. m'a confié qu'elle s'est sentie écoutée et « soulagée d'un poids ». Suite à cet échange ouvert basé sur la confiance mutuelle, je lui ai proposé de l'accompagner dans la prise en charge de sa douleur.

1) Les objectifs du séjour de Mme A.

Les objectifs du séjour de Mme A. ont été fixés par le médecin référent de la clinique, en accord avec l'équipe pluridisciplinaire.

- Améliorer la symptomatologie douloureuse en précisant que la rééducation n'est pas réellement un traitement de la douleur mais que certaines techniques comme la physiothérapie*, la fangothérapie*, la relaxation ou la balnéothérapie peuvent apporter un soulagement transitoire.
- Entreprendre un travail d'assouplissement au niveau du rachis lombaire et des membres inférieurs afin de permettre une meilleure utilisation du rachis sur ce qui à terme doit permettre de diminuer les douleurs.
- Entreprendre un travail de renforcement musculaire de la sangle abdominale mais surtout des muscles lombaires afin d'obtenir une protection rachidienne lors des activités de la vie quotidienne.
- Entreprendre un travail de reconditionnement global à l'effort qui sera réalisé en gymnase et en piscine.
- Rendre la patiente hospitalisée la plus autonome possible pour les activités de la vie quotidienne.

2) Les partenaires de soins

Mme A. est suivie par une équipe dans diverses disciplines :

- en kinésithérapie, par des exercices d'assouplissement, de renforcement et d'étirement réalisés deux fois par jour - une heure avec le kinésithérapeute et une heure en autonomie - ;
- en ergothérapie, par des conseils sur les actes de la vie quotidienne et de la pratique d'Activité Physique Adaptée (APA) ;
- en psychomotricité, par un travail de prise de conscience posturale et des aspects tonico-émotionnels en relation avec ses douleurs de dos ; les séances sont programmées deux fois par semaine dont l'une en séance de relaxation passive en groupe et l'autre en séance de relaxation dynamique en groupe ;
- en diététique, par une prescription d'un régime adapté à son surpoids et à sa maladie de Crohn*.

3) Le recueil de données

Mme A. est âgée de 44 ans. Elle est en hospitalisation complète pour une prise en charge d'une lombo-radiculalgie chronique latéralisée à droite. La durée de son séjour s'est déroulée sur cinq semaines, du 29 janvier au 06 mars 2020. À sa sortie, un programme d'exercices à réaliser au quotidien lui a été remis.

Mère de cinq enfants (âgés de 25 ans, 23 ans, 17 ans, 15 ans et 9 ans), elle habite dans une maison de plain-pied avec son mari. Les aînés ont déjà quitté le domicile familial.

Mme A. est employée en libre-service sur un poste de manutentionnaire et de mise en rayon dans un supermarché. Elle est sur son second arrêt de travail depuis le mois d'avril 2019. Elle souffre d'une dépression chronique et éprouve une douleur de type neuropathique qui persiste au niveau de la région lombaire et de sa cuisse droite.

Histoire de la maladie

En 2016, Mme A. a été en arrêt de travail pour une durée d'un an : sa douleur lombaire est devenue invalidante. Elle était sous traitement médicamenteux à base de Neurontin - un antiépileptique - et en a ressenti les effets. La même année, elle a bénéficié de deux infiltrations au niveau des articulaires postérieures des vertèbres lombaires, sans bénéfice

notable car l'effet a duré 48 heures pour la première infiltration et a été inefficace pour la seconde.

Un an plus tard, elle a repris son activité professionnelle mais sa douleur a récidivé. Au vu de cet état, la médecine du travail l'a considérée comme « inapte au port de charges de plus de cinq kilos ». Malgré la prise en compte de cette incapacité au fil des mois, sa douleur persistait.

En février 2019, sa douleur s'est majorée, surtout lors des trajets en voiture. Elle a été de nouveau mise en arrêt de travail en avril et a repris un traitement médicamenteux à base de Neurotin.

En novembre 2019, sur prescription de son médecin traitant elle a consulté un spécialiste de la clinique qui a diagnostiqué un syndrome rachidien latéralisé à droite associé à une double discopathie dégénérative entre les vertèbres lombaires L3/L4 et L4/L5.

Aujourd'hui, la lombalgie chronique l'invalide : elle ne conduit plus, et est en perte d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne (tâches ménagères, activités avec ses enfants, port de charges).

Ses antécédents

- Personnels : anxiété avec des périodes de dépression ; surpoids (Indice de Masse Corporelle = 34,77)
- Médicaux : lombalgie chronique latéralisée à droite ; maladie de Crohn (depuis 2001)
- Chirurgicaux : intervention abdominale (pour la maladie de Crohn)

Ses traitements

Mme A. prend un antiépileptique, du Neurontin à 600 mg en trois prises par jour ; un psycholéptique, du Seresta à 10 mg en trois prises par jour ; du Doliprane et de l'Acupan, des antalgiques à prendre trois fois par jour selon la douleur.

Elle est hypersensible aux anti-inflammatoires car ces derniers sont contre-indiqués du fait de sa maladie de Crohn.

L'évaluation de la douleur de Mme A. par les autres professionnels de la clinique

Dès son admission et tout au long de son séjour, la douleur de Mme A. a été évaluée et réévaluée par plusieurs professionnels de santé : médecin, infirmier et kinésithérapeute.

➤ Une Echelle Visuelle Analogique (EVA) a été passée par l'infirmier.

| EVA | <i>le 29/01/20</i> | <i>le 04/02/20</i> |
|------------|--------------------|--------------------|
| Scores | = 4 | = 3 |

➤ Une Echelle Numérique (EN) a été passée par le médecin.

| EN | <i>le 29/01/20</i> | <i>le 04/02/20</i> |
|-----------|--------------------|--------------------|
| Scores | = 3/10 | = 2/10 |

➤ Un recueil de données sur les caractéristiques de la douleur a été réalisé par le kinésithérapeute.

| T.I.L.T. | <i>le 30/01/20</i> | <i>le 14/02/20</i> | <i>le 28/02/20</i> |
|-------------------------------------|---|------------------------|---|
| Type de douleur ? | douleur chronique de type neuropathique | | |
| Intensité- Cotation ? | = 9/10 | = 6/10 | = 4/10 |
| Présence d'une douleur de fond ? | Oui Niveau lombaire | Oui Niveau lombaire | Oui Niveau fesse droite |
| Présence d'un pic douloureux ? | Oui, à la fatigue | Oui, à l'effort | Oui, dans la fesse et elle irradie au niveau du membre inférieur droit |

Constat : Au vu des résultats, il est à noter une diminution de l'intensité de la douleur de Mme A. en fin de séjour.

II. LA PRISE EN SOIN EN PSYCHOMOTRICITÉ

L'indication de prescription des séances de psychomotricité de Mme A. a été posée par le médecin référent de la clinique au sein du pôle des affections de l'appareil locomoteur.

1) L'entretien initial et l'évaluation des fonctions psychomotrices

La rencontre avec Mme A.

J'ai rencontré Mme A. le 29 janvier et le 31 janvier 2020. L'entretien initial que j'ai mené a permis de faire connaissance avec elle et de créer un premier lien de travail en tissant une alliance thérapeutique. Cet entretien semi-structuré a laissé Mme A. exprimer librement sa problématique tout en la réorientant vers des informations recherchées. L'échange d'une quarantaine de minutes a offert un espace-temps dédié à l'écoute active de son histoire corporelle et émotionnelle.

Sur le plan fonctionnel, Mme A. décrit une douleur à type de décharges électriques brèves et de brûlures continues. Elle localise sa douleur au niveau de la région lombaire avec un trajet irradiant à la face latéro-postérieure de la jambe droite. Tous les matins, elle a la sensation d'un dos « verrouillé » comparant cet état à : « je suis comme Robocop ». La journée, une sensation de brûlure se fait ressentir au niveau de la jambe droite, décrite comme une « cocotte-minute ». Face à la souffrance, elle se met davantage en mouvement. Ce comportement - l'hyperactivité - semble être un procédé auto-calmant.

L'observation clinique révèle une position antalgique en position assise – jambe droite en extension et surélevée sur l'autre jambe – et en position debout – rotation externe de la jambe droite, inclinaison gauche du tronc -. Sa respiration est irrégulière et se fait principalement dans la zone thoracique. Les situations orientées vers des items psychomoteurs révèlent une motricité globale entravée, des troubles du tonus ainsi qu'un rapport à l'espace et au temps perturbé. La marche se déroule sur un rythme saccadé : la démarche est raide, les mouvements sont peu fluides avec une absence du ballant des bras et des petites longueurs des foulées. L'équilibre statique debout est stable mais Mme A. présente une posture de compensation – l'appui podal est majoré sur la jambe gauche -. Elle présente une hypertonie axiale et une hypertonie segmentaire au niveau des membres inférieurs : sont relevées une zone de contraction dans la région lombaire, une rigidité moyenne et une difficulté de mouvements passifs au niveau des membres inférieurs. Ses

déplacements lui demandent une hyper-vigilance à l'égard de son dos et de ses gestes – se déchausser, s'asseoir, s'allonger – et se font dans un espace restreint avec lenteur.

Sur le plan psychique, elle exprime avec vivacité trois termes qui résumeraient son ressenti douloureux : « c'est insupportable, handicapant et déprimant ». La douleur perturbe son rythme nyctéméral impactant son cycle de sommeil : l'endormissement est facile mais la douleur la réveille en pleine nuit, elle se met à grignoter pour « faire passer le temps ». Elle est épuisée moralement par cette douleur omniprésente dont elle n'arrive pas à détacher son attention : « elle est là vingt-quatre heures sur vingt-quatre, elle a pris possession de moi ». Son humeur est impactée par la douleur – entre tristesse et colère – en lien avec une difficulté d'agir sur sa situation et de ne pas pouvoir fonctionner comme avant.

Sur le plan relationnel, elle n'entretient plus de relations amicales. Cependant, elle trouve un réconfort à se confier et à parvenir à exprimer verbalement sa douleur auprès des membres de sa famille « qui peine pour elle ».

Mme A. exprime le besoin de reconnaissance de l'existence de sa douleur et elle attend de son séjour d'obtenir des solutions, de moins souffrir ainsi que de freiner sa prise médicamenteuse. D'ores et déjà, la patiente est rassurée d'avoir trouvé une réponse médicale à sa lombalgie chronique et d'être entendue lors de cet entretien. Elle se dit être déterminée à prendre soin d'elle.

Le compte-rendu dans le dossier informatisé de Mme A.

À ce jour Mme A. a pu exprimer ses attentes, ses besoins et les objectifs de son séjour. Elle est en perte d'autonomie pour certains actes de la vie quotidienne : la conduite automobile et les tâches ménagères. Elle relate avoir pris quinze kilos depuis 2016 à cause de la douleur. Elle a exprimé des épisodes antérieurs dépressifs avec une envie de mettre fin à ses jours. La douleur, source d'anxiété, l'a amenée à réduire son activité professionnelle dont la reprise semble être une piste non envisageable pour elle. La charge anxiogène qui naît de la situation de Mme A. semble être compensée par des mouvements du corps. La douleur a bousculé l'équilibre familial au fil des années astreignant son mari au licenciement pour qu'il puisse s'occuper d'elle. Mme A. investit son corps dans sa dimension douloureuse. Elle caractérise une douleur neuropathique chronique comme ayant des effets persécuteurs et destructeurs. La douleur chronique, en plus d'induire une tension musculaire dans la zone lombaire, met à mal ses représentations corporelles. Elle déstructure son schéma corporel et dévalorise l'image de son corps. Le suivi en relaxation a plusieurs objectifs, afin de tendre vers une meilleure unité psychocorporelle.

2) Le projet thérapeutique en psychomotricité

Le projet thérapeutique en psychomotricité se définit après l'entretien initial. En lien avec le projet de vie de Mme A., il est adapté à ses capacités et au fonctionnement institutionnel.

2.1 Les objectifs thérapeutiques

Les objectifs thérapeutiques tendent à la diminution des symptômes de Mme A. :

- l'aider à se détacher et à se décentrer de sa douleur ;
- l'aider à retrouver des sensations corporelles agréables ;
- lui offrir un espace dans lequel elle pourra s'ouvrir à elle-même et à son environnement.

2.2 Les moyens thérapeutiques

Pour atteindre les objectifs thérapeutiques de la gestion de la douleur, je lui propose de débiter les séances en psychomotricité autour de la relaxation. Avec son accord, cette médiation lui offrira de se relâcher tant physiquement que psychiquement par des exercices de détente privilégiant le ressenti du corps dans l'immobilité (relaxation statique) et dans la mobilité (relaxation dynamique).

Les séances collectives en relaxation statique s'articulent autour :

- de la prise de conscience du corps en statique ;
- de l'apprentissage et de l'entraînement aux méthodes de relaxation (Schultz, Vittoz...);
- de l'expérience d'exploration corporelle du corps dans l'instant présent.

Les séances collectives en relaxation dynamique s'articulent autour :

- de la prise de conscience du corps en dynamique (contraction/décontraction) ;
- de la prise de conscience du mouvement et son réinvestissement ;
- de la prise de conscience posturale ;

- de la prise de plaisir à bouger en explorant les espaces (différents plans et axes) ;
- de l'expérimentation des appuis, de l'ancrage au sol (perception de la voûte plantaire, des transferts de poids), des mouvements d'antépropulsion et de répropulsion du bassin et des mouvements d'enroulement et de déroulement de l'axe (mobilisations segmentaires douces) ;
- d'un travail autour de la respiration pour une détente corporelle.

2.3 Les modalités de prise en soin

Afin de répondre aux objectifs, les modalités de prise en soin en psychomotricité s'inscrivent dans un cadre.

La prise en soin de Mme A. se fait en groupe semi-ouvert. Les séances de relaxation ont lieu dans une salle de psychomotricité, deux fois par semaine – le mercredi et le jeudi –. Elles se déroulent sur dix séances et sur la période du 05 février au 05 mars 2020. Chaque séance a une durée d'une heure.

2.4 L'évaluation de la douleur

Au cours de sa prise en soin, je rencontre Mme A. individuellement le 05 février 2020 et le 04 mars 2020 pour évaluer sa douleur chronique par des tests certifiés par la **Haute Autorité de Santé** [14].

- Le Questionnaire Douleur Saint-Antoine simplifié précise le type de douleur que Mme A. ressent depuis les quinze derniers jours. Pour cela, elle identifie les mots décrivant sa douleur.
- Le schéma des zones douloureuses précise la localisation de la douleur de Mme A. Pour cela, elle repère les zones douloureuses sur un schéma et elle précise l'intensité par divers codes.

Un moment d'échanges vient enrichir ces temps d'évaluation (**ANNEXE 9**).

3) L'accompagnement en psychomotricité

Les dix séances de relaxation se déroulent sur la période du 05 février au 05 mars 2020 dont une séance de relaxation active et une séance de relaxation passive par semaine.

3.1 Les séances de relaxation statique

Chaque séance de relaxation statique a lieu le mercredi à la même heure.

➔ Séance 1, mercredi 05 février 2020

À ce jour, Mme A. se sent fatiguée et douloureuse. Elle dit être hyperactive durant la journée et ne pas arriver à s'enfermer dans une bulle ici à la clinique. Pour l'installation, je lui propose un coussin de positionnement pour soulager le poids de sa jambe douloureuse : après s'être allongée sur le côté gauche. Au moment de verbaliser : « J'étais bien installée. J'étais ailleurs, dans un autre monde et maintenant je me sens plus légère. La douleur était là mais j'ai fait abstraction en me basant sur le son de la voix. » Mme A. valide le coussin de positionnement pour la prochaine séance et cette première séance est un moment de décompression pour elle.

➔ Séance 2, mercredi 12 février 2020

À ce jour, Mme A. évoque une baisse de moral causée par l'éloignement de sa famille. Au moment de verbaliser : « Je suis partie, c'était bien, je me sens plus apaisée car hier j'étais très tendue. Votre voix est très relaxante, à vous écouter je parviens à me détendre avec assez de facilité. » Mme A. confie qu'elle « arrive enfin à lâcher -prise » et qu'elle a pris du plaisir à se laisser aller. Dans cette activité, le placement du coussin est une position antalgique, elle désire s'en procurer à domicile.

➔ Séance 3, mercredi 19 février 2020

À ce jour, Mme A. se sent mieux, son rythme de sommeil est moins perturbé par la douleur. Elle avoue que persévérer lui apporte des améliorations : elle ressent la douleur de façon moins intense, elle a perdu du poids. Au moment de verbaliser elle l'exprime ainsi : « C'était bien. J'ai lâché-prise. Mon mari est très étonné quand je lui dis que je me relâche en relaxation. » Elle reconnaît qu'assister à plusieurs séances l'aideront beaucoup à s'en sortir.

➔ Séance 4, mercredi 26 février 2020

À ce jour, Mme A. parle de sa sortie proche. Elle ressent toujours une douleur mais de façon supportable : « Mon cerveau arrive à se dire qu'elle est moins présente, il commence à assimiler. » Elle a arrêté de prendre le médicament Acupan et s'en réjouit. Au moment de verbaliser : « Il y a des choses que je n'ai pas entendues parce que je suis partie loin. J'avais la voix en fond... je suis partie, maintenant j'arrive à partir. » Mme A. dit être étonnée elle-même puisqu'elle n'arrivait pas à « lâcher-prise » auparavant. Elle parvient à comparer son état d'avant avec celui d'aujourd'hui : « Je prends vraiment un moment pour moi, je parviens à oublier ma douleur. J'arrive surtout à dormir, c'est bien ! »

➔ Séance 5, mercredi 04 mars 2020

À ce jour, Mme A. se sent fatiguée du fait de l'intensification des exercices de rééducation réalisés au cours de la dernière semaine. La douleur se calme le soir au repos. Elle a hâte de retrouver son mari et ses enfants comme au cours du week-end dernier ; regagner son domicile lui fait du bien. Elle a mis en place de nouvelles astuces chez elle : elle a reçu son coussin de positionnement pour dormir ; elle s'étire après les trajets en voiture ; elle adopte des positions qui la soulagent. Au moment de verbaliser : « Au fil des séances je pars de plus en plus vite, j'arrive à me détendre, je suis bien. »

3.2 Les séances de relaxation dynamique

Chaque séance de relaxation dynamique a lieu le jeudi à la même heure.

Au cours de cette prise en soin, Mme A. prend conscience de sa posture. Elle expérimente les mouvements de son bassin et de sa colonne dans une dimension autre que douloureuse. Elle se surprend à retrouver des sensations qu'elle ne connaissait plus due à l'omniprésence de la douleur. Elle est capable de modifier ses appuis podaux afin de trouver un meilleur équilibre debout : elle prend conscience de son axe corporel quand elle s'accroupie et se redresse et elle oriente au mieux sa tête pour garder le regard à l'horizontal lors de ses déplacements.

Mme A. confie que rencontrer plusieurs personnes vivant la même situation qu'elle dans la clinique la rassure. Elle pensait être la seule à souffrir de lombalgie chronique. En effet, durant ces séances de relaxation active, elle échange régulièrement avec Mme V. Dès leur première rencontre les deux dames appartenant à une même tranche d'âge ont sympathisé. Quelques jours après leur admission elles ont demandé à changer de chambre pour se retrouver ensemble jusqu'à la fin de leur séjour. Elles se soutiennent moralement.

4) Le compte-rendu de la prise en soin de Mme A.

4.1 Les séances de relaxation

Au fil des séances de relaxation statique, Mme A. m'a semblé partir de plus en plus rapidement dans un état somnolent et de détente. Je peux considérer cet état comme un lâchage bénéfique du besoin de contrôle voire comme un progrès. C'est à travers un dialogue tonico-émotionnel que je me suis adaptée à ses rythmes. À ma voix, Mme A. a réagi par un abaissement du tonus. Elle s'est laissée bercer par cette voix comme un bain sonore enveloppant. Pour transformer ses émotions en quelque chose de recevable, j'ai pu mettre à sa disposition mon psychisme tel un « *Moi auxiliaire* ». Le travail de verbalisation l'a aidée à se centrer sur ses ressentis, d'y mettre du sens et ainsi à gérer ses émotions. L'exploration corporelle du corps en statique lui a fait prendre conscience de sa capacité à se relâcher.

Au cours des séances de relaxation dynamique, j'ai pu constater l'effet très bénéfique du groupe thérapeutique. Le travail de prise de conscience du corps en dynamique associé à la respiration ainsi que la prise de conscience du mouvement ont amené Mme A. à se réapproprier son corps sous une dimension autre que douloureuse et de favoriser son réinvestissement. Sa respiration semble moins irrégulière et plus aisée. Elle investit davantage l'espace et semble avoir plus d'assurance lors de ses mouvements et gestes. Elle a été davantage attentive à l'impact de ses émotions sur son tonus rendant une régulation tonico-émotionnelle et un ajustement tonico-postural meilleurs. La mise en sens et en mots qui a accompagné la mise en mouvement du corps de Mme A. a servi d'étai [38] à la mise en mouvement de sa psyché ouvrant la voie au plaisir, à la rencontre d'elle-même et des autres.

À la dernière séance, Mme A. a tenu un discours optimiste. Elle a émis le souhait de poursuivre la relaxation à sa sortie car les séances lui ont été bénéfiques. Elle s'est sentie comprise dans sa souffrance : « *Toutes les personnes souffrant de douleurs chroniques le disent : le sens attribué à la douleur est très important.* » [48] ; elle a remercié la rencontre avec la psychomotricité, « sans cela, je n'aurais pas pris conscience de tout ça » ajoute-t-elle.

4.2 L'évaluation de la douleur

- Le Questionnaire Douleur Saint-Antoine simplifié (ANNEXES 7, 8, 9)

Suite à une réévaluation de la douleur chronique – le 04 mars 2020 –, je constate que la part affective de la douleur reste plus importante que la part sensorielle. Le score de la dimension affective marque une baisse significative de moitié ; le score de la dimension sensorielle, montre une légère diminution. La comparaison des scores totaux sur les deux temps

d'évaluation – entre le 05 février et le 04 mars - montre une diminution significative du ressenti de la douleur. Mme A. a confirmé ne plus avoir de sensation de brûlure et de fourmillement, en ces termes, elle a ajouté avec enthousiasme : « le changement est grand ».

- Le schéma des zones douloureuses (ANNEXE 10)

Suite à une réévaluation –le 04 mars 2020 -, la localisation de la douleur a changé, elle s'est déplacée de la face latéro-postérieure de la jambe droite à la face interne : l'existence d'un déplacement est un signe positif, cela est considéré comme une première étape avant d'aller vers un certain contrôle de cette douleur. L'intensité de la douleur a diminué : elle est devenue supportable au niveau de la région lombaire. Mme A. ressent toujours une douleur profonde et la douleur reste intense au niveau d'un point particulier, la sacro-iliaque droite.

4.3 Conclusion de la prise en soin de Mme A. en psychomotricité

Mme A., souffrante d'une douleur chronique impactant sa vie quotidienne, anxieuse au début du séjour, a su s'approprier ces temps de relaxation pour accéder au relâchement tonique. Elle est parvenue à se détacher de la douleur et à se concentrer sur des sensations agréables.

La relaxation a eu des effets bénéfiques sur le tonus, le schéma corporel et l'image du corps de Mme A. Cette médiation a amené une image narcissique d'elle positive, unifiée, valorisée et valorisante ainsi qu'une meilleure conscience de sa posture. Elle a perdu du poids et a gagné en souplesse ; les hypertonies axiale et segmentaire sont moins marquées ; elle a retrouvé une verticalité ; sa marche est plus harmonieuse, accompagnée du ballant des bras.

L'approche groupale a facilité le tissage des liens entre les patients. Le sentiment d'avoir partagé des vécus semblables a généré chez Mme A. une confiance retrouvée pour aller de l'avant.

Les objectifs du projet thérapeutique ont été atteints. L'intensité de la douleur a diminué ainsi que la prise médicamenteuse. Le travail de verbalisation et la prise de conscience corporelle en situation statique et dynamique ont permis la reconstruction de son identité psychocorporelle. Elle a tiré avantage des outils nécessaires à son mieux-être quotidien pour maintenir un lien serein avec sa vie d'avant. Les bienfaits remarquables de la relaxation en psychomotricité dans la gestion de la douleur laissent augurer la reprise d'une vie normale pour Mme A.

L'accompagnement psychomoteur a favorisé la remise en mouvement psychomotrice chez Mme A. Le psychomotricien tient une place importante auprès du patient douloureux chronique par sa prise en charge double de la personne, globale et spécifique.

CONCLUSION

Le corps blessé devenu douloureux peut faire l'objet d'une atteinte de l'intégrité psychocorporelle de l'individu. Un traumatisme physique ne se résume pas qu'à une atteinte corporelle, il vient bousculer les assises identitaire et narcissique du sujet. La douleur chronique bouleverse la relation du patient à son corps et sa relation aux autres. Le patient ne reconnaît ni son corps ni lui-même. Par conséquent, l'image de lui-même qu'il s'est constituée auparavant, s'est détériorée ; outre l'atteinte de l'image du corps, c'est aussi l'image que la personne renvoie aux autres qui est modifiée. Par le désinvestissement de son corps, de soi et de son existence, le sujet peut perdre peu à peu le désir de vivre. C'est pourquoi la prise en charge de la douleur chronique est devenue un enjeu de santé publique.

L'approche psychomotrice au sein d'une équipe pluridisciplinaire dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) intervient dans la prise en soin du patient douloureux chronique. Le psychomotricien, dans une double approche complémentaire, globale et spécifique, met en place des moyens pour diminuer la sensation douloureuse et favoriser la remise en mouvement somato-psychique. Ses actions d'écoute, d'observation, d'évaluation et l'utilisation de la médiation corporelle se fondent et s'argumentent sur la connaissance et sur l'étude des composantes et des mécanismes de la douleur et sur sa conception sous forme d'un modèle bio-psycho-social. En effet, l'écoute singulière et attentive unissant le corps et l'esprit est décisive dans la prise en soin du patient. La relaxation, technique de médiation corporelle, qu'elle soit dynamique ou statique, invite le sujet à la rencontre de lui-même, à la ré-exploration de ses potentialités et à la prise de conscience de ses capacités à faire face au syndrome douloureux chronique. Ainsi, la relaxation en facilitant l'éprouvé corporel, joue un rôle dans l'harmonisation corps et esprit, puisqu'elle s'inscrit dans un double mouvement, du corps à l'esprit et de l'esprit au corps [51]. Ces actions concomitantes sont basées sur la ré-harmonisation du registre tonico-émotionnel, sur la restructuration du schéma corporel, sur la revalorisation de l'image du corps et sur la réorganisation spatio-temporelle.

L'indication thérapeutique en psychomotricité a pu amener une consolidation de l'intégrité psychocorporelle et un renforcement des assises identitaire et narcissique du patient douloureux chronique. La remise en mouvement somato-psychique va susciter des changements bénéfiques tout en renforçant la propre autonomie du patient. Le psychomotricien a toute sa place dans une prise en soin non médicamenteuse préconisée dans le troisième plan national de l'amélioration de la prise en charge de la douleur [47].

Quelques pistes de réflexion

Au cours de mon stage pratique en SSR, j'ai mesuré combien mon engagement et mon implication sont les fondements d'une relation thérapeutique de qualité entre le patient et le thérapeute. J'ai été confrontée à la douleur chronique et ce qu'elle suscite chez le sujet.

Au cours de ma formation initiale, j'ai eu l'opportunité de découvrir la relaxation, de m'approprier cet outil, de l'investir et de l'expérimenter me permettant de l'engager avec les patients. La relaxation thérapeutique est une médiation pertinente auprès du sujet douloureux chronique. Il me reste toutefois à approfondir des pratiques corporelles personnelles par des formations post-graduées, et ce, tout au long de mon parcours professionnel.

En tant que stagiaire j'ai pris conscience de mes limites concernant ma posture professionnelle, par moments il a été difficile de trouver un équilibre entre l'empathie envers le patient et la gestion de mes émotions. Du fait de la complexité du syndrome douloureux chronique, l'investissement est coûteux en énergie et en émotions. D'avoir été supervisée par ma maître de stage et au sein de l'Institut de Formation en Psychomotricité, a été constructif. La supervision m'a aidée à réfléchir à ma posture professionnelle et à prendre du recul sur mes éprouvés.

L'intérêt du groupe thérapeutique en relaxation est pertinent et permet aux patients de se rencontrer, de communiquer et d'être reconnus dans leur douleur, et le cas échéant, de s'assurer une reconnaissance d'eux-mêmes en tant qu'être qui souffre. Considérés comme des processus indiscutables dans la relation thérapeutique, les processus transféro-contre-transférentiels nourrissent les échanges et demandent à être analysés. Chacun des partenaires de l'interaction est exposé à ses éprouvés toniques, sensoriels et affectifs. La présence plurielle des patients complexifie ce jeu de transferts et de contre-transferts ; ces processus dynamiques et leur contribution à l'amélioration des symptômes douloureux pourraient être l'objet d'une réflexion en vue d'un travail à venir.

Dans un groupe restreint, l'intérêt d'une co-thérapie faciliterait l'analyse des éprouvés des thérapeutes exposés aux récits douloureux des patients.

Dans le cadre du service de SSR, le psychomotricien est amené à adapter ses soins en fonction de la durée du séjour du patient en lien avec les phases de rééducation – passive, active aidée, active –. Le psychomotricien rencontrera certains patients une fois ou deux et d'autres sur un temps plus long. Il s'ajustera et s'adaptera alors dans ce contexte, tout en restant créatif dans la qualité des soins à apporter au patient douloureux chronique.

BIBLIOGRAPHIE

[1] **Anzieu, D.** (1995). *Le Moi-peau*. Paris, France : Dunod, p.36, p.121-128 et p.272

[2] **Anzieu, D., Anzieu, A., Guillaumin, J., Houzel, D., Lecourt, É., Enriquez, E., ... Doron, J.** (2000). *Les enveloppes psychiques*. 2^{ème} édition. Paris, France : Dunod, p. 43-72 et p.109-134

[3] **Baste, N.** (2016). *Méthodes de relaxation : En 37 notions*. Paris, France : Dunod, p.7

[4] **Bioy, A., & Lignier, B.** (sous la direction de) (2020). *Clinique et psychopathologie de la douleur*. Malakoff, France : Dunod, p.51-55

[5] **Brennstuhl, M.** (2018). *Prendre en charge la douleur chronique : Avec les thérapies non médicamenteuses*. Paris, France : Dunod.

<https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/prendre-en-charge-la-douleur-chronique--9782100778775.htm>

[6] **Brouillard, G.** (2018). *La douleur repensée*. Paris, France : Leduc.s, p.15-23

[7] **Courbacier, M.** (2019). *Impact de la douleur sur l'image du corps*. Mémoire de psychomotricité.

[8] **Dolto, F.** (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris, France : Du Seuil, p.23 et p.50

[9] **Dolto, F.** (1997). *Le sentiment de soi aux sources de l'image du corps*. Paris cedex, France : Gallimard, préface

[10] **Fauché, S.** (1993). *Du corps au psychisme : Histoire et épistémologie de la psychomotricité*. Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France, p.13

[11] **Gauberti, M.** (1993). *Mère-enfant à corps et à vie, analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*. Paris, France : Masson, p.15

[12] **Giromini, F. & Lesage, B.** (2013). *Silence et parole du corps. Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°174, p.114-126

[13] **Grisart, J. & Berquin, A.** (2017). *La douleur ne me lâche pas*. Bruxelles, Belgique : Mardaga, p.25-52 et p.89-90

[14] **Haute Autorité de Santé** (2008). *Douleur chronique : Reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Recommandations*. Saint-Denis-la-Plaine : HAS.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_recommandations.pdf

[15] **Houzel, D.** (2010). *Le concept d'enveloppe psychique*. Paris, France : In Press, p.9

[16] **Kaës, R.** (2016). Anzieu Didier (1923-1999). Dans : Jacqueline Barus-Michel éd., *Vocabulaire de psychosociologie : Références et positions*. Toulouse, France: Érès, p.435-441

[17] **Laroche, F. & Roussel, P.** (sous la direction de) (2012). *Douleur chronique et thérapies comportementales et cognitives (TCC)*. Paris, France : In Press, p.21-22

[18] **Larousse** dictionnaire. *Définition de la relaxation*.

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

[19] **Lauras-Petit, A.** (2008). *Les souffrances du corps. Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°154, p.12-18

[20] **Laurent, B.** (2019). *Idées reçues sur la douleur*. Paris, France : Le Cavalier Bleu, p.21-27

[21] **Le Breton, D.** (2003). *La Peau et la Trace : Sur les blessures de soi*. Paris, France : Métailié, p.27-28

[22] **Le Breton, D.** (2012). *Anthropologie de la douleur*. Paris, France : Métailié, p.45

[23] **Le Breton, D.** (2017). *Tenir. Douleur chronique et réinvention de soi*. Paris, France : Métailié, p.132-243

[24] **Légifrance**. *Code de la santé publique - Article L1110-5*.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031972245&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160204>

[25] **Légifrance**. *Décret n°88-659 du 06 mai 1988*.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000693097&categorieLien=cid>

[26] **Lesage, B.** (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation*. Toulouse, France : Érès, p.14-34

[27] **Livoir-Petersen, M.-F.** (2009). *Le tonus dans tous ses états. Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°157, p.96-107

[28] **Marchand, S.** (2009). *Le phénomène de la douleur. Comprendre pour soigner*. Paris, France : Masson, p.11-17

[29] **Ministère des Solidarités et de la Santé**. *Prise en charge de la douleur*.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>

[30] **Ministère des Solidarités et de la Santé**. *Soins de Suite et de Réadaptation*.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>

[31] **Mucchielli, A.** (2013). *L'identité*. Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France, p.63-84

[32] **Naccache, L.** (2017). *La matrice de la douleur*. France : Radio France.

<https://www.franceinter.fr/emissions/parlez-vous-cerveau/parlez-vous-cerveau-22-aout-2017>

[33] **Nasio, J.-D.** (2006). *La Douleur physique. Une théorie psychanalytique de la Douleur corporelle*. Paris, France : Payot et Rivages, p.11-58

[34] **Pireyre, Éric W.** (2015). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept*. Paris, France : Dunod, p.48-60

[35] **Ponton, G.** *D'où vient le sentiment de sécurité chez l'ainé ?*

<https://camisalie.pagesperso-orange.fr/art-verticalite-aines.pdf>

- [36] **Potel, C.** (sous la direction de) (2010). *Psychomotricité : entre théorie et pratique*. 3^{ème} édition actualisée. Paris, France : In Press, p.90, p.157 et p.215-246
- [37] **Potel, C.** (2019). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse, France : ERES, p.146 et p.400-406
- [38] **Robert, O. & Calvino B.** (2018). *La douleur n'est pas une fatalité ! Comprendre et apprivoiser une douleur*. Versailles, France : Quae, p.43-47
- [39] **Robert-Ouvray, S.** (1999). *Le corps étai de la psyché. Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°117, p.46-61
- [40] **Robert-Ouvray S.** (2010). *Intégration motrice et développement psychique : une théorie de la psychomotricité*. Paris, France : Desclée De Brouwer, p.155-166
- [41] **Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J-M.** (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 1 Concepts fondamentaux* (Collection Psychomotricité). Paris, France : De Boeck Supérieur, p.327-334
- [42] **Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J-M.** (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 2 Méthodes et techniques* (Collection Psychomotricité). Paris, France : De Boeck Supérieur, p.239-244
- [43] **Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J-M.** (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 3 Clinique et thérapeutiques* (Collection Psychomotricité). Paris, France : De Boeck Supérieur, p.147-168
- [44] **Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J-M.** (2018). *Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 4 Sémiologie et nosographies psychomotrices* (Collection Psychomotricité). Paris : De Boeck Supérieur, p.379-391
- [45] **Servant, D.** (2015). *La relaxation : nouvelles approches, nouvelles pratiques*. 2^{ème} édition. Paris, France : Elsevier Masson, p.55-86
- [46] **Simonnet, G., Laurent, B. & Le Breton, D.** (2018). *L'Homme douloureux*. Paris, France : Odile Jacob, p.51-57 et p.79- 90

[47] **Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur.** *Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010.*

<https://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur/>

[48] **Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur.** *Livre Blanc de la douleur 2017. État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen.*

https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre_blanc.pdf

[49] **Soumaille, S. & avec Piguet, V.** (en collaboration) (2018). *J'ai envie de comprendre ... les douleurs chroniques et rebelles.* Chêne-Bourg, Genève : Planète Santé, p.10 et p.153

[50] **Syndicat National d'Union des Psychomotriciens.** *Définition du métier de psychomotricien.*

<http://snup.fr/la-profession/definition-du-metier-de-psychomotricien/>

[51] **Thiveaud, M.** (2004). *Filiations, transmissions et héritages en psychomotricité. Thérapie psychomotrice et Recherches*, n° hors-série, p.342-348

[52] **Vachez-Gatecel, A. & Valentin-Lefranc, A.** (2019). *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices.* Paris, France : Dunod, p.34-35, p.305 et p. 396-398

[53] **Van Der Kolk, B.** (2018). *Le corps n'oublie rien : le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme.* Paris, France : Albin Michel, résumé

[54] **Vlaeyen, J.W.S. & Crombez, G.** (2009). *La psychologie de la peur et de la douleur. Revue du Rhumatisme.* Paris, France : Elsevier Masson

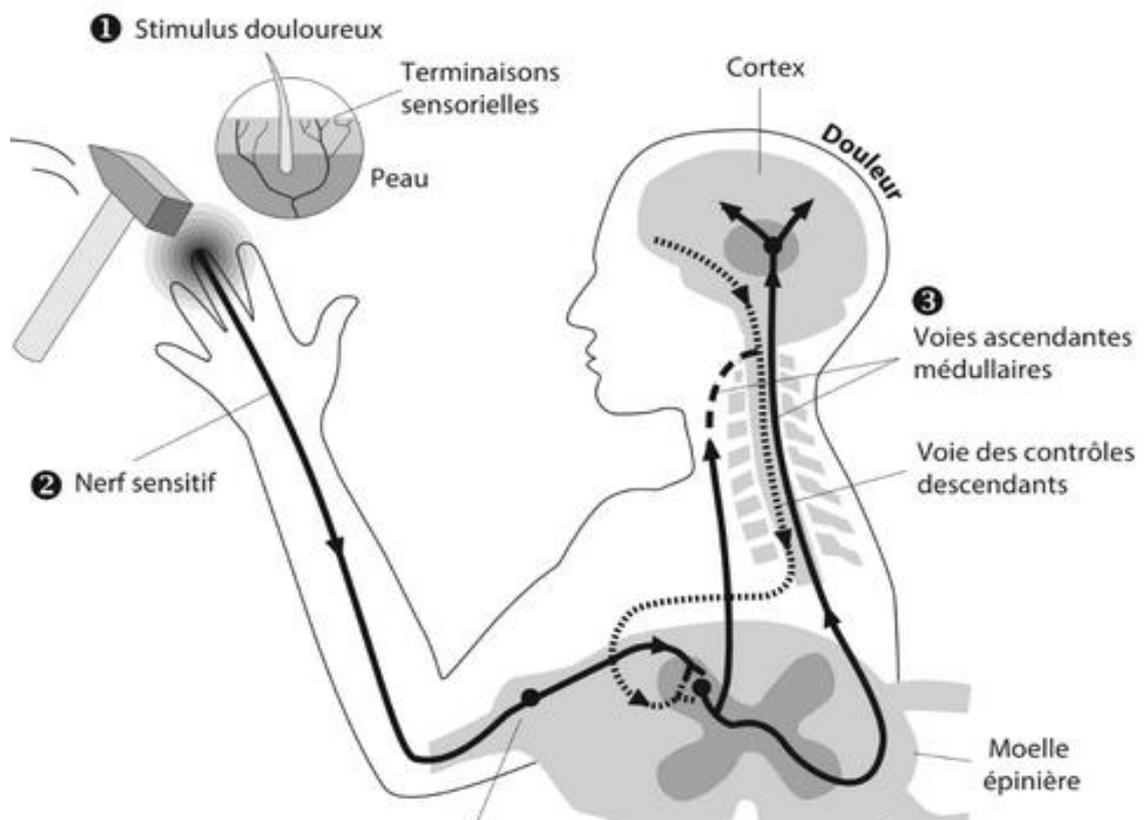
<https://www.yvanc.com/Download/TEMPORAIRES/Bulletin/200906%20Vlaeyen%20&%20Crombey%20Psycho%20de%20la%20peur%20et%20de%20la%20douleur.pdf>

[55] **Winckler, M., & Gahagnon, A.** (2019). *Tu comprendras ta douleur.* Saint-Amand-Montrond, France : Fayard, p.23-33, p.89-90, p.259-263 et p.477

[56] **Winnicott, D.W** (1975). *Jeu et réalité.* Paris, France : Gallimard, p.27-64 et p.204

ANNEXE 1

Le circuit de la douleur

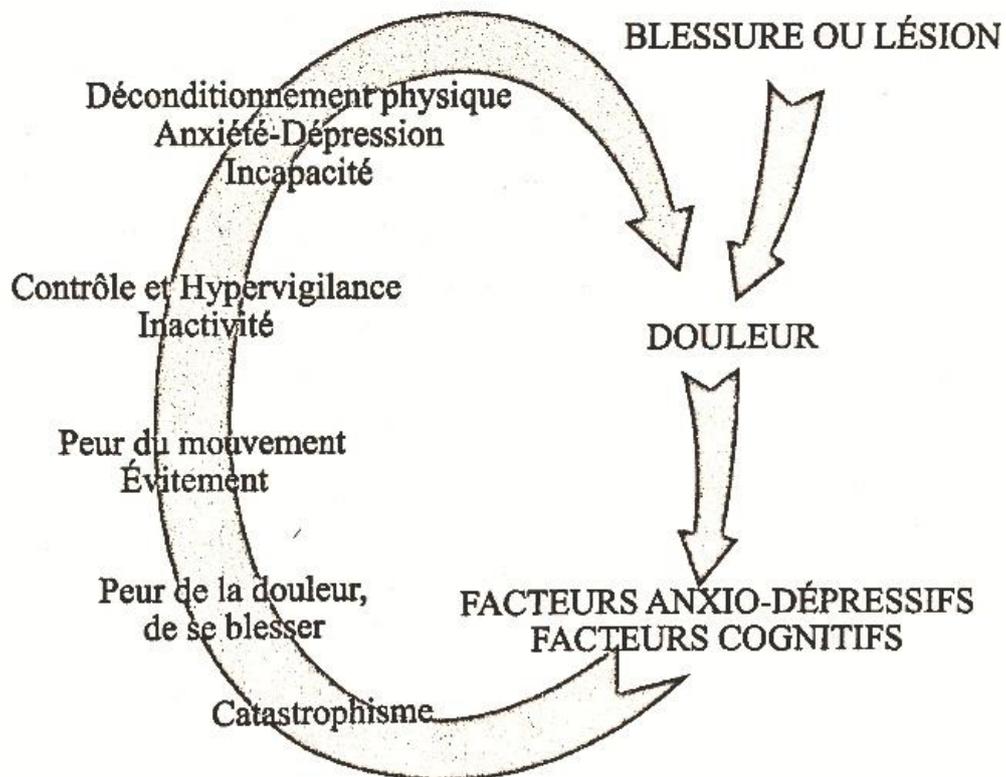


Le voyage en trois temps du signal douloureux

[38, p.26]

ANNEXE 2

Le cercle vicieux de la douleur chronique



Le cercle vicieux de la douleur chronique

[55, p.261]

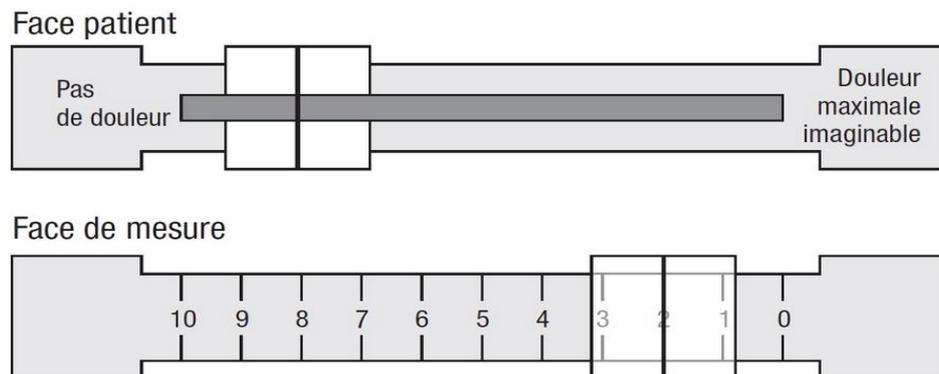
ANNEXE 3

L'Échelle Visuelle Analogique (EVA) et l'Échelle Numérique (EN)

L' EVA :

C'est la plus utilisée et la plus fiable. Elle ne mesure que l'intensité de la douleur. Aucune information n'est apportée au sujet de la nature de la plainte du patient.

L'EVA se présente sous la forme d'une réglette en plastique avec une ligne droite de 100 mm. Cette échelle est composée de deux faces : une face pour le patient et une face pour le professionnel de santé. La face visible par le patient comporte un trait horizontal avec à l'une des extrémités (gauche) l'inscription « pas de douleur ou absence de douleur » et à l'autre extrémité (droite) l'inscription « douleur maximale imaginable ». Nous présentons donc la réglette au patient comme une sorte de thermomètre de la douleur. Il peut ainsi déplacer le curseur le long de la ligne droite.



L' EN :

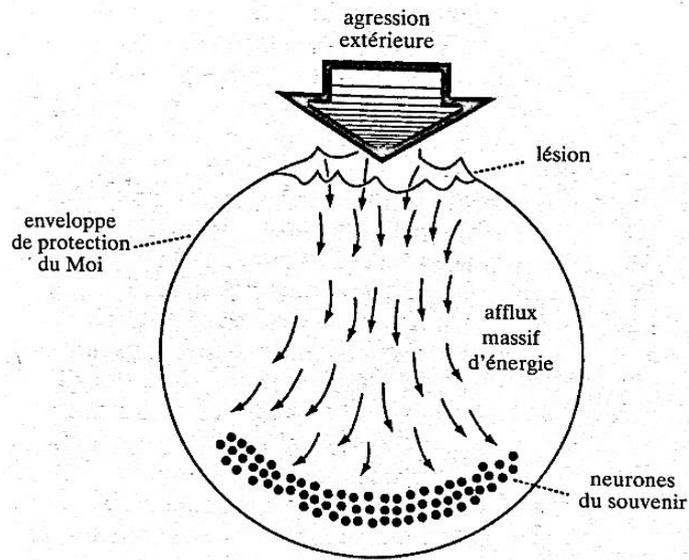
C'est une échelle qui n'a pas de support physique (pas de réglette).

Nous demandons au patient : « Pouvez-vous m'indiquer sur une échelle de 0 à 10 le niveau de votre douleur en ce moment ou le niveau de douleur le plus élevé au cours des huit derniers jours ? ». La cotation 0 correspond à l'absence de douleur et la cotation 10 à la douleur maximale imaginable.



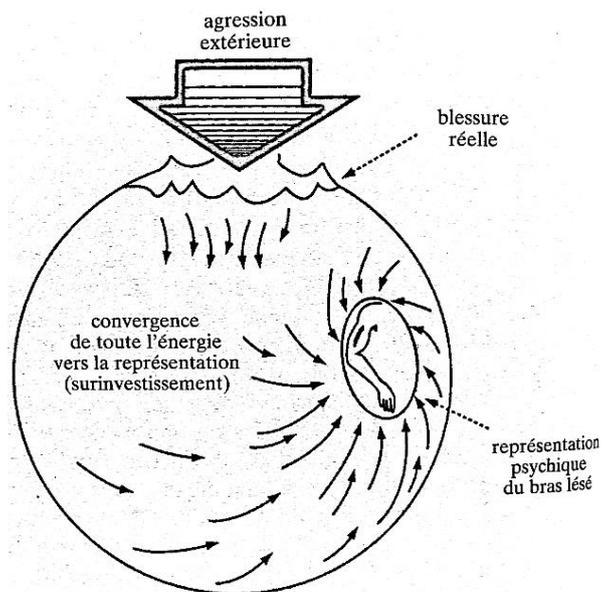
ANNEXE 4

La douleur et l'enveloppe de protection du Moi



La douleur résulte d'une lésion de l'enveloppe de protection du Moi et d'un afflux massif d'énergie qui atteint les neurones du souvenir. Le Moi est ici représenté sous la forme simplifiée d'une vésicule vivante

[33, p.27]



Le Moi pense la représentation de la blessure, faute de pouvoir panser la blessure réelle

[33, p.48]

ANNEXE 5

Le programme type de rééducation d'un patient au service de SSR

| HORAIRES | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI |
|----------------|-------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------|
| <u>MATIN</u> | Kiné (9h) | Visite médicale (9h) | Kiné (9h) | | Psychomotricité (9h) |
| | Pisteur 2 | | Presse 1 | | Kiné (10h) |
| | Kiné (10h) | Kiné (10h) | Kiné (10h) | Kiné (11h15) | |
| | Presse 1 | Groupe | Groupe | Groupe | Presse 1 |
| | Kiné (11h15) | | Kiné (11h15) | Kiné (11h15) | Kiné (11h30) |
| | Groupe | | Pisteur 2 | Presse 1 | Appareil abaisseur |
| | Psychomotricité (13h30) | | Kiné (13h30) | Kiné (13h30) | Kiné (13h30) |
| | Individuel | | Groupe | Groupe | Groupe |
| | Diététique (14h30) | Kiné (14h30) | Kiné (14h30) | Kiné (14h30) | Kiné (14h30) |
| | <u>APRES-MIDI</u> | Atelier suivi hypocalorique | Presse 1 | Piscine Groupe | Groupe |
| Kiné (15h30) | | | Kiné (15h30) | | |
| Parafongo | | | Pisteur 2 | | |
| Kiné (16h) | | Kiné (16h30) | Kiné (16h00) | Psychomotricité (16h00) | Kiné (16h00) |
| Piscine Groupe | | Piscine Groupe | Appareil abaisseur | Relaxation active groupe | Parafongo |
| | | Psychomotricité (16h45) | Relaxation passive groupe | Kiné (16h45) | |
| | | | | Pisteur 2 | |

ANNEXE 6

Questionnaire Douleur Saint-Antoine simplifié et schéma des zones douloureuses

Le Questionnaire Douleur Saint-Antoine simplifié (QDSA) :

- La dimension sensorielle de la douleur est représentée par les mots compris entre « élancement » et « lourdeur ». Elle permet d'orienter vers une composante neuropathique de la douleur chronique avec les termes « décharges électriques », « brûlure », « fourmillements » et « lourdeur ».
- La dimension affective de la douleur est représentée par les mots compris entre « épuisante » et « déprimante ». Elle évalue le retentissement psychologique de la maladie.
- L'analyse des « mots de la douleur » apporte des nuances qualitatives.
- Un score total peut être obtenu en associant des résultats chiffrés aux mots de la douleur : plus le score est important et plus la douleur est importante.

Le schéma des zones douloureuses :

- L'intensité de la douleur peut être nuancée : le vert est utilisé pour une douleur supportable, le bleu pour une douleur moyennement supportable et le rouge pour une douleur insupportable.
- La croix précise la localisation de la douleur ressentie comme la plus intense.
- Les lettres précisent si la douleur est profonde ou si elle est superficielle par les lettres « P » et « S ».

ANNEXE 7

Questionnaire Douleur St-Antoine simplifié le 05 février 2020

Vous trouverez une liste de mots pour décrire une douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez actuellement depuis les 15 derniers jours, répondez en mettant une croix pour la réponse correcte. [55, p.502]

| | 0 Absent/ Non | 1 Faible / Un peu | 2 Modéré / Modérément | 3 Fort / Beaucoup | 4 Extrêmement fort / Extrêmement |
|-----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Élancement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pénétrante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Décharges électriques | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Coup de poignard | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En étau | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tiraillement | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brûlure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fourmillements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lourdeur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Épuisante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Angoissante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Obsédante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Insupportable | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Énervante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Exaspérante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Déprimante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| Scores | Dimension sensorielle | Dimension affective | Total |
|-------------------|-----------------------|---------------------|-------|
| Calcul des scores | = 13 | = 26 | = 39 |

ANNEXE 8

Questionnaire Douleur St-Antoine simplifié le 04 mars 2020

Vous trouverez une liste de mots pour décrire une douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez actuellement depuis les 15 derniers jours, répondez en mettant une croix pour la réponse correcte. [55, p.502]

| | 0 Absent/ Non | 1 Faible / Un peu | 2 Modéré / Modérément | 3 Fort / Beaucoup | 4 Extrêmement fort / Extrêmement |
|-----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Élancement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pénétrante | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Décharges électriques | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Coup de poignard | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En étau | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tiraillement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brûlure | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fourmillements | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lourdeur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Épuisante | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angoissante | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Obsédante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Insupportable | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Énervante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Exaspérante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Déprimante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Scores | Dimension sensorielle | Dimension affective | Total |
|-------------------|-----------------------|---------------------|-------|
| Calcul des scores | = 8 | = 11 | = 19 |

ANNEXE 9

Commentaires associés aux Questionnaires Douleur Saint-Antoine

1) Commentaires de Mme A. au QDSA, le 05 février 2020

Concernant les mots **fourmillements** et **brûlure**, Mme A. rapporte qu'ils correspondent aux sensations au niveau de la jambe droite (les autres termes sont en lien avec la région lombaire)

Elle compare sa jambe gauche : « *elle bouge* », à sa jambe droite : « *j'ai une lourdeur, des fourmis, de la chaleur, comme si elle était morte* ».

Elle confie avec sincérité : « *sincèrement si ma jambe allait bien, j'arriverais à faire avec* ».

2) Commentaires de Mme A. au QDSA, le 04 mars 2020

Pour le terme **épuisante**, avec détermination Mme A. confie : « *j'ai décidé qu'il ne faut pas qu'elle me bouffe la vie* » ; « *il ne faut pas que je me concentre sur cette douleur* ».

Pour le mot **angoissante**, elle précise : « *non mais obsédante oui, elle m'obsède cette douleur* ».

Pour le mot **insupportable**, elle ajoute « *non je fais avec maintenant* ».

Pour le mot **énervante**, elle confirme : « *ça oui !* ».

Pour le mot **déprimante**, sans hésitation elle confie : « *ça par contre ça me mine* » et elle ajoute : « *je me dis que ça ira* ».

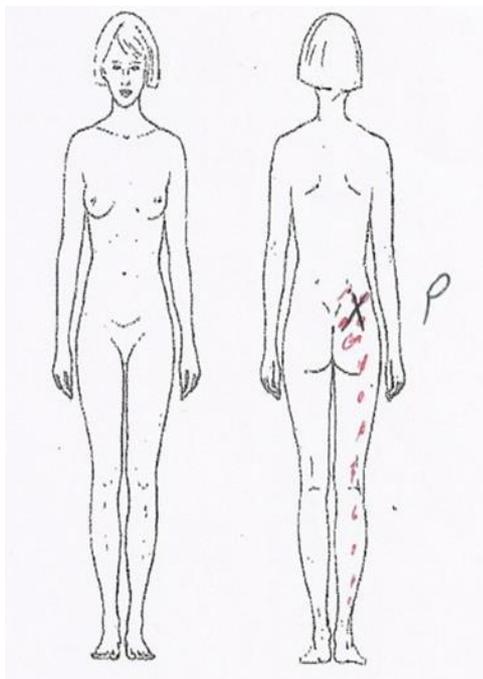
Quelques remarques : Le 04/03/20, Mme A. constate par elle-même un changement « *le changement est grand* » depuis le début du séjour et elle ajoute qu'elle aurait coché au questionnaire de la dernière fois toutes les cases intitulées « *extrêmement forte/4* ». Elle a fait un comparatif avec la rencontre du 05/02/20.

Les termes **brûlure** et **fourmillement** ont été repris volontairement par moi-même : ils sont cochés « *absents/0* » dans le tableau. Mme A. confirme verbalement ne plus avoir ces sensations au niveau de la jambe droite.

ANNEXE 10

Schémas des zones douloureuses le 05 février et le 04 mars 2020

Le 05 février 2020



Légende :

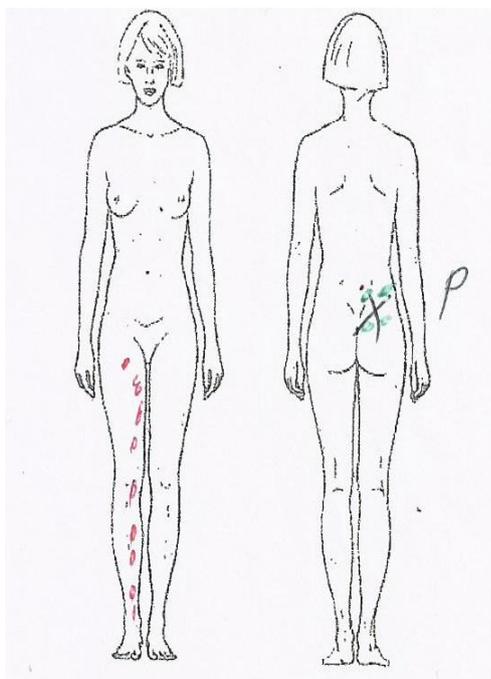
- stylo **rouge** : douleur insupportable
- croix **noire** : endroit où la douleur est la plus intense
- lettre **P** : douleur profonde

Commentaires :

Mme A. ajoute oralement « *la douleur est là* » (zone lombaire) et elle « *descend ici* » (jambe droite).

Elle ressent la douleur dans la **profondeur** en affirmant « *elle est dedans, c'est profond* ».

Le 04 mars 2020



Légende :

- stylo **rouge** : douleur insupportable
- stylo **vert** : douleur supportable
- croix **noire** : endroit où la douleur est la plus intense
- lettre **P** : douleur profonde

Commentaires :

Mme A. montre sur elle la douleur : elle descend à la partie interne de la jambe et elle précise que sa douleur a finalement bougé en interne.

Elle ressent toujours la douleur dans la **profondeur** « *ça n'a pas bougé* ».

GLOSSAIRE

Acromioplastie : chirurgie traumatologique par laquelle on soulage les muscles en élargissant l'espace dont ils ont besoin, pour éviter qu'ils ne rompent (p.39)

Arthrodèse : intervention chirurgicale destinée à supprimer la mobilité d'une articulation en provoquant une fusion osseuse, le plus souvent par résection des surfaces articulaires (p.18)

Arthrolyse : libération d'une articulation ankylosée, par section des formations capsulaires, ligamentaires et parfois musculaires, ainsi que des adhérences intra-articulaires (p.39)

Fangothérapie : traitement par l'application de boue d'origine volcanique (p.62)

Ligamentoplastie : reconstruction chirurgicale d'un ligament (p.44)

Lombalgie chronique : douleur au niveau de la région lombaire évoluant depuis plus de trois mois pouvant s'accompagner d'une irradiation à la fesse, à la crête iliaque voire à la cuisse et ne dépasse qu'exceptionnellement le genou (p.32)

Maladie de Crohn : maladie inflammatoire chronique de l'intestin (p.63)

Parafongo : boue d'origine volcanique utilisée, mélangée avec de la paraffine, pour des applications locales contre les douleurs rhumatismales (annexe 5)

Physiothérapie : méthode thérapeutique qui utilise les agents naturels : air, eau, lumière, etc. (p.62)

Spondylodiscite : inflammation, d'origine presque toujours infectieuse, du disque intervertébral et des corps vertébraux adjacents (p.11)

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|----------------------|----------|
| REMERCIEMENTS | 1 |
| SOMMAIRE | 2 |
| AVANT-PROPOS | 3 |
| INTRODUCTION | 4 |

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

| | |
|--|----------|
| Chapitre 1: LE CORPS DOULOUREUX | 7 |
| I. Toute douleur est souffrance | 7 |
| 1) La douleur : définition, types et composantes | 7 |
| 1.1 La souffrance est intimement liée à la douleur | 7 |
| 1.2 Les deux types de douleur | 8 |
| 1.2.1 La douleur aiguë ou « douleur-symptôme » | 8 |
| 1.2.2 La douleur chronique ou « douleur-maladie » | 8 |
| 1.3 Les composantes de la douleur | 9 |
| 1.3.1 La composante sensori-discriminative | 9 |
| 1.3.2 La composante affectivo-émotionnelle | 9 |
| 1.3.3 La composante cognitive | 10 |
| 1.3.4 La composante comportementale | 10 |
| 2) Neurophysiologie de la douleur | 12 |
| 2.1 L'élaboration de la sensation douloureuse | 12 |
| 2.2 La théorie du portillon médullaire ou du « gate control » | 13 |
| 2.3 La mémoire de la douleur | 13 |
| 2.4 Les mécanismes physiopathologiques générateurs de douleurs | 14 |
| 2.4.1 La douleur nociceptive | 14 |
| 2.4.2 La douleur neuropathique | 15 |
| 2.4.3 La douleur dysfonctionnelle | 15 |
| 2.4.4 La douleur mixte | 15 |
| 3) La douleur chronique et ses conséquences | 16 |
| 3.1 Les conséquences fonctionnelles | 16 |
| 3.2 Les conséquences psychologiques | 16 |
| 3.3 Les conséquences socio-professionnelles | 17 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| II. | L'évaluation et la prise en charge de la douleur | 19 |
| 1) | L'évaluation de la douleur | 19 |
| 1.1 | L'écoute et l'observation | 19 |
| 1.2 | Le recueil des informations | 19 |
| 1.3 | Les échelles de la douleur | 20 |
| 2) | Les traitements de la douleur | 21 |
| 2.1 | Les traitements médicamenteux | 21 |
| 2.2 | Les traitements non médicamenteux | 21 |

Chapitre 2 : LE CORPS DOULOUREUX EST INSÉPARABLE DE LA DOULEUR DE L'HOMME **22**

| | | |
|------------|--|-----------|
| I. | L'instauration et l'intériorisation de l'enveloppe psychocorporelle | 22 |
| 1) | L' « enveloppe maternante » | 22 |
| 1.1 | La préoccupation maternelle primaire et la rêverie maternelle | 22 |
| 1.2 | L'instauration et l'intériorisation de l'enveloppe psychocorporelle | 23 |
| 2) | L'enveloppe corporelle et la peau physique | 24 |
| 2.1 | L'enveloppe corporelle | 24 |
| 2.2 | La peau physique | 24 |
| 3) | L'enveloppe psychique et la peau psychique | 25 |
| 3.1 | L'enveloppe psychique | 25 |
| 3.2 | La peau psychique | 25 |
| II. | L'enveloppe psychocorporelle fragilisée par la douleur Chronique | 26 |
| 1) | Le « corps étai de la psyché » | 26 |
| 1.1 | Le concept de Moi-peau | 26 |
| 1.2 | Les fonctions du Moi-peau | 26 |
| 2) | La douleur et ses répercussions sur l'enveloppe de protection du Moi | 28 |

| | |
|---|-----------|
| Chapitre 3 : L'INTÉGRITÉ PSYCHOCORPORELLE MENACÉE | |
| PAR LA DOULEUR CHRONIQUE | 30 |
| I. La douleur chronique et ses répercussions psychomotrices | 30 |
| 1) La déstructuration du schéma corporel et la dévalorisation de l'image du corps | 31 |
| 2) La dérégulation du tonus | 33 |
| 3) La modification de l'organisation spatio-temporelle | 35 |
| II. L'intégrité du sujet menacée par la douleur chronique | 36 |
| 1) Les structures corporelles | 36 |
| 2) Les sentiments d'existence, de soi, de sécurité interne et d'identité | 37 |
| 2.1 Le sentiment de continuité d'existence | 37 |
| 2.2 Le sentiment de soi et le sentiment de sécurité interne | 38 |
| 2.3 Le sentiment d'identité | 38 |

ARGUMENTAIRE ET HYPOTHÈSES

41

PARTIE PRATIQUE

| | |
|---|-----------|
| Chapitre 1 : LA CLINIQUE DE MÉDECINE PHYSIQUE ET | |
| DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE | 43 |
| I. Le cadre institutionnel | 43 |
| 1) Présentation de la clinique | 43 |
| 1.1 Les missions de la clinique | 43 |
| 1.2 Les pôles de la clinique | 44 |
| 2) Le parcours de santé en service de Soins de Suite et de Réadaptation | 44 |
| 2.1 Les missions du service de SSR | 44 |
| 2.2 Le Comité de Lutte contre la Douleur | 45 |
| II. La vie en établissement de SSR | 46 |
| 1) Le cadre de vie | 46 |
| 2) Le quotidien des patients | 46 |
| 3) Les équipes au sein de la clinique | 47 |

Chapitre 2 : LA PSYCHOMOTRICITÉ AU SEIN DE LA CLINIQUE 48

| | |
|---|-----------|
| I. La place de la psychomotricité au service de SSR | 48 |
| 1) La psychomotricité, un travail psychocorporel | 48 |
| 1.1 Définition de la psychomotricité | 48 |
| 1.2 Les approches à médiation corporelle | 49 |
| 2) Le cadre thérapeutique en psychomotricité | 50 |
| 2.1 Les composantes du cadre en thérapie psychomotrice | 50 |
| 2.2 La dimension du cadre en relaxation | 51 |
| II. Le rôle du psychomotricien dans la prise en soin du patient douloureux chronique | 52 |
| 1) La contenance en psychomotricité | 52 |
| 1.1 La fonction contenante du cadre | 52 |
| 1.2 La fonction contenante du psychomotricien | 53 |
| 2) La relaxation, une technique de médiation corporelle | 54 |
| 2.1 Les différentes méthodes de relaxation | 54 |
| 2.2 La relaxation dynamique et la relaxation statique | 55 |
| 2.3 Les apports de la relaxation chez le patient douloureux chronique | 55 |
| 3) L'accompagnement du patient douloureux chronique | 57 |
| 3.1 Les indications de prise en charge | 57 |
| 3.2 L'entretien initial et l'évaluation des fonctions psychomotrices | 60 |
| 3.3 Les moyens d'évaluation de la douleur chronique | 60 |
| 3.4 Le projet thérapeutique en psychomotricité | 60 |
| 3.5 Le temps des séances de relaxation | 61 |

Chapitre 3 : MADAME A., « LA DOULEUR A PRIS POSSESSION

DE MOI » 62

| | |
|---|-----------|
| I. La prise en soin au service de SSR | 62 |
| 1) Les objectifs du séjour de Mme A. | 62 |
| 2) Les partenaires de soins | 63 |
| 3) Le recueil de données | 63 |
| II. La prise en soin en psychomotricité | 66 |
| 1) L'entretien initial et l'évaluation des fonctions psychomotrices | 66 |
| 2) Le projet thérapeutique en psychomotricité | 68 |
| 2.1 Les objectifs thérapeutiques | 68 |

