

Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice

Comment accompagner et soulager une personne
en souffrance ?

L'intérêt de la psychomotricité dans la prise en charge de la
douleur chez la personne âgée en soins palliatifs.

Mémoire présenté par Julia BUSSI

En vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien

Référent de mémoire :

Session de Juin 2008

M^{me} SANSON Séverine

Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice

**Comment accompagner et soulager une personne
en souffrance ?**

L'intérêt de la psychomotricité dans la prise en charge de la
douleur chez la personne âgée en soins palliatifs.

Mémoire présenté par Julia BUSSI

En vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien

Référent de mémoire :

Session de Juin 2008

M^{me} SANSON Séverine

Résumé

Les soins palliatifs se sont récemment développés en France. Leur objectif est d'assurer un certain confort de vie et du bien-être aux patients atteints d'une maladie grave et évolutive. De plus, les soins palliatifs tentent d'accompagner le patient dans sa globalité.

Le symptôme d'inconfort le plus fréquemment retrouvé est la douleur. Ses répercussions sont multiples et touchent les dimensions motrices, cognitives, affectives, sociales et spirituelles du patient. Par ailleurs, si le patient est une personne âgée, les problématiques spécifiques au vieillissement viennent s'ajouter à celles de la douleur et de la fin de vie. Son identité psychomotrice est donc bouleversée.

À travers le dialogue tonico-émotionnel, une attitude contenante et sa présence, le psychomotricien va tenter d'apporter au patient des moyens afin de réinvestir son corps, d'unifier son vécu corporel et de s'apaiser. Cette démarche ne peut se faire que dans une approche globale du patient.

Mots – Clés : Soins palliatifs, vieillissement, douleur, souffrance, intervention psychomotrice.

Summary

The palliative care has recently been developed in France. Its main goal is to provide a certain comfort of life and a well-being feeling for patients suffering from serious and evolutionary diseases. Moreover, the palliative care tries to support the patient, regarding his globality.

Pain is the most frequent discomfort symptom found. It has multiple consequences and it touches the motor, the cognitive, the affective, the social and the spiritual dimensions of the patient. Besides, if the patient is an old person, specific ageing problematics are added to pain and to the end of his life. His psychomotor identity is consequently overwhelmed.

Through the tonus-affective dialog, his presence and a bearing attitude, the psychomotrician will try to bring abilities to the patient, so he can reintroduce his body, unify his physical lived and appease himself. This approach can only be done considering the patient taken as a whole.

Key – words: Palliative care, ageing, pain, suffering, psychomotor intervention.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION.....	- 2 -
-------------------	-------

THEORIE

1. Soins Palliatifs.....	- 2 -
1.1. Historique.....	- 2 -
1.2. Définition.....	- 4 -
1.2.1. Soins curatifs et soins palliatifs en complémentarité.....	- 4 -
1.2.2. Concept de « Total Pain ».....	- 5 -
1.2.3. Interdisciplinarité.....	- 6 -
1.2.4. Importance de la multiplicité des lieux de prise en charge.....	- 7 -
1.2.5. État d'esprit des soins palliatifs.....	- 7 -
1.2.6. Questionnements éthiques.....	- 8 -
1.3. Les « phases du mourir ».....	- 10 -
2. La douleur.....	- 12 -
2.1. Définition.....	- 12 -
2.2. Voie de la douleur.....	- 13 -
2.3. Contrôle de la douleur.....	- 16 -
2.3.1. Contrôle segmentaire.....	- 16 -
2.3.2. Contrôle supra spinal.....	- 16 -
2.4. Prise en charge de la douleur.....	- 17 -
2.4.1. Douleur et temporalité.....	- 17 -
2.4.2. Les différents types de douleur.....	- 19 -
2.4.3. Evaluation de la douleur chez la personne âgée.....	- 21 -
2.4.4. Les différents traitements.....	- 23 -
3. Quand le corps vieillit.....	- 28 -
3.1. Vieillesse normale et pathologique.....	- 28 -
3.2. Schéma corporel et image du corps intimement liés.....	- 30 -
3.3. Que faire lorsque le pronostic vital est engagé ?.....	- 32 -
4. Psychomotricité auprès de patients douloureux.....	- 33 -
4.1. Les répercussions psychomotrices de la douleur.....	- 34 -
4.2. Quels objectifs et quels outils en psychomotricité ?.....	- 36 -

CLINIQUE

1. Présentation de l'établissement.....	- 41 -
1.1. Mode de fonctionnement de l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs.....	- 42 -
1.2. Place de l'EMSP au sein de l'hôpital.....	- 44 -
1.3. Rôle des différents professionnels de l'EMSP.....	- 45 -
1.4. Place de la psychomotricité au sein de l'EMSP.....	- 47 -
2. Études de cas clinique.....	- 48 -
2.1. M. DUPONT.....	- 48 -
2.1.1. Anamnèse.....	- 49 -
2.1.2. Bilan d'observation.....	- 49 -
2.1.3. Projet thérapeutique et prise en charge.....	- 52 -
2.2. M ^{me} PETIT.....	- 55 -
2.2.1. Anamnèse.....	- 55 -

2.2.2. Bilan d'observation	- 57 -
2.2.3. Projet thérapeutique et prise en charge.....	- 58 -

DISCUSSION

1. Soma et Psyché : deux concepts liés dans la notion de douleur.....	- 62 -
1.1. De la douleur physique à la souffrance psychologique.....	- 63 -
1.2. De la souffrance psychologique à la souffrance physique	- 64 -
2. Du corps-douleur au corps-plaisir : le rôle du psychomotricien	- 66 -
2.1. Le plaisir en Soins Palliatifs.....	- 66 -
2.2. Les moyens à la portée du psychomotricien	- 69 -
2.2.1. Le psychomotricien et le patient.....	- 70 -
2.2.2. La famille acteur dans la prise en charge	- 72 -
2.2.3. Le psychomotricien en équipe.....	- 72 -
2.2.4. Les limites	- 74 -
3. Vécu de stage	- 75 -

CONCLUSION.....	- 78 -
------------------------	---------------

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES.....	I
---------------------	----------

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu *les patients* que j'ai pu rencontrer et qui m'ont apporté beaucoup dans ma pratique chacun avec leur personnalité et leur problématique propre.

Je remercie tout particulièrement ma Maître de Mémoire et Maître de Stage *SANSON Séverine* pour son aide précieuse et son écoute tout au long de l'élaboration de ce mémoire. Je la remercie également pour l'expérience qu'elle m'a permis d'acquérir à travers sa pratique et son soutien durant mon cheminement en tant que stagiaire et future professionnelle.

Je remercie également *NARBONNET Marion* ainsi que *Sylvain* et *Angélique* pour leur investissement et leur aide essentielle à l'élaboration et la mise en forme de ce mémoire.

Je remercie *LOZAC'H Célia*, *LOREL Lucie*, *BLANCHET Soline* pour l'intérêt porté à mon travail et leurs précieux conseils.

Merci à l'ensemble de *l'Équipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs* qui m'ont accompagné tout le long de ce stage par leur écoute, leurs conseils et leur expérience.

« Accompagner une personne, ce n'est pas
vivre à sa place, c'est savoir que l'on peut
quelque chose dans la pire des souffrances,
par la présence, les soins, la compétence,
l'écoute...mais c'est aussi accepter la part
d'inachevé, d'imperfection, d'insatisfaction
de nos attentes, sans en être détruit ou le
vivre comme un échec personnel. »

PILLOT Jeannine

Introduction

Le jour de ma rentrée en première année de psychomotricité a été marqué par le discours du directeur de l'école. Face à tous ces futurs professionnels, il a choisi de développer les différentes débouchées qui se présenteraient à nous à la sortie de notre diplôme. Il a abordé, entre autre, les soins palliatifs et la fin de vie. Je n'avais, jusqu'alors, jamais imaginé la psychomotricité dans ce type de structure et à partir de ce moment l'idée de découvrir les soins palliatifs m'est restée.

Par la suite, je me suis engagée en tant que bénévole dans une Unité de Soins Palliatifs (USP). Lors de cette expérience d'échange et d'écoute, la psychomotricité ne s'imposa pas immédiatement à moi. Progressivement, au fil de mes rencontres avec différents patients, j'ai commencé à me poser certaines questions :

- Fait-on le lien entre la souffrance du corps et la souffrance morale en soins palliatifs ?
- Les différents traitements médicamenteux sont-ils la seule alternative à la limitation des douleurs ?
- Comment ces personnes, affaiblies par la maladie, vivent-elles leur corps ?
- **Quelle place aurait la psychomotricité en soins palliatifs ?**

Ces différents questionnements m'ont tournée vers un stage en soins palliatifs afin d'approfondir quel serait le rôle du psychomotricien auprès de personnes gravement malades. Plus particulièrement, quel rôle pourrait-il avoir dans la diminution des douleurs : symptôme omniprésent en soins palliatifs, tant physiquement que psychiquement.

Actuellement, je suis en stage en Equipe Mobile de Soins Palliatifs et à travers ce mémoire je souhaite vous faire partager mon expérience et ma réflexion sur **l'intérêt de la psychomotricité dans la prise en charge de personnes douloureuses en fin de vie.**

Je vais commencer par définir les soins palliatifs, puis j'aborderais la notion de douleur ainsi que les répercussions liées au vieillissement et je parlerai du rôle du psychomotricien face à des patients douloureux. Par la suite, je vous présenterai des cas cliniques pour illustrer la pratique et les interventions possibles du psychomotricien dans ce type de situation. Pour finir, je vous exposerai ma réflexion sur le lien entre soma et psyché dans la douleur ainsi que la notion de plaisir en soins palliatifs.

THEORIE

1. Soins Palliatifs

1.1. Historique

Avant l'introduction de la notion de soins palliatifs, les soignants pouvaient se sentir démunis face à certains patients atteints de maladies incurables. Leur objectif premier étant de guérir, ils se retrouvaient face à une situation qui les dépassait et leur faisait peur.

Le concept d'accompagnement du malade fut introduit en France au début du 19^e siècle par Mme Jeanne Garnier. Elle a créé l'Association des dames du Calvaire suite à sa rencontre avec une femme atteinte d'une maladie incurable. Tout le monde l'avait délaissée et Mme Garnier pris la décision de l'accompagner jusqu'à la fin de sa vie. Aujourd'hui, l'une des plus importantes unités de soins palliatifs française porte son nom.

Quelques années plus tard, les soins palliatifs ont vu le jour en Angleterre grâce à Mme Cicely Saunders. En 1967, elle crée le Christopher's Hospice qui accueille des patients en phase terminale de cancer. Au-delà de la pathologie même du patient, les soignants prennent en compte le patient dans sa globalité. Cette notion peut paraître évidente aujourd'hui, elle était pourtant novatrice. Ils tiennent compte de ses douleurs physiques, psychologiques, sociales et spirituelles (notion de « *Total Pain* »). Mme Saunders est la première à utiliser la morphine dans le traitement de la douleur (grâce à des sirops à base de morphine).

Le concept de soins palliatifs est parvenu en France quelques années plus tard. Son développement s'est effectué conjointement à la création de différentes structures :

La première **Unité de Soins Palliatifs** fut fondée en 1987 par Maurice Abiven, à l'hôpital International de la Cité Universitaire (à Paris). Elle fait suite à la "Circulaire du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale". *« Ce sont des unités intégrées au sein des hôpitaux, accueillant des patients dans le cadre d'une hospitalisation conventionnelle. Elles offrent une prise en charge pluridisciplinaire, de la personne malade et de son entourage. Elles assurent la prise en charge des fins de vie particulièrement difficiles et le contrôle des symptômes rebelles »* (BURUCOA B. et al., 2006, pp.34-35).

Cet historique est fondé sur les écrits de GUIOSE M. (2007) et WARY B. (2002).

En 1989, la première **Équipe Mobile de Soins Palliatifs** (EMSP) est créée par le Professeur Zittoun, à l'Hôtel Dieu (à Paris). C'est un regroupement de professionnels (équipe interdisciplinaire) qui se déplace dans les différents services d'un hôpital et/ou à domicile lorsqu'ils sont sollicités. Leur rôle est d'accompagner le patient et sa famille, de former et soutenir l'équipe soignante du service concerné.

Enfin, les premières **Hospitalisations À Domicile** (HAD) sont mises en place. « *Lieu privilégié, le domicile nécessite que les soins soient dispensés dans les meilleures conditions. Pour assurer une continuité des soins, il est nécessaire de tenir compte de l'environnement psychologique et matériel du patient et de sa famille, de la formation des intervenants, de la coordination entre l'hôpital et le domicile en privilégiant le confort et la qualité de vie restante. (...) Quand la prise en charge en soins devient trop lourde, les équipes d'hospitalisation à domicile peuvent intervenir pour faciliter, en lien avec les équipes libérales, le maintien des patients à leur domicile.* ». (BURUCOA B. et al., 2006, pp.35-36).

Puis **les réseaux de santé de soins palliatifs** ont été créés. Ils ont un rôle de coordination entre les différents professionnels et les structures sanitaires pour permettre la meilleure prise en charge du patient resté à domicile. « *L'équipe de coordination ne se substitue ni à l'équipe à domicile, ni à l'équipe interne d'une structure de soins palliatifs. Elle n'a pas pour mission d'effectuer des soins, ni de prescrire. Elle accompagne la démarche de soin dans une dynamique de partenariat et de complémentarité avec les acteurs du domicile* ». (BURUCOA B. et al., 2006, p.37).

Chaque structure a un rôle spécifique mais le concept de soins palliatifs reste identique. De nos jours, l'objectif est d'intégrer **la démarche palliative** dans tous les établissements de soins. En effet, les soins palliatifs ne doivent pas être réservés à certains spécialistes mais accessibles à tous professionnels de santé. Dans ce sens, la circulaire DHOS du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs a été mise en place. Elle précise le rôle et l'intérêt de chaque structure de soins palliatifs.

Afin de comprendre cette démarche palliative, il est important de comprendre les éléments principaux qui constituent sa définition.

1.2. Définition

La Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) est une référence dans le secteur des soins palliatifs. Sa charte donne une définition des soins palliatifs fréquemment reprise :

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

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

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

Cette définition étant riche et complexe, il me semble important de pouvoir étayer point par point les éléments principaux de cette charte afin de mieux cerner le concept de soins palliatifs.

1.2.1. Soins curatifs et soins palliatifs en complémentarité

« Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. ».

Les soins palliatifs ne s'adressent pas uniquement aux malades en **phase terminale**¹. L'accompagnement n'est pas réservé aux dernières semaines ou jours de la vie du sujet.

¹**Phase terminale** : « la phase de la maladie où plus aucun traitement étiologique ne peut modifier l'évolution naturelle » (P^r SCHAERER, in LE ROUX F., 1996).

En effet, tout patient atteint d'une **maladie grave** et **évolutive** pouvant présenter des douleurs physiques, psychologiques, sociales et/ou spirituelles peut être pris en charge en soins palliatifs. L'accompagnement durera tout le temps dont le patient a besoin et cela dès les premiers symptômes d'inconforts.

Par ailleurs, les soins palliatifs et les soins curatifs ne sont pas nécessairement clivés et peuvent même devenir complémentaires.

Nous pouvons reprendre leur définition : un **traitement curatif** est une thérapeutique dont l'objectif est de guérir. Les **traitements palliatifs**, sont utilisés lors de maladies incurables. Ils ont pour objectif un meilleur confort et un bien-être du patient. Dans certaines situations, l'administration d'un traitement curatif permet d'améliorer le bien-être du malade. En effet, *« les malades arrivés à un stade avancé d'une maladie mortelle peuvent dans certains cas bénéficier d'une thérapeutique qui permettra une stabilisation de leur pathologie sans toutefois déboucher sur une guérison. Les objectifs à construire seront d'agir sur l'évolution de la maladie et de contrôler au mieux les différents symptômes présents sans pour autant être en opposition avec la philosophie initiale des soins palliatifs »* (SALAMAGNE M., 2001, p. 670). Prenons pour exemple un patient en fin de vie présentant une infection. Le traitement antibiotique va permettre de lutter contre cette infection qui n'est pas sa pathologie principale et permettre un meilleur confort.

Cet exemple met en avant l'intrication qu'il peut exister entre soins curatifs et soins palliatifs. Une thérapeutique curative peut s'insérer ponctuellement au sein d'une prise en charge palliative et inversement.

1.2.2. Concept de « Total Pain ».

« Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. ».

Mme Cicely Saunders est à l'origine du concept de « *Total pain* » c'est-à-dire de « *Souffrance globale* ». Pour elle, la douleur comporte quatre dimensions s'influençant constamment les unes les autres. Elles ne sont pas dissociables. Mais ces notions étant complexes, je vais les décrire séparément afin d'en cerner les aspects théoriques.

La **dimension physique** est la conséquence d'une lésion organique et elle peut avoir d'importantes répercussions dans le quotidien du sujet. Elle peut altérer la relation du patient avec son entourage, l'handicaper au niveau professionnel voire bouleverser ses projets d'avenir. Elle peut également diminuer les capacités motrices du sujet, changer son apparence et par conséquent modifier l'estime que le patient a de lui-même.

La **dimension psychologique** peut être liée à la douleur physique, aux changements corporels difficiles à accepter, au contexte d'hospitalisation lourd à supporter, à l'annonce d'un pronostic vital engagé... Cette souffrance peut engendrer un repli sur soi, créer des angoisses chez le patient et venir majorer sa douleur physique. Son rapport au monde extérieur est altéré.

La **dimension sociale** : une douleur intense physique, psychologique ou spirituelle peut handicaper la personne au niveau professionnel mais aussi perturber ses relations avec son entourage. Le sujet ne parvient plus à se projeter dans l'avenir, ses valeurs personnelles peuvent être mises à mal.

La **dimension spirituelle** dépend de l'histoire du patient, de ses valeurs. Elle est liée à la personnalité du patient et à la manière dont il s'est construit tout au long de sa vie. La manière dont le sujet percevait sa vie, son avenir peut être ébranlé. Certains patients ne trouvent alors plus d'élan vital voire plus de raison de vivre.

Au vu des influences s'opérant entre chacune de ces dimensions, une prise en charge globale du patient est primordiale. Le psychomotricien, de par le lien constant qu'il effectue entre corps, psyché et affects, est un acteur essentiel dans la prise en charge de patients douloureux.

1.2.3. Interdisciplinarité

« Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. »

Étant donné la complexité des différents symptômes d'inconforts et leurs influences réciproques, les différents professionnels de santé doivent travailler en complémentarité. En effet, il est important d'avoir différents regards. Cependant, si les informations ne sont pas

retransmises, la prise en charge ne peut pas être globale. L'interdisciplinarité plus que la pluridisciplinarité est essentielle en soins palliatifs.

1.2.4. Importance de la multiplicité des lieux de prise en charge

« Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. »

Chaque patient a son identité propre, son vécu personnel et sa problématique. Les besoins de chaque personne et de l'entourage sont différents selon le contexte de vie de chacun. La prise en charge ne peut donc pas être la même pour tous. La diversité des structures de soins palliatifs permet de fournir le meilleur cadre de vie à chaque individu.

La prise en charge du patient se fait conjointement au soutien et à l'écoute des familles. En effet, l'entourage fait partie de l'histoire et de la vie du patient, de ce qui l'a construit année après année.

« La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche. »

En effet, la nécessité de conserver un lien social par le biais des bénévoles peut se révéler indispensable au bien-être de la personne et de ses proches.

Par ailleurs, tous les soignants peuvent se retrouver face à des situations cliniques difficiles. Soutenir les professionnels à travers l'écoute et la supervision peut les aider dans leur pratique. En effet, nous avons tous nos limites et la fatigue morale peut toucher tous les soignants. La formation des soignants fait partie de cette démarche d'accompagnement des professionnels en soins palliatifs.

1.2.5. État d'esprit des soins palliatifs

« Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. »

Les soignants accompagnent et mettent en place **un projet de vie** en partenariat avec le patient et ses proches. En effet, il est important de préciser qu'en soins palliatifs l'équipe

soignante accompagne le patient dans la vie et non pas dans l'attente de la mort. Tout est mis en œuvre afin de rendre sa vie la plus confortable possible.

Par ailleurs, la notion de temps est omniprésente en soins palliatifs. Elle ne sera pas la même chez le patient, chez l'entourage et pour les soignants. En effet, le patient voit son rythme de vie, son quotidien bouleversé. L'hospitalisation peut modifier la perception qu'a le patient du temps. De plus, la maladie grave remet en question le « temps de vie », les projets ne peuvent se faire sur le long terme ; comment se projeter dans le futur lorsqu'on nous annonce que notre maladie est incurable ?

Pour l'entourage, le temps peut s'allonger, paraître long, trop long. Il peut être difficile de voir un proche mourant et même si ce temps du mourir est de courte durée cela peut sembler durer une éternité.

Les soignants peuvent avoir l'impression de manquer de ce temps précieux. Les prises en charge se succédant, ils peuvent ressentir la frustration de n'avoir pu rester plus longtemps avec tel ou tel patient.

1.2.6. Questionnements éthiques

« [Les soignants en soins palliatifs] cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche à ce que ces principes puissent être appliqués. ».

Cette partie de la définition met en avant des éléments essentiels en soins palliatifs qui sont aujourd'hui délicats et médiatisés. Nous allons donc en donner quelques éclaircissements.

La prise en charge du patient en soins palliatif est axée sur l'amélioration et le maintien du confort. Il n'est donc pas dans l'intérêt du malade de s'acharner thérapeutiquement, ni de provoquer intentionnellement sa mort. Il est important de se questionner autour d'une réflexion éthique afin de percevoir les différents éléments d'une situation.

Prenons l'exemple d'un patient qui refuserait de s'alimenter. A-t-il un trouble physiologique : trouble de la déglutition, mycose buccale algique, remontées gastriques provoquant des

inflammations douloureuses de l'œsophage... ? Il faut également se poser la question d'un possible trouble psychologique : hallucination visuelle, repli sur soi et refus de communication avec l'extérieur... ? Ou est-ce réellement la manifestation d'un désir : désir de ne plus s'alimenter ? L'alimentation n'est peut-être plus synonyme de plaisir, le patient ne désire peut-être plus vivre ?

Différentes éventualités peuvent être envisagées. Il faut donc prendre du temps afin de se poser des questions et ne pas omettre certaines possibilités.

Devant la multiplication des situations cliniques nécessitant des décisions difficiles, l'émotion et les questions soulevées par la population, le législateur a établi une loi relative aux droits des malades et à la fin de vie : la loi Léonetti (annexe n°1, p. I).

Si le patient a les **capacités d'exprimer sa volonté**, il est le seul décisionnaire de la suite de son traitement en toute connaissance de causes. En effet, le médecin a obligation d'informer le patient des risques encourus. S'il n'a **pas la capacité de s'exprimer**, le médecin recherche un possible avis du patient par le biais de directives anticipées ainsi que l'avis de son entourage et de sa personne de confiance. De plus, il tient compte de l'avis des soignants. Le médecin référent dispose ainsi d'une procédure dans laquelle la réflexion est collégiale. Il peut également prendre l'avis d'un confrère (sans lien hiérarchique). Puis, à la suite de ces différentes étapes, il prend seul sa décision et l'inscrit dans le dossier médical du patient.

Cette loi donne un cadre qui invite à une réflexion et à des questionnements afin de prendre une décision qui soit éthique. Un poster reprenant les points essentiels de la loi du 22 avril 2005, se trouve en annexe (n°2 p.VII).

Par ailleurs, les **demandes d'euthanasie** en soins palliatifs ont fait l'objet de différents groupes de travail. Leur objectif a été de regrouper les expériences de chacun afin de trouver une solution adéquate sur la conduite à tenir. À la suite de ces réflexions, ils ont établi que *« la difficulté principale pour une équipe de soins désarçonnée par une demande d'euthanasie est de s'interroger sur ce que le malade demande vraiment. Etant donné l'importance de la question soulevée, elle doit être prise en compte par l'ensemble de l'équipe et si possible avec le soutien d'une équipe extérieure du service (équipe mobile de soins palliatifs). La demande d'euthanasie est d'abord l'expression d'une souffrance qui ne trouve*

plus les mots pour se dire, signal d'alerte, de détresse adressé à un autre. De nombreuses études montrent qu'il est possible de soulager cette souffrance autrement qu'en la faisant taire par un geste d'euthanasie. En écoutant le patient et son entourage, en repérant les motifs sous-jacents à sa demande, en reprenant le dialogue avec des propositions adaptées, en associant le patient à son projet de soins, la quasi-totalité de ces demandes disparaît, mais pas toutes. » (Groupe de travail euthanasie du pôle éthique et recherche de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs, 2004.).

Comme nous pouvons le constater, cette définition est riche et chaque mot, chaque idée a sa place et vient évoquer une notion importante en soins palliatifs. Elle met l'accent sur l'accompagnement unique et global de chaque patient de par son histoire, sa problématique propre, ses symptômes d'inconforts... Un accompagnement où la psychomotricité, soin englobant et unifiant, a une place essentielle. La psychomotricité porte une attention particulière aux émotions : émotions de l'esprit mais aussi émotions du corps, chacune étant le reflet de l'autre.

En effet, en soins palliatifs, le patient est susceptible de passer par différentes émotions et mécanismes de défenses dès l'annonce de son pronostic de vie. La maladie incurable engage le corps et la psyché dans un long processus défensif. La spiritualité du patient est remise en question, ses projets d'avenir sont ébranlés et ses valeurs bousculées. En l'espace d'une annonce, celle de la maladie incurable, les repères du patient sont complètement modifiés.

1.3. Les « phases du mourir »

Kübler-Ross E., en interrogeant des patients en phase terminale, a défini des « phases du mourir » :

La première réaction, et ce dès l'annonce de la maladie incurable, est le **choc**. La personne est comme stuporeuse, tout est figé (son organisme, ses émotions, ses pensées...) ; elle est abasourdie. S'en suit alors une phase de **déni**, où le patient ne change pas son

quotidien, continue à travailler. Il consulte différents médecins espérant un meilleur diagnostic. Puis, affrontant la réalité, le malade passe par une phase de **colère**, se sentant injustement touché : « pourquoi moi ? ». La quatrième phase est dite de **marchandage** : le patient « *négoce avec Dieu la prolongation de sa vie, promet de bien se conduire et de se consacrer à la religion s'il échappe à la souffrance* » (KÜBLER-ROSS E., 1998, p.11). Il promet aux soignants qu'il sera un « bon patient » afin qu'en échange ils lui permettent de vivre plus longtemps. Le malade accède alors à la phase de **dépression**, se repliant sur lui-même en s'éloignant de l'environnement extérieur (il refuse progressivement les visites). Enfin, il parvient à la phase **d'acceptation**. Cette dernière étape va permettre au patient de remettre de l'ordre dans sa vie, de régler des problèmes ou des conflits qu'il avait mis de côté. Si l'entourage a cheminé de son côté, une nouvelle communication voire une complicité perdue peut se (re)mettre en place. Le malade peut alors « *mourir en paix* ».

Cependant, Kübler-Ross E. modère ses propos car « *les patients ne suivent pas nécessairement un schéma classique qui les mènerait de la phase de déni à la colère, puis au marchandage, à la dépression et à l'acceptation. La plupart de mes malades ont simultanément traversé deux ou trois phases ; celles-ci ne se présentent donc pas toujours dans le même ordre* » (KÜBLER-ROSS E., 1998, p.35).

Le psychomotricien doit avoir connaissance de ces différentes phases afin de savoir où en est le patient et de l'accompagner au mieux. En effet, l'attitude corporelle et la disponibilité psychique du patient ne seront pas les mêmes selon les phases. Durant l'étape de choc, le patient est difficilement mobilisable. Il peut être comme coupé du monde extérieur submergé par l'émotion provoquée par l'annonce. Lors de la phase de colère, il peut tout rejeter : la psychomotricité, les soignants, son entourage... Il peut alors se replier sur lui-même et être envahi par la tristesse. La phase d'acceptation, elle, est synonyme d'abaissement des tensions musculaires mais aussi psychiques et pulsionnelles.

Chaque individu ne passe pas par les mêmes étapes en même temps. Il est donc important d'être à l'écoute des émotions du patient afin de le prendre en charge à son rythme propre avec sa problématique et ses besoins au moment présent.

Nous venons de voir que les soins palliatifs sont un concept complexe et que l'accompagnement du patient dans sa globalité fait parti de leurs objectifs. Ils tiennent compte des quatre dimensions de la notion de « *total pain* » et ils mettent en avant l'intérêt de l'interdisciplinarité. La psychomotricité a un rôle en soins palliatifs. En effet, elle fait le lien entre les différentes souffrances du patient en tenant compte de la communication verbale et non-verbale.

2. La douleur

Le symptôme d'inconfort le plus souvent retrouvé en soins palliatifs est la douleur. Elle est souvent exprimée par les patients, appréhendée par les familles et au cœur de la réflexion et de la pratique des soignants.

La douleur physique peut être vécue comme insupportable par les malades. Elle peut occulter la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. De ce fait, le rôle premier d'une équipe soignante en soins palliatifs est de soulager cette douleur afin d'avoir accès aux autres symptômes d'inconfort. Cependant, cette mission est complexe.

L'accompagnement du malade dans les meilleures conditions étant largement lié au soulagement de la douleur physique, il m'a semblé essentiel d'axer ma réflexion sur cette notion. Les répercussions psychomotrices de la douleur sont complexes et elles peuvent entraîner des changements difficiles dans la vie du patient. Afin de mieux comprendre ces changements, je vais vous exposer les différents mécanismes mis en jeu dans la douleur ainsi que les différentes évaluations et les traitements existants.

2.1. Définition

L'International Association for the Study of Pain (IASP), décrit la douleur comme étant « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion* ».

Cette définition met en avant la part importante de subjectivité qui existe dans le vécu douloureux. Il faut donc tenir compte des différences interindividuelles (âge, culture, histoire du patient...).

Il existe une **voie de la douleur** appelée **voie lemniscale** mais selon le lieu de la lésion ou de la stimulation, le type de douleur engendré ne sera pas le même.

2.2. Voie de la douleur

Un stimulus douloureux périphérique active les **nocicepteurs**¹ au niveau des terminaisons libres du **premier neurone**² (appelé aussi protoneurone). Celui-ci est constitué de deux types de fibres :

- Les fibres A δ : myélinisées et de petit diamètre, elles ont une grande vitesse de conduction permettant la transmission des douleurs épicrotiques, une piqûre par exemple. C'est une sensation brève, intense et précise. Leurs récepteurs sont des mécanorécepteurs, sensibles aux stimulations thermiques et mécaniques
- Les fibres C : amyéliniques et de gros diamètre, elles ont une faible vitesse de conduction permettant la transmission des douleurs protopathiques, une brûlure par exemple. C'est une sensation diffuse apparaissant plus tardivement. Leurs récepteurs sont polymodaux : ils sont sensibles aux stimulations thermiques, mécaniques mais aussi chimiques.

Le message douloureux venant du premier neurone remonte le long du **deuxième neurone** (ou deutoneurone). Il effectue un relai au niveau de la corne postérieure de la moelle épinière. Puis, il continue sa traversée le long du **troisième neurone**, appelé neurone thalamo-cortical. Finalement, **l'information est transmise au niveau du cortex cérébral**. Ce trajet est illustré par le schéma ci-joint (p.15).

¹**Nocicepteur** : C'est un récepteur. Sa stimulation a pour conséquence une sensation douloureuse.

²**Neurone** : Cellule nerveuse qui, après la naissance, ne peut plus se diviser. L'influx nerveux la parcourt en sens unique, allant des dendrites vers l'axone.

Il s'avère que **différentes molécules** (telles que la bradykinine, l'histamine, la prostaglandine, la sérotonine ou la substance P) ont un **rôle dans l'activation du message douloureux**. Elles sont regroupées sous le terme de « soupe algogène » du fait de leur nombre important. Le stimulus nociceptif libère ces molécules en créant une lésion tissulaire. Elles ont différentes actions, telles que :

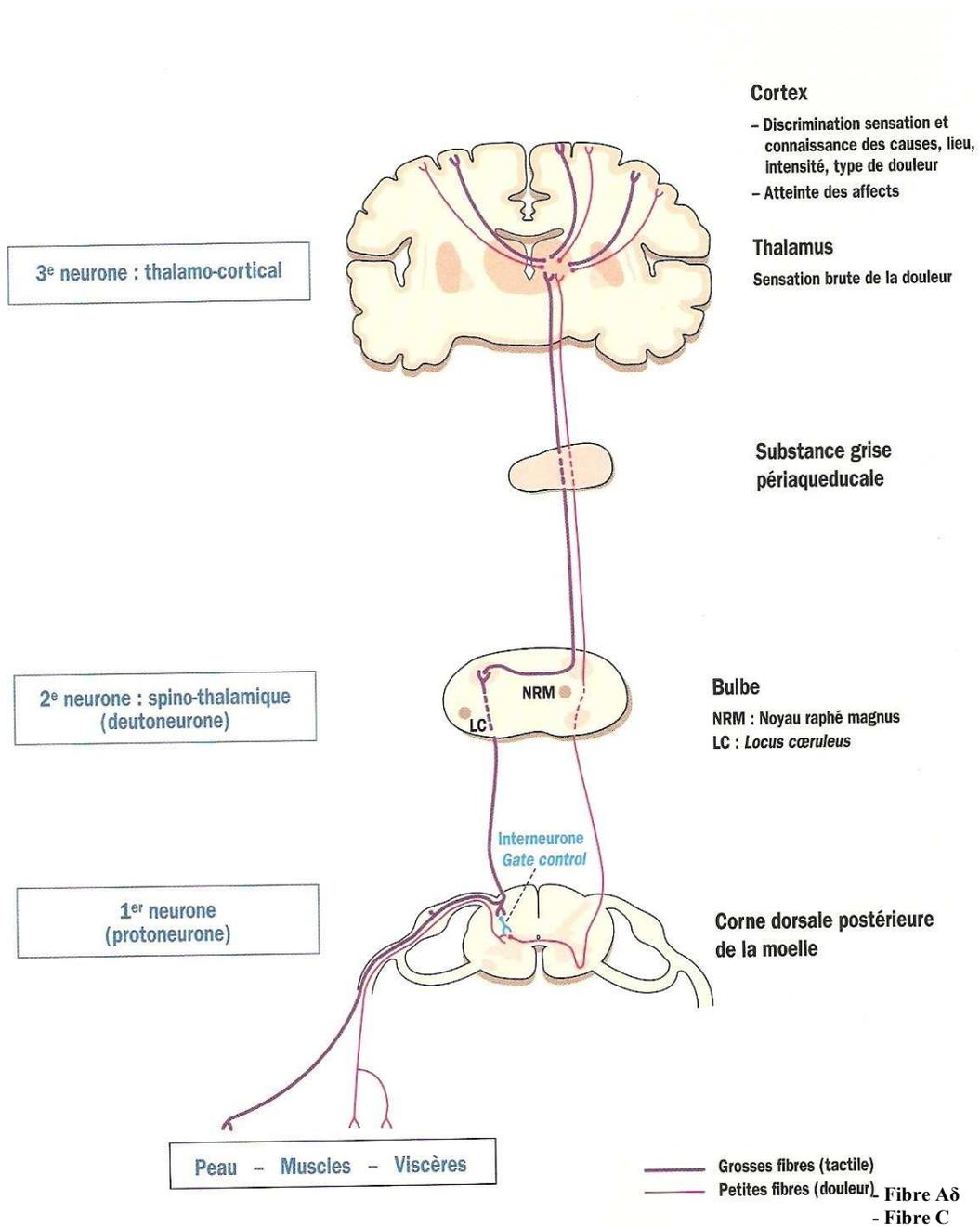
- L'excitation des nocicepteurs.
- La diminution du seuil d'activation des nocicepteurs.
- L'augmentation de la sensibilité à d'autres stimuli.

Parmi ces molécules, **la substance P** permet la libération des autres molécules de la « soupe algogène » provoquant **un renforcement et un maintien de l'activité des nocicepteurs**. La substance P est libérée par l'intermédiaire du réflexe d'axone (l'axone¹ émet des collatérales). Elle peut également inhiber l'action de ces molécules.

¹**Axone** : Prolongement du neurone que parcourt l'influx nerveux en allant du corps cellulaire à la périphérie.

Ce chapitre est tiré des écrits de GINIES P. (1999) et PLATEL R.

Schéma des voies de la douleur (GINIES P., 1999) :



2.3. Contrôle de la douleur

Au-delà des actions de ces molécules, le corps humain a les capacités de contrôler sa douleur par le biais de différents mécanismes. Je vais les détailler afin d'expliquer comment le psychomotricien peut intervenir, de par sa pratique, au niveau du contrôle physiologique de la douleur.

2.3.1. Contrôle segmentaire

En 1965, Melzack et Wall ont décrit la théorie de la porte (« Gate control theory ») :

Lorsque l'on se cogne, notre premier réflexe est de **se frotter à l'endroit douloureux**, permettant ainsi la stimulation des fibres tactiles A α et A β . Elles sont de gros diamètre et elles ont une vitesse de conduction plus élevée que les fibres nociceptives. Elles émettent un collatéral afin de stimuler un interneurone **inhibiteur du message douloureux** (le message est inhibé grâce à la libération d'enképhaline par l'interneurone).

En se servant de ce mécanisme, le psychomotricien peut utiliser le toucher thérapeutique afin d'avoir une action inhibitrice locale sur la douleur (ceci est spécifique à un type de douleur : les douleurs par excès de nociception, développées dans le chapitre « Différents types de douleurs » p.19).

2.3.2. Contrôle supra spinal

Le contrôle supra spinal met en jeu des **voies inhibitrices descendantes**. Elles sont stimulées par l'arrivée du message douloureux au cortex, entraînant une stimulation de la substance grise périaqueducale au niveau ventral. Elle a une puissante action analgésiante. Ces voies descendantes vont inhiber le message douloureux au niveau de la moelle épinière.

Le psychomotricien utilise la relaxation par induction verbale permettant au patient de se concentrer sur ses sensations autres que douloureuses. Cette technique favorise la détente musculaire et la diminution de la douleur par un contrôle cognitif.

2.4. Prise en charge de la douleur

Nous venons de voir que le message douloureux suit un trajet défini et que sa transmission peut être inhibée ou activée par différents contrôles et par différentes molécules. Il semble important de replacer dans ce contexte physiologique **la notion de temps**. En effet, une douleur brève n'aura pas les mêmes répercussions sur le plan psychomoteur et social qu'une douleur chronique.

2.4.1. Douleur et temporalité

La douleur aiguë a un rôle de signal d'alarme et de protection de l'organisme. Elle est transitoire et s'amointrit parallèlement à la disparition de la stimulation nociceptive. Ses répercussions se situent à différents niveaux : nous pouvons observer des rétractions, des crispations, des mimiques, des attitudes de repli ; le fond tonique est modifié. Lors d'un accès douloureux le sujet est centré sur lui-même et sur ses sensations douloureuses. Il est alors difficile voir impossible d'entrer en relation avec lui, tant sur le plan verbal que corporel.

Exemple clinique :

Mme P., 75 ans, présente une obésité morbide ainsi que des œdèmes. Le suintement de ses œdèmes entraîne une macération importante, provoquant la formation de mycoses étendues à tout son hémicorps inférieur et sous ses aisselles. Lorsque nous allons à sa rencontre, dans sa chambre, elle est souriante et à l'aise dans la communication.

La toilette et les mobilisations provoquent des accès douloureux intenses rendant alors la relation avec Mme P. impossible. Elle se renferme corporellement : elle ferme les yeux, se crispe entièrement, son visage se transforme sous la douleur. La communication verbale et non-verbale n'est pas envisageable à cet instant. Le corps n'est plus que douleur, l'esprit est centré sur le paroxysme douloureux : son identité psychomotrice est bouleversée.

La douleur chronique reste présente même après la disparition de la lésion (présence de la douleur supérieure à 4-6 mois). À l'inverse de la douleur aïgue, elle n'a pas un rôle de protection. L'important dans ce type de douleur est d'évaluer le patient dans sa globalité. En effet, les répercussions ne se situent pas uniquement au niveau physique mais aussi au niveau psychologique, affectif et social.

La douleur ne cesse jamais. Elle peut même être parfois majorée par des accès douloureux : le sujet ne peut penser à autre chose, il est envahit par sa douleur et sa souffrance. Il essaye d'adapter son tonus, souvent en vain, afin de se protéger de ses sensations algiques lancinantes. Dans des cas extrêmes, il peut se créer une carapace tonique. Ce carcan corporel altère voire empêche la relation aux autres (corporellement et psychiquement).

La douleur bouleverse la vie du patient ; pouvant se sentir incompris par ses proches, la communication peut être touchée et il peut développer un évitement de certaines situations de la vie quotidienne par peur de majorer sa douleur. Ce comportement peut entraîner une dépression, une perte d'emploi...

La douleur chronique illustre parfaitement la notion de « Souffrance Globale » de Mme Souders. En effet, les quatre dimensions la constituant s'influencent les unes les autres, rendant le sujet dépendant de sa douleur. L'identité psychomotrice du patient douloureux est ébranlée. Il en est de même dans la douleur aïguë mais cela ne durera que peu de temps. Dans la douleur chronique, l'identité psychomotrice du sujet est mise à mal sur le long terme et elle peut alors être modifiée.

La douleur chronique est une maladie à part entière.

Exemple clinique :

En octobre 2007, Mme P. chute de son lit lors d'un transfert pour une toilette entraînant une fracture de l'épaule droite. Aux accès douloureux s'ajoute progressivement une douleur de fond lancinante toujours présente.

Les répercussions psychocorporelles sont importantes : Nous observons l'installation progressive d'angoisses en lien avec une peur anticipatoire de la survenue d'accès douloureux. L'expression corporelle de cette souffrance psychologique se traduit par un repli, Mme P. se renferme et devient catatonique (ses mouvements sont restreints).

2.4.2. Les différents types de douleur

Nous l'avons compris, en fonction de la variation dans le temps, les répercussions psychomotrices de la douleur seront différentes. De même, en fonction du lieu de la lésion sur la voie lemniscale, le type de douleur et ses conséquences ne seront pas les mêmes.

Après un interrogatoire et un examen clinique du patient, le médecin peut préciser quel est le type de douleur :

La douleur par excès de nociception est due à une stimulation des nocicepteurs. Le système nerveux central et périphérique est intact. La douleur peut être mécanique, c'est-à-dire accentuée par une activité motrice. Avant de mobiliser un patient douloureux, le psychomotricien doit, par une lecture psychomotrice et en parlant avec le patient, vérifier que son installation dans le lit est confortable et qu'elle n'induit pas de douleurs. Il doit également être attentif à la localisation et aux différentes manifestations corporelles de la douleur chez le patient lors de mobilisations. Le psychomotricien peut tirer ces informations du dossier de soins du malade et des transmissions entre soignants.

La douleur neurogène est due à une lésion du système nerveux central ou périphérique. C'est une douleur permanente décrite par le patient comme une brûlure ou encore comme un étai, une torsion, pouvant être associée à des douleurs paroxystiques de type décharge électrique. On peut observer des dysesthésies¹ comme l'allodynie² par exemple. C'est une notion dont il faut tenir compte dans notre pratique psychomotrice en prenant toutes nos précautions avec ce type de patient : il faut faire attention à ne pas avoir des gestes d'effleurements, être attentif lorsqu'on soulève ou remet son drap (s'il est dans son lit)... Un toucher par pression « franche » sera privilégié.

Afin de déceler une douleur de type neurogène, le psychomotricien doit avoir quelques connaissances en physiologie.

¹**Dysesthésie** : Sensation anormale douloureuse, spontanée ou provoquée. (PIOLOT A., 2006)

²**Allodynie** : Douleur à un stimulus habituellement non douloureux. (PIOLOT A., 2006)

La douleur mixte regroupe les différents types de douleurs précédemment citées. Elle est souvent observée chez les patients atteints de cancer. Il est alors primordial de localiser les différents types de douleurs, leur localisation corporelle et ainsi adapter sa pratique. En effet, il faudra peut-être privilégier un toucher pression et des mobilisations sur certaines parties présentant des signes de dysesthésies. Sur d'autres parties du corps présentant des signes de douleurs nociceptives un toucher par effleurage et de faibles mobilisations voire aucune sera peut-être préférable. La communication verbale et le dialogue tonique seront des indicateurs importants pour le psychomotricien.

La douleur psychogène n'est pas due à une lésion. Elle peut être associée à un syndrome dépressif ou à une situation de stress pouvant entraîner une douleur physique. La douleur psychogène peut également être associée à une douleur nociceptive ou neuropathique déjà présente, majorée par un dysfonctionnement psychique survenu dans un second temps. L'attitude corporelle et le contact du psychomotricien devront être contenant et rassurant dans l'objectif de sécuriser le patient et de l'apaiser.

Dans chacun des types de douleurs énoncées précédemment, le psychomotricien doit être attentif aux autres dimensions de la douleur. Cela est d'autant plus vrai dans les douleurs psychogènes. En effet, la souffrance psychologique est ici intimement liée à la douleur physique et les effets peuvent s'en faire ressentir au niveau social et spirituel. Le patient peut se replier sur lui-même et se centrer sur ses émotions pouvant altérer sa relation avec son entourage. Sa vie sociale est modifiée. La souffrance peut également remettre en question les principes et valeurs que s'est construit le patient tout au long de sa vie. Sa spiritualité est atteinte.

2.4.3. Evaluation de la douleur chez la personne âgée

Nous nous apercevons donc que les mécanismes et les répercussions psychomotrices de la douleur sont divers et variés selon la durée dans le temps et la localisation de la lésion. Afin d'évaluer au mieux une douleur, il faut donc s'intéresser à plusieurs points :

- **Depuis quand la douleur est-elle présente ?** Est-elle aïgue ou chronique ?
- **Quel est le mécanisme en cause ?** Est-ce par excès de nociception, est-ce neurogène, mixte ou psychogène ? Ceci est à évaluer à l'aide de l'interrogatoire et de l'examen clinique.
- **Quelle est l'intensité de la douleur ?** Évaluée grâce à des échelles spécifiques.
- **Quelles sont les répercussions de la douleur ?** Au niveau psychomoteur, social, spirituel. Quel vécu en a le patient ?

La réponse à ces questions est possible grâce à l'interrogatoire du patient (s'il est en capacité de communiquer), à l'examen clinique, mais aussi par l'observation du malade, de ses attitudes, de ses mimiques à travers la communication non-verbale. Cette observation doit être faite par tous les professionnels de santé qui suivent le patient afin d'adapter son traitement à tout moment (médicamenteux ou non). Par ailleurs, l'observation des messages corporels à travers la communication non-verbale, l'écoute du patient et la mise en lien du verbal et du non-verbal font parti des spécificités du psychomotricien. Il est donc un acteur essentiel dans l'évaluation de la douleur.

Afin d'évaluer cette douleur, il existe diverses échelles d'évaluations selon la capacité du patient à l'évaluer lui-même ou non.

Auto - évaluation :

Les échelles servant à l'auto évaluation sont dites « unidimensionnelles » car elles n'évaluent que l'intensité de la douleur. De plus, le patient est acteur de cette évaluation. Il note lui-même l'importance de sa douleur à un instant T. Cette méthode peut être utilisée

uniquement dans le cas où la personne n'a pas de trouble de la conscience, de la mémoire, de la vue, de l'audition, de la parole...

Il en existe plusieurs sortes :

L'échelle verbale simple (EVS) : elle se présente sous forme d'une question « *Quel est le niveau de votre douleur au moment présent ?* » et le patient choisit entre cinq réponses (absente, faible, modérée, intense ou extrêmement intense).

L'échelle numérique (EN) : le patient cote sa douleur à l'aide d'une note entre 0 et 10 ou entre 0 et 100 (0 étant l'absence de douleur et 10 ou 100 étant la douleur maximale imaginable).

L'échelle visuelle analogique (EVA) est une règle présentant un trait allant de « pas de douleur » à « douleur maximale imaginable ». Le patient doit situer à l'aide d'un curseur, l'intensité de sa douleur. Cependant, selon le site www.antalvite.fr, « *l'utilisation de l'EVA n'est pas possible dans un grand nombre de cas, en particulier chez les personnes présentant des handicaps rhumatologiques (ankylose des doigts empêchant l'utilisation du curseur), des troubles visuels, des troubles cognitifs limitant la compréhension des consignes, des limites culturelles réduisant les capacités d'abstraction.* ».

Hétéro - évaluation :

Les échelles d'hétéro-évaluation sont des grilles d'observation des comportements douloureux. Elles permettent d'évaluer les patients n'ayant pas la possibilité ou les capacités cognitives pour décrire leur propre douleur. Les soignants remplissent cette grille à plusieurs afin d'éviter la subjectivité et essayer d'être au plus proche du ressenti du patient quant à sa douleur. Certaines grilles sont adaptées aux personnes âgées, telles que :

L'échelle DOLOPLUS 2 qui observe trois domaines comportementaux : les retentissements somatiques (plaintes somatiques, **position antalgique au repos**, **protection des zones douloureuses**, **mimique**, sommeil) ; les retentissements psychomoteurs (toilette

et/ou habillage, *mouvements*) et les retentissements psychosociaux (*communication*, vie sociale, *troubles du comportement*). Elle est notée sur un maximum de 30 points (plus le score est élevé et plus la douleur est importante).

L'échelle comportementale de la douleur chez la personne âgée (ECPA) qui permet d'évaluer les douleurs induites par les soins, en faisant une première évaluation de différents items en dehors des soins : *Expression du visage* (regard et mimique), *position spontanée* au repos, *mouvements* (ou mobilité) du patient et *relation à autrui*. Puis pendant les soins : *Anticipation anxieuse* aux soins, *réactions* pendant les mobilisations et pendant les soins des zones douloureuses, douleurs exprimées pendant le soin.

Les différents termes en gras font également parti de la lecture psychomotrice. Le psychomotricien, au-delà de l'évaluation de la douleur, analyse et met en lien ces différentes manifestations corporelles, les émotions et la dimension psychologique du patient. Il est à l'écoute des réactions et manifestations psychomotrices du patient afin d'adapter sa prise en charge.

2.4.4. Les différents traitements

Suite à cette évaluation de la douleur, des traitements médicamenteux et/ou non-médicamenteux sont mis en place afin de prendre en charge au mieux la douleur du patient.

Médicamenteux :

Nous avons vu qu'il existe différents types de douleur selon le type de lésion ou encore selon la durée des symptômes. Chaque douleur a donc son traitement spécifique. De plus, un patient peut ressentir plusieurs symptômes douloureux simultanément (par exemple, la douleur mixte regroupe la symptomatologie des douleurs nociceptive et neurogène, décrites précédemment p.19). Le médecin doit traiter les différents types de douleurs présents chez le patient et il doit adapter sa prescription en fonction des spécificités métaboliques du malade. Il doit essayer, progressivement, différents traitements, différentes doses et fréquences d'administration, avant de trouver le plus adapté au patient. Cette démarche a pour but

d'éviter certains effets secondaires et/ou un surdosage.

- **Dans les douleurs nociceptives**, le médecin commence par de faibles doses les augmentant progressivement en fonction de leur efficacité sur les douleurs du patient. Il se réfère aux trois paliers de l'OMS :

Palier 1 : Les antalgiques non-opioïdes : le paracétamol, l'aspirine et les AINS (anti inflammatoires non stéroïdiens). Ils sont utilisés dans les douleurs d'intensité modérée.

Palier 2 : Les antalgiques opioïdes faibles : Codéine, tramadol et dextropropoxyphène. Ils sont associés à des antalgiques non-opioïdes.

Palier 3 : Les antalgiques opioïdes forts : la morphine, le fentanyl, l'oxycodone. Certains ont une action à libération prolongée (pendant 12h) et d'autres une action à libération immédiate (pendant 4h avec un pic d'efficacité au bout d'une heure environ). Par exemple, parmi les morphiniques : le Skénan® est à libération prolongée (LP) et l'Actiskénan® est à libération immédiate (LI).

Il existe des effets secondaires aux morphiniques auxquels les soignants doivent être vigilants : la constipation, les nausées et vomissements, la sédation, les hallucinations et les prurits. L'équipe soignante doit également être prudente quant aux possibles signes de surdosage tels que : la confusion, la somnolence, les myoclonies, la bradypnée et le myosis. Le surdosage a donc des répercussions sur le plan psychomoteur et le psychomotricien doit y porter une attention particulière grâce à l'observation des messages corporels du patient.

Par ailleurs, l'administration de morphine, provoque parfois des inquiétudes de la part de la famille et/ou du patient, quant à la possible dépendance au produit. Il est important de les rassurer en leur expliquant qu'en présence de douleurs et dans un cadre thérapeutique le patient ne peut pas devenir dépendant. La morphine peut faire peur. En effet, dans l'esprit collectif, elle est souvent associée à la fin de vie. Le psychomotricien devra donc être à l'écoute des angoisses du patient et de l'entourage afin de les rassurer et les contenir.

- **Dans les douleurs neurogènes**, la lésion est différente, de ce fait le traitement ne sera pas le même. En effet, l'utilisation d'opioïdes n'est pas adéquate et risque d'amener des effets secondaires et un surdosage alors que les bénéfices escomptés ne seront pas présents. D'autres types de médicaments sont utilisés :

Les anticonvulsivants : ils sont prescrits dans les douleurs de type paroxystique (telles que les sensations de décharge électrique). Le Neurontin®, le Lyrica®, et le Rivotril® sont des exemples d'anticonvulsivants utilisés.

Les antidépresseurs : ils sont prescrits dans les douleurs permanentes (telles que les sensations de brûlures, de torsions, de picotements, de fourmillements...). Avec, par exemple, le Laroxyl® et l'Anafranil®.

- **Dans les douleurs psychogènes**, les antalgiques cités précédemment ne sont pas utiles. Les médicaments psychotropes et la psychothérapie sont plus efficaces : les plaintes somatiques exprimées par le patient peuvent être une lutte contre une dépression sous-jacente, masquée par la douleur. L'utilisation d'antidépresseurs peut suffire à soulager les douleurs.

Il est important pour le psychomotricien d'avoir des connaissances pharmaceutiques, dans le cadre de sa pratique. En effet, il peut lire dans le dossier médical d'un patient, que le médecin a prescrit du Neurontin® (anticonvulsivant) et une association de Skénan®-Actiskénan® (morphiniques). Il peut en déduire que le malade a une douleur mixte. Il devra évaluer auprès du patient quelles sont les manifestations de sa douleur (allodynie par exemple) afin d'adapter sa pratique. Il devra également être attentif aux possibles signes d'inconfort et/ou de surdosage pour pouvoir en référer à l'équipe soignante.

Non- médicamenteux :

Dans le **plan de lutte contre la douleur 2006/2010**, la troisième priorité est « *d'améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité* ».

Il est spécifié que « *le traitement médicamenteux ne constitue pas la seule réponse à la demande des patients douloureux. Les techniques non médicamenteuses de prise en charge de la douleur existent. Les professionnels et les usagers les reconnaissent comme efficaces. Il s'agit de traitements réalisés par des professionnels de santé qualifiés : traitements physiques (massages, kinésithérapie, physiothérapie [cryothérapie, électro-stimulation transcutanée : TENS], balnéothérapie, éducation posturale et gestuelle), méthodes psycho-corporelles ou comportementales (hypnose, relaxation, sophrologie).* »

- **Les méthodes physiques :**

Les massages (méthode utilisée par les kinésithérapeutes), stimulent les récepteurs tactiles, permettant l'inhibition du message douloureux, comme l'explique la « Gate Control Theory » développée dans le chapitre « Contrôle de la douleur » (p. 16). Cette théorie va révolutionner **l'électrothérapie**. Il s'agit d'une stimulation des fibres tactiles (de gros calibre et myélinisées) ou des nerfs provenant des tissus profonds.

Dans certains services, en complémentarité avec l'ergothérapeute et le kinésithérapeute, le psychomotricien va aider le patient, de par son écoute corporelle, à trouver une position antalgique. Celle-ci ne sera pas forcément physiologique mais lui permettra de limiter ses douleurs voire d'être confortable. Il est donc indispensable de croiser les regards (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien) afin d'adapter au mieux la position aux besoins du patient.

- **Les méthodes psycho-corporelles ou comportementales :**

Les techniques utilisant l'art ont également leur place dans le soulagement de la douleur, telles que **la musicothérapie**. « *Les études cliniques ont mis en évidence que des suites musicales choisies en fonction de la demande d'écoute soulagent les symptômes douloureux en interagissant avec les aspects physiques, psychiques et émotionnels du patient.* » (GUETIN S., 2007). Dans sa pratique, le psychomotricien peut utiliser les effets de la musique sur la détente lors de séances de relaxation par exemple.

D'autres méthodes ont fait leurs preuves, telles que **l'hypnose ou l'hypnoalgésie**. Thibault P. et Moreaux T. nous explique que « *l'hypnoalgésie consiste à utiliser l'intérêt de l'hypnose pour prévenir et limiter la douleur lors de certaines situations douloureuses : au cours des soins, en pré et post opératoire. (...) Les techniques hypnotiques agissent sur les composantes sensori-discriminatives et émotionnelles ou affectives.* » (THIBAUT P., MOREAUX T., 2007).

La relaxation permet une détente musculaire, une baisse de la vigilance, un bien-être physique et psychologique. Il existe plusieurs sortes de relaxation (Jacobson, Training autogène de Schultz, Wintrebert, relaxation psychosomatique de G.B. Soubiran...). Les psychomotriciens, entre autres, sont formés à ces techniques.

Le toucher thérapeutique comme les massages, utilise la « gate control theory » afin d'inhiber le message douloureux. Ce toucher peut être plus ou moins léger (par effleurage) ou plus franc et il peut se faire sous forme de lissage, de pression ou encore de pétrissage. Le psychomotricien adaptera son geste en fonction des dires du patient et des signes corporels qu'il va décoder. Le toucher thérapeutique permet également au patient d'avoir un vécu corporel différent de son vécu douloureux. Ces nouvelles sensations et perceptions favorisent l'unification du corps.

3. Quand le corps vieillit

Nous avons pu voir que l'évaluation et les traitements de la douleur demandent une lecture constante du corps en lien avec les réactions psychologiques (angoisse, repli...). Le psychomotricien, de par sa lecture psychomotrice, a une place centrale dans la prise en charge de la douleur.

Lorsque le corps vieillit, la prise en charge des douleurs est-elle la même ?

Mon stage se déroule au sein d'un hôpital gériatrique. Or, lorsque nous travaillons auprès d'une population âgée, il est primordial d'avoir à l'esprit les problématiques spécifiques au vieillissement. En effet, la prise en charge de patients âgés en soins palliatifs est différente de celle d'adultes ou encore d'enfants. Par conséquent, avant d'aborder les différents objectifs et moyens utilisés par le psychomotricien en soins palliatifs, il est important de développer les spécificités liées au vieillissement.

3.1. Vieillesse normale et pathologique

Le vieillissement normal « *correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies.* ». (« Le vieillissement humain », 2000, in Corpus de Gériatrie, p.9)

Le vieillissement entraîne des modifications au niveau corporel. Simeray F. nous en expose un certain nombre :

- La peau perd de son élasticité et de sa sensibilité. Elle devient plus fragile touchant en premier lieu la peau du visage puis du tronc et de l'abdomen. Les cheveux deviennent blancs et sont en moins grand nombre, la pilosité diminue. Ces changements conduisent à une possible altération de l'expression du visage, les rides sont en plus

grand nombre, ces rides qui marquent l'histoire du sujet : ses joies, ses deuils... Le corps change lui aussi, la texture et l'apparence de la peau ne sont plus les mêmes.

- Le métabolisme est altéré. Les réponses fonctionnelles sont plus lentes, plus difficiles, rendant l'adaptation au stress, par exemple, plus complexe. En conséquence à ce ralentissement physiologique, la personne va éviter certaines situations de la vie courante qui pourraient la mettre en difficulté et le risque d'isolement social s'en voit augmenté.
- Au niveau de la communication : la parole est modifiée (les réactions sont plus lentes). Il y a un appauvrissement des mouvements, ils perdent leur caractère d'échange. Cela entraîne des difficultés de communication et peut avoir pour conséquence un repli sur soi. À l'inverse, des difficultés de relation et de communication avec l'entourage proche peuvent être la résultante d'une estime de soi altérée et d'un repli sur soi (possibles conséquences des changements physiques énoncés précédemment).

Le vieillissement a également des conséquences sur l'appareil locomoteur (fragilité osseuse, diminution de la masse musculaire...), sur le système nerveux (pouvant entraîner des modifications au niveau cognitif), sur le métabolisme, sur les organes des sens... Les capacités visuelles, auditives, vestibulaires et kinesthésiques diminuent : les repères corporels changent. Par conséquent, les repères spatiaux sont bousculés. L'amplitude du pas peut diminuer et la marche devient précautionneuse, ou cette amplitude peut s'agrandir. Le vieillissement vestibulaire et kinesthésique peut entraîner une instabilité : les obstacles du quotidien (comme un trottoir, un objet au sol...) deviennent plus difficiles à éviter.

Toutes ces altérations physiologiques ont des répercussions sur le plan psychologique mais aussi social. Les personnes âgées doivent faire le deuil de :

- Leurs états corporels dus au vieillissement physiologique. Leur autonomie est parfois diminuée, les rendant souvent dépendantes de l'autre pour certaines actions du quotidien.

- Leurs états sociaux. Pour certains, il faut faire le deuil de la relation conjugale : le conjoint étant décédé ou la relation se transformant en maternage. L'institutionnalisation peut également être vécue comme une perte des liens sociaux. Par ailleurs, il peut être difficile pour la personne d'accepter le regard de ses enfants. De plus, les rôles sont inversés. Ce sont les enfants qui s'occupent de leurs parents majorant l'impression de dépendance et de perte d'autonomie pour le sujet âgé.

Ces différentes pertes affectent l'estime que le sujet a de lui-même. En effet, quand la personne se regarde dans le miroir, que voit-elle ? Pour certains, la vision de leur corps vieillissant est insupportable. L'image de leur corps est associée à des affects négatifs entraînant une dévalorisation narcissique : ils n'aiment plus ou beaucoup moins leur corps. La relation aux proches est altérée, car n'ayant plus confiance en eux-mêmes, il devient difficile d'accepter le regard de l'autre. De plus, dans une société où l'on prône de plus en plus la jeunesse du corps, comment réussir à accepter la perte de ses repères corporels et les changements physiques ?

Afin de mieux cerner la notion de narcissisme importante en psychomotricité, il faut avoir à l'esprit les notions de schéma corporel et d'image du corps.

3.2. Schéma corporel et image du corps intimement liés

Selon Dolto F. le schéma corporel est universel, « *il spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, quelque soit le lieu, l'époque ou les conditions dans lesquels il vit* » (DOLTO F., 1984, p.22). Il se différencie du concept d'image du corps, qui « *est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire. (...) L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles* » (DOLTO F., 1984, p.22). Il est important de garder à l'esprit que l'image du corps est dépendante de la relation à l'environnement.

Schéma corporel et image du corps sont deux concepts distincts et pourtant ce sont deux notions intriquées. « *C'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à –*

notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui » (DOLTO F., 1984, p.23).

La personne âgée voit son schéma corporel évoluer au fil du temps, de plus, elle voit changer le regard que l'environnement proche porte sur son corps. L'image du corps de la personne âgée est perturbée entraînant des répercussions au niveau narcissique.

Cette notion de narcissisme a été abordée et expliquée dans les écrits de Lacan J.-M.. Selon lui, l'enfant va passer par différents stades avant de reconnaître l'image réfléchie dans le miroir comme étant la sienne. Ces phases font partie de ce que Lacan a nommé le « *stade du miroir* » :

Tout d'abord, l'enfant perçoit un reflet dans le miroir et pense que c'est un être réel mais autre que lui. Puis, l'enfant comprend que cette image est irréaliste mais ne la reconnaît pas comme sienne. Enfin, soutenu par les bras et le regard de sa mère, l'enfant comprend que l'image reflétée par le miroir est la sienne.

Suite à cette troisième étape, l'enfant se voit et se perçoit de manière globale et unifiée. De plus, le regard aimant de l'entourage maternant lui renvoie une image positive de lui-même. Il se crée son identité et une image de son corps propre positive. Son Moi se structure et la représentation du « Je » se met en place. Ce que Lacan nomme identification primaire correspond au narcissisme primaire ; période où l'enfant investit son image et s'identifie à elle. Puis il va se tourner vers les objets extérieurs et les investir de sa libido, ceci grâce à l'accès au symbolisme et au langage. C'est l'identification secondaire (œdipienne) ou narcissisme secondaire.

Il est donc important, en psychomotricité, de permettre un réinvestissement corporel à partir d'un travail sur les sensations, les perceptions et de rendre possible pour le patient la verbalisation de son vécu corporel. En effet, ce repli psychologique, cette perte d'estime de soi donc de confiance en soi-même, ne sont pas seulement de l'ordre du psychique : il y a des répercussions corporelles, sociales et affectives. Le désinvestissement ne se situe pas uniquement au niveau du monde environnant. Le corps, lui-même, est désinvesti car il est mal-aimé et ne répond plus aux exigences du sujet. Comment les relations sociales peuvent être envisageables alors même que la relation à son propre corps n'est plus possible ?

L'explication de la théorie du stade du miroir de LACAN J.-M. est fondée sur les écrits de GOLSE B. (2001).

Nous savons maintenant que la problématique d'une personne vieillissante est complexe. Si la douleur s'ajoute aux répercussions déjà présentes du vieillissement, elle va majorer les différentes souffrances de la personne. Le repli et la mésestime de soi vont alors s'amplifier et le sujet va se centrer sur lui-même et sa douleur. Il peut alors surinvestir la zone douloureuse au dépend du reste du corps ou, au contraire, la désinvestir pour mieux l'oublier. Le psychomotricien a, alors, un rôle important auprès du patient de reprise de confiance en soi et de réinvestissement corporel. Par ailleurs, la douleur entraîne des modifications corporelles au niveau tonique, perceptif et kinesthésique. De ce fait, un travail sur le vécu corporel à travers la sensorialité et les perceptions est encore plus important.

Quand les changements corporels découlant d'une maladie grave se surajoutent au vieillissement, quels sont alors les objectifs d'une prise en charge psychomotrice ?

3.3. Que faire lorsque le pronostic vital est engagé ?

Comme nous l'avons vu précédemment, la personne âgée est amenée à faire des deuils (perte des états corporels, sociaux). Lorsque la maladie grave engage le pronostic vital, la personne vieillissante doit accepter de nouvelles pertes :

- Perte des repères temporels (combien de temps me reste-t-il à vivre ?).
- Perte du fantasme d'immortalité : « *nous savons que nous sommes mortels mais cela reste pour nous une éventualité abstraite et lointaine. Lorsque, tout à coup, la mort se profile avec plus de précision, nous prenons conscience de notre fragilité.* ». (PILLOT J., 1993, p.59)
- Accepter, une nouvelle fois, des changements corporels (cette fois-ci induits par la maladie). La perte d'autonomie et d'indépendance du fait de la maladie se surajoute à celle due au vieillissement. De plus, si la douleur est présente, le patient peut développer une appréhension des soins et des mobilisations. De l'anxiété et une augmentation du fond tonique peuvent alors apparaître.

- Les relations changent : du côté de la famille il est difficile d'accepter le diagnostic (selon Pillot J. c'est un travail de « *pré deuil* ») et du côté du patient, il est difficile de montrer son corps marqué par la maladie (certains, afin de « protéger » leur famille refusent de les voir). Un mal-être réciproque peut s'installer, les relations et la communication deviennent plus difficiles. La complicité autrefois présente peut devenir maladroite.

Le psychomotricien a alors un rôle de tiers entre la famille et le malade. Il peut guider la famille afin de l'aider à retrouver un contact autrefois présent et aujourd'hui perdu. Il peut proposer à l'entourage de nouveaux moyens d'échanges si la communication verbale n'est plus possible. Parfois, la famille, les proches ne s'autorisent pas à toucher et à entrer dans une relation plus corporelle avec l'être cher. L'intervention du psychomotricien pourra peut-être aider l'entourage à créer une nouvelle communication.

Par ailleurs, le contexte d'hospitalisation et le milieu médicalisé peuvent désarçonner l'entourage et il peut se sentir impuissant. Le psychomotricien peut alors l'aider à trouver sa place auprès du patient et de l'équipe soignante.

Le psychomotricien a donc plusieurs rôles : auprès du patient mais aussi auprès de la famille et des proches. La prise en charge globale du patient inclut le soutien et l'écoute de son entourage. Les soignants font également parti de l'environnement du patient. Les accompagner, les écouter et les soutenir favorise la prise en charge.

4. Psychomotricité auprès de patients douloureux

Le soulagement des douleurs et des souffrances, ainsi que l'accompagnement des malades dans le cheminement de leur maladie, tiennent une grande place en soins palliatifs.

Quelle place peut y tenir la psychomotricité ?

4.1. Les répercussions psychomotrices de la douleur.

La maladie grave peut entraîner des souffrances à différents niveaux ; pour reprendre les propos de Mme Cicely Saunders : la souffrance est **globale**. Les conséquences sont autant d'ordre corporel que psychologique. La douleur touche le sujet dans son **identité psychomotrice** et, en fonction de sa durée, son intensité, son étendue... elle peut entraîner des modifications corporelles aussi bien sur un laps de temps court que sur une longue durée.

Le tonus est défini par Vulpian comme étant « *l'état de tension des muscles, tension active, involontaire et variable selon les diverses actions syncinétiques ou réflexes qui le renforce ou l'inhibe* ». Or, les sensations algiques que peuvent provoquer les traitements voire la maladie elle-même, modifie progressivement ou brutalement le **fond tonique** du sujet. C'est une adaptation du corps face à des « attaques » internes et externes. Le patient va, par exemple, adopter des postures inhabituelles (dites antalgiques) afin de se protéger et/ou contrer la douleur. Chez certaines personnes, nous allons observer une augmentation significative du tonus se manifestant par un changement de posture, des crispations voire des rétractions des membres et des mimiques spécifiques à la douleur. D'autres patients vont présenter une hypotonie, tel un abandon de leur corps ou plutôt une séparation entre psyché et soma. La douleur étant insupportable, le sujet préfère-t-il désinvestir son corps ?

Le psychomotricien doit être attentif aux **variations de tonus** à travers le dialogue tonico-émotionnel. Ce terme a été utilisé par De Ajuriaguerra J. en 1953 mais à tout d'abord été décrit par Wallon H. sous le terme de « relation tonico-émotionnelle ». « *Il est bien évident que le principal instrument de l'individu au cours de ses relations est son corps. Celui-ci est intégré par le sujet lui-même durant diverses expériences où interviennent les variations toniques. (...)Ce mode de relation dite tonico-émotionnelle, souligne que l'émotion permet au mouvement de surpasser son automatisme pur pour aboutir à la vie intellectuelle.* » (CARRIC J.C., 2001, p.156).

Le tonus étant modifié, le patient voit ses repères « chamboulés ». Ses sensations et ses perceptions sont différentes. Le sujet doit alors se réapproprier son corps en tenant compte de ces nouvelles variables. Le **schéma corporel évolue**, la représentation mentale consciente du corps est modifiée. Par exemple, le patient douloureux, peut passer d'une **représentation de son corps** en position bipède et en dynamique à une position statique en décubitus voire

fœtale. Car, dans certains cas, le repli corporel permet au sujet de s'enfermer dans une **carapace tonique** afin de se concentrer sur la douleur à venir ou déjà présente, pour tenter de l'éloigner.

Pour Le Boulch J. « *le schéma corporel peut être considéré comme une intuition d'ensemble ou une connaissance immédiate que nous avons de notre corps à l'état statique ou en mouvement dans le rapport de ses différentes parties entre-elles et surtout dans ses rapports avec l'espace et les objets qui nous environnent* ». Cette définition confirme l'existence d'un lien étroit entre fonction tonique et schéma corporel. Mais Le Boulch J., de par cette affirmation, met en avant les interactions existant entre l'espace environnant et le corps propre.

Dans le cas d'une personne algique, son espace personnel est augmenté, sa « bulle » s'élargit diminuant la possibilité de **relation** verbale et surtout corporelle **avec autrui**. Le corps change sous l'effet de la douleur et il peut être difficile de se le réapproprier afin de rétablir la relation qui existait entre son corps et celui de l'autre. Ce **repli** n'est pas seulement corporel, il est aussi **psychique**. La douleur habite le corps et l'esprit, altérant les capacités cognitives et enfermant le sujet dans sa douleur. Dans le cadre de la maladie grave et évolutive, la souffrance psychologique n'est pas liée uniquement aux sensations physiques douloureuses, elle peut être majorée par le repli du patient. Cette introversion est la conséquence d'une **perte d'estime de soi**. En effet, le corps a changé et il peut devenir difficile pour le sujet de poser son regard sur « celui » qui lui renvoie l'image de la maladie. Il est alors pénible pour le patient de se montrer à son entourage. **L'image du corps est altérée**, la relation aux autres compliquées, le repli est total accentuant le désinvestissement des objets extérieurs entraînant ainsi, une possible **dévalorisation narcissique**.

Ces différentes répercussions psychomotrices peuvent entraîner d'importantes angoisses : **l'angoisse de morcellement** liée au surinvestissement de la zone douloureuse au mépris du reste du corps, pouvant entraîner un **vécu de dépersonnalisation**. De plus, le pronostic vital étant engagé, **l'angoisse de mort** est omniprésente.

Effectivement, l'angoisse peut être une conséquence de la douleur et de la maladie grave mais elle peut aussi venir majorer les douleurs déjà présentes. L'angoisse sera alors à l'origine d'intenses algies. Elle peut également être la cause de douleurs inexplicables du fait d'une anxiété exacerbée par l'annonce du pronostic.

4.2. Quels objectifs et quels outils en psychomotricité ?

Les répercussions psychomotrices de la douleur sont multiples, le psychomotricien doit en tenir compte dans sa pratique.

Les objectifs de la prise en charge psychomotrice en soins palliatifs sont les suivants :

- Avant tout, **un accompagnement global du patient**. Pour cela, le psychomotricien doit être dans la relation, l'écoute, la compréhension du sujet. L'empathie fait également partie des qualités que doit présenter le psychomotricien. Elle est *«une perception du cadre de référence interne d'une personne avec précision et dans ses composantes et significations émotionnelles, de façon à les ressentir comme si l'on était cette personne, mais sans jamais oublier le comme si. (...) Être presque l'autre, sans être l'autre et sans cesser d'être soi-même.»* (ROGERS C., 1961, in GUIOSE M. et GAUCHER-HAMMOUDI O., 2007).
- **Le soulagement de la douleur**, la recherche du bien être et du confort du patient.
- Le psychomotricien **travaille les notions d'estime de soi, de narcissisme et d'image du corps**. Plus précisément, il tente d'apporter un nouveau vécu corporel au patient douloureux : un « corps-plaisir » permettant, ainsi, un maintien du narcissisme voire une revalorisation narcissique. *« Il ne s'agit pas de rendre le corps performant, de vouloir remettre la mécanique corporelle en route mais, par le biais de l'expérience corporelle contribuer à l'épanouissement de la personnalité du malade et restaurer, voire confirmer son identité. En cela, le psychomotricien tente de réduire la douleur morale, composante de la souffrance globale et intimement liée à la douleur physique »* (LE ROUX F., 1996, p.21).
- La douleur est à l'origine de diverses émotions. En effet, comme l'a mis en évidence Kübler-Ross E., la colère, la dépression ou encore le déni font partis des étapes par lesquelles le patient en fin de vie est susceptible de passer. De plus, l'annonce du pronostic, la présence de douleurs induites par les soins et d'autres facteurs peuvent

déclencher une certaine anxiété chez le patient.

Le rôle du psychomotricien est alors d’être **attentif aux différentes émotions** exprimées par le patient. Il doit les entendre et tenter d’apaiser le malade.

Pour essayer d’atteindre ces différents objectifs, le psychomotricien a une multiplicité de moyens à sa portée :

- **La relaxation**, comme nous l’avons vu dans le chapitre « traitement non médicamenteux » (p.26), permet, par le biais de la baisse de la vigilance et de la détente physique, une diminution de la douleur. La relaxation par mobilisation passive ou encore par induction verbale (le toucher peut être ressenti comme désagréable voire intrusif par certains patients), apaisent le malade douloureux en l’enveloppant dans un bain tactile et/ou sonore.

Par la relaxation, le patient va pouvoir se décentrer de la zone douloureuse qui peut être surinvestie. Dans d’autres situations, la zone douloureuse est désinvestie afin de limiter les algies. La relaxation aura alors pour rôle un réinvestissement de cette partie du corps. Les effets de la détente diffusent dans tout le corps du sujet et l’englobe. **Le vécu corporel est unifié** diminuant les sensations et les angoisses de morcellement qui pouvaient être présentes. De plus, la relaxation permet de travailler la respiration, or « *la prise de conscience de la respiration et de sa maîtrise est quelque chose de très rassurant pour le malade en fin de vie aux prises avec l’angoisse de ne plus pouvoir respirer* ». (LE ROUX F., 1996, p. 22).

- **Le toucher thérapeutique** : le psychomotricien, après avoir demandé son accord au patient, entre dans la sphère intime du malade. Le toucher est réciproque. En effet, il ne touche pas seulement un corps, il est lui-même touché. Cette relation implique le psychomotricien tout entier, physiquement et psychiquement. Il n’est plus seulement dans une relation de soins mais aussi dans une **communication non-verbale** entre deux individus. Il est alors important de garder à l’esprit le but professionnel et thérapeutique d’un tel toucher afin que le patient puisse lâcher prise sans érotiser ce moment. En effet, Gaucher-Hammoudi O. nous rappelle que « *la délicatesse du soignant consiste à gérer l’approche tactile avec une mise à distance verbale qui accompagne ce toucher intime* ».

pour le rendre social » (GAUCHER-HAMMOUDI O., 2007, p.95).

Par ailleurs, le toucher thérapeutique permet la diminution de la douleur par le biais de la « gate control theory » développée antérieurement et par la **réintroduction du plaisir** sur des parties du corps désinvesties au profit des zones douloureuses. «*Le toucher permet de réunifier le schéma corporel en travaillant sur la notion d'enveloppement (...) le toucher permet également de revaloriser l'image du corps et d'éveiller le patient à la communication et à l'échange non verbal qui favorisent le dialogue tonique* ». (JOSSOT C., SEBBANE G., 1997, p.26). Cet enveloppement permis par le toucher thérapeutique favorise l'unification corporelle. Le toucher peut alors permettre au patient de retrouver progressivement son intégrité corporelle.

- **Les bains thérapeutiques** peuvent être proposés lors d'une toilette ou dans le cadre de la prise en charge psychomotrice.

L'eau peut être un médiateur intéressant puisqu'il permet au sujet de ressentir ses **limites corporelles** en éprouvant une sensation d'enveloppement et de **contenance**. De plus, par l'effet d'apesanteur produit lors de l'immersion du corps dans l'eau (par la poussée d'Archimède), le patient peut se mouvoir plus aisément. Cette mobilité retrouvée renvoie au malade une **image positive** de son corps et de ses capacités. Cet élément peut permettre une revalorisation des compétences motrices ainsi qu'une meilleure estime de soi.

Toutefois, le travail aquatique ne convient pas à tous les patients. En effet, l'eau peut être un élément insécure voire angoissant. Il est donc important d'élaborer le projet thérapeutique en lien avec les désirs et vécus du patient.

- **Le cadre thérapeutique** est essentiel. En effet, il permet de sécuriser et rassurer le patient. Un cadre contenant peut favoriser la détente, les sensations et perceptions, le réinvestissement corporel et surtout la verbalisation du vécu. Pour ce faire, les visites seront régulières et il peut s'instaurer un « rituel » de début et de fin de séance.
- Le psychomotricien – en collaboration avec l'ergothérapeute ou le kinésithérapeute – grâce à son observation des messages corporels (positionnement, mimiques, gestes...) du patient, **recherche un positionnement antalgique** afin de permettre au malade de

diminuer voire faire disparaître ses douleurs. Cette position ne sera peut-être pas physiologiquement correcte mais elle sera contenante et rassurante pour le patient. En effet, si le projet du patient est de favoriser son confort et son bien-être, un positionnement englobant et limitant les douleurs sera privilégié à une position anatomiquement correcte.

Nous l'aurons compris, le psychomotricien doit être vigilant aux différentes manifestations psychocorporelles du patient. Pour cela, ses qualités d'écoute et d'adaptation seront son outil principal.

« Le psychomotricien observera et trouvera le moment le plus adapté pour son intervention, il recherchera les "créneaux" d'éveil, et privilégiera les moments les plus paisibles et les moins douloureux où le malade est "au mieux de sa forme". (...) Il ne s'agit pas de développer "des techniques spécifiques de fin de vie" mais plutôt d'accompagner le patient pas à pas, de répondre à ses besoins sans le devancer, en développant un savoir être. (...) Il ne s'agit plus alors de technique mais plutôt de rencontre, de présence attentive et rassurante, d'accompagnement. » (JOSSOT C., SEBBANE G., 1997, p.25)

Conclusion :

La douleur a d'importantes répercussions sur l'identité psychomotrice du sujet : tonus, schéma-corporel, image du corps, espace, relation à soi et à autrui, narcissisme... sont bouleversés. Les répercussions sont multiples car la douleur est globale comprenant quatre dimensions essentielles à l'identité du sujet : dimension physique, psychologique, sociale et spirituelle. En psychomotricité, nous apprenons à prendre en charge les patients dans leur globalité en faisant constamment le lien entre le moteur, le cognitif et l'affectif. De ce fait, le psychomotricien joue un rôle important dans la prise en charge du patient algique, de l'évaluation de sa douleur à la mise en place d'un projet thérapeutique global et unifiant.

De plus, en soins palliatifs, l'accent est mis sur le soutien de l'entourage du patient. Ses proches font parti de sa vie et de ce qu'il est aujourd'hui. Les soignants font également

partie intégrante de son quotidien. Il est donc important de les accompagner et de les soutenir face à certaines situations difficiles.

Le psychomotricien, de par ses connaissances spécifiques de la communication non-verbale, du dialogue tonique et de l'écoute, va peut-être permettre de faire le tiers entre la famille et le patient et/ou entre le patient et les soignants en apportant de nouveaux modes d'échanges et de communication entre eux. Cela fait parti de la prise en charge globale du patient.

Comment cela se traduit-il en pratique ? Est-il toujours évident de prendre en charge un patient douloureux et en fin de vie ?

CLINIQUE

Chaque individu est unique et son projet thérapeutique également. Le psychomotricien doit suivre le rythme du patient, pas à pas. À travers la partie clinique de ce mémoire, je vais vous présenter deux patients et donc deux prises en charge différentes de la douleur d'une personne. Avant cela, je vais vous exposer les modes de fonctionnement et la place de l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs au sein de laquelle j'étais en stage ainsi que les différents professionnels qui la constitue.

1. Présentation de l'établissement

Un peu d'histoire ...

En janvier 1862, un décret impérial autorise la création d'un « dépôt de mendicité » destiné à accueillir des reclus dans une ferme. Ils étaient placés, à expiration de peine, pour délit de mendicité ou de vagabondage. Par la suite, l'établissement hébergera des vieillards dénués de ressources et des handicapés mentaux sans famille.

En juillet 1905, le dépôt de mendicité est transformé en « œuvre d'assistance par le travail ». Puis, en 1964, le premier poste de médecin à temps plein est créé. L'action coordonnée du corps médical et de la direction aboutit à classer l'établissement dans la catégorie « hôpital ». Il devient alors un hôpital départemental.

À la fin du 20^{ème} siècle, suite à un plan de restructuration et d'humanisation, l'établissement est organisé autour de deux secteurs :

- Le secteur gérontologique est composé de trois pôles et de plusieurs Établissements d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante :
 - Le pôle médecine (trois courts séjours, trois moyens séjours et plusieurs longs séjours) ;
 - Le pôle rééducation ;
 - Le pôle psycho-gériatrie cognitive.
- Le secteur adultes polyhandicapés est composé de :
 - Trois Maisons d'Accueil Spécialisées ;

- Trois Foyers d'Accueil Médicalisés
- Un Foyer d'Accueil Médicalisé pour Personne Handicapée Vieillissante.

L'établissement est rebaptisé « hôpital gériatrique et médico-social » et comporte actuellement environ mille résidents.

Par ailleurs, une première Équipe Mobile de Soins Palliatifs fut créée en l'an 2000 mais sa composition était restreinte à deux infirmières et une psychologue. Or, une EMSP doit comporter au minimum un médecin, une infirmière et une psychologue. L'équipe a rapidement voulu être rebaptisée Équipe Mobile d'Accompagnement et de soins Palliatifs (EMAP). Ils leur paraissaient essentiel de faire apparaître la notion d'accompagnement dans leur « intitulé ».

En 2003, un médecin rejoignit l'EMAP permettant la création du trinôme nécessaire au bon fonctionnement d'une équipe mobile. La mise en place d'une EMAP au sein de l'hôpital est le reflet d'une volonté de l'établissement de prendre en considération la démarche palliative dans une structure gériatrique.

1.1. Mode de fonctionnement de l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs

L'équipe mobile intervient dans les services à la demande des médecins et/ou des cadres du pôle gériatrique et adulte handicapé. Elle peut être contactée directement dans ses locaux via le téléphone ou via le « bip » ou encore en personne lors d'une rencontre avec un médecin ou un cadre. Les motifs d'appels sont multiples :

- **Pour le patient :** s'il présente des symptômes d'inconfort (douleurs, dyspnée, confusion mentale, constipation...) et/ou d'importantes souffrances.
- **Pour l'entourage :** s'il y a des difficultés relationnelles dans la famille ou avec les équipes et/ou si la famille souffre de voir leur proche malade ou encore pour un suivi de deuil.
- **Pour l'équipe :** si la situation professionnelle est difficile et que des questionnements éthiques émergent et/ou pour un soutien moral.

La réponse de l'équipe mobile se fera en plusieurs temps. Tout d'abord, elle rencontre l'équipe soignante pour écouter et reformuler la demande initiale. Puis, elle rencontre le patient et/ou ses proches. Elle fait ses transmissions à l'équipe soignante oralement et à l'écrit dans le dossier de soins et le dossier médical (sous forme de propositions thérapeutiques et de soins). En fonction de la situation, l'équipe mobile peut proposer l'intervention de l'équipe bénévole auprès du patient et de sa famille. À la suite de cela, l'équipe mobile propose un contrat de suivi à l'équipe soignante afin de déterminer les modalités et la fréquence d'intervention de l'EMAP. Des réunions de synthèses sont organisées une fois par semaine entre les membres de l'équipe mobile et des transmissions sont faites quotidiennement afin d'assurer la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge. Des réunions de synthèse sont également organisées entre l'équipe mobile et l'équipe soignante du service. Enfin, après le décès et au moment choisi par l'équipe soignante, l'équipe mobile propose une relecture de l'accompagnement vécu par les soignants.

L'équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs a différents objectifs :

- **Auprès des personnes malades** : les objectifs sont de prévenir, d'évaluer et de soulager les symptômes pénibles ou les difficultés chez les personnes confrontées à la grande dépendance, à la maladie grave ou au grand âge. L'objectif est également de permettre à la personne malade d'exprimer ses souhaits, ses désirs et l'aider à faire émerger et à mobiliser ses « capacités » à vivre. L'accompagnement du patient dans son cheminement s'effectue dans le respect de son rythme, de ses défenses et de son évolution.
- **Auprès de la famille et de l'entourage** : l'équipe mobile propose un accueil, une écoute, un accompagnement aux familles et à l'entourage des personnes confrontés à la maladie grave, à la dépendance ou au deuil, dans le respect du rythme de chacun, en particulier les enfants. Elle propose un soutien et un suivi tout au long de la maladie mais également au moment du décès. De plus, un soutien et un accompagnement lors du travail de deuil est proposé par la psychologue de l'équipe.
- **Auprès des soignants et des équipes** : les objectifs auprès des soignants et des équipes sont variés. L'EMAP soutient les équipes tout en reconnaissant et valorisant leur travail ; elle développe et participe à la réflexion éthique ; elle propose aux soignants des outils pour une meilleure prise en charge des patients et elle les aide à faire face à la complexité des relations avec les personnes malades ou les proches.

- **De formation et de recherche :** l'équipe mobile participe à la formation des soignants lors de ses interventions dans les unités et en dehors. Elle participe à des protocoles de recherche en collaboration avec d'autres équipes de soins palliatifs afin de mieux comprendre et soulager les symptômes difficiles. L'objectif est également d'accueillir des stagiaires selon des modalités et un rythme à prévoir.

L'Équipe Mobile de Soins Palliatifs doit avoir une place reconnue au sein de l'hôpital afin de pouvoir mener au mieux ses différentes missions. Mais quant est-il actuellement et en a-t-il toujours été ainsi ?

1.2. Place de l'EMSP au sein de l'hôpital

Dans les premiers temps, les différents services de soins acceptèrent difficilement l'EMAP. Cette réticence était due à une méconnaissance des soins palliatifs, du rôle et du fonctionnement d'une équipe mobile. De manière plus inconsciente, elle était peut-être due également à une angoisse de perte d'identité, de perte de leur place et de leur rôle auprès des patients.

Actuellement, les états d'esprit ont changé, l'EMAP est mieux acceptée dans les services, les appels sont plus ciblés et diversifiés. Les soignants n'attendent plus la phase critique de la maladie du patient pour faire appel à l'équipe mobile. Ils font appels à l'EMAP pour discuter de décisions éthiques difficiles et pour le soutien de la famille et des proches du malade. L'Équipe Mobile d'Accompagnement et de soins Palliatifs a vu son activité augmenter en l'espace de cinq ans.

Enfin, l'un des objectifs de l'EMAP qui est de former les soignants à la démarche palliative porte ses fruits. Les soignants sont désireux de se former sur des thèmes tels que la douleur ou encore les soins palliatifs. L'EMAP a proposée une formation à propos de « la démarche palliative pluridisciplinaire chez la personne âgée ». La formation s'est déroulé sur 32 séances de juin à décembre 2007 et 412 professionnels l'ont suivie (personnel de santé, administratif et bénévoles).

L'Équipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs a donc fait sa place progressivement au sein de l'hôpital. Chaque professionnel de l'EMAP a eu et a toujours un rôle important dans la reconnaissance de l'utilité et de l'importance d'une équipe mobile.

1.3. Rôle des différents professionnels de l'EMSP

Une Équipe Mobile de Soins Palliatifs est composée de différents professionnels travaillant en complémentarité. Une équipe mobile est toujours composée d'au moins un médecin, d'un infirmier et d'un psychologue. Cette composition n'est pas exhaustive, d'autres professionnels, tels qu'un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un psychomotricien et/ou une assistante sociale, ainsi que les bénévoles ont une place très importante en soins palliatifs.

Aujourd'hui, l'EMAP se compose d'une cadre de santé présente à quart-temps, de deux médecins chacun à mi-temps, de deux infirmières à temps partiel, d'une psychologue à temps plein, d'une psychomotricienne à temps plein et d'une secrétaire à temps plein.

Le rôle des professionnels d'une équipe mobile se répartit de la manière suivante :

- Un tiers de temps de **clinique** : chacun avec sa formation propre, évalue les signes d'inconfort du patient et l'accompagne tout au long de sa maladie. Le soutien des familles ainsi que des soignants, fait partie intégrante du rôle des professionnels d'une équipe mobile.
- Un tiers de temps de **formation** : l'un des objectifs principaux d'une équipe mobile est de promouvoir les soins palliatifs. L'équipe mobile a pour mission de former les équipes soignantes à la démarche palliative par le biais de formations organisées ou lors de ses interventions dans les services.
- Un tiers de temps de **recherche** : « *compte tenu de la transversalité qui définit les soins palliatifs et de la répartition des malades, il est important que les équipes mobiles contribuent au développement de la recherche en soins palliatifs.* » (BACHELOT-NARQUIN R. et al., « Circulaire n°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs »).

Le médecin tente d'identifier la demande de l'équipe au niveau médical. Puis, il rencontre le médecin référent, la cadre de santé et les soignants. Enfin, il évalue quels sont les symptômes d'inconforts (comme la douleur) présents chez le patient grâce à un interrogatoire et un examen clinique. Le relationnel et l'écoute sont indispensables à la bonne réalisation du diagnostic. À la suite de cela, il propose au médecin référent du malade, des orientations de soins et d'accompagnement pour le patient et son entourage.

Le cadre de santé encadre et gère l'équipe mobile au quotidien. Il a un rôle important de lien entre l'EMAP et les autres cadres de l'hôpital ainsi qu'avec la hiérarchie administrative. De plus, il gère la planification des différents stagiaires susceptibles de venir au sein de l'équipe mobile.

L'infirmier se renseigne auprès des soignants et dans le dossier de soins afin d'avoir un premier aperçu de l'état général du patient. Lors de sa rencontre avec le malade, il est attentif aux différentes manifestations corporelles (position en chien de fusil, respiration difficile, contraction ou décontraction, grimaces faciales...) et tente d'identifier la présence d'un possible inconfort. Il a également un rôle d'accompagnement des soignants lors des soins et de revalorisation de leur pratique. Il est important de préciser qu'il « fait avec le soignant » et non pas « à la place ». De plus, il peut être amené à accompagner et soutenir l'entourage du patient.

Le psychologue évalue en binôme, avec un membre de l'équipe mobile, la détresse morale du patient et lui propose de le rencontrer. Il discute avec le patient de ses angoisses et peut effectuer avec lui une « relecture de sa vie » afin de l'aider à faire un bilan de celle-ci. Cette démarche a pour but d'apaiser le malade afin de l'aider à partir plus sereinement. Le psychologue a également un rôle important de soutien et d'écoute des familles afin de les accompagner dans leur travail de deuil et de séparation d'avec leur parent. Il soutient également les équipes soignantes, lors de supervisions par exemple. Ce soutien a pour objectif d'éviter le désinvestissement des soignants dû à la fatigue morale des prises en charge quotidiennes.

Le psychomotricien, sur la prescription du médecin, utilise des médiations corporelles telles que la relaxation ou le toucher thérapeutique afin de limiter les douleurs, apaiser le patient et favoriser le réinvestissement corporel. De par ses techniques spécifiques mais aussi son attitude contenante et englobante, le psychomotricien aide le patient à prendre conscience de son corps. Il accompagne et soutient également la famille par son écoute et en

faisant, si besoin est, tiers dans la relation avec le patient. Le soutien des soignants fait aussi parti de son rôle. Il peut leur apporter un regard nouveau et de nouvelles techniques favorisant l'échange et la relation entre le corps du patient et celui du soignant.

Le relationnel, l'écoute, l'empathie et le dialogue tonique font partie intégrante du travail du psychomotricien.

Le bénévole a pour rôle d'accompagner le malade, en lui proposant une oreille attentive, une présence chaleureuse. Il peut même dans certaines situations lui rendre un service (lui faire une course, une lecture ...) qu'il n'est plus capable de faire seul. Le bénévole permet au patient de garder un lien social, il a un rôle de tiers (il n'est ni un soignant, ni un proche). Les bénévoles sont formés par l'association dont ils dépendent.

Ces différents corps de métiers ont une action complémentaire. Les réunions de synthèse permettent la transmission des informations entre chaque professionnel. Le patient doit être pris dans sa globalité, d'où l'intérêt de l'interdisciplinarité de l'équipe.

1.4. Place de la psychomotricité au sein de l'EMSP

Suite à la volonté de l'équipe mobile d'avoir un rééducateur à mi-temps (kinésithérapeute ou psychomotricien), la psychomotricienne arriva en 2003 au début de la mise en place de l'Équipe Mobile d'Accompagnement et de soins Palliatifs. Progressivement, elle fit sa place au sein de l'équipe. Actuellement son rôle est bien défini et son poste a récemment évolué sur un temps plein.

Pour les médecins (qui sont les prescripteurs) elle permet :

- L'évaluation et la prise en charge des symptômes d'inconfort,
- La « démedicalisation » du soin,
- Un travail corporel essentiel en soins palliatifs,
- La transdisciplinarité : lorsqu'un professionnel change son regard au contact d'une autre discipline et qu'il apprend de l'autre.

Au cours de mon stage, j'ai pu observer qu'elle place pouvait avoir la psychomotricité au sein de l'EMAP et j'ai constaté que les différents soignants sont avides de conseils et de regards différents. La psychomotricienne est intégrée à l'équipe et travail régulièrement en binôme. En effet, la journée peut s'organiser autour de deux temps :

- Le matin : la psychomotricienne va à la rencontre des patients accompagnée d'un autre soignant de l'EMAP afin d'avoir un regard plus global. Elle peut alors observer quels patients auront besoin d'une seconde visite en individuel.
- L'après-midi : suite à ses observations de la matinée, elle effectue ses visites seule.

Cette organisation n'est pas régie par des règles strictes, les soignants s'adaptent en fonction du contexte de chaque journée.

2. Études de cas clinique

Afin d'illustrer la théorie développée dans la première partie de ce mémoire, je vais vous présenter deux patients que j'ai rencontré dans le cadre de mon stage de troisième année de psychomotricité.

Pour des raisons de confidentialité, les noms sont falsifiés.

2.1. M. DUPONT

M. DUPONT âgé de 67 ans, réside dans une Unité de Soins Longue Durée (USLD) de l'hôpital. L'Équipe Mobile d'Accompagnement et de soins Palliatifs (EMAP) a été appelée par le service quelques jours avant que je fasse sa connaissance. Je le rencontre en Février 2007, je suis alors en deuxième année de psychomotricité. J'ai effectué trois jours de stage durant l'année scolaire 2006/2007 afin de me familiariser à l'état d'esprit des soins palliatifs et à la gériatrie.

J'ai pu suivre ce patient durant six séances échelonnées sur 9 mois de prise en charge. En effet, mon stage de troisième année a commencé 6 mois après le début de sa prise en charge. J'ai donc participé aux séances durant les premiers et les derniers temps de son suivi par l'équipe mobile et la psychomotricienne.

2.1.1. Anamnèse

Les données que j'ai pu récupérer sur l'histoire de M. DUPONT, sont assez succinctes :

Il est arrivé à l'hôpital en Mars 1974, à l'âge de 35 ans. Il venait d'un autre établissement hospitalier. Il n'a pas de famille connue à ce jour.

À l'époque, il a été diagnostiqué oligophrène, terme signifiant aujourd'hui : arriération mentale. En ce qui concerne la communication, le langage était mal articulé mais compréhensible.

Il a été mis sous tutelle en 1988, âgé alors de 49 ans.

En 1990 il a fait plusieurs crises d'épilepsie. Actuellement, elles sont stabilisées grâce à un traitement par la dépakine. Il a subi une adénomectomie prostatique (tumeur bénigne de la prostate qui a été retirée) à l'âge de 56 ans.

En Février 2007, M. DUPONT est entré en USLD du fait de l'aggravation de son état général. L'EMAP a été sollicitée par le service quatre jours après afin de comprendre la nature de ses gémissements (est-ce de la douleur, de l'anxiété ?).

2.1.2. Bilan d'observation

Il n'y a aucun bilan antérieur en dehors des bilans médicaux et biologiques dans son dossier médical. Ils nous indiquent que M. DUPONT a perdu 30 kg en 1 an (de Février 2006 à Février 2007). Aucune investigation n'a été faite. Nous ne connaissons donc pas la cause de cet amaigrissement.

Au vu de l'état général de M. DUPONT, il n'a pas été possible de lui faire passer les épreuves du bilan psychomoteur. Nous avons donc réalisé une lecture psychomotrice. Elle a été faite à divers moments afin d'avoir une vision globale du comportement du patient dans le temps.

De plus, il est judicieux de travailler avec les différents soignants du service afin d'obtenir des informations complémentaires sur le patient. Nous avons alors appris que M.

DUPONT n'a pas la capacité de se déplacer et qu'il n'est pas installé au fauteuil du fait de douleurs. Il reste donc au lit.

- Observation du patient avant de rentrer dans sa chambre (porte de chambre ouverte) :

M. DUPONT est vêtu d'une tunique de l'hôpital laissant les mouvements de son corps assez libre. En ce qui concerne sa **position**, il est installé en décubitus latéral gauche, la tête est en hyperflexion gauche et les membres inférieurs sont repliés en triple flexion. Il est donc recroqueviller dans son lit en position fœtale. Il peut se mouvoir de façon restreinte à l'intérieur de son lit. Ces différents mouvements sont-ils effectués afin de limiter les douleurs ? ou ont-ils pour objectifs la réassurance et la contenance ? est-ce l'expression d'une angoisse ?

Pour ce qui est de son **comportement**, M. DUPONT est par moment très calme voire endormi et d'autre fois il gémit de longs moments. Ces gémissements sont-ils l'expression d'une douleur physique ? d'une souffrance psychologique ? d'un mal être ?

- Observation du patient lorsque nous rentrons dans sa chambre :

Si les **gémissements** étaient absents avant notre arrivée, ils apparaissent parfois à notre approche. En revanche, s'ils étaient déjà présents, ils peuvent augmenter d'intensité. Est-ce un moyen de communication ? Est-ce l'expression d'une angoisse ?

Sa **position** reste identique que nous soyons présents ou non. Par contre, nous pouvons observer un « recroquevillement » à notre approche (hypertonie réactionnelle) sûrement dû à un fond anxieux et/ou à l'appréhension anticipatoire d'une possible mobilisation douloureuse.

- Observation du patient lorsque nous sommes à ses côtés :

M. DUPONT a les cheveux grisonnants, fins et en quantité modérée. Son regard est vigilant.

En ce qui concerne la **communication** : M. DUPONT, tout en gémissant, oriente son regard vers nous. Il communique par divers moyens :

- *Communication non-verbale* : il communique à l'aide de ses mimiques (front plissé ou non, yeux fermés ou à demi-clos, sourires, grimaces faciales qui sont un signe de crispation...) et de ses attitudes posturales (le visage baissé ou au contraire ouvert vers

nous, les mouvements des différentes parties de son corps, son corps est plus ou moins recroquevillé, son tonus est faible ou élevé...).

- *Communication verbale* : il communique à l'aide de mots simples en réponse à nos questions telles que « Oui, Non, Aïe... ».
- *Gémissements* : l'intensité et l'intonation de ses gémissements sont variables. Leur rythme peut être monotone et la mélodie monocorde.
- *La respiration* est également différentes selon les moments, elle peut être saccadée ou au contraire fluide. M. DUPONT peut également présenter des pauses respiratoires.

En ce qui concerne sa **posture**, la psychomotricienne, en collaboration avec l'ergothérapeute, évalue en observant les réactions du patients (comportement, mimiques...) quelle position permettrait la diminution ou la disparition des douleurs.

M. DUPONT a besoin d'un certain temps pour s'apercevoir que notre intention est bienveillante. Puis, ayant confiance en nous, il peut alors se détendre au travers de mouvements relaxants qu'induit la psychomotricienne lors de son bilan du tonus.

Conclusion :

Ces différentes observations nous indiquent que M. DUPONT semble manifester un fond anxieux permanent, caractérisé par une hypertonie de fond et réactionnelle due à la présence de soignants autour de lui. C'est un patient qui présente une douleur de fond autant nociceptive (viscérale et déclenchée à la mobilisation) que neurogène (l'effleurement est douloureux sur certaines parties de son corps). De plus, cette douleur est chronique et majorée par des accès douloureux.

Les différents bilans médicaux de M. DUPONT nous permettent de savoir qu'il n'est pas en phase terminale de sa maladie. L'objectif de l'équipe mobile de soins palliatifs est alors de mettre en place un projet de vie sur le long terme avec ce patient (chaque professionnel de l'équipe adapte son projet thérapeutique en tenant compte de cet objectif).

2.1.3. Projet thérapeutique et prise en charge

Projet thérapeutique :

Au vu des conclusions de ce bilan, une indication en psychomotricité est justifiée. Il me semble important d'avoir un suivi fréquent et régulier (c'est-à-dire plusieurs fois par semaine), pour travailler sur :

- **L'apaisement de la douleur** au travers de mobilisations passives (mouvements de faible amplitude en fonction de la détente de M. DUPONT) et du toucher thérapeutique afin d'obtenir une détente globale. De plus, cela permet de limiter les rétractions et d'éviter les positions vicieuses permettant, en parallèle, aux aides soignantes de faire une toilette dans de meilleures conditions.
Étant donné que la position de confort du patient est en décubitus latéral gauche, il faut travailler le positionnement antalgique avec M. DUPONT afin de changer les appuis et les points de contact.
- **La réassurance du patient afin de réduire l'appréhension aux soins comme la toilette.**
La mise en place d'un cadre à l'aide de visites régulières ainsi qu'une attitude contenante, des gestes sécurisants, doux et non intrusifs peuvent aider à cette réassurance.

Ce projet thérapeutique a été élaboré grâce à la lecture psychomotrice de M.DUPONT. Cependant il n'est pas définitif, il évolue au fil des jours selon les besoins, les envies du patient, mais aussi son état de fatigue et ses douleurs.

Évolution de la prise en charge :

M. DUPONT exprime sa douleur et son mal être au travers de ses attitudes posturales, de ses mimiques, mais également par des gémissements incessants. Ses plaintes s'amplifient à l'approche de la psychomotricienne et de moi-même. Nous commençons par prendre contact avec lui par la parole, en lui demandant comment il va, s'il a mal quelque part. Puis progressivement, toujours avec l'accord de M. DUPONT, la psychomotricienne procède à un toucher thérapeutique avant de le mobiliser par des mouvements de faible amplitude au

niveau de ses membres inférieurs et de ses mains. Le patient a progressivement confiance en nous et peut alors se détendre un peu plus.

M. DUPONT sait guider la séance à sa manière. Il nous montre les zones de son corps les plus douloureuses et module ses gémissements tout au long de la séance afin de nous communiquer son ressenti. De plus, la psychomotricienne nomme les différentes parties du corps de M. DUPONT avant d'initier un contact et pendant le toucher. Cette verbalisation permet de renforcer le schéma corporel. En effet, ses limites corporelles peuvent être floues du fait de son alitement.

Enfin, lorsque nous lui indiquons que la séance prend fin et que nous allons partir, il tend sa main vers la psychomotricienne pour nous indiquer son souhait de rester à nos côtés. Il a besoin de contact et de contenance. Nous restons encore quelques minutes en précisant que nous reviendrons dans la semaine, que la séance est finie et que nous allons partir. M. DUPONT accepte mieux notre départ. Un « rituel de séparation » s'est instauré.

Les séances étant de fréquence régulière, M. DUPONT reconnaît et s'habitue à la présence de la psychomotricienne. Une relation de confiance s'est installée.

À la fin du mois de septembre (8mois après le début de sa prise en charge par l'EMAP), l'état de M. DUPONT s'est aggravé, son pronostic vital est engagé. Le projet thérapeutique évolue. Les objectifs sont alors le bien-être, le confort. Les mobilisations passives et le toucher thérapeutique ont alors pour projet essentiellement la détente et le soulagement des douleurs. Si le patient est très douloureux, la psychomotricienne arrête les mobilisations et nous prévenons alors le médecin pour qu'il évalue sa douleur et change son traitement antalgique si besoin est.

La psychomotricienne va alors utiliser sa voix pour l'envelopper dans un bain sonore contenant et sécurisant. De plus, le dialogue tonique au travers de touchers légers et de courte durée va permettre la diffusion d'une détente corporelle et apaiser M.DUPONT.

Au fil des jours, son état général fluctue. Par moment nous le trouvons endormi, détendu et très peu encombré au niveau des bronches. Alors que d'autres fois, nous le voyons réveillé, gémissant avec un encombrement bronchique important. M. DUPONT a régulièrement le hoquet et manifeste une œsophagite due à des remontées gastriques. Nous n'en connaissons pas la cause car aucune exploration n'a été effectuée. Il présente des « dépôts » au niveau du palais dus à une sécheresse buccale et à des sécrétions bronchiques

importantes. C'est un symptôme d'inconfort. Nous prévenons alors l'infirmière pour qu'elle puisse lui faire un soin de bouche. La prise en charge psychomotrice ne s'arrête donc pas seulement au toucher thérapeutique et à la recherche de détente par la relaxation. Elle passe aussi par l'observation du patient et des émotions qui peuvent transparaître corporellement ; par la recherche de son confort corporel et l'apaisement de ses angoisses.

Par ailleurs, M. DUPONT supporte de moins en moins le toucher du fait de douleurs neurogènes de plus en plus importantes. Il élargit sa « bulle », son espace personnel de protection, dans lequel le toucher devient intrusif. Il l'exprime en fronçant les sourcils et/ou en gémissant lorsqu'on le touche. Il garde les yeux fermés et a une respiration difficile (il fait des pauses respiratoires). Les séances ont alors pour objectif de le contenir corporellement et psychiquement par notre présence et d'observer son état général (confort, douleurs,...) afin, si besoin est, d'en référer à l'équipe soignante. Les séances sont de durée plus courte qu'au début de la prise en charge afin de ne pas le fatiguer.

M. DUPONT est décédé le 7 novembre 2007 à l'âge de 68 ans, 9 mois après le début de sa prise en charge par l'équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs.

Le psychomotricien doit régulièrement adapter son projet thérapeutique au vu de la lecture psychomotrice qu'il effectue à chaque séance. Les moyens utilisés peuvent évoluer au cours de la prise en charge. Le psychomotricien peut commencer par des médiations corporelles (comme le toucher thérapeutique), puis, si le patient ne supporte plus le toucher, sa simple présence peut suffire pour lui apporter une contenance et donc une détente physique si la relation de confiance a pu s'établir. Cette présence est autant corporelle, à travers le dialogue tonique, la chaleur et l'odeur du corps, que verbale. En effet, si la voix a un rythme régulier et une tonalité douce et rassurante, le patient sera enveloppé dans un bain sonore contenant et sécurisant.

La prise en charge de M. DUPONT fut une des premières auxquelles j'ai assisté et participé dans le cadre de mon stage. Le suivi de ce patient m'a permis de réellement comprendre la notion « d'adaptation » que l'on tente de nous inculquer tout au long de notre formation. J'ai également réalisé qu'une « thérapie à médiation corporelle » ne signifiait pas seulement

toucher le corps de l'autre, mais également accompagner le patient grâce à notre présence corporelle et psychique. Par ailleurs, lors de cette prise en charge, le concept de « dialogue tonique » a pris pour moi tout son sens, car l'état de M. DUPONT s'altérant de plus en plus, la communication non-verbale devenait le seul moyen de comprendre ses besoins, ses désirs et ses émotions. Cela demande une écoute et une disponibilité accrue envers le patient mais aussi envers soi-même.

2.2. M^{me} PETIT

Mme PETIT, âgée de 75 ans, réside au sein d'un Établissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) depuis 2 ans et demi. Je la rencontre dans le cadre de sa prise en charge par l'Équipe Mobile d'Accompagnement et de soins Palliatifs (EMAP) en raison de la présence de douleurs induites par les soins et les mobilisations.

2.2.1. Anamnèse

Mme PETIT est atteinte d'une maladie de Waldenström¹ entraînant, localement, une destruction des os ainsi que des fractures pathologiques du bassin. Sa maladie est traitée par chimiothérapie en 1999 à l'âge de 66 ans et ses fractures pathologiques par radiothérapie en 2004 et 2005. Sa maladie est réévaluée en mai 2007, elle est actuellement stabilisée. Elle présente également différents antécédents médicaux :

- Obésité morbide ;
- Hypertension Artérielle ;
- Gonarthrose bilatérale (arthrose des deux genoux) ;
- Hypoxie entraînant des troubles de la conscience et une probable apnée du sommeil.

Mme PETIT entre en EHPAD **en Juillet 2005** à l'âge de 72 ans. Ses fonctions supérieures sont préservées, elle peut aisément exprimer sa volonté. Par ailleurs, son obésité importante restreint son autonomie quotidienne : elle est alitée, totalement dépendante pour la toilette, l'habillage et elle a besoin d'une aide partielle pour l'alimentation.

¹**Maladie de Waldenström** : Lymphome malin. Les signes révélateurs sont de la fatigue, une anémie souvent importante, un amaigrissement, une présence de ganglions, parfois un gros foie et une grosse rate... Bien tolérée, la maladie évolue sur plusieurs années. Les complications sont surtout les accidents d'hyperviscosité (troubles de la vue, syndrome de Raynaud...), l'insuffisance rénale, l'insuffisance médullaire, les troubles de la coagulation, les localisations osseuses.

Un an et demi après son institutionnalisation un suivi psychologique est mis en place. En effet, Mme PETIT souffre de son état général et de son « isolement ».

Le **8 octobre 2007** à l'âge de 74 ans, elle chute lors d'une toilette, entraînant une fracture du grand trochanter gauche et de la tête humérale droite. Ces fractures ne sont pas opérées. Afin de traiter la douleur, elle est mise sous effergal codeiné® (antalgique de palier 2).

Quelques jours plus tard, elle manifeste des troubles de la conscience probablement dus à son traitement antalgique ; l'effergal codeiné® est arrêté. Elle reste néanmoins très douloureuse entraînant des répercussions psychologiques importantes : elle présente une dépression et exprime des demandes d'euthanasie.

Afin d'évaluer sa douleur, l'EMAP est appelée par le service. Lors de l'évaluation il apparaît que Mme PETIT présente un syndrome douloureux localisé aux épaules, aux mains et au fémur, majoré à la mobilisation. Il est soulagé au repos strict. Ses douleurs sont nociceptives associées probablement à des douleurs neurogènes.

Au regard des troubles importants de la conscience que peut provoquer la codéine chez Mme PETIT, l'EMAP propose d'éviter l'administration systématique et en continu de traitements antalgiques. Elle suggère de privilégier la prévention des douleurs induites par les soins et les mobilisations avec l'utilisation du MEOPA¹ et d'un morphinique. Mme PETIT est très confuse, elle a des idées morbides, des hallucinations visuelles et elle revient régulièrement sur l'épisode traumatisant de sa chute.

Un mois plus tard, ses douleurs s'amointrissent pour finalement disparaître. De ce fait, sa confusion et son anxiété diminuent et elle est moins envahie par ses demandes de mort. L'EMAP arrête sa prise en charge en accord avec le service.

¹**MEOPA** : C'est un gaz médical prescrit pour la prise en charge des actes douloureux de moins d'une heure (il ne peut être inhalé plus d'une heure par jour et plus de quinze jours consécutifs). Le patient respire ce gaz à l'aide d'un masque. L'administration nécessite l'information et la surveillance continue du patient. Elle est interrompue en cas de perte du contact verbal. La présence d'une infirmière est obligatoire.

Peu de temps après, l'état de Mme PETIT s'altère de nouveau. Elle présente, **début décembre 2007**, une ascite abdominale (accumulation de liquide dans la cavité péritonéale), des troubles de la conscience et une certaine angoisse. Elle est transférée en service de médecine malgré son refus. La ponction de l'ascite s'avère impossible. Elle revient à l'EHPAD après les fêtes.

Un mois après, Mme PETIT est somnolente, son état général est altéré : elle présente des dermatoses (affection de la peau) et des œdèmes généralisés. Elle se plaint de prurits et de brûlures sur tout le corps. Les différents essais thérapeutiques se montrent infructueux. Elle est déprimée, manifeste des idées morbides et des hallucinations auditives.

L'équipe met en lien son mal-être psychique et physique. L'EMAP est rappelée le **20 janvier 2008**, afin de prendre en charge la souffrance globale de Mme PETIT.

2.2.2. Bilan d'observation

Au vu de l'état de santé de Mme PETIT et de la présence d'intenses douleurs, un bilan d'observation était plus approprié. Cette lecture psychomotrice a été réalisée avant une toilette.

En effet le service où réside Mme PETIT a appelé l'EMAP afin d'évaluer sa douleur lors des mobilisations et ainsi voir ce que l'équipe mobile peut proposer pour la suite de sa prise en charge.

Comportement :

Mme PETIT présente, comme je l'ai déjà indiqué, une obésité morbide. Elle a les cheveux châtain et les yeux marron. Malgré un abord souriant, son regard exprime un certain mal-être sûrement du fait de douleurs difficilement supportables.

Mme PETIT est calme et communique volontiers avec nous. Elle a de bonne capacité d'attention et de concentration. Elle reste néanmoins très anxieuse vis à vis de la toilette à venir et elle le verbalise très clairement. Elle nous dit être inquiète du changement régulier des soignants venant lui faire ses soins : « les autres aides soignantes vont-elles savoir faire ma toilette sans me faire mal ? ».

Motricité dynamique générale :

Mme PETIT est installée en décubitus, le dossier du lit légèrement relevé. Ses épaules sont alignées avec son bassin, ses bras reposent le long de son corps ou sur son ventre. Je n'observe pas de crispations au niveau de son visage, de ses membres supérieurs, ni au niveau

de ses membres inférieurs. Son obésité et sa peur anticipatoire de la douleur entraînent un état quasi catatonique.

Schéma corporel et vécu corporel :

Mme PETIT a une bonne connaissance des différentes parties de son corps. Son ressenti corporel est essentiellement lié à la douleur en raison d'un fond douloureux due à sa fracture de l'épaule et à la présence de mycoses.

Espace / Temps :

Elle a un bon repérage spatial dans sa chambre avec une connaissance de la localisation de chaque élément même si son espace personnel se restreint à son lit.

Au niveau temporel, elle se repère grâce aux différents temps de la journée (repas, toilette...), à la télévision, aux journaux et à son calendrier.

Conclusion :

Mme PETIT est à l'aise dans la relation et l'échange verbal. Corporellement, ses mouvements sont restreints par sa douleur de fond et par l'appréhension d'accès douloureux provoqués lors de la toilette et/ou des mobilisations. De plus, l'épisode de sa chute reste très présent dans le discours de Mme PETIT.

2.2.3. Projet thérapeutique et prise en charge

Projet thérapeutique :

Au vu des conclusions de ce bilan, une indication en psychomotricité est justifiée. Le suivi doit être régulier. La fréquence dépendra de la disponibilité physique et psychique de Mme PETIT afin de travailler :

- **Sur la diminution de l'anxiété** avant, pendant et après un soin par notre présence rassurante et contenante.
- **Sur la limitation des douleurs pendant un soin**, en observant ses réactions et en essayant en collaboration avec les aides-soignantes et les infirmières, de trouver des moyens et des techniques antalgiques.

Évolution de la prise en charge :

Avec la psychomotricienne, nous allons voir Mme PETIT dans le cadre d'une toilette. Notre rôle est en partie d'aider les soignants à identifier les signes d'inconforts de Mme PETIT. En parallèle, la psychomotricienne apporte son expérience de l'utilisation du MEOPA à l'équipe soignante (la définition du MEOPA est donnée dans l'anamnèse).

Tout d'abord, nous profitons d'être seules avec Mme PETIT afin d'établir une relation de confiance et lui indiquer le déroulement de la toilette. Elle est très réceptive à nos explications et attend beaucoup de cette collaboration entre l'Équipe Mobile d'Accompagnement et de soins Palliatifs (EMAP) et les soignants de l'EHPAD.

Durant le soin, je reste auprès de Mme PETIT afin de surveiller son état de conscience. Je veille également à son confort et reste attentive à toutes réactions corporelles témoignant un mal-être. Ma présence est rassurante et contenante pour Mme PETIT. Lors de paroxysmes, la douleur physique étant trop prégnante, la relation n'est plus envisageable. Dans ces moments là, son corps se raidit, ses yeux se ferment, son visage se transforme sous l'effet de la douleur et elle ne peut retenir ses larmes.

Notre rôle est de trouver des techniques simples afin de limiter les douleurs. Par exemple, nous essayons de tapoter plutôt que de frotter pour sécher sa peau, nous « essorons » le gant au dessus de sa peau afin d'éviter son contact douloureux. Pour les retournements latéraux, extrêmement algique pour Mme PETIT, nous privilégions la position légèrement en arrière à 45° plutôt qu'à 90°.

Permettre un réinvestissement corporel, une revalorisation narcissique n'est pas encore envisageable, la douleur physique étant trop présente. La prise en charge psychomotrice repose donc essentiellement sur la limitation de ses douleurs.

Grâce aux différents soins et aux toilettes, l'état cutané de Mme PETIT s'améliore entraînant une diminution des douleurs.

Lors d'une visite, la douleur étant moins présente, la psychomotricienne lui propose des séances de relaxation pour lui permettre un travail corporel. Mme PETIT s'interroge sur l'intérêt et la faisabilité d'une telle méthode. Nous lui expliquons qu'il existe différentes techniques de relaxation et que nous pouvons essayer ensemble de trouver celle qui lui

convient. Elle accepte. Cependant, à chaque venue de la psychomotricienne, Mme PETIT trouvait le moment inopportun.

À l'heure où j'écris ces lignes, l'état général de Mme PETIT s'est amélioré (physiquement et psychologiquement). Elle est souriante et s'occupe en tricotant. Nous n'avons pas démarré un travail corporel. Même si ses douleurs ont disparu, nous ne la sentons pas prête à commencer un travail de prise de conscience corporelle. Elle est encore trop fragile vis-à-vis de son obésité et de son image du corps. Par ailleurs, elle est suivie par la psychologue de l'EMAP ; leur travail repose sur des représentations mentales du plaisir.

Conclusion : Douleur physique et mal-être psychique sont intimement liés chez Mme PETIT. Nous devons donc adapter notre pratique psychomotrice en fonction de son état général et de ses besoins. Un travail de détente et de prise de conscience corporelle est à envisager. Mme PETIT doit avant tout, avancer sur ses mécanismes de défenses (en lien avec son image du corps altérée) par le suivi psychologique.

Vivre cette toilette au plus près de la patiente m'a tout d'abord bouleversée, en effet percevoir et ressentir ses émotions tout au long du soin fut une expérience émotionnelle forte. J'ai alors réalisé que le psychomotricien étant toujours au plus près des émotions du patient autant corporelles que psychiques, doit avoir une conscience accrue des siennes propre afin de ne pas être submergé par celles du patient.

Cette expérience, parmi d'autres, m'apprend progressivement à avoir la « bonne distance ».

Conclusion :

Ces deux rencontres nous montrent une notion essentielle dans la douleur : elle dépend de chaque patient, du contexte de prise en charge, de son histoire, de son identité propre. Les manifestations physiques et psychologiques de la souffrance seront différentes en fonction de chaque personne. Les soignants doivent faire preuve de grandes capacités d'adaptabilité.

Ces deux patients nous montrent également à quel point la douleur est « globale », en effet souffrance physique ne va pas sans souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

M. DUPONT a développé une anxiété due à l'anticipation de la douleur induite par les soins majorant sa douleur de fond. Il a réagi à son contexte d'hospitalisation et à sa douleur en fonction de son propre vécu et de sa personnalité.

Mme PETIT voit son moral s'altérer au point de demander à mourir dès que la douleur survient. Ces douleurs sont insupportables pour elle. Il est évident que cette réaction n'est pas sans lien avec son histoire, le vécu qu'elle a de son corps et des ressentis qu'elle peut en avoir. Il est donc important d'entendre la détresse et la souffrance de cette patiente. La mise en place d'un projet thérapeutique visant à diminuer ses douleurs participe à son mieux être. Dans ces conditions, Mme PETIT peut réinvestir la vie faisant ainsi disparaître ses demandes d'euthanasie.

Le psychomotricien, il me semble, est un acteur important de la prise en charge des composantes de la douleur. De par sa formation, il a une vision globale de la prise en charge des patients, il tient compte des messages corporels et des réactions psychologiques en les mettant en lien.

DISCUSSION

Nous venons de voir à travers la théorie que la prise en charge des douleurs est complexe. Les soignants doivent constamment garder à l'esprit l'influence existant entre les différentes dimensions qui constituent l'identité du sujet. De ce fait, l'interdisciplinarité permet de ne pas omettre l'une d'elle et leurs réciprocités.

De plus, la partie clinique nous illustre bien l'importance de la lecture psychomotrice dans la prise en charge de patients douloureux. Elle permet de prendre en compte les différentes variables de la douleur et ajuster au mieux le projet thérapeutique aux besoins et au rythme du patient. En effet, comme nous l'indique l'International Association for the Study of Pain (IASP) dans sa définition de la douleur : le ressenti du plaisir et de la douleur est subjectif et donc différent selon chaque individu. Chacun avec son histoire, ses expériences, sa personnalité, son éducation, son âge, sa culture...réagit différemment à l'environnement qui l'entoure et aux stimulations qu'il perçoit.

En psychomotricité le lien entre Soma (le corps) et Psyché (cognitif et affect) est constamment mis en avant. **Mais qu'en est-il exactement dans le vécu douloureux ?**

1. Soma et Psyché : deux concepts liés dans la notion de douleur

« La douleur reste irréductiblement somato-psychique dans le sens où elle est à la fois une expérience sensorielle, émotionnelle et psycho-somatique puisqu'elle peut représenter une expression de la psyché par un langage corporel ou dans le corps, avec ou sans substrat lésionnel décelable. De fait, la douleur est un symptôme intriqué à l'interface psychocorporelle qui nous invite à dépasser la dichotomie corps-esprit. » (ALLAZ A.-F., 2007, p.8).

1.1. De la douleur physique à la souffrance psychologique

Comme nous avons pu l'étudier dans la partie théorique, les répercussions psychomotrices de la douleur sont multiples.

L'identité du sujet et les champs de sa personnalité sont touchés : Une douleur physique, ressentie comme intense par le patient, peut avoir pour conséquence **une inhibition de la pensée**. La douleur envahit et inhibe l'esprit, de manière aléatoire, au rythme des accès douloureux. Par exemple, nous avons tous à l'esprit ce que nous pouvons ressentir lors d'une douleur intense (céphalée, douleur dentaire, spasmes abdominaux...). Nous ne pensons alors qu'à notre douleur, et ceci tout au long du paroxysme. Puis, une fois la ou les douleurs passées nous pouvons reprendre nos activités quotidiennes.

Mais, lors de douleurs chroniques, toute la pensée est dirigée vers cette douleur incessante. Le sujet est constamment dans l'attente d'un possible accès douloureux venant majorer le mal déjà présent. La pensée ne peut plus être mobilisée pour autre chose que pour ces douleurs, elles deviennent le quotidien du patient. **La vie affective est également perturbée**, particulièrement dans le cas de douleurs chroniques. La pensée étant envahit par la douleur, la relation aux autres n'est parfois plus envisageable, plus possible. Le patient se repli sur lui-même, s'enferme dans sa sphère douloureuse. Les proches peuvent se sentir exclus, mis de côté voire se sentir inutile. Ils peuvent ne pas savoir comment réagir face aux réactions nouvelles de leur proche.

Il me semble que si la relation aux autres (proches, famille, collègues de travail) devient si difficile, c'est que la relation à soi est elle-même bouleversée. Les repères psychocorporels sont « bousculés », la relation du patient à son corps est touchée. Il doit se le réapproprier, réapprendre à vivre avec ce corps douloureux.

Il est alors évident que l'inhibition de la pensée et la perturbation de la vie affective va avoir pour répercussion **un changement de comportement** de la part du patient. Il ne sait plus comment réagir face à cette douleur continue et tente de se défendre contre l'angoisse de la survenue d'accès douloureux et contre cette souffrance de tous les instants. Le risque est alors que le sujet soit déprimé (réponse psychologique à la plainte corporelle). Prenons l'exemple de Mme PETIT : suite à une chute entraînant plusieurs fractures, ses douleurs se sont chronicisées et furent régulièrement majorées par des accès douloureux (en général induit par les soins et les mobilisations) ayant pour conséquence une souffrance psychologique importante (confusion mentale, dépression, demande d'euthanasie...). Puis, son état

psychique s'est amélioré parallèlement à la diminution de ses douleurs. Par la suite, toutes nouvelles douleurs ont entraîné systématiquement un mal-être psychique. C'est, à mon avis, une des défenses qu'a trouvée Mme PETIT face à d'incessantes douleurs, d'origines diverses.

Je viens de vous développer les bouleversements psychiques que peut induire la douleur et plus particulièrement la douleur chronique. Mais, il faut garder à l'esprit, que la douleur aiguë se chronicise du fait des modifications physiques (tonus, posture, sensations et perceptions différentes...) et surtout psychologiques (repli sur soi, perte de l'estime de soi...). La relation au monde extérieur et surtout à soi s'altèrent progressivement et les troubles physiques et psychologiques sont majorés : **la douleur chronique s'est installée.**

Il est souvent plus simple pour les soignants de mettre des mots sur la douleur du patient lorsqu'une lésion est identifiée. Mais quand aucune origine organique n'est décelable, de nombreux questionnements peuvent survenir : d'où vient-elle ? que signifie-t-elle ?

1.2. De la souffrance psychologique à la souffrance physique

Le psychanalyste Nasio J.-D., en s'appuyant sur les écrits de Freud S. et Lacan J.-M., propose une « théorie psychanalytique de la douleur corporelle » où il émet différentes hypothèses expliquant les douleurs d'origines psychiques. Selon lui, un traumatisme physique, comme une brûlure par exemple, bouleverse le MOI et « les tensions pulsionnelles » du sujet. **Le MOI va garder en mémoire l'image et l'affect associés à la douleur de manière inconsciente.** Le MOI devient hypersensible et une faible excitation peut ranimer une douleur ancienne, au même endroit que le traumatisme passé ou non : le sujet « *souffrira alors sans savoir que sa douleur présente est le souvenir agi d'une douleur passée* » (NASIO J.-D., 2006, p.34). Il n'y a aucune lésion organique décelable.

Selon Nasio J.-D., le MOI va surinvestir la représentation mentale de la plaie pour tenter de se défendre contre le bouleversement qu'il subit et afin de panser la blessure, du moins sa représentation. Cet afflux d'énergie en direction de l'image de la plaie (Nasio J.-D., utilise le terme « image » et « représentation » sans distinction), va renforcer la douleur au lieu de la diminuer.

Enfin, Nasio J.-D. met en avant l'idée qu'un traumatisme physique ou psychique peut raviver des tensions internes et inconscientes et ainsi créer des douleurs. Il explique également que la souffrance psychologique peut majorer une douleur physique déjà présente.

Il me semble que cette théorie pourrait expliquer, en partie, certaines douleurs chroniques dont nous ne connaissons pas l'origine organique. Il est important d'entendre le mal-être, la douleur de ces personnes même si aucune lésion ne peut venir étayer leur discours. En effet, comment ne pas se couper du monde si personne ne croit en votre douleur ? Celle-là même qui vous envahit, vous empêche d'avoir une vie normale et vous empêche de dormir, manger, vivre... ?

Même si aucune lésion organique n'est décelable, les soignants doivent garder à l'esprit qu'elle est présente. Cette lésion n'est pas physique mais psychique. Le sujet est touché dans son intégrité psychique et le seul moyen de le manifester est de faire parler son corps.

Les plaintes corporelles peuvent être la retranscription du mal-être psychique du sujet ou le masquer. Parfois, la douleur, au-delà d'être une manifestation physique d'un bouleversement psychique, peut être une lutte de l'esprit contre des angoisses. La douleur peut être à l'origine d'angoisses comme elle peut en être la résultante. En effet, le psychisme développant des mécanismes de défenses afin de lutter contre la dépression, par exemple, peut entraîner une somatisation importante telle que la douleur corporelle.

Nous l'avons compris soma et psyché sont liés. En effet, les dimensions physiques, psychologiques et affectives sont intriquées les unes les autres et la douleur peut prendre sa source dans chacune d'entre elles.

Le rôle du psychomotricien est de prendre en considération les différents types de douleurs pouvant coexister chez le patient. Il ne se restreint pas au soulagement des douleurs, le psychomotricien tente d'apporter au sujet des sensations et un sentiment de **plaisir**.

Quand est-il en soins palliatifs ?

2. Du corps-douleur au corps-plaisir : le rôle du psychomotricien

Quand le corps n'est que douleur et l'esprit souffrance, est-il encore possible de ressentir du plaisir et ainsi réinvestir son corps autrement ?

2.1. Le plaisir en Soins Palliatifs

Le plaisir est-il possible et surtout est-il essentiel à la vie d'une personne mourante ? Nous pouvons nous poser cette question à l'introduction d'un tel chapitre.

En effet, j'ai abordé l'idée de plaisir en soins palliatifs à plusieurs reprises autour de moi (auprès de mon entourage et de professionnels de santé) et les réactions ont parfois été le scepticisme : « Comment peut-on parler de plaisir alors que la douleur est omniprésente et que le sujet est en fin de vie ? ». Pour certain, le terme de plaisir renvoie à une émotion très agréable en opposition complète à la douleur ; un bien-être total et prolongé. Par ailleurs, avant d'approfondir ma réflexion, je voudrais vous donner ma définition du mot plaisir. Je le défini comme étant des sensations agréables, un apaisement des tensions et/ou des douleurs, une détente ou encore un bien-être plus ou moins important. En effet, je pense qu'il n'y a pas un type de plaisir mais une multiplicité : plaisir de jouer, plaisir de l'autre, plaisir d'être, plaisir de vivre...

Finalement, tout dépend de ce que l'on entend par ce terme : est-ce un aboutissement, une finalité ? est-ce le niveau le plus élevé du bien-être ?

Tout au long de ce chapitre j'utiliserais le terme de plaisir non pas comme un « bien-être absolu », mais comme des sensations nouvelles et agréables. Ce ressenti diffère du vécu douloureux mais n'y est pas opposé. En effet, un vécu plaisant sur une partie du corps peut être ressenti en même temps qu'une sensation algique de localisation différente.

Je voudrais principalement mettre en avant que, à l'image de la douleur, le plaisir dépend de chacun, de notre histoire, notre problématique, notre vécu propre.

Pour en revenir à ma question initiale : les soins palliatifs sont-ils incompatibles avec les sensations et perceptions agréables ?

Il ne faut pas perdre de vue que le plaisir est essentiel à la vie de chacun voire un marqueur de vie. Seulement, sa source et son résultat ne seront pas les mêmes en fonction de chaque individu.

Des sensations agréables, de bien-être et de détente peuvent avoir des conséquences sur le vécu et l'investissement corporel du patient. En effet, la douleur chronique et/ou intense, comme nous l'avons vu précédemment, a d'importantes répercussions sur l'image du corps du sujet et l'estime de soi. Il ne s'agit pas seulement de limiter ou faire disparaître ses douleurs. Nous pouvons, par le biais de perceptions différentes et agréables, permettre au patient de réinvestir son corps, de reprendre confiance en lui, d'améliorer son image du corps et par conséquent son narcissisme. Cette démarche n'est pas incongrue en soins palliatifs. En effet, ce travail corporel mais aussi psychique va permettre au patient de rétablir ses limites corporelles malmenées par les différents traitements, la maladie, la douleur. La peau ne joue parfois plus son rôle d'enveloppe et les limites entre intérieur et extérieur sont fragilisées. Les perfusions, les sondes ou autre matériel médical intrusif et pourtant essentiel, viennent majorer la sensation d'un dedans et d'un dehors indifférencié. L'altération des limites corporelles peut intensifier l'impression de dépersonnalisation déjà animée par le vécu douloureux morcelant. Au contraire, l'effet enveloppant de techniques psychocorporelles douces, rassurantes et contenant, va permettre la création d'une nouvelle enveloppe psychique favorisant la diminution des angoisses.

Par ailleurs, un travail de réintroduction de bien-être corporel et psychique permet au sujet de retrouver son intégrité et son identité psychomotrice. Le corps peut alors être envisagé par le patient comme acteur de la relation aux autres et au monde extérieur, entraînant un nouveau plaisir : le « *plaisir d'être à l'aise dans son corps dans la relation avec l'autre* » (BRUXANT P., 1984, p.301).

Dans certaines situations, ce que Freud S. a appelé la pulsion de mort peut prendre le pas sur la pulsion de vie. En effet, la pulsion de mort ou Thanatos « *dans le cadre de la dernière théorie freudienne des pulsions, désigne une catégorie fondamentale de pulsions qui s'opposent aux pulsions de vie et qui tendent à la réduction complète des tensions, c'est-à-dire à ramener l'être vivant à l'état anorganique.* » (LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B.,

2007, p.371). Pour Freud, la pulsion de mort représente le retour à un état antérieur puis anorganique : un état de repos absolu en opposition à la pulsion de vie.

Au contraire, les pulsions de vie ou Eros « *tendent à constituer des unités toujours plus grandes et à les maintenir.* » (LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B., 2007, p. 378). Elles tentent de maintenir les unités vitales déjà existantes et de créer de nouvelles unités plus englobantes. Eros représente les pulsions d'auto-conservation (pulsions vitales présente chez le nouveau-né : la faim, la défécation, l'urination...) et les pulsions sexuelles (le besoin initial somatique va se transformer en besoin d'entrer en relation avec l'objet d'amour).

Il est important de comprendre, à travers cette théorie freudienne, que les pulsions de vie et de mort doivent être en **constant équilibre** pour le bon fonctionnement psychique ; l'**homéostasie** est essentielle. L'une ne doit pas prendre plus de place que l'autre.

Dans les cas où la pulsion de mort prend le dessus chez le patient, il me semble que la réintroduction de plaisir (quel qu'il soit : corporel, psychique, créatif...) peut favoriser le retour d'un équilibre entre Eros et Thanatos. Le bien-être corporel du sujet est important mais son confort psychique l'est tout autant. Il faut donc prêter une attention particulière aux différents conflits psychiques qui peuvent se jouer dans l'inconscient du patient. Une collaboration étroite avec les psychologues est primordiale.

Par ailleurs, la pulsion de mort peut être supérieure à la pulsion de vie sans que cela soit pathologique. Rappelons-nous les « phases du mourir » de Mme Kübler-Ross : la dernière étape est la phase *d'acceptation* où le patient parvient à baisser ses tensions psychiques présentes lors des phases antérieures (comme la colère par exemple). Dans ce cas, l'abaissement des tensions est bénéfique. De plus, l'augmentation de la pulsion de mort chez une personne qui va bientôt mourir fait partie du processus naturel. Eros laisse doucement place à Thanatos.

Le plaisir introduit par le biais de différentes médiations psychocorporelles fait parti des moyens à la portée des soignants et plus spécifiquement à celle du psychomotricien.

2.2. Les moyens à la portée du psychomotricien

Le psychomotricien, de par sa formation, est apte à percevoir et écouter les messages du corps, tels que la douleur ou le plaisir.

La lecture psychomotrice du bien-être et de l'apaisement est différente selon les individus. Nous pouvons observer chez certains une détente et une diminution du tonus en miroir des crispations et tensions présentes lors d'un vécu douloureux. Les mimiques faciales se modifient, un sourire peut apparaître, les yeux s'ouvrent ou se ferment sans tension apparente, le visage s'empourpre et les plissements spécifiques à la douleur (au niveau du front et entre les sourcils) disparaissent. Chez d'autres patients, le plaisir peut revêtir la forme de tensions. En effet, si la douleur a entraîné une hypotonie et un désinvestissement total du corps, l'augmentation du fond tonique est alors le reflet d'un nouveau souffle de vie. Le sujet réhabite son corps, le visage s'éclaire et s'anime.

Le plaisir ressenti lors d'un travail corporel sera peut être de courte durée. En effet, suite à une séance de relaxation le patient peut être apaisé voire sans douleur. Il peut ressentir du bien-être mais la douleur et/ou les tensions peuvent rapidement reprendre leur place.

Je pense plus particulièrement à un patient auprès duquel j'ai eu l'occasion de faire un travail de détente et de bien-être à travers de la relaxation et du toucher thérapeutique. À la suite de cette séance, le patient s'est apaisé et détendu. Les signes de tensions présents sur son visage au début de la séance ont disparus, ses yeux se sont doucement fermés et ses membres se sont quelques peu relâchés. Je peux dire que j'ai quitté ce patient dans un état d'apaisement. Son état de tension initial peut réapparaître rapidement. En effet, un bruit brusque dans le couloir ou un événement inattendu peut facilement le sortir de sa torpeur.

M. DUPONT en est un autre exemple. Il présentait une anxiété importante qu'il exprimait à travers ses gémissements, sa posture, son tonus, son regard...L'induction de détente par l'intermédiaire de mobilisations passives et d'une présence contenante (par l'attitude corporelle et une voix douce et enveloppante) lui permettait certaine fois de s'apaiser. Ce travail corporel permettait également la limitation de ses douleurs. Cet état de détente, d'apaisement et de bien-être était limité dans le temps, la douleur et l'anxiété reprenant le dessus.

Cependant, ce plaisir retrouvé sur une courte durée peut permettre aux patients de mieux faire face aux différentes manifestations de la douleur. Ils pourront également réinvestir leurs corps, améliorer l'image qu'ils en ont et leur estime, altérés par les algies incessantes.

Ce début de revalorisation narcissique aura des effets sur la relation du sujet avec ses proches, la communication peut doucement réapparaître.

Comment le psychomotricien peut-il réintroduire un « vécu-plaisir » chez un patient douloureux et en souffrance ?

2.2.1. Le psychomotricien et le patient

Au-delà de la notion de soin, c'est avant tout une rencontre entre le psychomotricien et le patient. Pouvant commencer par un premier contact verbal, c'est ensuite une relation entre deux corps qui s'installe. Le toucher n'est parfois introduit qu'en second lieu afin de respecter la distance personnelle du sujet. Cependant, chaque individu et donc chaque prise en charge est différente : il est parfois plus judicieux de ne pas introduire le toucher dans l'immédiat et réciproquement.

La présence du psychomotricien est sécurisante, rassurante et contenante. Sa voix enveloppe le patient dans un bain sonore, sa présence corporelle et sa disponibilité psychique permettent au patient d'être contenu et ainsi commencer progressivement à se détendre. La musique fait partie des moyens pouvant favoriser cet état.

Le psychomotricien, en plus de son écoute, a plusieurs médiateurs à sa disposition afin d'initier une relation. Je pense à la peinture ou encore au modelage, qui vont permettre au patient d'exprimer ses émotions, son ressenti à travers la matière : c'est déjà rendre le sujet acteur de sa vie et non pas spectateur de la maladie et des soins. Il peut, à travers cette expression du corps et de la psyché, éprouver le plaisir de créer, le plaisir de **se ressentir**. En effet, les gestes nécessaires à l'utilisation de tels outils mettent en jeu le tonus et les propriocepteurs permettant au patient de (re)découvrir de nouvelles sensations et perceptions. Le corps devient lui-même l'outil d'expression de la psyché.

La relation entre le corps du patient et le corps du psychomotricien peut être mis en jeu dans une distance que Hall E.T. définit « d'intime ». Le thérapeute peut utiliser le toucher thérapeutique, la relaxation ou encore les bains thérapeutiques appelés aussi balnéothérapie.

Le toucher thérapeutique, en favorisant des sensations éloignées de la zone douloureuse, peut permettre au sujet de ressentir des perceptions agréables et ainsi améliorer son image du corps. Ces effets s'ajoutent à l'enveloppement physique et psychique procuré par le toucher. Cette contenance peut apaiser le patient et diminuer ses angoisses, ses mécanismes de défenses vont être plus élaborés. Le sujet est alors plus à même de « contrer » les effets néfastes de la douleur (en se recentrant sur le plaisir qu'il a ressenti lors des séances par exemple).

La balnéothérapie permet au patient de vivre son corps autrement. Grâce aux effets physiques de l'eau, il peut se mouvoir plus aisément et le plaisir peut prendre sa source dans le mouvement aussi petit soit-il.

Au-delà des sensations agréables que peuvent procurer ces différentes médiations, leurs points communs sont l'enveloppement et la contenance qu'elles apportent. Elles permettent d'unifier le vécu corporel à travers la globalité de leur action. La détente et le bien-être diffusent dans tous le corps.

Par ailleurs, pour le patient le soin psychomoteur peut être revalorisant car il n'est en général pas considéré comme un traitement intrusif mais comme un soin de confort où le sujet peut se recentrer, ressentir du bien-être et de l'apaisement. Le plus souvent le patient ne vit pas ce soin comme étant « vital » et la venue du psychomotricien n'est pas ressentie comme une obligation. De plus, le patient a le choix d'accepter ou non. Cette dimension de choix et non d'obligation joue un rôle sur le plan narcissique. En effet, il est revalorisant pour le patient de voir une personne venir au « contact » de son corps et poser son regard sur lui, celui-là même qui lui renvoi une image négative.

Le rôle du psychomotricien s'arrête-t-il aux soins et à l'accompagnement du sujet douloureux ?

2.2.2. La famille acteur dans la prise en charge

L'environnement proche fait parti intégrante du sujet et de sa prise en charge. Certaines familles et amis sont très proches du patient souffrant et la maladie peut altérer voire éliminer la communication et la relation qui existait auparavant. L'entourage n'ose pas toucher leur proche, peut être par peur de déclencher ou majorer des douleurs. Il est également difficile de voir un parent souffrir et changer corporellement. Les repères du patient sont chamboulés et il en est de même pour l'entourage.

Le psychomotricien a alors un rôle de tiers important entre la famille et le patient. Il peut aider l'entourage à devenir acteur dans la prise en charge de leur parent ou ami, non pas dans un objectif de soin mais de bien-être : le plaisir d'être en relation.

Cependant, il faut garder à l'esprit que toutes les familles ne peuvent pas entreprendre un tel travail. La relation ne s'altère pas obligatoirement, ou la famille peut ne pas être encore prête. Il faut savoir respecter leur choix.

Les soignants font également partie intégrante du quotidien du patient et peuvent rencontrer des situations difficiles. Ils peuvent alors parfois s'enfermer dans une relation uniquement basée sur le soin et non plus sur l'échange.

2.2.3. Le psychomotricien en équipe

La répétition de situations cliniques difficiles peut fatiguer moralement les soignants. Ils peuvent mettre en place des mécanismes de défenses inconscients. En effet, il est moins aisé de gérer les émotions du patient et les siennes si nous sommes « fatigués ». Le patient peut alors devenir un « corps-objet » de soins. Dans ce type de situation, le psychomotricien pourra jouer un rôle de tiers afin de rétablir une relation entre le corps du patient et celui du soignant.

En effet, de par son expérience de l'observation et de l'écoute du corps du patient et de ses émotions, le psychomotricien peut apporter un nouveau regard aux autres soignants. Il peut, par exemple, faire participer un aide-soignant à une séance de toucher thérapeutique (toujours en accord avec le patient) afin qu'il puisse se rendre compte de l'échange et de la communication qui existe lors d'un toucher réciproque entre deux corps. Cette expérience

peut par la suite amener l'aide-soignant à porter plus d'attention à la communication non-verbale lors d'un soin. Le psychomotricien a également un rôle de revalorisation du soignant et de sa pratique.

Le psychomotricien peut également participer à une toilette et ainsi comme dans l'exemple précédent apporter son expérience et son observation psychomotrice afin d'enrichir le regard des autres soignants. Je prends l'exemple de Mme PETIT : la psychomotricienne a participé à sa toilette en collaboration avec l'aide-soignante et les infirmières. Au-delà de proposer des techniques visant à limiter les douleurs de la patiente lors d'un soin, son rôle était également d'apporter un nouveau regard aux soignants. En effet, tout au long de la toilette, une écoute constante des messages corporels de Mme PETIT et de ses émotions était primordiale. Ainsi, lors des soins futurs, les soignants seront à même de prêter encore plus d'attention au dialogue tonique et à la communication non-verbale en plus des échanges verbaux.

L'attention que peut porter un soignant à la relation qui s'instaure entre lui et le patient n'est pas anodine. En effet, le malade ressent une attention particulière à son égard et ne « livre » pas simplement son corps au soignant. Il peut alors entrer en relation avec lui et se détendre plus facilement favorisant la limitation des angoisses liées au soin à venir. Cet échange entre deux êtres laisse plus de place au plaisir.

Le rôle du psychomotricien dans l'introduction de sensations et perceptions agréables auprès de patients douloureux et en soins palliatifs est vaste. Il doit tenir compte de toutes les variables qui participent à la personnalité du patient et aux influences qui s'opèrent entre-elles. La prise en charge du patient doit être globale. Le psychomotricien, de par sa formation, est un acteur important dans cette prise en charge. Celle-ci ne serait pas efficace sans l'interdisciplinarité.

2.2.4. Les limites

Il me semble important que le psychomotricien ait à l'esprit les bienfaits de l'apaisement des tensions et des douleurs sur le vécu corporel du sujet. De plus, nous venons de voir qu'il a un rôle dans l'introduction ou la réintroduction de bien-être chez le patient. Cependant, il existe des limites pouvant survenir à différents niveaux :

- L'institution, l'équipe soignante : Il n'est pas forcément aisé pour un soignant d'imaginer pouvoir procurer du plaisir par ses soins à un patient douloureux. Un geste simple tel un sourire ou une attention particulière sont autant de petits détails pouvant améliorer la prise en charge du malade. Par ailleurs, moment privilégié entre soignant et patient, la toilette n'est pas seulement un soin administré tel un traitement routinier. Elle peut être un instant agréable et pas simplement un moment de nursing.
Le temps imparti aux différents soins est très court, les effectifs des équipes sont restreints et le nombre de malades s'accroît ; nous pouvons comprendre la difficulté de certains professionnels à laisser une place au plaisir dans leur pratique.
- La famille : Quoi de plus difficile pour un proche que de voir un parent souffrant ? Les relations et la communication peuvent en être altérées. Des mécanismes de défenses vont peut être se mettre en place afin de lutter contre l'angoisse d'une mort prochaine de l'être cher. La famille va parfois se raccrocher aux éléments concrets (tels que les résultats d'examen, les changements de traitements ou encore les niveaux des perfusions...) occultant ainsi toute émotion ou sentiment et refusant la relation. Dans ce type de situation, il est difficilement envisageable pour la famille d'introduire du plaisir dans un lien déjà altéré.
- Le patient : Face à son irréversible destinée, le sujet peut culpabiliser d'avoir encore du désir : désir de plaire, désir de **se plaire**, désir de l'autre, désir de vivre... Le désir peut être à l'origine de plaisir. En effet, il peut être agréable de désirer et de se sentir désirable. Au-delà d'un refus du droit au plaisir, certains sous l'effet de la douleur n'y songent même pas.

3. Vécu de stage

J'aurais pu choisir de développer mon vécu tout au long de ce mémoire, l'inclure dans les différentes parties de la « clinique » et la « discussion ». Mais, ce stage fut une expérience unique pour moi : la découverte des soins palliatifs. Il m'a semblé important de développer mon ressenti et vous le faire partager à l'aide d'un chapitre distinct.

Ce stage m'a apporté beaucoup, grâce à l'expérience de la psychomotricienne et du reste de l'équipe mobile qui ont toujours pris le temps de répondre à mes questionnements. Ils m'ont accompagné tout au long de ce stage mais aussi tout au long de mon cheminement de pensée.

Aujourd'hui, lorsque je fais le bilan de ces 9 mois de stage, je peux voir mon évolution, tout ce que j'ai appris. Différentes notions ont pris sens pour moi et sont devenues concrètes.

Je pense à la notion d'adaptation. En relaxation, il faut constamment adapter sa technique, son geste, en fonction des patients. Certains vont présenter une hypertonie de fond (physiologique) et ce n'est alors pas notre présence qui provoque cette tension. D'autres présenteront une hypertonie réactionnelle : il faut donc se montrer encore plus rassurant, plus contenant, s'adapter au rythme du patient, au rythme de ses désirs et savoir privilégier la relation.

Ce stage en soins palliatifs m'a également appris une chose essentielle en psychomotricité. Avant ce stage, j'avais la vision de notre profession comme essentiellement à « médiation corporelle » plus que « thérapie ». Du moins, il me semblait que la thérapie devait obligatoirement passer par un échange corporel, un travail sur le corps (toucher thérapeutique, relaxation, exercices mettant le corps en jeu...). Finalement, au fil de mes rencontres avec différents patients, je me suis aperçue que cela dépendait des malades : certains, à une phase de leur maladie, ne supportaient plus le contact physique. J'ai d'abord pensé que nous n'avions plus notre place auprès d'eux mais je me trompais. Notre présence corporelle et notre disponibilité psychique pouvait apporter autant de réconfort et de sécurité qu'un toucher thérapeutique englobant.

Cependant, l'adaptation n'est possible que si nous faisons preuve de qualités d'écoute, de disponibilité et d'empathie.

Par ailleurs, les soins palliatifs ne sont pas connus, donc y effectuer un stage était une découverte. J'ai rapidement compris qu'il y a une « culture » des soins palliatifs, une manière de penser. Cela m'a appris à me remettre en question, à me poser continuellement des interrogations sur ce qui est le meilleur pour le patient, chaque prise en charge étant différentes. J'ai découvert qu'un projet thérapeutique n'était pas fixe ou du moins qu'il pouvait évoluer à chaque séance. Cela demande de faire preuve de bonnes qualités d'observations et d'analyses, ce que j'essaye d'apprendre en observant le travail de la psychomotricienne et du reste de l'équipe, mais aussi en pratiquant. J'ai également compris, à travers ce stage, que les soins palliatifs ne sont pas dans un idéal de « la bonne mort ». En effet, il n'est pas toujours possible de faire disparaître la douleur, la souffrance et il est souvent difficile pour le patient d'atteindre la phase d'acceptation décrite par Kübler-Ross E.. La famille doit également traverser différentes étapes émotionnellement difficile à gérer et parfois la personne meurt avant que l'entourage est réussi à accepter son incurabilité. De plus, j'ai réalisé que la psychomotricité et les soins palliatifs ne sont pas « tout puissant ». Parfois, la douleur ne peut être soulagée, la souffrance et l'angoisse ne peuvent être diminuées malgré tous nos efforts. J'ai donc appris à accepter l'idée que nous ne pouvons apporter un confort parfait et permanent au patient. Nous tentons de lui apporter un **mieux-être**.

Je me suis également retrouvée face à d'autres limites : celles de l'institution. Le manque d'effectifs augmente la charge de travail des soignants. En effet, chaque soignant doit en faire toujours plus dans un laps de temps qui lui n'augmente pas. Les professionnels de santé n'ont plus le temps ou beaucoup moins de discuter avec le patient et ainsi créer une relation d'échange. La pathologie est alors parfois ramenée au premier plan et le malade peut se sentir déshumanisé. Il a alors été quelque fois compliqué pour moi d'accepter certaines situations, ayant alors l'impression que les patients étaient délaissés et que notre travail auprès des soignants était vain.

De plus, grâce à ces différentes expériences auprès des soignants, j'ai pu appréhender le monde du travail et surtout en équipe. Il faut formuler ses conseils de manière diplomate et il faut faire attention aux mots utilisés. Cela demande des qualités de médiateurs.

Au-delà de toutes ces attentions afin de travailler dans de bonnes conditions, le contact avec d'autres professionnels de santé est enrichissant. Il permet la transdisciplinarité. Lors de ce stage j'ai eu l'occasion d'aller à la rencontre des patients, accompagnée de différents soignants (médecins, psychologue, infirmière) et j'ai pu apprendre en quelques mois ce que je n'aurais jamais appris en 3 ans de formation théorique en psychomotricité. La multiplicité des

corps de métiers présents au sein de l'équipe mobile ont enrichi mon regard de future psychomotricienne.

J'ai enrichi mon regard mais j'ai surtout pu m'ouvrir à de nouvelles expériences et j'ai réalisé que le champ d'action du psychomotricien est large. En effet, avant le début de mon stage, j'avais une vision très étroite de l'accompagnement en soins palliatifs. Pour moi, cela se restreignait à la prise en charge du patient. Or, j'ai découvert que le suivi de l'équipe soignante et de la famille du malade, était tout aussi important. Le soutien et l'écoute de l'entourage proche peuvent, parfois, permettre au patient d'être pris en charge dans de meilleures conditions. La famille étant accompagnée et soutenue, le malade est dégagé de ses inquiétudes vis-à-vis de ses proches et il peut s'apaiser.

Le suivi des familles ne s'arrête pas au décès de leur proche, ils peuvent s'ils le désirent être soutenus par l'équipe mobile tout au long de leur travail de deuil.

Finalement, ce stage m'a autant appris sur moi-même que sur le métier de psychomotricien et son rôle en soins palliatifs. Il m'a permis de me rendre compte que je n'avais pas encore une écoute précise de mes émotions et il m'a permis d'approfondir mon écoute et mon relationnel avec les patients. En effet, arrivée à la rédaction des dernières pages de ce mémoire je réalise que faire une introversion sur moi-même, être plus à l'écoute de mes ressentis a été parfois difficile et déstabilisant. Mes différentes rencontres avec les patients ont été plus ou moins source d'émotions. Cependant, j'ai souvent privilégié l'analyse des réactions physiques au dépend des émotions qu'ils me transmettaient à travers le dialogue tonique et leurs attitudes corporelles.

L'élaboration de ce mémoire m'a permis d'en prendre conscience et je me pose maintenant plus de questions lors d'une rencontre avec un patient. Que me renvoie-il ? Est-ce que je le sens anxieux ou apaisé ? Que me dit son corps ? et surtout qu'est-ce que je ressens ?

Cette expérience en soins palliatifs et auprès de personnes âgées m'a insufflé le désir de travailler dans ce type de structure.

Conclusion

« Douleur et souffrance » : seulement deux termes pour définir une notion si complexe où le corps, l'esprit, les émotions et la spiritualité sont intimement liés. Lorsque s'ajoute l'annonce d'un pronostic vital engagé, les souffrances du patient sont majorées et il peut mettre en place différents mécanismes de défenses. En effet, la vie du patient est bouleversée : ses projets d'avenir sont mis à mal, ses valeurs sont remises en question, ses ressentis corporels sont modifiés et l'image de son corps peut être altérée. Toute son identité psychomotrice est remaniée.

Dans l'esprit de tout à chacun, les soins palliatifs sont parfois uniquement synonymes de mort. Or, mon expérience m'a permis de découvrir que la prise en charge en soins palliatifs se fait dans la vie et jusqu'au bout de celle-ci. Cet accompagnement a pour objectif un meilleur confort au quotidien sans pour autant nier la mort qui fait partie du cycle normal de la vie. Elle en est le dernier souffle.

Par ailleurs, aux vues des différentes problématiques qui peuvent se mettre en place chez un patient douloureux et en fin de vie, l'accompagnement doit être global et interdisciplinaire.

La psychomotricité est une discipline où le lien entre les différentes dimensions qui constituent l'identité du sujet est primordial. L'écoute corporelle et émotionnelle du sujet à travers le dialogue tonico-émotionnel et la lecture psychomotrice, permettent au psychomotricien d'avoir une vue d'ensemble des différentes problématiques qui peuvent survenir chez le patient lors de douleurs et des influences qui sont en jeu. La prise en charge psychomotrice permet une approche globale du patient douloureux et en fin de vie.

Tout au long de ce mémoire j'ai développé les spécificités d'une structure en soins palliatifs et les problématiques psychomotrices pouvant survenir chez un patient douloureux en fin de vie. J'ai également insisté sur l'importance pour le psychomotricien d'avoir des qualités d'écoute et de relationnel.

Mais finalement, n'est-ce pas la base d'un travail en psychomotricité et ce dans toutes structures et auprès de chaque patient ?

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

ALLAZ A.-F., 2007, « Introduction », in aspects psychologiques de la douleur chronique, pp.7-14.

BOCCARD E., DEYMIER V. et al, 2006, Pratique du traitement de la douleur. Institut UPSA de la douleur, 197p.

BURUCOA B. et al., 2006, Soins palliatifs en équipe : le rôle infirmier. Institut UPSA de la douleur, pp.34-37.

CARRIC J.-C., 2001, Lexique du psychomotricien. Éditions Vernazobres-Gregg, Paris, 213p.

DOLTO F., 1984, « Schéma corporel et Image du corps » in L'image inconsciente du corps. Edition du Seuil, pp.7-61.

GUIOSE M., GAUCHER-HAMOUDI O., 2007, soins palliatifs et psychomotricité. Editions Heures de France, Paris, 124p.

GINIES P., 1999, Atlas de la douleur : de la douleur imagée à la prescription commentée. Houdé, Paris, 317p.

GOLSE B., 2001, « Le stade du miroir » in Le développement affectif et intellectuel de l'enfant. Éditions Masson, 3^{ème} édition, pp. 158-164.

HALL E.T., 1971, La dimension cachée. Edition du Seuil, 254p.

KÜBLER-ROSS E., 1998, Accueillir la mort. Edition du Rocher, Paris, 189p.

LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B., 2007, Vocabulaire de la psychanalyse. PUF, 5^{ème} édition, Paris, 544p.

NASIO J.-D., 2006, La Douleur physique – Une théorie psychanalytique de la Douleur corporelle. Edition Payot & Rivages, Paris, 167p.

PILOT A., 2006, Module 6 : douleur, soins palliatifs, accompagnement. Ellipses, Paris, 87p.

Articles :

JOSSOT C., SEBBANE G., 1997, « Psychomotricité et fin de vie », in Evolution psychomotrice, vol. 9, n° 35, pp.23-29.

LE ROUX F., 1996, « À quels corps s'adressent les soins palliatifs chez les malades âgés ? », in Entretiens de psychomotricité, septembre 1996, pp.19-22.

PILLOT J., 1993, « Travail de deuil du malade en phase terminale », in JALMALV, n°34, pp.58-68.

SALAMAGNE M., 2001, « Place de la médicalisation des soins palliatifs », in Manuel de soins palliatifs, pp. 669-673.

SIMERAY F., 1983, « Psychomotricité et gériatrie », in Thérapie psychomotrice et recherche, n°59, pp.5-15.

WARY B., 2002, « Le mouvement palliatif français. Petite histoire et évolution... », in JALMALV, n°69, pp.9-15.

Auteur inconnu, 2000, « Le vieillissement humain » in Corpus de Gériatrie, p.9.

Conférences :

GUETIN S., 2007, « Musicothérapie et douleur aiguë chez l'adulte et la personne âgée », in Douleur provoquée par les soins 2^{ème} journée du CNRD.

THIBAUT P., MOREAUX T., 2007, « La place des méthodes psycho corporelles dans la prise en charge et la prévention de la douleur provoquée par les soins chez l'enfant, l'adulte et la personne âgée », in Douleur provoquée par les soins 2^{ème} journée du CNRD.

Groupe de travail euthanasie du pôle éthique et recherche de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs, 2004, « Face à une demande d'euthanasie », in 10^{ème} congrès national de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs.

Mémoires :

GOGUILLON A., 2002, « L'émergence des conflits dans une unité de soins palliatifs gériatriques ». Mémoire de DESS de psychologie clinique, Université Denis DIDEROT, Jussieu – Paris VII.

NARBONNET M., 2006, « Le toucher à la fin de la vie dans le soin psychomoteur – Une expérience de l'« ici et maintenant » ». Mémoire de DE de psychomotricité, Université Claude Bernard, Lyon 1.

Sites internet :

Textes de lois relatifs aux soins palliatifs et à l'accompagnement :

CHIRAC J. et al, «LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie », 2005, (page consultée le : 2 novembre 2007),
<[**CHIRAC J. et al**, «LOI n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs », 1999, \(page consultée le : 10 novembre 2007\),
<<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/1999/99-23/a0231524.htm>>.](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&dateTexte=></p></div><div data-bbox=)

BACHELOT-NARQUIN R. et al., « Circulaire n°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs », 2008, (page consultée le 4 avril 2008),
<<http://www.sfap.org/content/view/16/41/>>

Les principaux outils d'évaluation de la douleur :

CHATAP G., « L'échelle visuelle analogique (EVA) », (page consultée le : 5 décembre 2007), <<http://www.antalvite.fr/pdf/echelles.htm>>.

Dictionnaire médical :

TOURNAY C. et al., <<http://dictionnaire.doctissimo.fr/>>.

Autres :

LEROY J., MARZE P., PROMPT C., ZAMANSKY C., 2003, Projet de service de l'Équipe Mobile d'Accompagnement et de soins Palliatifs.

PLATEL R., polycopié des cours de neurophysiologie de deuxième année à l'Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice.

SCIALOM P., polycopié des cours de psychologie clinique de première année à l'Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice.

Le Petit Larousse – Grand format, 2001. Edition Larousse, Paris, 1872p.

Annexes

Annexe n°1

Loi relative aux droits des malades et à la fin de vie n° 2005-370 du 12 avril 2005

LOIS

LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1)

NOR: SANX0407815L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1

Après le premier alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

Article 2

Le dernier alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrégé sa vie, il doit en informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. »

Article 3

Dans la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, les mots : « un traitement » sont remplacés par les mots : « tout traitement ».

Article 4

Le deuxième alinéa de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique est complété par quatre phrases ainsi rédigées :

« Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical.

« Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

Article 5

Après le quatrième alinéa de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. »

Article 6

Après l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-10 ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-10. - Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical.

« Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

Article 7

Après l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-11 ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-11. - Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment.

« A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant.

« Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. »

Article 8

Après l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-12 ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-12. - Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause et hors d'état d'exprimer sa volonté, a désigné une personne de confiance en application de l'article L. 1111-6, l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin. »

Article 9

Après l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-13 ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-13. - Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. Sa décision, motivée, est inscrite dans le dossier médical.

« Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

Article 10

I. - Après l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, il est inséré une division ainsi rédigée : « Section 2. - Expression de la volonté des malades en fin de vie ».

II. - Avant l'article L. 1111-1 du même code, il est inséré une division ainsi rédigée : « Section 1. - Principes généraux ».

III. - Dans la première phrase de l'article L. 1111-9, les mots : « du présent chapitre » sont remplacés par les mots : « de la présente section ».

Article 11

Après le premier alinéa de l'article L. 6114-2 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ils identifient les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définissent, pour chacun d'entre eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs. »

Article 12

Après l'article L. 6143-2-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6143-2-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 6143-2-2. - Le projet médical comprend un volet "activité palliative des services. Celui-ci identifie les services de l'établissement au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs. Il précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret. »

Article 13

I. - Après la première phrase de l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Le cas échéant, ce projet identifie les services de l'établissement ou du service social ou médico-social au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions des conventions pluriannuelles visées à l'article L. 313-12. »

II. - Les modalités d'application du présent article sont définies par décret.

Article 14

Le I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La convention pluriannuelle identifie, le cas échéant, les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définit, pour chacun d'entre eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs. »

Article 15

En application du 7° de l'article 51 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances, une annexe générale jointe au projet de loi de finances de l'année présente tous les deux ans la politique suivie en matière de soins palliatifs et d'accompagnement à domicile, dans les

établissements de santé et dans les établissements médico-sociaux.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 22 avril 2005.

Jacques Chirac

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,

Jean-Pierre Raffarin

Le ministre des solidarités,

de la santé et de la famille,

Philippe Douste-Blazy

Le garde des sceaux, ministre de la justice,

Dominique Perben

Le ministre de l'économie,

des finances et de l'industrie,

Thierry Breton

Le ministre délégué au budget

et à la réforme budgétaire,

porte-parole du Gouvernement,

Jean-François Copé

(1) Travaux préparatoires : loi n° 2005-370.

Assemblée nationale :

Proposition de loi n° 1882 ;

Rapport de M. Jean Leonetti, au nom de la commission spéciale, n° 1929 ;

Discussion le 26 novembre 2004 et adoption le 30 novembre 2004.

Sénat :

Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, n° 90 (2004-2005) ;

Rapport de M. Gérard Dériot, au nom de la commission des affaires sociales, n° 281 (2004-2005) ;

Discussion et adoption le 12 avril 2005.