INSTITUT DE FORMATION DE PSYCHOMOTRICIENS

RAYMOND LECLERCQ, LOOS

CAMILLE HAIZE

Session 2015/2016

Corps douloureux, corps douc'heureux

La psychomotricité dans le traitement non médicamenteux de la douleur chronique chez l'adolescent.

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

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS....5
INTRODUCTION....6
PREMIÈRE PARTIE : LA DOULEUR CHRONIQUE....9
I. Qu'est-ce que la douleur ?....9
1. Un peu d'histoire….....9
2. Le cadre législatif....9
3. La définition de la douleur....10
4. La physiologie de la douleur....11
a. Les récepteurs sensoriels de la douleur....11
b. Les voies de transmission de la douleur....12
c. Les voies de contrôle : la modulation de messages douloureux....12
5. Les différents types de douleur....13
a. La douleur induite....13
b. La douleur aiguë....13
c. La douleur chronique....14
6. Le syndrome douloureux chronique....14
7. Les mécanismes physiopathologiques de la douleur....15
a. Les douleurs nociceptives (ou par excès de nociception)....15
b. Les douleurs neuropathiques (par défaut de nociception)....15
c. Les douleurs sine materia....15
d. Les douleurs psychogènes....16
8. Les composantes de la douleur....16
a. Une composante sensori-discriminative....16
b. Une composante affectivo-émotionnelle....16
c. Une composante cognitive....17
d. Une composante comportementale....17
9. L'évaluation de la douleur....17
a. L'hétéro-évaluation....19
b. L'auto-évaluation....20
II. De la douleur à la souffrance....23

III. L'enjeu culturel….....23
IV. L'annonce….....24
V. Le souvenir de la douleur.....25
VI. Les thérapeutiques.....27
DEUXIÈME PARTIE : QUAND LA DOULEUR CHRONIQUE ET LA PSYCHOMOTRICITÉ SE RENCONTRENT À L'ADOLESCENCE ….....30
I. L'adolescence : une révolution psychocorporelle.....30
II. La douleur chronique et la relation à soi.....34
1. L'axe corporel.....35
2. Le schéma corporel.....36
3. L'image du corps.....36
III. La douleur chronique et la relation à l'environnement.....39
1. Le temps.....39
2. L'espace.....42
a. Espace et affectivité.....42
b. Espace social.....43
VI. La douleur chronique et la relation à l'autre.....44
1. La communication.....44
2. Les neurones miroirs.....46
3. Le tonus.....46
a. Les définitions.....46
b. Les fonctions du tonus.....47
TROISIÈME PARTIE : QUAND LA PSYCHOMOTRICITÉ SE MET AU SERVICE DE LA DOULEUR CHRONIQUE CHEZ L'ADOLESCENT….....52
I. L'Institut d'Éducation Motrice (IEM).....52
1. L'établissement.....52
2. Le psychomotricien à l'IEM.....53
3. Une prise en soin individuelle : Stéphanie.....53
a. La présentation.....53
b. L'entretien et le bilan psychomoteur.....54
c. Le projet thérapeutique et les modalités.....58

d. Les séances....60
4. La conclusion....67
II. Le service de pédiatrie médicale (SPM)....69
1. Le service....69
2. Le psychomotricien en SPM....69
3. Une prise en soin de groupe : « Relaxaucorps »....70
a. La naissance du projet....70
b. Les modalités et les moyens....71
c. Le projet thérapeutique : objectifs et intérêts....71
d. La présentation des participants du groupe....72
e. Les séances....75
4. La conclusion....82
DISCUSSION....84
CONCLUSION....86
ANNEXES....87
GLOSSAIRE....94
BIBLIOGRAPHIE....96

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier mes maîtres de mémoire, de stage et les personnes ressources qui m'ont accompagnée dans la rédaction de cet écrit. Je les remercie pour les conseils qu'ils m'ont donnés et pour les retours qu'ils m'ont faits.

Je remercie chacun de mes maîtres de stage pour la disponibilité dont ils ont fait preuve à mon égard, dans les échanges que nous avons eus comme dans les interrogations que j'ai pu avoir. Je les remercie pour l'accompagnement progressif et continu qu'ils ont fourni à mon intention dans les pratiques psychomotrices et auprès des différents publics concernés. Ils m'ont guidée dans mes observations (théoriques et pratiques) et dans mes réflexions. Ils ont pris soin de respecter mon rythme et de me laisser de la place pour intervenir. Je les remercie pour la confiance qu'ils m'ont accordée et les responsabilités qu'ils m'ont données avec le temps.

Je souhaite remercier chacune des équipes que j'ai pu côtoyer durant mes stages, cette année. Je remercie ceux qui m'ont accordé de leur temps pour m'expliquer et me faire partager un peu de leur quotidien et de leur expérience. Ainsi, j'ai pu avoir une vision plus globale de la pluridisciplinarité et de l'interdisciplinarité dans chacun des établissements, ce qui m'a aidé dans la rédaction de ce mémoire.

Je remercie toutes les personnes qui m'ont permis de cheminer durant ces trois années d'étude en psychomotricité et particulièrement cette année. Ainsi, j'ai découvert de nouvelles facettes, riches et diversifiées, du métier de psychomotricien.

Ma reconnaissance va également à tous les jeunes que j'ai rencontrés durant ces trois ans et notamment cette année. Je les remercie pour leur investissement dans les prises en soin, pour ce qu'ils m'ont fait découvrir et pour les échanges que nous avons eus.

Je remercie les familles que j'ai pu rencontrer et avec qui j'ai pu échanger dans le cadre de mes stages et de la rédaction de ce mémoire.

Enfin, je remercie infiniment ma famille, Cédric et mes amis pour tout le soutien qu'ils m'ont apporté durant ce cursus en psychomotricité.

INTRODUCTION

Nous avons tous un jour ou l'autre été confronté à la douleur. Nous savons qu'elle nous met dans un état corporel et dans un état d'esprit inhabituels. Lorsque la douleur nous envahit, que pouvons-nous faire pour la soulager ? Rechercher la cause, consulter un médecin, prendre des médicaments, faire des examens médicaux. Le chemin peut être long. Que faire en attendant ? Rechercher une position plus confortable, mobiliser ou masser la zone douloureuse, prendre un bain, mettre du chaud ou du froid … Nous réagissons tous différemment face à la douleur et la quête de soulagement peut être longue. Qu'en est-il lorsque la douleur devient chronique ?

La douleur … La douleur chronique … L'adolescent … Et si je m'intéressais à la douleur chronique chez l'adolescent ?

La douleur affecte le sujet dans sa globalité. Aussi, j'ai souhaité approfondir ce thème afin d'en comprendre les mécanismes physiopathologiques, les outils qui permettent de l'évaluer, les facteurs qui peuvent l'influencer et la réciprocité. Mais aussi les outils permettant une meilleure adaptation à cette problématique.

En quoi la douleur chronique influence-t-elle la relation à soi, à l'environnement et à l'autre chez l'adolescent ? Comment la psychomotricité peut-elle aider l'adolescent dans une telle situation à apprivoiser son corps dans la relation à l'autre et à son environnement ?

Le caractère multifactoriel de la pathologie, la survenue récurrente de douleurs, associés aux phénomènes de l'adolescence rendent compte de la complexité du sujet. Je me propose de suggérer quelques pistes de travail (réflexions, suggestions et propositions) ou en tout cas d'ouvrir le dialogue.

Ce que je vais développer ne prétend pas être exhaustif. Chaque individu est singulier. La douleur comme l'adolescence sont vécues subjectivement.

Certaines notions ont été scindées pour des raisons d'écriture mais elles sont en réalité liées et intriquées. Je ne développerai pas le lien corps-esprit qui apparaît, pour nous psychomotricien, comme une évidence sans laquelle nous ne pouvons travailler.

Dans un premier temps, je vais m'intéressai à la douleur (histoire, législation, définition, physiologie, types, mécanismes, composantes, évaluation), aux soubassements et aux facteurs qui peuvent l'influencer. En effet, la douleur chronique est un phénomène bio-psycho-social.

Puis, j'exposerai les répercussions psychomotrices que peut générer la douleur chronique chez l'adolescent. En effet, les bouleversements de l'adolescence se combinent à ceux que peut engendrer la douleur chronique. Des vignettes cliniques illustreront la théorie.

Enfin dans un dernier temps, je traiterai de ma pratique psychomotrice auprès d'adolescents douloureux chroniques.

Il est évident que si les situations cliniques sont réelles, mais que dans un souci d'anonymat, les identités restent fictives.

PREMIÈRE PARTIE :

LA DOULEUR CHRONIQUE …

PREMIÈRE PARTIE : LA DOULEUR CHRONIQUE

I. Qu'est-ce que la douleur ?

1. Un peu d'histoire…

« L'histoire de la douleur suit pas à pas l'histoire des hommes, de la pensée, des connaissances et de la médecine. Lire la douleur c'est lire une époque, suivre la douleur c'est observer les mutations de la pensée. Pour certains, la douleur a même structuré l'histoire de la médecine. » (cité par le Dr F. Lorin).

Tantôt perçue comme une fatalité, un processus naturel à évaluer et à respecter, un châtiment de Dieu, une récompense de l'au-delà, tantôt liée à la mort ou utile à la vie. Présente depuis l'origine, la douleur a suscité au fil des époques et des cultures des réactions émotionnelles et médicales contrastées. La prise en soin de la douleur est devenue un enjeu de santé publique.

Au XXI ème siècle, entre les scarifications, les auto-mutilations, les souffrances au travail et les diagnostics abusifs, les préoccupations sont alarmantes. Faut-il avoir mal pour exister ?

2. Le cadre législatif

D'après la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigations ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. »

Avec la mise en place de différents plans nationaux, la culture de la douleur, la lutte contre la douleur, le dialogue autour de la douleur (la repérer, l'évaluer, la soulager) et des publics concernés ainsi que la mise en place de formations, se sont progressivement développés. Des Comités de Lutte contre la Douleur (CLUD) et des centres de consultation de la douleur ont vu le jour.

Les médecins et les paramédicaux sont tenus, en application de la loi et de leurs règles professionnelles, de la prendre en considération.

Diverses recommandations, nous rappellent que la prise en soin ne peut être efficace que lorsqu'elle est personnalisée et pluridisciplinaire. Il ne suffit pas que les partenaires travaillent les uns à côté des autres mais bien ensemble. Un travail interdisciplinaire et transdisciplinaire est de ce fait requis.

3. La définition de la douleur

D'après l'International Association for the Study of Pain (IASP), « la douleur est une expérience sensorielle avec une forte connotation émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion ».

La douleur est un signal d'alarme, une réaction utile. Certaines études montrent que les personnes les plus résistantes à la douleur ont une espérance de vie moindre.

Il peut exister des lésions périphériques, des lésions centrales et un versant psychogène de la genèse de la douleur. Quel que soit le mécanisme initiateur, elle constitue dans tous les cas une expérience subjective et un phénomène neuropsychologique central. Ceci souligne la complexité de son approche. Il n'existe pas nécessairement de corrélation entre l'étendue d'une lésion et l'intensité douloureuse. De fait, certaines personnes signalent une douleur à 10 alors que la lésion est minime et d'autres ont une tumeur cancéreuse, sans douleur, qui passe inaperçue.

L'ensemble du corps peut être à l'origine de sensations douloureuses. La douleur

est une sous-catégorie d'un sens plus vaste qu'est la somesthésie « sens du corps ». C'est une fonction spécifique d'un système sensoriel dont la finalité est la conservation de l'intégrité corporelle. Les stimuli nociceptifs suggèrent la menace de cette intégrité.

Il existe donc des récepteurs et des voies nerveuses spécifiques de la douleur.

4. La physiologie de la douleur

a. Les récepteurs sensoriels de la douleur

Les récepteurs de la douleur sont les « nocicepteurs ». Ils sont à l'origine de réflexes et de comportements dont la finalité est de supprimer la cause de la douleur. Ce sont les extrémités souvent ramifiées des fibres nerveuses des neurones sensoriels nociceptifs (cutanés, musculaires, articulaires et viscéraux), ayant leur soma dans les ganglions du système nerveux périphérique.

Le fonctionnement des nocicepteurs est dépendant de l'environnement chimique. Lors d'une lésion tissulaire, des substances sont libérées par les cellules lésées, les cellules du système immunitaire ou les vaisseaux sanguins. Ces substances chimiques contribuent à diminuer le seuil de sensibilité de la douleur. En retour, les nocicepteurs peuvent eux aussi agir sur leur environnement en libérant différentes molécules comme la substance P (peptide). Cette dernière est considérée comme le neurotransmetteur principal de la douleur. Elle intervient dans le processus d'inflammation neurogène.

Il existe trois classes principales de nocicepteurs. Ils dépendent des caractéristiques des fibres nerveuses les constituant et des stimulations auxquelles ils sont sensibles. Deux types de nocicepteurs sont constitués par des fibres nerveuses finement myélinisées d'où une conduction relativement rapide de l'information. Nous pouvons distinguer les nocicepteurs mécaniques Aδ et les nocicepteurs mixtes mécano-thermiques Aβ. Le troisième type de nocicepteurs se caractérise par des terminaisons nues de fibres nerveuses non myélinisées d'où une conduction plus lente de l'information. Ce sont les nocicepteurs C, dits polymodaux. Ils sont sensibles à

différentes stimulations nociceptives : mécaniques, thermiques et chimiques.

Ces capteurs sont présents dans tout le corps excepté au niveau du cerveau.

b. Les voies de transmission de la douleur

L'influx nerveux emprunte 3 neurones. Le protoneurone conduit l'influx des nocicepteurs jusqu'à la corne postérieure de la moelle épinière. Le deutoneurone assure la transmission spinothalamique. Le troisième neurone assure la transmission vers le cortex thalamo-corticale pour intégrer l'information. Les signaux douloureux sont acheminés vers diverses régions de l'encéphale.

Les voies descendantes peuvent être activées par diverses structures nerveuses. Il n'est donc pas surprenant que le niveau d'attention, l'humeur, le stress ou encore le contexte influencent la perception de la douleur. C'est pourquoi, le psychomotricien peut utiliser la relaxation par induction verbale. Elle permet 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.

À chaque relais de l'information douloureuse, il peut y avoir (et il y a) une modulation de l'information qu'elle soit ascendante ou descendante.

c. Les voies de contrôle : la modulation de messages douloureux

Nous venons de voir qu'il existe des récepteurs spécifiques responsables de la détection d'une stimulation douloureuse. D'autres récepteurs somesthésiques comme ceux du toucher peuvent aussi être sollicités à ce moment. La perception douloureuse est fonction de la synthèse des informations effectuée par le cerveau provenant d'une multitude de récepteurs. Une information véhiculée par les récepteurs du toucher (ex : se frotter après s'être cogné) peut moduler la perception. Ce phénomène s'explique par la théorie du « gate-control » selon Melzack et Wall, 1965 (cf. annexe A1).

Les informations provenant des neurones sensoriels de la douleur et du toucher sont convoyés vers deux neurones :

- Un neurone dit de projection : il transmet les informations vers l'encéphale et constitue une des voies de la douleur.
- Un interneurone inhibiteur qui est spontanément actif et qui contacte le neurone de projection. Il peut être inhibé par les neurones nociceptifs ou au contraire stimulé par les neurones du toucher.

Ces derniers permettent de moduler la perception de la sensation douloureuse. Le « gate-control » permet d'inhiber un mécanisme douloureux de type neuropathique en intégrant une autre information sensorielle afin de diminuer une sensation douloureuse.

En cela, le toucher thérapeutique peut avoir un effet bénéfique (activer le gate-control), en psychomotricité, sur le patient douloureux.

5. Les différents types de douleur

a. La douleur induite

Elle est provoquée par des soins (ex : perfusion), des examens complémentaires (ex : ponction lombaire) ou la mobilisation du patient. Il est important d'identifier les situations qui l'engendrent afin de mettre en place des protocoles médicamenteux et/ou non médicamenteux de prévention (ex : installation).

b. La douleur aiguë

Signal d'alarme utile, c'est un symptôme qui aide au diagnostic et qui d'ordinaire décroît et disparaît lorsqu'un traitement étiologique est institué. Elle est uni-factorielle et donc normalement transitoire. Elle doit être traitée dès que le signal d'alarme a été perçu. Son maintien est inutile voir néfaste pour le patient. Elle entraîne des réactions végétatives et peut s'accompagner d'anxiété.

La durée d'évolution distingue la douleur aiguë de la douleur chronique.

c. La douleur chronique

La douleur est associée à la notion d'évolution temporelle et d'impact négatif sur l'individu. Elle s'avère inutile sur plusieurs plans (physique, psychologique et social), devient permanente, récurrente et répétitive. Elle envahit le langage, la vie quotidienne du sujet, devient invalidante et peut conduire à un état dépressif. Concernant son traitement, il doit être pluridimensionnel du fait du caractère plurifactoriel de la douleur.

Lorsque le signal d'alarme dysfonctionne, la douleur n'a plus une valeur de symptôme mais de maladie : le phénomène devient pathologique.

6. Le syndrome douloureux chronique

Le syndrome douloureux chronique a été défini par l'American Society of anesthesiologist. C'est une « douleur persistante qui peut concorder avec les données somatiques et qui est associée à au moins deux des conditions suivantes :

- Une régression significative et progressive de la capacité fonctionnelle et relationnelle dans les activités de la vie journalière, au domicile comme au travail.
- Une demande excessive de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives tout en reconnaissant leur inefficacité à soulager.
- Un trouble de l'humeur.
- Un sentiment de révolte et de revendication ou au contraire de résignation et d'impuissance, souvent accompagné d'une hostilité envers les soignants, traduisant l'incapacité de s'adapter à la situation. »

Le syndrome douloureux chronique s'apparente à un ensemble de symptômes bio-psycho-sociaux. Une prise en soin transdisciplinaire permet le soulagement, l'écoute et la réinsertion du patient. Ce phénomène pathologique rend compte de douleurs qui n'ont pas lieu d'être. Comment cela fonctionne-t-il ?

7. Les mécanismes physiopathologiques de la douleur

Nous pouvons distinguer quatre types de douleur d'un point de vue physiopathologique. La classification oriente le bilan étiologique et la prise en soin thérapeutique des douleurs.

a. Les douleurs nociceptives (ou par excès de nociception)

Elles correspondent à une sur-stimulation des fibres véhiculant les messages nociceptifs de la périphérie vers l'encéphale. Il ne s'agit ni de lésion ni de dysfonctionnement du système nerveux périphérique ou central. L'origine de ces douleurs peut provenir d'une altération des viscères, des vaisseaux et de l'appareil locomoteur. Elles sont déclenchées par le mouvement (douleurs mécaniques) et sont donc souvent absentes au repos. Les traitements diminuent la transmission des messages nociceptifs à un niveau périphérique et/ou central : principalement antalgiques. L'OMS a défini différents paliers en fonction de l'intensité et du caractère de la douleur. Il ne faut pas omettre les traitements non médicamenteux.

b. Les douleurs neuropathiques (par défaut de nociception)

Elles correspondent à une modification des processus de transmission et/ou du contrôle du message « douloureux » à la suite d'une lésion nerveuse périphérique ou centrale. L'étiologie peut être traumatique, toxique, virale, tumorale ou métabolique (ex : le diabète). Ces douleurs répondent à des médicaments d'action centrale. L'objectif est de pallier le dysfonctionnement de la transmission et des contrôles des messages nociceptifs (ex : antidépresseurs ou thérapies à médiations corporelles).

Il existe des douleurs mixtes, associant les deux mécanismes physio-pathologiques (par excès de nociception et neuropathique).

c. Les douleurs sine materia

Elles correspondent à des entités cliniques bien définies sur un plan

sémiologique et diagnostic. Le diagnostic repose sur la négativité d'un bilan organique minutieux (ex : mauvaise réponse au traitement antalgique). Les traitements sont symptomatiques.

d. Les douleurs psychogènes

Elles correspondent à une sémiologie psychopathologique avérée. Elles s'expriment par le corps et résultent d'un mauvais fonctionnement psychique. L'objectif premier est un traitement psychiatrique équilibré.

Il existe des pathologies liées à la douleur. Certaines sont liées à un dysfonctionnement de la perception de la douleur. D'autres se caractérisent par l'absence de réactions motrices face à un stimulus douloureux.

La douleur peut générer des réactions très diverses selon les sujets. Elle peut conduire le sujet à de la kinésiophobie (peur de bouger ou d'avoir mal) et/ou de l'algophobie (appréhender la survenue de la perception douloureuse).

8. Les composantes de la douleur

a. Une composante sensori-discriminative

C'est ce que sent le patient (Combien ? Quand ? Comment ? Où?). Elle correspond aux mécanismes neurophysiologiques permettant de décoder la qualité (ex : brûlure), la durée (ex : brève), l'intensité et la localisation des messages nociceptifs. Par les réponses aux questions posées, des causes peuvent être évoquées, elle a donc une valeur sémiologique. Elle est le plus souvent mise en avant en cas de douleur aiguë, par les patients dénués de psychopathologies flagrantes.

b. Une composante affectivo-émotionnelle

C'est ce que ressent le patient (ex : simple gêne ou gêne pénible). Elle concerne les qualificatifs associés à la douleur (angoissante, obsédante, énervante, exaspérante, déprimante). Elle est déterminée par la cause de la douleur elle-même et par son

contexte. Elle dépend du caractère et de la personnalité du patient. Le patient doit faire face à des deuils successifs (ex : de la capacité physique). L'humeur dépressive amplifie la perception douloureuse. Or, la douleur impacte l'humeur et renforce la dépression. Un cercle vicieux s'installe : douleur – dépression – douleur. J'ai mal – Je suis mal – J'ai mal … Le seuil d'intolérance à la douleur augmente.

c. Une composante cognitive

C'est l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la douleur. Ils dépendent de divers facteurs (ex : histoire personnelle, croyances). C'est la signification que le patient donne à sa douleur. L'éducation thérapeutique joue un rôle important à ce niveau.

d. Une composante comportementale

C'est la modification du comportement du sujet liée au syndrome douloureux chronique (ex : la personne ne marche plus, parle de sa douleur à tout le monde). C'est l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez une personne qui souffre (ex : tensions musculaires du patient, cris, pleurs). Ces manifestations peuvent être réactionnelles. Elles assurent une fonction de communication avec l'entourage.

De multiples facteurs (apprentissages antérieurs, environnement) peuvent influencer l'ensemble de ces dimensions, donc la réaction d'un individu. La douleur se traduit par la somme de la perception de toutes ces composantes.

9. L'évaluation de la douleur

D'un point de vue organique, la sensation se définit comme le résultat de la mise en action des systèmes sensoriels (extéroception, proprioception et intéroception). Mais D. LE BRETON souligne que « Les sensations pures n'existent pas, elles sont perçues et, donc, déjà filtrées, interprétées à travers une affectivité particulière, dans une

situation précise, par un homme ou une femme, un enfant ou une personne âgée, ayant un parcours de vie spécifique. » (2015). La perception est donc un acte de décision au niveau cérébral quant à la traduction des informations sensorielles. Subjective, elle est soumise à l'interprétation et au jugement. Ainsi, les systèmes affectif et cognitif transforment les sensations en perceptions. Ils modifient le regard que nous portons à notre corps et sur le monde.

Tous les sujets ne sont pas égaux face à la douleur et à son vécu. Comme le souligne D. LE BRETON « Les limites de la tolérance des uns ne sont pas celles des autres. » (2015). Les variabilités interindividuelles des seuils sensoriels à la douleur supposent que les professionnels de santé ne remettent pas en question les dires du patient tout en restant lucides.

Les outils psychomoteurs utilisés doivent être définis avec soin si l'objectif est la prise de conscience du corps. Un seuil trop élevé de douleur peut compromettre les propositions du thérapeute et entraîner un vécu corporel insécurisant. C'est pourquoi, il doit évaluer la douleur pour mieux s'ajuster ensuite.

Toute plainte douloureuse est à prendre en considération et de façon authentique. Il n'existe pas de valeur absolue. C'est la douleur de chaque patient qui doit être soulagée. Tout individu définit son seuil de douleur et son intensité en fonction de ses propres repères. La douleur est une expérience globale, individuelle et subjective. Elle a donc un retentissement sur l'ensemble de l'individu. Le thérapeute peut y avoir accès par l'intermédiaire du discours du patient, un abord empathique et des outils de mesures validés scientifiquement. La douleur peut être évaluée de deux manières : auto-évaluation et hétéro-évaluation. Pour ce faire, différentes échelles existent en fonction du public concerné, de l'âge, des capacités du patient et du contexte de la douleur. A cela s'ajoute une dimension essentielle : l'observation du patient.

> *Mr et Mme A. ont une fille polyhandicapée, Noémie. S'attachant essentiellement aux problèmes cardiaques, pulmonaires et cutanés dans les premiers moments de vie, les médecins comme les parents ont longtemps ignoré sa douleur. Les aspects médicaux occupaient toute la place jusqu'à mettre le sujet lui-même au second plan « Nous*

oublions que l'enfant peut être douloureux » dit la maman. Noémie a fait des otites à répétition mais étant de nature très crispée, bougeant peu et ne parlant pas, aucun signe évocateur de douleur n'a été perçu. Ce n'est que lorsque son oreille s'est mise à couler que la famille s'est interrogée « Il nous a fallu une dizaine d'années pour que nous réalisions mon mari et moi qu'elle était douloureuse. ». Noémie a fait une mastoïdite et a perdu son tympan. « Comme elle ne pouvait pas toucher son oreille, nous ne savions pas qu'elle avait mal et nous n'avons pas identifié l'endroit douloureux ». La mère de Noémie évoque ce qu'elle ressent, encore des années après : « Nous culpabilisons beaucoup lorsque nous découvrons la cause de la douleur. C'est à ce moment-là que nous réalisons combien elle a dû souffrir. »

Il est évident que chaque situation est particulière et que signifier la douleur est fonction du sujet, de la gravité du handicap et de l'efficience intellectuelle. Ce qui pose réellement la question de la douleur et de ses manifestations. L'évaluation de la douleur repose sur une observation fine. Le psychomotricien a un rôle important à jouer en ce sens auprès des familles et des sujets ainsi que dans leur accompagnement.

La douleur est difficile à évaluer. Le patient n'est pas toujours capable de l'exprimer (oralement et/ou corporellement). C'est pourquoi, il faut porter une attention particulière aux changements et aux habitudes des patients.

a. L'hétéro-évaluation

Il existe des échelles d'hétéro-évaluation (DOLPLUS, ALGOPLUS, SAN SALVADOUR, ECPA) pour les patients qui ne sont pas ou pas encore en mesure de communiquer (ex : jeune enfant, personne âgée, handicap permanent ou temporaire).

Il s'agit d'évaluer les plaintes somatiques, de repérer les positions antalgiques au repos, d'identifier les zones douloureuses, d'observer les mimiques, le tonus, les troubles du comportement, les retentissements sur la relation, sur la vie sociale et l'hygiène de vie (alimentation, sommeil).

Il n'y a encore pas si longtemps, nous pensions que le bébé comme l'animal ne souffrait pas. Notons savons maintenant que l'animal peut avoir mal. Une douleur intense et peu durable peut provoquer une réaction d'aversion. Un animal habituellement docile et amical peut tenter de mordre une personne qui lui fait mal, ou tenter de fuir. Comme chez l'humain, la douleur entraîne des plaintes et des modifications du comportement.

D'autre part, nous avons longtemps pensé que le système nerveux central devait être mature pour percevoir la douleur, nous savons à présent que cela n'est pas juste. Au contraire, l'immaturité des systèmes de régulation et l'absence d'intégration corticale de la signification, chez le nouveau-né, rendent la modulation de la douleur compliquée. Celle-ci étant déficitaire, elle génère une douleur plus globale et est source d'anxiété.

Il est nécessaire d'utiliser des échelles validées adaptées. Les échelles d'hétéro-évaluation constituent un bon support chez les patients douloureux chroniques.

b. L'auto-évaluation

L'auto-évaluation est possible à partir de quatre ans. L'âge ne constitue, cependant, pas toujours un critère systématique. Il n'est pas facile d'évaluer sa propre douleur lorsqu'elle est intense. Les capacités de communication s'en trouvent affectées.

L'auto-évaluation consiste à chiffrer l'intensité subjective d'une douleur. Cela implique que le patient puisse la ressentir et l'exprimer en répondant à des questions. Les premiers mots sont souvent importants chez ceux capables de la verbaliser. Le chiffre obtenu permettra de connaître l'intensité au début de la prise en soin ainsi que son évolution au cours du suivi.

Il existe différents outils d'auto-évaluation. Étant standardisées, les échelles font l'objet de consignes précises. Elles constituent un socle commun qui permet à chacun d'évaluer aussi justement que possible la ou sa douleur.

➔ L'évaluation quantitative : « Combien j'ai mal ? »

- L'Échelle Verbale Simple (EVS) : le patient choisi le qualificatif

correspondant à l'intensité de sa douleur : absente (=0), faible (=1), modérée (=2), intense (=3) et extrêmement intense (=4). Le soignant note dans le dossier : le 27.03.2016 EVS = douleur faible ou = 1. (cf. annexe A3)

- L'Échelle Visuelle Analogique (EVA) apparaît sous la forme d'une réglette horizontale de 10 cm de long avec un curseur, que le patient déplace en fonction de l'intensité de sa douleur. La face recto (face au patient) présente une ligne horizontale simple. « Pas de douleur » est inscrit à gauche et « douleur maximale imaginable » est écrit à droite. Le score de la douleur, que seul le soignant peut lire, s'affiche sur le verso de l'échelle. L'EVA évalue la douleur au moment présent, habituelle depuis les huit derniers jours et la plus intense depuis les huit derniers jours. Pour chaque évaluation, le soignant note le score de l'échelle dans le dossier du patient (ex : le 27.03.2016 EVA = 8). Elle nécessite des capacités cognitives et d'attention. Il existe une EVA adaptée à l'enfant (avant douze ans). Le soignant présente l'échelle verticalement et l'enfant place son doigt « aussi haut que la douleur est grande ». Le score s'affiche sur le verso de l'échelle pour le soignant (cf. annexes A5-A6).

- L'Échelle Numérique (EN) permet au patient de donner la note qui correspond le mieux à l'intensité de sa douleur entre 0 (pas de douleur) et 10 (douleur maximale imaginable) au moment présent, habituelle depuis les huit derniers jours et la plus intense depuis les huit derniers jours. Le soignant inscrit dans le dossier du patient : le 27.03.2016 EN = 2. La démarche est la même que pour l'EVA. Il existe l'Échelle Numérique Simple chez l'enfant de 8 à 10 ans. Comme pour l'EVA, le soignant définit la signification des extrémités basses et hautes (cf. annexe A4).

➔ L'évaluation qualitative : « Comment j'ai mal ? »

Des échelles multidimensionnelles sont utilisées. Elles mesurent les composantes sensori-discriminatives et affectives de la douleur.

- Le Questionnaire Douleur Saint Antoine (QDSA) se présente sous la forme d'une liste de qualificatifs permettant de décrire la douleur. Pour chaque mot, le patient coche l'intensité se rapprochant le plus de son ressenti (absent=0, faible=1, modéré=2, fort=3, extrêmement fort=4). Cela permet d'évaluer la douleur de façon quantitative et qualitative, notamment les composantes sensori-discriminative et affectivo-émotionnelle. Cet outil est adapté pour évaluer la douleur chronique.

- Le DN4 est un outil de dépistage des douleurs neuropathiques. Le questionnaire est composé de dix items (score/10), répartis en quatre questions. Le patient doit répondre par oui (=1) ou non (=0). Le praticien comptabilise les réponses et le score obtenu est considéré comme positif lorsqu'il est supérieur ou égal à 4 (cf. annexe A7).

➔ Les répercussions :

Il existe des échelles qui évaluent le retentissement de la douleur sur le comportement quotidien ou le retentissement émotionnel de la douleur (HAD).

➔ Instrument à visée topographique :

- Le schéma corporel des zones douloureuses permet au patient, à partir de schémas topographiques représentant un individu de face et de dos, de notifier en hachurant le ou les sièges de la ou des douleurs habituelles et les irradiations éventuelles. Il note un « S » pour une douleur superficielle, un « P » pour une douleur profonde et un « I » pour la douleur la plus intense. Il existe une échelle similaire chez l'enfant. Elle peut être utilisée à partir de 4 ans et permet de localiser la douleur, son intensité et notamment les endroits où elle se situe. L'enfant doit colorier les zones qui lui font mal. Il peut au préalable choisir quatre couleurs pour quatre niveaux de douleur (un peu, moyen, beaucoup et très fort) (cf. annexe A8-A9).

Comme il n'existe pas d'échelles d'évaluation de la douleur spécifiques aux adolescents (hors adolescents polyhandicapés), je me suis appuyée sur les échelles développées précédemment. Je les ai adaptées en fonction des capacités de compréhension présentes chez l'adolescent dans ma pratique.

Le psychomotricien peut intégrer dans son bilan des échelles ou des outils d'évaluation de la douleur. Certains supports comme le DN4 ou l'échelle HAD peuvent fournir des éléments « en faveur de » qui seront à confirmer ou infirmer par un médecin, seul à pouvoir poser un diagnostic.

II. De la douleur à la souffrance

Étymologiquement, le terme douleur vient du latin « dolor » qui signifie « souffrance douleur ». Le terme souffrance, provient du latin « sufferre » qui signifie « supporter ». Ces sont deux termes à la signification très proche.

Si le terme « douleur » est souvent rattaché à une « peine organique » et le terme « souffrance » à une « peine psychique » dans nos sociétés actuelles, la psychomotricité combat ce clivage. « Le corps n'est jamais isolé : ce n'est pas lui qui a mal, mais la personne » (D. LE BRETON, 2015). La douleur est un continuum entre la sphère somatique et psychique. Sensation physique, c'est aussi une expérience psychologique et émotionnelle. Ainsi, elle peut être qualifiée de souffrance (produit secondaire de la douleur). Pour D. LE BRETON la souffrance constitue l'éprouvé de la douleur.

La classique dichotomie psyché/soma concerne le mécanisme générateur (étiologie) et non le phénomène de la douleur en lui-même. La distinction douleur/souffrance semble plus théorique que pratique car il est rare d'avoir une douleur purement physique et une souffrance purement psychique.

III. L'enjeu culturel…

L'UNESCO a défini la culture lors de la déclaration de Mexico sur les politiques culturelles : «La culture, dans son sens le plus large, est considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une

société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances.»

D. LE BRETON évoque la construction et la déconstruction de cette étendue qu'est le corps. Cet ensemble organique, qui se meut dans un environnement culturel et au cours de la vie, est porteur de significations très symboliques. Au fil des générations, nous venons nous affilier à des groupes et à des rites. Ce qui pose la question de la transmission. Comment transcrire les images et les métaphores que nous pouvons utiliser pour illustrer le vécu de notre douleur ?

La douleur n'est pas considérée de façon similaire dans toutes les régions du monde : acceptable ici, inacceptable ailleurs. Toute société présente un fonctionnement qui lui est propre avec des normes particulières.

Il n'existe pas de culture qui soit plus encline à répondre au traumatisme et pas non plus de culture qui favorise la formation du symptôme douloureux. La douleur est une co-construction entre l'intime, le psychique, l'individuel et le collectif, la culture et le social.

Il est important de connaître le mode de communication d'un pays pour comprendre le sujet et pouvoir le soigner. Le système de croyance et les représentations de l'individu tiennent un rôle important dans le processus de soin de la douleur.

IV. L'annonce…

Que la douleur soit liée au handicap ou à une pathologie chronique, il a fallu à un moment donné transmettre une vérité médicale objective à la famille et au sujet. Comment cela s'est-il fait ? Comment cela a-t-il été vécu, entendu et accompagné ? Cette annonce a probablement bouleversé le système familial. La famille entière a reçu, de manière violente, des informations avec une forte résonance émotionnelle. Le traumatisme primaire direct, lié à l'annonce, fait réagir le sujet par rapport à la crainte de la douleur, des conséquences et de la mort. Il se combine à un traumatisme secondaire, intervenant dans l'après-coup. La maladie comme le handicap réactivent des blessures

familiales passées qui ne sont pas cicatrisées. C'est l'aspect transgénérationnel qui est engagé.

Que l'annonce se fasse lors des premiers mois de vie ou à l'adolescence, les liens d'attachement peuvent être mis à mal. Le psychomotricien intervient pour soutenir la famille et le jeune, dans la construction ou le maintien des liens parents-enfant. Il est là pour poser des mots sur les maux, donner des explications et du sens à ce qui se passe afin d'essayer de remettre en route le système à penser de la famille et du sujet. Il les accompagne dans l'élaboration psychique de l'événement traumatisant et amène le sujet à travailler sur sa singularité et non sur sa différence.

En grandissant, la problématique de la maladie ou du handicap se cumule à celle de l'adolescence. Un ensemble de phénomènes se trouvent réactivés à ce moment. Des mécanismes d'angoisse peuvent envahir le sujet et son entourage.

Le sujet douloureux fait le constat d'une perte de son rapport au corps. Si la construction psychique du patient n'est pas suffisamment solide, s'il n'est pas soutenu par ses proches, il se retrouve seul face à sa douleur. Elle l'enferme, l'isole et entrave ses capacités relationnelles.

La personnalité du sujet, la qualité de ses « objets internes » et son environnement socio-culturel détiennent une place importante dans le vécu douloureux.

V. Le souvenir de la douleur

Le sujet douloureux peut sur-investir ou au contraire sous-investir certaines zones corporelles. L'intolérance à la douleur peut générer des phénomènes d'anticipation. « Aujourd'hui nous sommes bien équipés contre la douleur mais la peur d'avoir mal c'est incontrôlable. » (cf bibliogr. film le 28.02.2016).

Pendant les quatre premières années de la vie, face aux stimuli douloureux auxquels nous avons été confrontés, nous avons acquis des réflexes d'évitement. Et même, si nous n'avons pas de souvenirs conscients de ces événements, ils sont enregistrés en mémoire. La nociception est favorisée par cette mémoire dite « primitive ». Son souvenir va cependant bien au-delà de ce signal d'alarme et tient

compte d'autres aspects. La douleur est reconnue lorsque le sujet y a déjà été confronté. L'individu mémorise la douleur en fonction du ressenti physique, du contexte et des émotions qui y sont associées. Les souvenirs douloureux font appel à différentes mémoires : mémoire autobiographique, mémoire sémantique et mémoire émotionnelle. Ils mettent donc en jeu diverses régions cérébrales.

La mémoire de la douleur peut se mêler à un phénomène d'anticipation qui majore la douleur. C'est pourquoi, beaucoup de prises en soin visent une meilleure gestion de la douleur soit en la relativisant, soit en gérant mieux la crise par sa préparation.

Par sa connotation émotionnelle, le souvenir douloureux n'est pas forcément la restitution fidèle de l'événement. C'est souvent l'émotion associée à la douleur plus que son aspect physique, qui est mémorisée et ceci proportionnellement à son intensité. Les souvenirs sont susceptibles de varier au cours de la vie. Ils peuvent rester cohérents, être sous-estimés ou au contraire sur-estimés. La distorsion est d'autant plus importante que le sujet continue de souffrir lors du rappel de l'événement douloureux.

Baptiste souffre d'une thrombose à l'œil gauche. Le diagnostic a été posé en urgence. L'annonce a donc été brutale. En l'espace de quelques jours, le protocole de soin d'injection est annoncé et l'intervention au bloc opératoire réalisée. Les séances de laser sont « très douloureuses » et se répètent toutes les quatre à cinq semaines. Il s'agit d'éliminer tous les vaisseaux sanguins anarchiques qui se sont développés lors de la thrombose. Les effets secondaires de ces interventions sont nombreux (nausées, vertiges, hallucinations, rougeurs, vision déformée et fatigue). Cela ne se voit pas, donc « les autres ne voient rien ». Chaque séance d'injection créée beaucoup d'angoisse les jours qui la précèdent. Avant, Baptiste décrit une « sensation » de « sable » dans l'œil. Au moment de l'intervention, Baptiste sent la piqûre. « Ma respiration est bloquée et en quelques minutes, je me retrouve trempé de sueur ». Baptiste décrit qu'après il a la « sensation » d'avoir un œdème au niveau du haut de la joue et la paupière gonflée, ce qui n'est pas le cas en réalité. Il faut ensuite plusieurs jours à Baptiste pour « évacuer l'anesthésie et le stress accumulé ». Il ressent une grande fatigue et insiste sur la singularité de ses manifestations qui lui sont propres. Cela dure depuis maintenant 6

ans sans que sa douleur n'ait jamais été évaluée ni questionnée jusque là.

Notons d'abord, que prendre en compte la douleur c'est tenir compte de sa complexité et considérer qu'elle est influencée par une multitude de facteurs. C'est un ensemble d'éléments intriqués (sensations, perceptions et représentations). La notion de handicap invisible est ici soulevée, ce qui questionne sur la reconnaissance de la maladie au niveau social. L'œil est un organe sensoriel, riche en terminaisons nerveuses, il est très sensible. Nous imaginons la douleur qui peut être générée et le symbolisme qui peut y être associé. Nous imaginons également le choc qu'a pu entraîner la violence de l'annonce. Nous pouvons noter dans cette vignette les différentes composantes de la douleur et sa subjectivité. Nous apercevons les manifestations somatiques et psychiques avant l'intervention (anticipation liée à la mémoire de la douleur), pendant et après. La douleur chronique impacte les capacités fonctionnelles et la vie quotidienne. Notons que les douleurs ne sont pas toujours là où nous les « attendons ». Les douleurs initialement présentes se combinent aux douleurs induites par les soins.

VI. Les thérapeutiques

Nous avons pu constater la complexité de la douleur, de par les nombreux facteurs qui l'influencent. Ainsi, il est fortement préconisé de travailler en équipe dans le cadre du suivi de la douleur. La douleur constitue une atteinte multifactorielle. C'est un phénomène bio-psycho-social et peut-être même plus que cela. Ceci a été mis en évidence et ce, notamment, dans les pathologies chroniques.

Il est important de faire du lien entre les incapacités fonctionnelles, les incapacités réelles et les incapacités psychologiques.

La douleur est un symptôme commun à de nombreuses pathologies. C'est le premier motif de consultation ou d'arrêt de travail. C'est pourquoi de nombreux traitements médicamenteux (antalgique, analgésique) mais aussi non médicamenteux (ex : hypnose), dont la psychomotricité fait partie, ciblent celle-ci. La psychomotricité constitue une véritable alternative aux traitements médicamenteux. Elle considère le

sujet dans sa globalité c'est à dire dans ses interactions motrices, psychiques, affectives et relationnelles.

Après avoir défini la douleur, ses rayonnements et ses échos, je vais maintenant m’intéresser aux répercussions psychomotrices que peut générer la douleur chronique chez l'adolescent.

DEUXIÈME PARTIE : QUAND LA DOULEUR CHRONIQUE ET LA PSYCHOMOTRICITÉ SE RENCONTRENT À L'ADOLESCENCE …

DEUXIÈME PARTIE : QUAND LA DOULEUR CHRONIQUE ET LA PSYCHOMOTRICITÉ SE RENCONTRENT À L'ADOLESCENCE …

La douleur chronique est une des conséquences des maladies chroniques. Elle peut générer de l'anxiété, des modifications comportementales et cognitives. Elle retentit sur le quotidien et fait renoncer à beaucoup de choses. La douleur chronique constitue en elle-même une maladie chronique.

Les maladies chroniques induisent des douleurs chroniques. De manière générale, elles influencent la vie et notamment celle de l'adolescent. Les relations qu'il a avec son corps, avec les autres et avec son environnement peuvent s'en trouver modifiées.

I. L'adolescence : une révolution psychocorporelle

L'adolescence se caractérise par la maturité du corps et la maturité psychique. Ce sont deux temps distincts qui ne s'opèrent pas à la même vitesse.

Le terme « adolescence » trouve son origine dans le latin « adolescere » qui signifie « grandir ».

L'adolescence est un moment fondateur, une étape, un passage. Auparavant, il existait des rites au moment de la puberté. Dans notre société moderne, les rites tendent à s'effacer. Ils sont moins marqués mais l'adolescence n'en est pas moins initiatique. L'entrée au collège reste un marqueur social essentiel. C'est le point d'ancrage de nombreuses difficultés (violence, dépression, troubles des conduites alimentaires). L'adolescence s'étend d'avantage dans le temps qu'auparavant. C'est un moment particulier de la vie qui suit l'enfance, précède le passage à l'âge adulte et qui a ses problématiques spécifiques.

L'entrée dans l'adolescence est marquée par la puberté. L'âge de la puberté varie selon les sujets, le sexe et la constitution physique. Il varie également selon la situation géographique. La puberté commence en générale vers l'âge de 10 ans chez les filles. Il

faut attendre 12 ans chez le garçon. Notons que, la puberté survient de plus en plus précocement. La fin de la puberté n'est pas corrélée à la fin de l'adolescence.

L'adolescence s'engage par le corps, par la réalité des transformations pubertaires qui surviennent souvent de manières désordonnées. Elles sont source de préoccupations chez le sujet.

Julie est une adolescente de 14 ans. Elle est scolarisée au collège, en troisième. Elle est actuellement hospitalisée pour un Trouble des Conduites Alimentaires (TCA). C'est une belle et grande jeune fille, à la chevelure imposante. Elle n'aime pas son corps. Elle n'aime pas ses doigts, elle voudrait avoir plus de fesses mais ne pas prendre de poids au niveau des cuisses. Elle évoque une pilosité précoce et abondante qu'elle ne supporte pas. Sa mère ne voulait pas qu'elle s'épile, elle s'est donc mise à se raser. Ce qui est devenue très difficile à gérer pour elle. Elle ajoute qu'avant l'anorexie, son visage était couvert d'acné « on ne voyait même plus mon front tellement j'avais de boutons ».

Nous évoquons ici, les difficultés que Julie rencontre pour tolérer les changements qui s'opèrent dans son corps. Il semblerait que la violence des pulsions sexuelles entraîne la réactivation du complexe d'Oedipe et génère des angoisses qui s'expriment au travers de la restriction alimentaire. L'anorexie illustre la transposition d'un conflit affectif sur la scène corporelle. Elle bouscule le corps dans son ensemble, à commencer par les fondements biologiques et physiologiques.

Dans le cas de Julie, la maladie a engendré des dérèglements hormonaux d'où l'arrêt des menstruations et la disparition totale de l'acné, ce qui la « satisfait » mieux. Ces perturbations bouleversent le corps qui devient une mécanique étrangère. L'adolescent peut alors rencontrer des difficultés pour retrouver un équilibre et sortir de la maladie. La douleur chronique peut précéder l'adolescence ou survenir à cette période transitoire de la vie.

En effet, nous constatons que quelques mois avant la puberté, le sujet passe

d'une pensée concrète à une pensée plus abstraite. C'est à ce moment que la sexualisation fait irruption dans la pensée. Lorsque la puberté survient précocement, le sujet n'est pas prêt sur le plan cognitif à vivre ces changements. Ce qui peut alors être difficile à vivre.

La crise d'adolescence est un passage obligé mais elle n'est pas forcément visible. Elle peut être vécue de façon très personnelle. Le psychomotricien doit rester vigilent à cela, ce n'est pas parce que l'adolescence n'est pas vécue dans l'opposition et la transgression qu'elle n'est pas source d'angoisses et de questionnements. Aussi, l'inhibition peut être le signe d'une profonde détresse intérieure.

Le sujet renie son statut d'enfant et recherche un autre statut social. L'identité du sujet se trouve bouleversée et son sentiment d'exister aussi. De nouvelles sensations surviennent, l'adolescent doit s'approprier ce corps changeant pour pouvoir le penser et l'habiter. Les changements physiologiques et physiques du corps attestent l'accès à une maturité du corps sexué. C'est à l'adolescence, que se produit une nouvelle forme de rencontre avec soi et de soi avec l'autre.

Être adolescent, c'est bousculer les fondements qui nous ont construits jusqu'alors. Les repères sociaux et familiaux sont remis en cause dans une contre-identification. Cela peut passer par la transgression, relativement présente à cette période charnière de la vie. Les bouleversements peuvent être violents. L'adolescent doit quitter les « modèles sécurisants » dans lesquels il était jusqu'à maintenant pour s'aventurer et se créer une personnalité propre. Il doit s'individualiser.

A l'adolescence, le lien à la famille est paradoxal. La quête d'indépendance passe par une extrême dépendance. Le sujet a besoin de repères stables sans quoi il se trouve d'autant plus déstabilisé. Le sujet oscille entre identification et contre-identification.

L'adolescent est particulièrement dépendant du regard des autres. L'image qu'il donne à voir devient essentielle, c'est le « stade devant le miroir ». L'enveloppe corporelle tend même à devenir plus importante que le contenu du corps. L'identification au groupe devient majeure. Le groupe permet au jeune de s'inscrire dans une communauté, de s'identifier à ses pairs tout en gardant son individualité.

C'est à l'adolescence que certains choix d'orientation, plus ou moins faciles, s'opèrent. A ce moment, surviennent aussi les premières expériences amoureuses et sexuelles.

C'est au moment de l'adolescence que se pose la question de l'indépendance, nous l'avons vu précédemment. Les familles peuvent rencontrer des difficultés à laisser un peu d'autonomie et de liberté à leur enfant grandissant. Compte tenu, des difficultés que peuvent rencontrer certains adolescents notamment en cas de maladies chroniques, les parents se trouvent confrontés à la question de l'indépendance. Responsabiliser l'adolescent dans la gestion de son traitement tout en gardant un œil sur lui face à d'éventuelles prises de risque, l'attitude des parents qui se veut protectrice peut l'être trop et gêner la maturation affective.

Alice est une adolescente de 12 ans. Elle souffre d'un diabète insulino-dépendant depuis ses 22 mois. Ces derniers temps, elle rencontre de plus en plus de difficultés dans le management de ses injections d'insuline. En octobre 2015, elle grignotait de façon constante ce qui entraînait d'importants déséquilibres glycémiques. En novembre 2015, Alice se sentait trop grosse et disait ne « pas avoir de plaisir à manger ». Sa mère évoque les difficultés de Alice à vivre le diabète ces derniers mois. L'auto surveillance devient insuffisante, Alice dit avoir peur des résultats glycémiques. Qu'en est-il du schéma corporel et de l'image du corps avec ces injections quotidiennes, la douleur et les difficultés liées aux traitements et le vécu désagréable qui y est associé ?

Un peu perdue, Alice semble montrer un « ras le bol » ou des difficultés dans la gestion de la maladie ces derniers mois. Ce qui entraîne une certaine prise de risque.

L'individuation est directement liée à la place qu'offrent les parents, consciemment ou inconsciemment, à leur enfant pour grandir. Le psychomotricien intervient pour soutenir les adolescents en cette période transitoire ainsi que les familles.

Âgée de 17 ans, Stéphanie est IMC. Sa sœur aînée de 18 ans est allée dormir chez une copine. Elle était invitée elle aussi mais n'a pu s'y rendre du fait qu'elle soit en fauteuil électrique, des adaptations et de l'organisation nécessaire que cela implique. Elle exprime ses regrets. Stéphanie ne peut se laver et s'habiller seule. Elle a besoin d'un dispositif particulier au niveau de ses pieds (un arceau) pour éviter les frottements avec le drap et la majoration des douleurs.

À l'âge où les adolescents sont friands des sorties entre amis et d'autonomie. Il n'en va pas toujours aussi simplement pour les adolescents douloureux chroniques.

La problématique du corps à l'adolescence tourne autour de trois pôles que sont l'évolution corporelle, sensorielle et intellectuelle. Parfois difficile à appréhender, à comprendre et à habiter, le corps a du mal à exister en tant que tel et pour lui-même. C'est à cet instant de la vie que peuvent survenir des conduites à risque, des débordements et des moments d'égarement. A défaut d'avoir les mots pour l'exprimer, le corps devient le lieu d'expression de ces douleurs psychocorporelles.

Chaque individu est unique. L'adolescence est vécue de façon singulière chez tout un chacun et ne peut se résumer à ces quelques lignes théoriques. Il en va de même pour la douleur chronique. Mes propos ne sont donc pas exhaustifs mais en lien avec ce que j'ai pu observer, constater et se proposent d'illustrer la réflexion que j'ai pu mener sur la douleur chronique à l'adolescence.

II. La douleur chronique et la relation à soi

A. BULLINGER définit le corps comme la personne sujette. L'organisme constitue la réalité matérielle de notre être. Le corps se réfère à une construction subjective et à une façon singulière d'habiter cette réalité matérielle. Pour MERLEAU-PONTY, le corps constitue le véhicule de l'être au monde.

1. L'axe corporel

Il est « habité » comme le support de l'identité, de tous les organes vitaux (manger, respirer) et sensoriels (vision, ouïe). C'est le lieu qui fonde l'origine du mouvement depuis l'ontogénèse, qui exprime et renseigne sur une manière de dire et de faire. Il permet un espace d'action et un engagement dans la relation. L'axe corporel participe à la construction des repères spatiaux. Il joue un rôle dans l'intégration du schéma corporel. Étroitement lié au tonus, il se construit pendant les premières années de la vie. Il est propre à chacun de nous, dépend de nos expériences (corporelles, affectives, sensorielles et motrices) et de nos habitudes posturales.

Âgé de 12 ans, Victor présente une quadriparésie spastique sur une paralysie cérébrale séquellaire. En fauteuil roulant électrique, il se déplace de façon autonome. Chaque matin, il est verticalisé pendant une trentaine de minutes. Il manifeste sa douleur « j'ai mal, surtout à la jambe droite ».

Le verticalisateur permet de mettre les jeunes non marchants en position debout. Utilisé chez les sujets atteints d'une déficience grave de la statique d'origine neuro-musculaire, il permet l'entretien des fonctions vitales (respiratoires, digestives, circulatoires, tonus musculaire). Adapté à chaque jeune, il est constitué d'une coque postérieure rigide pour Victor.

Ce positionnement permet au jeune, de garder le regard à l'horizontal et à la hauteur d'une personne debout. Tout en étant maintenu, ses membres supérieurs se trouvent libérés. Ainsi, il peut plus facilement interagir avec son entourage.

Cependant, étant donné la spasticité de Victor, les douleurs sont réelles. Il est même arrivé que Victor s'évanouisse. Peut-être n'a-t-il pas osé dire qu'il avait mal ? Peut-être n'a-t-il pas senti venir la douleur ou peut-être a-t-il manqué de temps pour prévenir ? Il est donc important que tout encadrant et tout soignant reste vigilant à la moindre manifestation corporelle susceptible de signifier la présence d'un inconfort.

Notons ici l'ambivalence. La verticalisation soutient la relation à l'environnement, à l'autre et au corps par la liberté qu'elle offre au jeune et les vertus fonctionnelles. Cependant, cette posture se trouve malgré tout imposée au corps et peut

faire souffrir le sujet. Il faut donc trouver un juste équilibre qui soit suffisamment confortable et supportable pour le sujet.

2. Le schéma corporel

Clé de voûte de notre personnalité, c'est la représentation plus ou moins consciente de notre corps immobile ou agissant, de sa position dans l'espace, de la posture respective de ses différents segments et du revêtement cutané par lequel il est en contact avec le monde. Il résulte des impressions visuelles, tactiles, kinesthésiques et vestibulaires ainsi que des expériences passées et présentes. Cette représentation est fondée sur des données sensorielles multiples (proprioceptives, intéroceptives et extéroceptives).

La construction et l'évolution du schéma corporel ne sont pas innées. Le schéma corporel se construit pendant le développement et par étapes (corps subi, corps vécu, corps perçu, connu, exprimé et maîtrisé). Le corps est un moyen d'action, de connaissance et de relation. C'est un repère à la vie affective, imaginaire et émotionnelle. Il permet de se mobiliser, de se déplacer et de s'exprimer. L'élaboration du schéma corporel se fait grâce aux expériences vécues, à la maturation sensori-motrice et neuro-motrice.

Le schéma corporel ne peut être réduit à une connaissance purement objective du corps mais doit être entendu comme une représentation corporelle en tant que médiateur permettant d'interagir avec l'environnement.

F. DOLTO énonce que le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce. Il est en principe le même pour tous les individus de l'espèce humaine. Il se structure dès l'enfance par l'apprentissage et l'expérience. Il est évolutif dans le temps et dans l'espace. Elle le définit comme l'interprète de l'image du corps.

3. L'image du corps

C'est l'image que nous nous faisons de nous. Elle se construit dans les expériences psychocorporelles qui mettent en relation le sujet et l'autre.

Pour F. DOLTO, l'image du corps est propre à chacun de nous. Elle est liée au sujet, à son histoire, et est exclusivement inconsciente. Elle s'élabore dès les premiers temps de l'existence. C'est la synthèse vivante des expériences émotionnelles. Elle se structure par la communication entre les sujets. Marquée par une dimension symbolique, elle se construit et se remanie tout au long du développement.

Chaque stade de développement est rattaché à des remaniements pulsionnels décisifs et à une image caractéristique. F. DOLTO évoque la construction de l'image du corps comme la synthèse de trois composantes :

- L'image de base ou « image de sécurité » assure au sujet la « mêmeté d'être ». C'est de cela que naît le sentiment d'existence.
- L'image fonctionnelle porte vers l'action, qui joue un rôle dans l'établissement des relations avec l'environnement et l'accomplissement du désir du sujet.
- L'image érogène est associée à des lieux qui permettent la construction de l'identité sexuée et sexuelle.

Ces trois images sont reliées entre elles. par les pulsions de vie et sont actualisées dans l'image dynamique.

Pour E. PIREYRE, l'image du corps serait fonction d'autres éléments dont certains semblent essentiels dans la compréhension et l'appréhension de la douleur chronique chez l'adolescent : la peau, le tonus, la sensorialité et la communication.

Alice doit contrôler sa glycémie plusieurs fois par jour en se piquant le doigt et adapter les doses d'insuline à injecter. Ceci est indispensable afin de limiter les risques d'hypoglycémie (fatigue, pertes de connaissance). Les injections ne doivent pas toujours être réalisées au même endroit du corps sinon la douleur disparaît et la diffusion transcutanée de l'insuline devient moins efficiente. Nous imaginons à quel point il peut être compliqué pour le sujet douloureux chronique de se représenter ce qui se passe dans son corps du fait de la maladie et de l'adolescence. De plus, il est important de distinguer la piqûre du produit à injecter. L'injection d'insuline s'avère souvent douloureuse du fait de son caractère acide. L'observance du traitement demande

autonomie et rigueur. Le sujet doit adapter son traitement à son rythme de vie (sorties, sport). Le bout des doigts des patients diabétiques est souvent abîmé. A cela s'ajoutent les cicatrices (petits points blancs) laissées par les injections.

Quelle(s) perception(s) a-t-elle de son schéma corporel ? Quelle image a-t-elle de son corps ? Nous pouvons imaginer le vécu intrusif et morcelant « une peau régulièrement trouée » que peuvent générer les injections au niveau de son espace corporel. Elle peut considérer son corps comme persécutant et le vivre avec souffrance.

« La douleur est un signal puissant qui nous amène à moduler notre image et à adapter nos comportements. » (LESAGE B, 2012, 54). D'après SCHILDER, la douleur est une composante essentielle organisatrice de l'image du corps. Aussi, il est possible d'envisager les conséquences toniques et « cor-peau-réelles ».

Âgée de 15 ans, Virginie souffre de diabète, de mucoviscidose et a eu une greffe de poumons. Elle présente une histoire organique multiple avec des hospitalisations régulières. Jusque récemment encore, cette jeune fille n'était considérée que d'un point de vue « organique ». La dimension psychologique n'était ni reconnue ni entendue étant donné les problématiques somatiques réelles. Somatisations importantes, mises en danger récurrentes (ex : mauvaise observance des schémas insuliniques), les réponses médicales étaient uniquement médicamenteuses et venaient répondre à une cause organique.

Virginie exhibe son corps, montre ses cicatrices sans aucune pudeur. Il lui arrive même de se caresser la poitrine (endroit des cicatrices) durant les échanges au bureau en début de séance. Un corps médicalisé, un corps objet de la médecine depuis des années, quelle relation a-t-elle avec son propre corps ? Quelle image a-t-elle de son propre corps ? Virginie est « gavée » de médicaments. Entre les suppositoires, les soins intensifs et invasifs, son corps est violenté et maltraité. Ceci pose la question de la génitalité et de l'intimité à cette période charnière et décisive de la vie. Un père relativement absent, un beau-père aux comportements souvent inadaptés et une mère envahissante qui se montre opposante aux décisions médicales.

Comme le souligne B. LESAGE, le schéma corporel et l'image du corps sont liés, des perturbations de l'un peuvent générer des perturbations de l'autre. La douleur chronique peut affecter l'intégrité des sujets et l'image qu'ils ont d'eux-mêmes. Aussi, l'adolescence fait remonter certaines fragilités en surface, d'autant plus que les douleurs et les difficultés liées à la maladie rappellent à l'individu sa condition de mortel.

La relation au corps n'est donc pas évidente. La perception du corps peut se modifier. Les zones douloureuses peuvent occuper beaucoup de place dans l'image que le sujet a de son corps, ou peuvent au contraire être reléguées à des « zones interdites », jusqu'à nier certaines parties ou l'ensemble de son corps tant il souffre (tel est le cas dans les troubles des conduites alimentaires).

Malgré une réalité médicale, l'aspect psycho-affectif ne doit pas être mis de côté.

III. La douleur chronique et la relation à l'environnement

1. Le temps

Le terme « temps » provient du latin « tempus ». C'est un concept fondamental conçu comme un milieu infini dans lequel se succèdent des événements. C'est un mouvement ininterrompu par lequel le présent devient le passé. Il permet d'appréhender les changements du monde. Il est relatif aux notions de tempo et de rythme.

L'organisation temporelle s'élabore au cours du développement psychomoteur.

La structuration temporelle est liée au vécu corporel, au mouvement et à l'organisation spatiale. La douleur peut jouer sur la perception du temps.

Au moment de l'adolescence, le rapport au temps peut se modifier. L'enfant était plutôt dans un rythme rapide et centré sur le présent, l'adolescent oscille entre des moments de précipitation et des temps plus calmes. Les temps de sommeil sont à l'image de ces modifications. Généralement, le besoin de sommeil diminue mais augmente aussi du fait de ces irrégularités. L'adolescent se décentre du présent et commence à se projeter. Il doit envisager son orientation professionnelle. Des troubles

du sommeil et des manifestations d'angoisse peuvent survenir face à ces changements. Mais il a souvent des projets plein la tête et aime que tout aille vite. La vie de l'adolescent est rythmée par les besoins et les activités du quotidien, la scolarité et les loisirs. Son rapport au temps illustre pleinement les bouleversements qu'il peut vivre à cette période de la vie.

Julie et Lucas présentent tous les deux un Trouble des Conduites Alimentaires (TCA) mais ils ont chacun leur histoire propre et leur vécu personnel à ce sujet. Ils sont hospitalisés dans le service de pédiatrie médical. La durée de l'hospitalisation varie en fonction du contexte et de l'avancée de chacun dans le processus de soin. Progressivement, des permissions sont autorisées en fonction de la récupération. Le chemin leur semble long. Ils n'attendent qu'une chose : « pouvoir sortir ». Lucas dit s'ennuyer « Hier nous avons fait des cookies, l'après-midi est passée plus vite. ». Julie trouve le temps long, elle dit « Heureusement qu'il y a des activités manuelles l'après-midi, ça fait passer le temps. ». Quand nous évoquons la permission qu'elle a ce week-end, son visage s'éclaire aussitôt. L'air triste qu'elle avait disparaît, elle sourit.

Hospitalisée régulièrement, Virginie est arrivée tôt hier matin. Elle s'était montrée très agitée la nuit passée et dit ne pas s'en souvenir. La veille, elle a comaté toute la journée dans son lit. Elle dit ne plus se souvenir ni de ce qui s'est passé ni des médecins qu'elle a vus ni de ce qu'ils lui ont dit la veille. Terreur nocturne ? Crise d'angoisse ? Ne pas se rappeler, ne pas vouloir ou ne pas pouvoir se rappeler ? Elle semble perdue dans le temps et apparaît très fatiguée.

Pour l'adolescent douloureux chronique, que ce soit lié au handicap ou à une affection chronique, le temps peut être vécu un peu différemment.

Le quotidien de l'adolescent est rythmé par des rendez-vous médicaux réguliers et l'observance du traitement (ex : les schémas d'injection chez le diabétique). Il arrive même que le quotidien soit complètement chamboulé par le besoin d'être hospitalisé. En situation de crise ou d'urgence, la temporalité se trouve accélérée.

Notons par exemple, que l'espérance de vie des jeunes diabétiques est fonction du maintien d'un contrôle métabolique aussi satisfaisant que possible pour prévenir

et/ou freiner la survenue de complications. Le traitement est souvent astreignant. A l'âge où certains adolescents sont relativement insouciants et se croient « invincibles », d'autres se sentent probablement plus vulnérables face à la mort.

L'avenir professionnel des adolescents douloureux chroniques est, lui aussi, probablement appréhendé autrement. Il existe peu de places pour les personnes handicapées dans les entreprises, peu de structures pour les personnes handicapées et les établissements sont souvent inadaptés. De plus, certaines professions sont rendues inaccessibles du fait de leur incompatibilité avec une affection chronique. Les adolescents sont confrontés à une certaine réalité qui peut s'avérer brutale.

Stéphanie présente une paralysie cérébrale. Elle aimerait devenir masseuse mais elle ajoute que si cela n'est pas possible, elle travaillera dans l'entreprise familiale au domicile des parents. Quelle image cette adolescente a-t-elle de son avenir ? Elle a un rêve, un projet professionnel mais elle le nuance ne sachant pas s'il pourra se réaliser.

Âgé de 12 ans, Lucas est un garçon anxieux, brillant et perfectionniste. Il s'est mis à pratiquer le sport de manière excessive il y a un an. Il est hospitalisé dans le cadre d'un premier épisode d'anorexie à la suite d'un « échec » lors d'une compétition d'athlétisme. En réponse à l'exercice qui lui a été proposé en psychomotricité (« Un homme se promène, et il pleut »), il a fait un dessin très détaillé. L'espace de la feuille est occupé dans sa globalité. Un échange s'est instauré autour de son dessin. Il verbalise qu'il a représenté un garçon, sur un chemin (qui part du bas vers le haut de la feuille et qui se termine au niveau de ce qu'il a dessiné comme étant le ciel). Ce garçon ne sait pas où il va mais il doit y aller, « le pire est derrière lui ». Le chemin « sera long » mais il doit avancer. Le sentier est sinueux et parsemé de cailloux. Tout autour, il a représenté une grande forêt qui contient des arbres vivants et d'autres qui sont morts. Ce garçon n'a qu'un tout petit parapluie qu'il tient fermé dans sa main « il n'a rien pour se protéger » alors qu'il pleut beaucoup.

Par son dessin et ses mots, inconsciemment, Lucas évoque la temporalité qui est mise en jeu dans sa souffrance actuelle.

Notons ici, le symbolisme qui est perceptible dans les paroles de ce garçon. Comme le dit F. DOLTO, nous ne pouvons pas d'emblée interpréter le « matériel ». Nous devons nous appuyer sur ce que le sujet raconte de sa production graphique et sur les éléments qu'il donne d'une éventuelle interprétation.

Certains chercheurs ont démontré que plus le temps semble long, plus la douleur paraît intense. Aussi, nous pouvons envisager la réciprocité. C'est pourquoi, les douleurs chroniques sont difficiles à supporter.

2. L'espace

Le terme « espace » provient du latin « spatium ». L'espace est une notion à la fois abstraite et concrète qui inclut aussi bien l'espace du corps directement accessible que l'espace environnant, fini et infini. Ce concept peut être défini comme un lieu, plus ou moins bien délimité où peut se situer quelque chose.

Le monde spatial de l'enfant se construit parallèlement à son développement psychomoteur. L'organisation spatiale évolue selon quatre phases : espace subi, espace vécu, espace perçu, espace connu.

Le regard joue un rôle important dans l'organisation spatiale.

a. Espace et affectivité

L'espace intéresse la psychomotricité dans sa dimension relationnelle et affective.

- **La sécurité affective :**

Nous connaissons l'importance de la qualité des relations de l'enfant avec son entourage pour lui permettre de définir et de construire son espace.

- **Le vécu de l'espace :**

Nous savons que la perception comme la représentation de l'espace varie en fonction de l'état émotionnel de l'individu et de sa singularité : chacun habite l'espace à

sa manière.

L'adolescent douloureux chronique occupe souvent un espace restreint. La douleur peut l'amener à se replier sur lui-même, à rester dans un coin ou à longer les murs lorsqu'il se déplace. Douloureux, le sujet se fait petit et occupe en cela peu d'espace ou peu l'espace.

En fauteuil manuel, Francis est souvent le centre des moqueries de ses camarades. Lorsqu'il est contrarié, blessé ou douloureux, il se replie complètement sur lui-même dans son fauteuil. Il s'enroule et ses ceintures scapulaire et pelvienne se fer-ment. Il baisse la tête. Le regard au sol, son visage est fermé. Il apparaît tout petit. Il arrive même qu'il se trouve ou qu'il aille s'isoler dans un coin de la pièce et n'en bouge plus.

b. Espace social

L'espace social de chacun est représenté par sa « bulle » sur laquelle nous n'empiétons pas sans rapprochement affectif ou dans le cadre de relation plus intime ou de confiance. Dans le cadre de sa pratique, le psychomotricien est souvent amené à être dans une proximité corporelle importante avec son patient. Il doit cependant rester vigilant aux réactions du sujet, à son âge, à son histoire et à son vécu corporel.

Une trop grande proximité corporelle peut susciter l'apparition de pulsions sexuelles notamment à l'adolescence.

L'espace de l'adolescent douloureux chronique, qu'il soit matériel, psychique ou corporel, peut être vécu de façon très intrusive. L'adolescent est régulièrement l'objet d'examens médicaux. Il ne s'agit pas d'un rendez-vous annuel dans le cadre d'un certificat médical mais d'une surveillance accrue et régulière des constantes biologiques, du poids, de l'alimentation, de la posture, de la spasticité et bien d'autres dimensions encore. L'espace et l'intimité corporelle sont souvent mis à mal et entravés.

Virginie est hospitalisée. Allongée en « boule » dans son lit d'hôpital et le regard

absent, elle est devant la télévision. La douleur n'est pas spécifiée mais son regard, son visage et sa posture nous indiquent qu'elle ne semble pas présente. Immobile, elle reste à comater et comateuse pendant des heures entières voire des journées. Des fils un peu partout, sa liberté de mouvement est contrainte. Son espace se limite à la petite chambre et à son lit d'hôpital.

L'espace et le temps constituent un ensemble indissociable dans lequel l'agir se déroule. C'est dans ces deux paramètres que l'individu évolue constamment. Le rapport au temps et à l'espace est souvent modifié chez l'adolescent douloureux chronique.

La douleur chronique influence la relation qu'a l'adolescent avec son environnement. De plus, les contraintes de l'environnement associée à la pathologie, comme le fait d'être en fauteuil à longueur de journée ou les aménagements que nécessite le handicap ou la maladie (ex : aménager la maison), peuvent, elles aussi, majorer la douleur et la souffrance qui y est associée.

VI. La douleur chronique et la relation à l'autre

1. La communication

La communication provient du terme « communicatio » en latin et s'opère avec la relation.

D. ANZIEU la définit comme l'ensemble des processus physiques et psychologiques par lesquels s'effectue une opération de mise en relation d'une ou de plusieurs personnes (l'émetteur) avec une ou plusieurs personnes (le récepteur) en vue d'atteindre certains objectifs. Différentes questions se posent : Qui ? Dit quoi ? A qui ? Où ? Pourquoi ? Comment ? Avec quel(s) résultat(s) ?

L'émetteur s'attend à devenir récepteur face aux questions à n'importe quel moment et inversement. La frontière entre l'un et l'autre reste étroite.

Dès les premiers instants d'une rencontre, des manifestations souvent impalpables mais importantes se passent. Des réactions corporelles peuvent être visibles

ou perceptibles (voix, posture, regard, émotions, respiration). Le psychomotricien y est sensible.

La communication n'est pas parfaite et une différence est à noter entre ce qui est pensé et ce qui est exprimé (contexte, difficultés à élaborer). Elle constitue un processus inévitable, permanent et s'interrompt quand les sujets se séparent.

La communication se compose du langage verbal mais aussi non verbal.

La communication verbale (CV) transmet des informations cognitives, tandis que la communication non verbale (CNV) véhicule des informations affectives, liées à l'agir et à la spontanéité. La CNV apporte un complément d'information essentiel à la compréhension et illustre les propos verbalisés. Elle repose sur l'utilisation d'un ensemble de canaux que sont les gestes, la posture, les sens, la distance corporopsychique, les expressions para-linguistiques et les mimiques.

Au début de la vie, le bébé n'a pas accès au langage verbal mais il peut entrer en relation par l'intermédiaire du corps. Il communique ses propres émotions et perçoit celle de l'autre. Il est doté d'un système sensoriel immature mais favorable au langage corporel. Les stimulations sensorielles entraînent des modifications toniques, posturales et émotionnelles auxquelles l'adulte s'adapte. Le dialogue tonique et le dialogue tonico-émotionnel participent pleinement à la communication.

Âgé de 13 ans, Lucas est hospitalisé pour un trouble des conduites alimentaires suite au décès de sa mère. Je vais chercher Lucas dans le service de pédiatrie pour le conduire jusqu'à la salle de psychomotricité. Je le rencontre pour la première fois. Le regard au sol, il marche lentement et les bras croisés. Traînant des pieds, il avance à petit pas, derrière moi et à distance. Il paraît hypotonique.

J'observe un garçon triste, le visage fermé et qui ne parle pas. La lenteur de ses déplacements m'interpelle réellement. Il m'apparaît malheureux et même déprimé. Je me sens mal à l'aise face à cet adolescent.

Souhaitant éliminer un maximum de calories, le tempo spontané des anorexiques peut se révéler rapide. *Il m'est arrivé de devoir ralentir le pas, pour les inviter à réduire*

leur cadence mais il n'en est rien dans ce cas.

Dans ce contexte, le sujet semble s'être isolé corporellement et psychiquement ce qui rend difficile l'entrée en relation. La douleur chronique bouleverse le lien à l'autre.

L'écoute non-verbale « écouter avec tout son corps » (D. DEVILLERS) soutient la relation thérapeutique. Par notre communication non verbale, notre propre rythme de marche, nous pouvons les inviter à ralentir leur allure. Nous pouvons ici souligner l'intrication entre la douleur, la temporalité interne, le mouvement et la CNV.

2. Les neurones miroirs

Les « neurones miroirs » sont activés aussi bien lorsque nous exécutons une action que lorsque nous observons autrui en train de réaliser cette même action. Ces neurones perçoivent et simulent des actions liées aux perceptions. Celles-ci fournissent instantanément à notre corps une expérience et une compréhension du monde extérieur. Ce qui explique pourquoi nos mimiques, nos postures ou certaines modifications visibles du système nerveux autonome (ex : rougeurs) s'inscrivent comme des éléments de communication. Ils apparaissent comme des signaux que nos congénères reçoivent, expérimentent et partagent afin d'adapter leur comportement.

Mme A. a une fille polyhandicapée. Elle raconte que les enfants polyhandicapés sont des « éponges ». Ils sont très sensibles à l'environnement. « Si tout le monde rit, elle se met à rire ». Mr R. ajoute que dès qu'un bébé pleure, sa fille se met à pleurer. Leurs réactions sont un peu un miroir de ce qu'ils perçoivent, à un moment, de l'environnement dans lequel ils se trouvent.

Je vais m'attarder sur le tonus, ses fonctions et ses interactions en particulier.

3. Le tonus

a. Les définitions

Le tonus concerne la tension globale d'un muscle. Il joue un rôle dans la prise de

conscience de soi, dans l'élaboration de la connaissance d'autrui et du monde environnant. Le tonus varie selon les attitudes, les mimiques, les émotions et les réactions posturales.

Il existe différents types de tonus :

- Le tonus de fond est le degré de contraction musculaire toujours présent. Il est responsable de l'état du muscle au repos chez le sujet passif.
- Le tonus d'action est le degré de tension d'un muscle appelé à participer directement ou indirectement à une activité motrice. Il accompagne et guide la motricité volontaire.
- Le tonus postural participe à l'équilibration. Il permet le maintien de la station debout en luttant contre la force de la pesanteur. C'est l'ensemble de la musculature qui permet le maintien du tonus postural.

Toute blanche, Virginie est complètement affaiblie. Accompagnée en fauteuil jusqu'à la salle de psychomotricité. Je l'ai déjà rencontrée deux fois. Elle semble, à ce jour, complètement amaigrie et peine à se lever pour aller jusqu'au tapis. Ses jambes tremblent comme si elles ne pouvaient plus la porter alors qu'elle se déplace habituellement, seule et avec facilité, en marchant. Elle paraît épuisée. Elle est restée allongée et enfermée depuis plusieurs jours, ses muscles semblent atrophiés et son tonus musculaire ne lui permet plus de tenir debout.

Les troubles du tonus sont quasiment systématiques chez les patients douloureux chroniques. Ils génèrent des désordres posturaux et des difficultés de régulation tonique. Ils constituent un mode de défense (hypertonie réactionnelle à la douleur , hypotonie en réponse à un affaiblissement psychocorporel).

b. Les fonctions du tonus

- Fonction d'auto-conservation : le tonus joue un rôle d'enveloppe et de contenance. Il maintient la posture et permet au sujet de l'adapter afin de

maintenir son intégrité corporelle. Cette fonction favorise le sentiment de confiance et de sécurité vis à vis de son propre corps. Cette confiance influence l'image qu'a le sujet de lui-même.

Les patients douloureux chroniques peuvent se constituer une « carapace tonique » pour éviter une recrudescence des douleurs. Ce blindage nuit à la perception et à l'image de soi. Cette posture de repli et cette mise à distance de soi-même limitent l'ouverture au monde et rendent difficile l'entrée en relation.

- Fonction de pare-excitation : le tonus protège le sujet des sur-stimulations. Lorsqu'une agression extérieure est ressentie, une hypertonie réactionnelle est observée chez le sujet. Il adopte des postures contractées, raides, que S. Robert-Ouvray définit sous le terme « d'alarme tonique » qui lui permettent de se protéger face à l'environnement.

Dès que la balle s'approche de la jambe droite de Stéphanie, sa jambe se plie de façon réflexe et cherche à l'éviter. Stéphanie se crispe et serre ses jambes.

Les patients douloureux chroniques peuvent adopter des positions antalgiques mais vicieuses. Elles peuvent se caractériser par une hypertonie (localisée ou générale) ou par une asymétrie posturale. Elles soulagent temporairement le patient mais créent progressivement des tensions internes et favorisent la sensation d'instabilité ou d'insécurité.

- Fonction d'appétence : une régulation tonique adaptée est nécessaire et favorise l'intégration des données de l'environnement. Le tonus contribue à mettre le sujet dans un état de réceptivité et soutient l'intérêt porté au monde environnant.

En cas de douleurs, les stimuli extérieurs peuvent devenir insupportables. Les perceptions douloureuses envahissent le patient (corps et psyché) qui n'est plus disponible ni pour entrer en relation ni pour s'intéresser au monde extérieur.

- Fonction normative : le tonus porte les mouvements et la position dans l'espace. Les mouvements sont porteurs de sens que chacun reconnaît et comprend.

- Fonction de communication : cette fonction est directement liée à la fonction normative. Le tonus constitue un moyen de communication non verbale. Développé par H. Wallon, le dialogue tonique (DT) constitue le premier moyen de communication entre un nouveau-né et sa « mère ». Notons que le DT est encore opérant chez les adolescents. Les modulations toniques d'un sujet peuvent être perçues, reconnues et interprétées (consciemment ou inconsciemment) par autrui.

  C'est tout notre corps qui s'exprime par le biais de notre tonus.

Stéphanie est très attachée à sa famille et surtout à sa mère. C'est une adolescente solitaire qui tend à s'isoler. Elle échange peu et essentiellement avec des adultes. Stéphanie a souhaité ne pas partir en classe de neige avec les jeunes de son âge, elle est la seule à ne pas s'y être rendue.

Virginie est régulièrement hospitalisée, sa scolarité est de ce fait entrecoupée. Hors hospitalisation, elle trouve aussi des prétextes pour ne pas s'y rendre. De plus, elle a décliné une proposition thérapeutique de groupe, qu'elle avait d'abord acceptée, du fait de la non venue de son amie.

La douleur chronique influence les capacités relationnelles. Elle peut engendrer des phobies (sociales, scolaires, familiales). Elle isole et enferme. Certains adolescents nouent des amitiés pendant leur hospitalisation du fait de leur « même » problématique. Ceci peut être à double tranchant : un appui pour se soutenir et rebondir ou un cercle vicieux qui emmure les adolescents dans leurs difficultés.

Premier entretien avec Éva et ses parents. Éva présente un trouble des conduites alimentaires « C'est ce que l'on dit de moi mais je n'en ai pas l'impression. ». L'entretien se déroule difficilement. L'ambiance est pesante et chargée sur le plan

émotionnel. Éva s'exprime de façon très agressive et violente envers ses parents. Elle se met à pleurer. Les relations sont litigieuses, la vie ne tourne plus qu'autour de la nourriture et des repas conflictuels « Ça nous bouffe ! », « Chaque repas est un calvaire. ». Les parents sont en désaccord. Je ressens une réelle tension familiale.

La souffrance de l'adolescente bouleverse complètement l'équilibre familial et la capacité à échanger. La douleur chronique envahit le sujet et altère ses relations (sociales, familiales).

Stéphanie est dépendante de l'adulte pour l'hygiène corporelle.

Le sujet douloureux chronique peut devenir ou être dépendant de son entourage. Il peut vivre avec souffrance ces relations de dépendance à cause desquelles il ne peut jouir de toute sa liberté. Ce sentiment qu'il a de ne pas être égal à l'autre, son besoin d'aide pour s'installer (lit, fauteuil), se laver et sortir à l'extérieur peuvent rapidement devenir un poids, source de jalousie ou de conflit.

La communication ne vise pas à proprement parler un mieux-être psychocorporel mais la relation à l'autre joue un rôle en ce sens. Elle soutient les liens sociaux et les liens plus spécifiques (thérapeute-patient). « Toute rencontre confronte chacun à ses propres émotions en résonance à celles d'autrui » (Prayez P et Savatofski J, 2002, 109). Le psychomotricien adapte sa communication en fonction du sujet auquel il s'adresse. Ainsi, il reste attentif aux messages (verbaux et non verbaux) qu'il transmet et à la façon dont il le fait.

Pour que l'individu se développe, trois conditions sont nécessaires : l'environnement, le milieu relationnel et les éléments biologiques. J'ai développé précédemment l'influence que peut avoir la douleur chronique sur ces trois éléments. Je vais maintenant développer en quoi la psychomotricité peut répondre à cela.

TROISIÈME PARTIE : QUAND LA PSYCHOMOTRICITÉ SE MET AU SERVICE DE LA DOULEUR CHRONIQUE CHEZ L'ADOLESCENT…

TROISIÈME PARTIE : QUAND LA PSYCHOMOTRICITÉ SE MET AU SERVICE DE LA DOULEUR CHRONIQUE CHEZ L'ADOLESCENT…

I. L'Institut d'Éducation Motrice (IEM)

1. L'établissement

L'institut d'Éducation Motrice accueille des jeunes en situation de handicap moteur, âgés de 4 à 20 ans. Ils peuvent être accueillis en internat ou en semi-internat. En raison du handicap et des difficultés associées (scolaires, psychologiques et/ou sociales), ces jeunes ont besoin d'un établissement spécialisé qui met à leur disposition des moyens thérapeutiques, scolaires et éducatifs adaptés.
Deux grands secteurs d'accueil sont identifiables :

- Le secteur Médico-Scolaire accueille les jeunes de 4 à 14 ans.
- Le secteur Médico-Professionnel accueille les jeunes de 14 à 20 ans. Il se divise en deux sections : la Section d'Observation et d'Orientation (S.O.O) et la Section de Préparation à une Vie d'Adulte (S.P.V.A).

Chaque secteur est animé par une équipe pluridisciplinaire qui s'investit dans les projets individuels des usagers.

- Les prestations médicales et paramédicales sont dispensées à partir d'un plateau technique complet : Médecin de rééducation fonctionnelle, médecin psychiatre, psychologue, kinésithérapeutes, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien, infirmières et diététicienne. Des partenariats extérieurs sont organisés de façon complémentaire (centre hospitalier, pédicure podologue, orthoptiste).
- La prestation pédagogique est dispensée dans toutes les sections par des enseignants de l'Éducation Nationale.
- La prestation éducative intervient dans tous les lieux de vie et d'apprentissage des jeunes.

2. Le psychomotricien à l'IEM

Il intervient majoritairement auprès des jeunes du Médico-Scolaire. Son intervention auprès des adolescents du secteur Médico-Professionnel, dépend des demandes de l'équipe et/ou du cadre référent. Les demandes sont nombreuses et le psychomotricien, étant seul, ne peut pas répondre à tout. Il en informe la direction et priorise les demandes.

Le psychomotricien assure des suivis de groupe et des suivis individuels. Il participe à la vie de l'institution (projets, réunions d'équipe et élaboration des projets personnalisés des jeunes, échanges avec les familles). Les troubles du comportement peuvent rendre difficile voire impossibles les apprentissages et la vie en communauté. Dans ce contexte, il joue un rôle éducatif important auprès de certains jeunes du Médico-Scolaire. Cependant, je ne développerai pas cela dans le cadre de ce mémoire.

3. Une prise en soin individuelle : Stéphanie

a. La présentation

Âgée de 17 ans, Stéphanie est arrivée en septembre 2014 (16 ans) à l'IEM. Elle est en internat du lundi au vendredi.

Stéphanie a une sœur aînée, de 18 ans avec qui elle partage peu. Ses parents gèrent une entreprise familiale.

Stéphanie est née à terme (39 semaines). Elle faisait 1,540 kg. Elle présente une Infirmité Motrice Cérébrale à type de tétraparésie, paraplégie, sans verticalisation possible. Elle se déplace en fauteuil électrique, présente une scoliose, une obésité et une constipation chronique. Elle a une pilosité abdominale importante avec une puberté avancée mais n'est pas réglée. La propreté diurne est acquise mais pas nocturne. Elle présente des douleurs neuropathiques (score de 7/10 au DN4 le 14.01.2015). Concernant les traitements médicamenteux, Stéphanie prend du Gabapentine (douleurs neuropathiques périphériques), de l'Aspirine et du Dafalgan (douleurs) et du Macrogol (constipation).

Stéphanie rend compte d'un sommeil souvent perturbé « Je ne dors pas la nuit » avec parfois des cauchemars. Ce qui pose la question des insomnies en réaction à des manifestations anxieuses, aux douleurs ou à d'autres facteurs (médicamenteux?).

Stéphanie se déplace de façon autonome au sein de l'établissement. Elle sort rarement seule à l'extérieur. Elle participe à ses transferts mais est souvent dépendante de l'adulte notamment pour l'hygiène corporelle.

A l'avenir, Stéphanie aimerait devenir masseuse parce qu'elle préfère « donner que recevoir ». Elle ajoute que si cela n'est pas possible elle travaillera dans l'entreprise familiale, au domicile avec sa mère.

Stéphanie est une adolescente solitaire qui tend d'ailleurs à s'isoler. Elle échange peu et essentiellement avec des adultes. Elle a tout de même quelques amies à l'IEM. Elle a le sentiment d'être différente des adolescents de son âge et vit douloureusement les dires et les retours qui peuvent lui être faits.

Regard fuyant, elle aime entretenir une « atmosphère de secret ». Elle rend compte de difficultés à gérer les situations nouvelles et se décrit comme quelqu'un de « stressé ». Elle apprécie les temps privilégiés lors desquels elle peut bénéficier de toute l'attention de l'adulte. Ainsi, elle s'exprime plus facilement.

Stéphanie fait partie de la Section d'Observation et d'Orientation. Elle s'exprime avec un discours cohérent, intelligible et adapté à la situation mais elle a besoin que les consignes soient claires. Stéphanie n'écrit pas sans modèle.

Au sein de l'établissement, Stéphanie bénéficie de différents soins individuels : kinésithérapie, suivi infirmier régulier et suivi psychologique ponctuel. Elle est également suivie en psychomotricité.

b. L'entretien et le bilan psychomoteur

- **L'entretien :**

L'entretien permet un premier contact avec le sujet. C'est un *« préambule à la rencontre »* (Potel C.). Il permet de déterminer le motif de la consultation et de prendre note d'un éventuel diagnostic. L'entretien permet de récolter un certain nombre d'informations indispensables à la compréhension du patient, la réalisation du bilan

psychomoteur et l'élaboration du projet thérapeutique. Il permet au thérapeute de reconstituer l'histoire du sujet (anamnèse) et de sa douleur. Quels sont ses antécédents ? Quels sont ceux qu'il omet ou met en avant ? Quels mots emploie-t-il ? Le patient est invité à évoquer son vécu corporel. Le psychomotricien accueille le patient, sa souffrance et recueille ses attentes et ses demandes s'il en a.

Le psychomotricien participe à l'éducation thérapeutique c'est pourquoi il se doit d'être informé des éventuels traitements médicamenteux mais surtout de rappeler que les thérapeutiques non-médicamenteuses font partie du traitement. Ainsi, nous pouvons rappeler ce en quoi consiste la psychomotricité.

L'entretien s'apparente à un véritable *« levier thérapeutique »* (Potel C.), une réelle matière première dont le psychomotricien doit prendre soin et envisager comme le support d'une alliance thérapeutique.

Je rencontre Stéphanie pour la première fois, en individuel, en décembre 2015. Je commence par me présenter puis je l'invite à le faire. Elle ne dit rien. Je lui demande alors depuis quand est-elle arrivée à l'IEM ? Comment cela se passe ? Ceci permettra qu'un échange s'engage entre nous. Elle me dit que quitter le cocon familial a été difficile et qu'elle pleurait beaucoup. Nous évoquons ses hobbies. Stéphanie apprécie la compagnie des animaux, écouter de la musique et faire des pâtisseries. Nous abordons son autonomie, son sommeil, son alimentation, sa vie au sein de la structure et en dehors. Nous invoquons les difficultés qu'elle peut rencontrer dans son quotidien mais aussi ses envies et son projet professionnel. Je m'intéresse ensuite à ses douleurs et à leur histoire. Ainsi, je m'attache au vocabulaire qu'elle emploie, à la place que cela semble occuper dans sa tête, dans son corps et dans son quotidien. Un geste de la main accompagne et situe chaque fois sur le plan corporel la douleur dont elle parle.

Durant l'entretien, Stéphanie ne me regarde pas lorsqu'elle s'exprime. Son regard est furtif et plutôt fuyant. Assise l'une en face de l'autre, Stéphanie dans son fauteuil et moi sur une chaise, elle tourne sa tête sur le côté quand elle parle. Je sens de l'appréhension et de la pudeur. Elle apparaît assez réservée. Sa voix est posée mais peu affirmée. Je sens que Stéphanie a besoin d'être rassurée pour s'exprimer. Installée dans son fauteuil électrique imposant, elle paraît « coincée ». Je perçois une certaine rigidité

au niveau de la nuque et des épaules. Elle a besoin d'être écoutée, d'être respectée, de temps pour se sentir en confiance et pouvoir faire confiance en retour.

Je tiens à préciser que le tutoiement est employé au sein de l'établissement avec les jeunes et aussi entre les professionnels. Dans ce contexte, je tutoie Stéphanie.

- **Le bilan psychomoteur :**

Le bilan psychomoteur est une photographie à un instant « T » des compétences et des difficultés rencontrées par le patient dans les domaines psychomoteurs et dans son développement. C. Potel définit le bilan psychomoteur comme un « catalyseur de réactions corporelles, comportementales, relationnelles [et] émotionnelles » (2010, 235). Il met le sujet dans une dualité relationnelle.

Le bilan psychomoteur est indispensable. Il s'effectue sur prescription médicale et précède le suivi psychomoteur. Il doit être adapté à l'âge du sujet, à son handicap ou à sa pathologie et aux conséquences qui en découlent (ex : douleur). Quand il n'est pas réalisable (âge ou attitude du patient, conditions institutionnelles), l'observation psychomotrice détient un rôle encore plus important que d'ordinaire. Le psychomotricien s'attache aux interactions motrices mais également à l'observation et à l'écoute du corps en relation lors des premières rencontres.

Avec Stéphanie, l'entretien et le bilan se sont déroulés sur trois séances. Le bilan proprement dit a réellement débuté lors de notre deuxième rencontre. J'ai effectué un bilan détaillé (cf. annexe A10-A11) *mais je ne développerai que l'évaluation de la douleur.*

- **L'évaluation de la douleur :**

Stéphanie souffre de nausées régulières. Elle qualifie ses maux de ventre de « passagers » mais récurrents. Elle verbalise qu'ils se sont accentués après une classe de découverte au ski l'an dernier (en 2015). Stéphanie a mal au genou et au pied, notamment au niveau du quatrième orteil et ce, surtout à droite. Elle décrit des sensations de fourmillement et de brûlure, supportables à gauche mais pas à droite.

Avec l'EVA, Stéphanie évalue sa douleur à 8-9/10 au niveau de son pied droit (le 8.01.2015).

Notons d'abord, comme il n'existe pas d'échelle spécifique à l'adolescent, que je me suis appuyée sur l'échelle du schéma corporel des zones douloureuses chez l'enfant.

Stéphanie note des points douloureux uniquement sur la face antérieure du corps, elle ne tient pas compte de la réversibilité et les note en miroir. Elle spécifie des points douloureux au niveau de la gorge, du genou, du pied et de l'orteil (le 29.01.2016) à droite (cf. annexe A12). Elle relate que les douleurs de pied sont « continues » mais fluctuantes dans leur intensité. Stéphanie a mal au pied depuis maintenant six ans sans qu'il y ait eu d'événement particulier.

Concernant la latéralité, Stéphanie dit se repérer en fonction du côté où elle a mal. Sa latéralité n'est pas véritablement établie (épreuve à l'appui), mais elle a appris, probablement à force de répétition dans son entourage, que le côté droit est le côté douloureux.

Les facteurs aggravants sont la position assise, le froid, les frottements et l'eau « ça brûle ». Les facteurs apaisants sont la position allongée et la chaleur.

J'avais prévu de réévaluer régulièrement la douleur au cours de l'année mais finalement je ne l'évaluerai qu'en début et fin de suivi. J'ai fait ce choix parce que Stéphanie se focalisait énormément sur ses douleurs et me donnait l'impression de ne pouvoir venir en séance que si elle était douloureuse. Ainsi, je me suis ajustée à cela.

- **Conclusion :**

Durant le bilan, Stéphanie s'est montrée coopérante et volontaire. J'ai constaté un besoin de parler. L'image du corps est représentative du peu de connaissance et d'estime que Stéphanie a d'elle-même. Sa respiration est souvent retenue. Les douleurs et l'hypertonie constatées sont à mettre en lien avec sa pathologie et son anxiété.

Le bilan et l'observation psychomotrice du patient, l'évaluation des retentissements corporopsychiques de la douleur chronique, les éventuels facteurs de

pérennisation, les attentes et les demandes du patient sont à prendre en compte dans l'élaboration d'un projet thérapeutique adapté.

c. Le projet thérapeutique et les modalités

Le projet thérapeutique est imaginé à partir de ce que le psychomotricien comprend de ce qu'est le sujet. Il s'appuie sur ce qui est mobilisable chez le patient. Il s'agit d'essayer, tout en respectant ce qu'il est, de lui faire percevoir un espace de changement ou un fonctionnement plus adapté. Le projet n'est pas figé, il se module en fonction du cheminement du patient. Il s'articule au cours des séances et durant les réunions de synthèse. Il s'agit de dégager les grandes lignes du bilan psychomoteur ou de l'observation psychomotrice.

Lors de la dernière séance consacrée au bilan, Stéphanie a dit qu'elle aimerait trouver *« comment se détendre »* et *« comment diminuer ses douleurs »*. Mes axes thérapeutiques s'appuient donc sur les attentes formulées par la patiente.

Il est important de replacer l'adolescent au cœur de son projet thérapeutique et d'accueillir les silences ou les non-réponses qui peuvent parfois avoir besoin de plusieurs séances pour émerger. Lors de la première séance, j'avais demandé à Stéphanie si elle avait des attentes particulières. Elle n'avait rien répondu.

La psychomotricité peut avoir des effets indésirables si le psychomotricien veut aller plus vite que le patient. Lorsqu'il vit avec une douleur depuis des années et qu'elle disparaît brutalement, il peut s'en trouver complètement déstructuré. Il est donc important d'avancer au rythme du patient et de lui laisser le temps de cheminer. L'objectif n'est pas de faire disparaître totalement la douleur mais de « faire avec », d'aider le patient à trouver des outils qui lui permettent de s'adapter.

- **Les axes thérapeutiques :**

- Favoriser la prise de conscience du corps. Quels sont les facteurs et les positions

antalgiques ? Quelles sont possibilités pour les soulager ?

- Favoriser l'autonomie et l'envie de.
- Nouer avec un autre vécu corporel à travers la détente.

- **L'attitude thérapeutique :**

Mon attitude se veut semi-directive. Je propose à Stéphanie mais j'essaie de la laisser actrice au maximum, de lui permettre de faire des choix et ses propres expériences. J'essaie de m'appuyer autant que possible sur ses envies de l'instant afin de favoriser son autonomie, de lui permettre d'exister et de se distancer de ses douleurs.

- **Les moyens :**

- Favoriser l'établissement d'une relation thérapeutique reposant sur une écoute bienveillante, un cadre adapté et une confiance mutuelle.
- Proposer des temps de détente par le biais d'activités sensorielles, d'un travail sur les structures du corps (peau, muscle, os) et les postures.
- Soutenir l'attention aux sensations internes et la communication.

- **Le cadre thérapeutique :**

Le cadre thérapeutique s'apparente aux constantes d'un phénomène, d'une méthode ou d'une technique. Il constitue le premier élément thérapeutique. C'est l'ensemble des facteurs affectant l'espace et le temps. Il est autant physique que psychique. Il est sous-tendu par les règles, l'institution et les échanges, avec la famille ou le patient, quels qu'ils soient.

L'attitude du ou des psychomotriciens qui font preuve d'une disponibilité corporopsychique et les modalités thérapeutiques (ex : séances individuelles ou de groupe) font partie des facteurs invariants. Ce sont des repères stables qui permettent l'élaboration d'un cadre enveloppant et sécurisant et assurent un continuum dans le suivi.

Stéphanie est suivie par moi-même en psychomotricité. Le suivi individuel se déroule à raison d'une séance d'une heure une fois par semaine, chaque vendredi matin.

d. Les séances

Les séances avec Stéphanie sont constituées d'un temps de détente, d'un temps de mobilisation plus active et d'un temps de verbalisation pour finir. Chaque séance est différente, la succession de ces moments reste variable et s'est modifiée au cours du suivi. Je m'adapte à ce que je sens, à la demande du jour mais toujours selon mes axes thérapeutiques.

Je vais développer les points clés du suivi ainsi que les outils soutenant mes propositions thérapeutiques et ma réflexion.

- **L'installation :**

Au début du suivi, je recevais Stéphanie dans le bureau de psychomotricité. Je me suis rendue compte que les temps de détente au fauteuil n'étaient pas l'idéal et qu'ils pouvaient parfois générer plus d'inconfort que de confort. Stéphanie se trouvait recroquevillée lorsque je sollicitais l'espace arrière et la nuque. Sa respiration se faisait plus difficile. Ce qui n'était évidemment pas le but.

J'ai échangé avec mon maître de stage à ce propos, puis sollicité l'équipe pour envisager une autre possibilité. Désormais, je reçois Stéphanie dans une salle de l'établissement plus adaptée où nous pouvons travailler hors du fauteuil. Ainsi, j'ai pu observer la motricité globale et plus spontanée de Stéphanie. Sans le fauteuil, elle se mobilise plus librement. Elle peut appréhender son corps et l'espace l'environnant différemment.

Il a fallu plusieurs séances pour que Stéphanie trouve une position qui lui convienne et lui permette de se détendre. Désormais, elle s'installe sur le côté, en position fœtale avec un coussin sous la tête pendant les temps calmes.

L'installation est un élément clé dans la prise en soin du patient douloureux. Si nous ne pouvons pas soulager la douleur en elle-même, nous pouvons éviter de la majorer en permettant au patient d'être agréablement positionné. Comme le souligne P. Prayez et J. Savatofski « L'important est avant tout que chacun, massé et soignant, soit confortablement installé » (2002, 34). Ainsi, ils seront tous les deux plus disponibles.

- **Les temps d'échange :**

En début de suivi, les échanges verbaux, tendaient à envahir l'ensemble de la séance. Stéphanie « déchargeait » tout ce qu'elle avait sur le cœur (inquiétudes, contrariétés, plaintes, douleurs) mais n'en semblait pas plus soulagée à la fin, d'où l'importance du travail en psychomotricité.

Désormais, les temps verbaux occupent une place beaucoup plus raisonnable. Je constate que plus vite nous rentrons dans le travail corporel, moins il y a de douleurs et de plaintes émises. Stéphanie n'en apparaît pas plus contrariée à la fin mais au contraire plus relaxée.

Stéphanie ne rencontre pas de difficultés à verbaliser ses ressentis et n'hésite pas à le faire. Les temps de verbalisation sont d'importants moments de communication. Qui nourrissent la relation à l'autre. Retours, observations et ressentis personnels me permettent d'ajuster mes propositions.

- **Le carnet :**

J'ai proposé à Stéphanie d'instaurer un petit « journal de bord » sur lequel elle pourrait déposer à la fin de chaque séance un mot, une photo ou laisser une trace en lien avec SON vécu. Elle a vite adhéré à ce support. Stéphanie a choisi de garder cet outil dans son sac et nous avons convenu ensemble qu'elle le rapporterait à chaque séance. L'objectif étant pour moi de la responsabiliser et de la rendre actrice d'une part, mais aussi de lui permettre de laisser une trace de son vécu (ce qui lui plaît, ce qui ne lui plaît pas, ce qui est agréable, ce qui l'est moins). Ce support permet également d'accepter que l'éprouvé d'une même activité puisse varier d'une séance à l'autre et aussi admettre que certaines propositions puissent être plus appréciables que d'autres.

Dès le début, j'ai été étonnée de voir que Stéphanie ne souhaitait noter que ce qu'elle avait apprécié. Et même si j'insistais pour qu'elle se sente libre de déposer ce qu'elle voulait dans ce carnet, elle ne soulignait que ce qui lui avait plu. En séance, elle n'hésitait cependant pas à verbaliser qu'elle avait moins aimé ceci ou cela. « Aujourd'hui, séance agréable, j'ai aimé les massages avec le ballon et le massage des mains. J'ai aimé sentir l'odeur du chocolat. [ce que je devais noter] », « Je n'ai pas trop aimé les autres odeurs [ce qu'elle verbalisait]. ».

Stéphanie ne sait pas écrire sans modèle. J'ai remis en question mes intentions afin qu'elle puisse véritablement s'approprier ce carnet. En janvier, je demandais à Stéphanie ce qu'elle souhaitait que je note. Désormais, je lui propose de dessiner.

- **Les expériences motrices :**

Stéphanie étant peu actrice et peu sollicitée dans son quotidien, j'ai souhaité aborder avec elle la mise en mouvement. Un ballon entre nos mains, je lui propose de se laisser guider. Je l'invite à sentir quelles sont les parties de son corps qui sont mobilisées et à détendre ses épaules.

Stéphanie verbalise qu'elle a plus ou moins de facilité selon le côté sollicité. En effet, elle se présente très crispée sur le ballon, sa respiration est bloquée et aucun relâchement n'est observé du côté gauche. Les mouvements semblent plus fluides à droite. Stéphanie verbalise facilement ce qu'elle ressent « Ça détend les muscles. Ça détend même le bas du corps. » et perçoit « c'est comme si on faisait des huit dans l'espace ». Tout comme dans le bilan, l'hypertonie et le contrôle restent notables. J'observe des tremblements, des mouvements de faibles amplitudes et proches du corps. Lorsque j'essaie d'ouvrir ou d'élargir le mouvement, je sens une résistance et un accompagnement de Stéphanie.

Assez rapidement, Stéphanie me demande d'inverser les rôles. Je constate qu'elle explore plus largement l'espace péri-corporel lorsqu'elle mène le mouvement.

Yeux ouverts ou yeux fermés, allongée ou en fauteuil, je l'invite à dessiner dans l'espace à l'aide d'un ballon tenu entre nos mains. Ce jeu, basé sur un dialogue tonique évolue au fil des séances. L'activité se transforme souvent en jeu de passes ou de visées. Générant peu de mots, ils provoquent des éclats de rire.

Stéphanie est douloureuse et dépendante de son entourage ce qui l'incite peu à agir. Perçu de façon assez négative, son corps s'en trouve désinvesti. Le mouvement lui permet d'être pleinement actrice, d'éprouver de nouveaux ressentis et de vivre ce corps, dans ou hors fauteuil, autrement. Les mobilisations permettent d'aborder les

modulations toniques. Il s'agit de trouver un tonus plus adapté afin de ne pas majorer les tensions ou ne pas en créer de nouvelles. La mise en mouvement fait appel aux différents types de tonus et à ses différentes fonctions (normatives, communication) comme nous avons pu le voir dans la deuxième partie. De plus, nous avons que plus nous bougeons plus nous créons de morphiniques algogènes naturels et d'endorphines. Ainsi, ces substances participent au soulagement de la douleur.

Chez Stéphanie, les difficultés de régulations toniques (recrutement tonique, spasticité) et tonico-émotionnelles m'ont amené à penser la question de la détente.

- **La détente :**

  ➔ **<u>La sensorialité :</u>**

Je propose à Stéphanie un loto tactile que j'ai moi-même confectionné. L'objectif premier est la verbalisation des éprouvés, des sensations et des souvenirs que les matières peuvent évoquer.

Stéphanie prend plaisir à découvrir mais elle cherche d'emblée à découvrir ce dont il s'agit. Je perçois ouvertement par ses mimiques et un recul physique ce qu'elle n'apprécie pas. Elle n'hésite d'ailleurs pas à le signifier. Elle évoque peu ce qu'elle ressent mais que ce soit agréable ou non, elle fait des associations et des souvenirs émergent « Ah berk, on dirait un médicament ou ... les chewing-gum de maman, je n'aime pas la menthe. ».

J'ai également proposé un loto des odeurs à Stéphanie. J'ai choisi de m'appuyer sur les deux sens (toucher, odorat) qu'elle n'a pas représentés sur son dessin du bonhomme lors du bilan. Le toucher et l'odorat sont deux sens très importants chez le bébé. Les souvenirs olfactifs ont la caractéristique d'être souvent émotionnels. L'abord sensoriel m'a permis d'appréhender de façon ludique et détournée la respiration. Étant donné les blocages que cela peut générer, je n'aurais pas pu le faire directement. Cet abord m'a également permis d'évoquer le schéma corporel et l'image du corps si peu investis chez Stéphanie.

Je constate que la peau est un vecteur qui fonctionne bien chez Stéphanie. Je lui propose des auto-massages, du toucher thérapeutique puis de la relaxation. Je vais exposer ces différents outils, explorés au cours du suivi, en fonction de leur ordre d'apparition. Souvent liés, ils ne sont pas aussi distincts en réalité.

➔ **Les automassages :**

Je propose un automassage des mains à Stéphanie. Je l'invite à faire de petits cercles dans la paume, à presser un à un ses doigts, masser l'intérieur et l'extérieur. Stéphanie insiste particulièrement au niveau de son poignet.

Le but est de l'amener à prendre soin d'elle, par elle et pour elle. C. POTEL ajoute que « S'occuper de soi est une bonne chose pour se connaître et prendre conscience de son corps. » (2008, 228).

Très sensibles, les mains sont des organes du toucher facilement accessibles. De plus, selon A. DUFOUR « la paume de la main accueille l'ensemble du corps sous forme de zones réflexes, sur lesquelles [nous pouvons] pratiquer des pressions. » (2013, page 15). Il existe donc une cartographie complète du corps aux extrémités des membres. Lorsque nous connaissons la localisation de ces régions, il devient possible de soulager certains maux par l'exercice de simples pressions. De plus, nous savons que les mains occupent une place importante au niveau des aires cérébrales motrices et sensitives (cf. annexe A2).

J'ai abordé cela de façon générale et simple avec Stéphanie, lui signifiant simplement les vertus des automassages des mains en matière de plaisir (utilisation de crème) et de détente. J'ai également insisté sur le caractère pratique et facilement réutilisable dans son quotidien. « Ah je ne savais pas, c'est bien. C'est agréable. Je pourrai le refaire. ».

Stéphanie apparaît plutôt câline avec sa maman, ce que celle-ci n'apprécie pas particulièrement. A priori, seuls les transferts sont l'occasion de contacts corporels. Ce qui n'est pas forcément, pour la mère comme pour la fille, un moment agréable. À son arrivée à l'IEM, Stéphanie ne supportait pas le contact physique « Avant je ne voulais même pas [que la kinésithérapeute] me touche le dos. ».

Stéphanie apprécie énormément la compagnie de son chat. La « présence d'animaux de compagnie que [nous caressons] et qui nous le rendent bien » (Prayez P et Savatofski J, 2002, page 6) nourrissent le plaisir du toucher. Stéphanie a donc trouvé une alternative à sa quête affective et à son besoin de contacts physiques.

Je me suis beaucoup questionnée sur la façon dont Stéphanie a été portée, bercée et manipulée lorsqu'elle était enfant. Apparemment très fusionnelle avec sa mère, je me suis interrogée sur la distance et l'attitude thérapeutique à adopter. Le transfert et les projections qu'elle pouvait nourrir m'ont fait « peur » mais je me suis finalement rendue compte que tant que le sens y était et que les mots étaient posés, le psychomotricien pouvait disposer d'un champ thérapeutique assez large.

Les automassages m'ont conduit à expérimenter le toucher thérapeutique.

➔ **Le toucher thérapeutique :**

Il permet une rencontre avec le sujet douloureux. Le psychomotricien propose un contact rassurant, enveloppant et stimulant. « Le geste, tout technique qu'il soit, doit chercher avant tout à ne pas susciter la douleur, en donnant confiance, en aidant la personne à se détendre. Au fond tout est dans la façon de faire et d'être. » (Prayez P. et Savatofski J., 2002, 59). Cette rencontre favorise le détournement de l'attention de la douleur afin de nouer avec un vécu corporel plus agréable et de « dénouer les tensions musculaires inconfortables » (E. Buton et M. D'Astorg). La douleur bouleverse le schéma corporel et l'image du corps, le toucher thérapeutique permet de ressentir le corps dans sa globalité, renforce l'unité, les limites et l'enveloppe corporelle. Il sous-tend le réinvestissement du corps et nourrit la relation au corps propre, à l'autre et à l'environnement. De plus, comme nous avons pu le voir dans la première partie, le toucher thérapeutique soutient l'activation du gate-control. Ce dernier permet d'inhiber un mécanisme douloureux et notamment de type neuropathique en intégrant une autre information sensorielle. Ainsi, il diminue une sensation douloureuse.

Je fais le contour du corps de Stéphanie avec différentes balles (taille et matière différentes). La nuque, le ventre et le dos sont des zones corporelles sensibles aux

tourments quotidiens. Je m'attarde particulièrement sur ces zones corporelles, sources aux maux, dans ces temps calmes.

Le toucher thérapeutique me permet de lui faire découvrir des parties de son corps habituellement peu sollicitées ou peu accessibles lorsqu'elle est en fauteuil (ex : l'espace arrière). Il est recommandé de ne pas commencer par le côté douloureux afin de ne pas aborder frontalement la douleur et de favoriser un climat de confiance. Je note toutefois beaucoup d'appréhension lorsque le ballon passe près de sa jambe droite et ce, en début de séance, surtout.

Mon intention étant de détourner l'attention des maux corporels de Stéphanie et de lui faire découvrir de nouvelles sensations en vue d'un bien-être, je ne me suis pas particulièrement intéressée aux pieds de Stéphanie (excepté dans la globalisation des sensations) durant le suivi.

➔ **La relaxation :**

Elle me permet d'aborder les appuis du corps, la respiration et les sensations corporelles tout en m'appuyant sur des images qui lui sont appréciables (mer, animaux).

En début d'année, Stéphanie a dit qu'elle n'aimait ni le contact physique, ni recevoir les « massages » ni la relaxation MAIS qu'elle souhaitait se détendre. Je me suis demandée quelles représentations et quel(s) vécu(s) elle pouvait avoir à ce propos. Je suis restée vigilante à cela afin de ne pas précipiter le travail et de lui laisser le temps de cheminer. Avec Stéphanie, bien souvent, le contact physique n'est pas effectué de façon directe.

Au début du suivi, la détente n'occupait qu'une petite partie du temps, en fin de séance. Progressivement devenue plus importante, elle constitue désormais la majorité de la séance.

D'abord ciblé, le toucher thérapeutique s'est progressivement étendu à l'ensemble du corps. Le ballon est un médiateur que Stéphanie apprécie énormément aussi bien dans les activités motrices dynamiques que dans les auto-massages et lors du toucher thérapeutique. Cependant, j'ai pris soin de varier les supports afin d'éveiller de nouvelles sensations corporelles et de la curiosité. J'ai ajouté un fond sonore qui joue

un rôle clé dans l'accès à la détente chez Stéphanie. Au fur et à mesure des séances, des inductions verbales, des temps de visualisation et de silence sont apparus.

Tout aussi visibles de l'extérieur, les effets de ce temps calme ont rapidement été ressentis par Stéphanie. Elle se détend chaque fois un peu plus. Elle peut garder ses yeux fermés un long moment, sa respiration devient calme et ample malgré une fréquence relativement rapide (d'origine je pense). Les temps de reprise sont devenus plus longs. Le temps de verbalisation est généralement riche. Elle m'évoque des images, ses impressions et ses sensations « je dois être malade, j'ai des crampes partout en fait », « je me sens comme hypnotisée », « je vais m'endormir » « ça fait du bien j'aurais bien aimé continuer encore ». Stéphanie prend progressivement conscience de son corps. Je suppose que de nouvelles douleurs n'apparaissent pas mais que le vécu corporel est inhabituel et qu'il la déroute. C'est pourquoi, elle rattache ses perceptions à quelque chose de connu : la douleur. Aussi, nous pouvons imaginer qu'un profond état de détente puisse générer des « tensions » corporelles, qui n'ont cependant pas le même sens que ses douleurs chroniques.

Malgré un comportement assez régressif lors de la relaxation, j'ai toujours gardé en tête que Stéphanie était une adolescente et qu'il était important de la soutenir dans sa maturation affective, sa différenciation et son individuation.

Stéphanie s'exprime avec une voix plus affirmée qu'en début d'année et ré-utilise quotidiennement certains des outils explorés en séance.

4. <u>La conclusion</u>

Bien que les séances avec Stéphanie aient été hebdomadaires depuis janvier, l'année est passée vite. Il m'a fallu apprendre à connaître Stéphanie, qu'elle apprenne elle aussi à me connaître afin que se crée une véritable alliance thérapeutique. Une relation de confiance s'est instaurée entre nous. Le lien thérapeutique doit être soigné afin que le patient douloureux n'ait pas d'appréhensions supplémentaires pour venir en séance et qu'il puisse vivre autant que possible un moment de répit, en psychomotricité. Nous l'avons vu, les angoisses majorent les douleurs, elles sont déjà importantes chez cette adolescente. De plus, si le sujet se sent en confiance, il sera plus réceptif à ce qui

lui est proposé pendant la séance et aura ainsi plus de facilité pour « s'évader ». Il est important que le patient se sente libre de s'exprimer ou non et qu'il se sente accueilli comme il est à un instant « T ».

Il est vrai qu'au début du suivi je « tâtonnais » beaucoup. C'était un premier entretien, un premier bilan et un premier suivi en autonomie. De ce fait, j'avais tendance à prévoir beaucoup. Progressivement, j'ai pu laisser plus de place aux imprévus et aux silences, ce qui a permis l'émergence de véritables moments de plaisirs et de détente.

Je me suis beaucoup investie dans ce suivi parce que j'étais en complète autonomie et qu'il me permettait de proposer librement, de nourrir mes réflexions et d'enrichir mon expérience. J'ai pensé et porté avec intérêt ce projet thérapeutique pendant l'année.

Je mesure l'importance du cadre institutionnel, des échanges avec mon maître de stage et l'équipe par les possibilités et les adaptations qu'ils ont permis dans ce suivi.

Malgré une foule d'idées et l'envie d'explorer, j'ai dû cibler mes intentions. Il est vrai que j'ai imaginé diverses suites à ce suivi.

Ma plus grande difficulté a été de doser l'abord de la douleur. Faut-il en parler ? Le thérapeute ? Le patient ? Dans quelle mesure ? Finalement, j'ai eu l'impression, qu'en expliquant à Stéphanie le sujet de mon mémoire dès le début du suivi, d'avoir induit qu'il fallait qu'elle soit douloureuse pour que les séances puissent avoir lieu (sachant que sa douleur est réelle et quotidienne). Nos pensées, nos mots et notre attitude peuvent rapidement induire ce que nous « voulons » voir ou entendre. Après diverses réflexions et remises en question, j'ai choisi de ne plus aborder la douleur afin de ne pas renforcer ce vécu douloureux déjà si prégnant chez Stéphanie. L'objectif était donc de pouvoir en parler si elle en éprouvait le besoin mais dans des propos plus nuancés, mesurés et contenus. Aussi, naturellement nous nous en détournions assez rapidement par le biais des mises en jeu corporelles. Progressivement, l'abord de la douleur est devenu moindre voire inexistant.

J'ai pris conscience que, dès lors que je n'étais pas pleinement présente et réceptive à ce qu'il se passait, la séance ne permettait pas l'émergence de moments inattendus d'une grande richesse.

Compte tenu du bilan psychomoteur et de l'évolution, je me suis appuyée sur les

capacités de Stéphanie, étouffées ou bloquées, mais réelles. Le rôle du psychomotricien est donc d'aider le sujet à faire du lien entre ses potentialités, son vécu corporel et ses douleurs.

II. Le service de pédiatrie médicale (SPM)

1. Le service

Le service de pédiatrie médicale est un service général, rattaché au pôle Femme Enfant du Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Il intervient auprès de nourrissons, d'enfants et d'adolescents malades. Il comprend une unité de nutrition artificielle, un secteur d'hospitalisation de jour, d'urgences et de consultations externes où se trouve le bureau de la psychomotricienne. Les spécialités de ce service sont la pneumologie infantile, l'allergologie, l'endocrino-diabtéologie, l'infectiologie, les maladies métaboliques, la mucoviscidose, la gastro-entérologie, la neurologie et la néphrologie. Le service collabore avec le centre anti-douleur afin de développer la prévention et la prise en soin de la douleur.

Chaque spécialiste est rattaché à un ou des secteurs d'activité. Pour chacune des spécialités, il y a des médecins référents. L'équipe est constituée des cadres de santé, de Praticiens Hospitaliers multiples, de Praticiens Attachés, d'Assistants Spécialisés Régionaux, de psychologues, d'une psychomotricienne, d'une Assistante Sociale et de secrétaires.

2. Le psychomotricien en SPM

Le psychomotricien fait parti de l'équipe pluridisciplinaire du service. Il participe aux réunions. Il intervient le plus souvent pour des suivis relativement ponctuels. Du fait des nombreuses demandes et du contexte hospitalier, le psychomotricien suit les jeunes durant leur hospitalisation ou pour un bilan puis il les oriente vers d'autres structures. Il intervient dès les premiers mois de l'enfant mais, dans le cadre de ce mémoire, je ne développerai que sa pratique auprès des adolescents. Le

psychomotricien rencontre beaucoup d'adolescents, hospitalisés ou non, dans le cadre de troubles des conduites alimentaires ou de pathologies organiques.

Le temps d'hospitalisation dépend de la situation et varie, dans le cadre de troubles des conduites alimentaires, en fonction de la récupération et de l'avancée dans la prise de poids (contrat de poids). La question de l'urgence en psychomotricité est ici soulevée puisque les adolescents arrivent souvent dans un état somatique qui le nécessite et dans des contextes de vulnérabilité et de détresse importante.

Le premier entretien initie le suivi et peut se dérouler en présence ou non des parents. Ceci dépend des circonstances (pendant ou hors hospitalisation). Dans tous les cas, la parole est rapidement donnée à l'adolescent lui-même. L'entretien permet d'expliquer en quoi consiste la psychomotricité et de recueillir les propos que l'adolescent veut bien livrer sur sa problématique. Ce premier contact permet d'échanger sur le pourquoi il est hospitalisé, son histoire psychomotrice et ses goûts (éléments sur lesquels le psychomotricien s'appuie pour élaborer le projet thérapeutique).

En ce qui concerne les adolescents, de par le contexte, les bilans psychomoteurs complets ne sont pas réalisés de façon systématique. Quelques épreuves peuvent lui être proposées mais l'observation psychomotrice reste essentielle.

Le psychomotricien assure des suivis individuels comme des suivis de groupe. Il intervient dans la salle de psychomotricité mais peut, dans certains cas, être amené à intervenir en chambre, au chevet du patient.

3. Une prise en soin de groupe : « Relaxaucorps »

a. La naissance du projet

Être adolescent et vivre avec une maladie chronique ce n'est pas toujours évident. La relation au corps peut-être mise à mal. Ce qui n'est pas sans conséquence sur la construction du schéma corporel, le développement global et l'estime de soi. Les pathologies chroniques sont source de mal-être, parfois cause de comorbidité (troubles

des conduites alimentaires, difficultés à la poursuite du traitement, troubles psychomoteurs). Les familles sont souvent déconcertées face à ses difficultés. Le groupe « relaxaucorps » s'est mis en place dans ce contexte. Ce groupe projetait d'accueillir des préadolescents et adolescents en souffrance de par leur maladie métabolique et de ses contraintes. Ce dispositif a été envisagé en fonction des manifestations symptomatiques soulevées par les équipes soignantes : vécu douloureux, isolement, méconnaissance et/ou désinvestissement du corps.

b. Les modalités et les moyens

Ce groupe se déroule chaque troisième vendredi du mois pendant 1h15 dans le service. Il est conduit en binôme, par ma maître de stage et moi-même.

Les moyens utilisés sont variés. Les activités peuvent être réalisées en individuel, en binôme ou en groupe. Divers médiateurs sont utilisés en fonction des séances (bambous, cordes, ballons, draps). Nous essayons, autant que possible, de garder le même schéma directeur d'une séance à l'autre afin d'assurer un continuum. Les exercices proposés ne sont pas imposés mais pensés dans une progression. L'élaboration des séances est fonction de ce que les participants expriment (corporellement et verbalement) et de la dynamique du groupe. Nous proposons de l'expression corporelle, de la mise en mouvement, des auto-massages et de la relaxation.

c. Le projet thérapeutique : objectifs et intérêts

L'objectif de ce groupe est d'améliorer la relation au corps des jeunes, vivant avec une pathologie chronique.

L'intérêt du groupe est d'éveiller l'attention portée au corps (Comment est-il ? Comment fonctionne-t-il ?). Notamment sur le plan des sensations pour mieux le comprendre, l'utiliser et en prendre soin. Le groupe offre la possibilité de vivre de nouvelles expériences corporelles dans un contexte autre que la performance et le savoir-faire. C'est avant tout se découvrir, se respecter et se faire plaisir en vue d'un mieux-être. C'est découvrir son corps dans le mouvement. Comment le mobiliser de

façon adaptée ? Comment prendre plaisir à agir ? C'est aussi découvrir comment penser son corps et son image ? Comment mentaliser ses ressentis ? C'est tout simplement apprendre à mieux se connaître et à mieux s'exprimer corporellement dans le temps et dans l'espace, dans la relation à soi, à l'autre et à l'environnement.

A l'adolescence, la dimension du groupe est particulièrement intéressante tant sur le plan de la construction identitaire (identification/différenciation) que sur le plan collectif (intégration). Les actions thérapeutiques de groupe permettent la mise en jeu de situations collectives variées, où chaque jeune peut amener son inscription personnelle et trouver appui sur le groupe : « Être soi en relation avec les autres » (Potel C, 2010, 381).

Le groupe a été pensé en fonction de différents critères : d'âge, de nombre et d'indications thérapeutiques.

d. La présentation des participants du groupe

Eléonore est âgée de dix ans et demi et paraît assez négligée. Elle est scolarisée au collège, en sixième. Elle a un frère aîné de douze ans avec lequel les relations sont compliquées et un petit frère de 6 ans. Elle est décrite comme une jeune fille anxieuse (maux de ventre et difficultés d'endormissement) par son père. On constate une certaine instabilité dans ses activités extra-scolaires.

Elle présente un méningocèle* occipitale rudimentaire de découverte néonatale. Eléonore a été orientée vers le service de pédiatrie médicale en 2014 suite à une acné frontale précoce évolutive résistant aux traitements locaux et des troubles mictionnels entraînant des infections urinaires basses à répétition. Les accidents de selles sont fréquents. A la suite des consultations, une éducation mictionnelle est recommandée ainsi qu'un suivi en psychomotricité débuté en juin 2015.

Alice est âgée de 12 ans et 8 mois. A l'âge de 22 mois, elle a été hospitalisée dans le service de pédiatrie médicale. C'est à ce moment qu'a été découvert un diabète insulino-dépendant (diabète de type I). La maman a fait un diabète gestationnel. Alice a un frère autiste de 10 ans. Ses parents ont divorcé en 2013. Alice exprime qu'elle se sent trop grosse, qu'elle n'a le plus souvent pas de plaisir à manger mais tendance à grignoter

de façon constante ce qui génère des déséquilibres glycémiques. Sa maman exprime sa difficulté à assumer les pathologies de ses deux enfants et la difficulté croissante pour Alice à vivre le diabète et les traitements. Il faut dire qu'être adolescente et avoir un schéma d'injection à respecter et une alimentation rationnée n'est pas forcément facile à vivre tous les jours.

Âgée de 15 ans, Rose est l'aînée d'une fratrie de trois. Elle présente un diabète insulino-dépendant diagnostiqué en 2013. Une pompe à insuline externe a été mise en place dès sa découverte. Rose était très fatiguée et faisait des malaises vagaux régulièrement. Des antécédents de diabète sont à noter dans la famille. En juillet 2015, elle est hospitalisée dans le service de pédiatrie médicale pour « équilibration d'un diabète sous pompe et mise en place d'un assistant de bolbus ». Elle bénéficiait à ce moment d'un suivi psychologique et diététique dans le service. Auparavant, Rose avait tendance à grignoter de façon importante entre le goûter et le repas du soir. Actuellement, elle est en surpoids mais son alimentation semble se réguler ces derniers temps. Cependant, les fluctuations glycémiques restent difficiles à interpréter c'est la raison pour laquelle un capteur a été posé récemment, durant quelques jours, afin d'évaluer très précisément les variations et notamment la nuit. Rose ne pratique pas d'activité sportive.

Émile est le deuxième enfant du couple, âgé de 13 ans, il a un frère aîné de 23 ans. Actuellement, Scolarisé en sixième, au Centre de Ressources de l'Ouïe et de la Parole (CROP) dans une classe pour dyslexiques, il est suivi par l'orthophoniste et la psychologue du CROP. Opéré pour une ectopie testiculaire quand il avait 4 ans, Émile souffre de dermatite atopique. En 2011, Émile (9 ans) consulte en pédiatrie médicale pour des douleurs, des gonflements et une raideur matinale qui évolue depuis deux ans. Biologiquement, il n'y a pas de syndrome inflammatoire, mais le tableau est fortement évocateur d'une arthrite juvénile idiopathique. On trouve des antécédents d'arthralgie du côté paternel. En 2012, Émile (10 ans) sera également suivi dans le service pour une constipation chronique depuis la naissance. Il présente un anisme*, souffre d'une encoprésie primaire initialement associée à une énurésie. Il est régulièrement sous

traitements, peu efficaces, qui entraînent des fuites de selles liquides, sous la forme de fausses diarrhées. En conséquence Émile arrête ses traitements et n'est plus en mesure d'aller à l'école. Les tensions intrafamiliales autour de la pathologie de Emile sont importantes.

Dans le cadre de ses douleurs articulaires, le pédiatre a prescrit à Émile un traitement médicamenteux et des examens. Le père de Émile s'est opposé à la prise du traitement et les examens n'ont pas été réalisés. De plus, Mr a effectué à plusieurs reprises, presque de force, des lavements par voie rectale à Émile. Émile a été hospitalisé pendant 10 jours dans un contexte inquiétant de constipation. En 2015, un signalement a été réalisé. Par la suite, une mesure d'aide éducative se met en place pour accompagner la famille dans le protocole de soin.

Émile est souvent isolé sur la cour de l'école. Il le dit et en souffre. C'est un garçon qui montre des signes de dévalorisation et un sentiment d'échec permanent. Il subit des moqueries à l'école notamment à cause de ses cheveux roux. De plus, Émile est très inhibé par sa mère qui parle sans arrêt à sa place. En 2015, un suivi en psychomotricité débute.

Le groupe peut être à l'origine d'un suivi en psychomotricité, comme c'est le cas pour Rose et Alice. Ou bien il peut s'inscrire dans une continuité de soins psychomoteurs, comme c'est le cas pour Eléonore et Émile.

C'est un groupe ouvert qui peut accueillir jusqu'à six à huit adolescents. Le groupe a régulièrement été proposé à de nouveaux adolescents au cours de l'année comme à Ysaline (diabétique) dont je ne développerai pas ici la problématique.

Je précise qu'à aucun moment de l'année la douleur n'a été évaluée ni abordée directement dans le groupe. Le but premier étant de proposer aux adolescents de vivre des expériences psychocorporelles. L'enjeu principal n'était donc pas nécessairement de diminuer la douleur. Il s'agissait plutôt de leur faire des propositions leur permettant d'éprouver leur corps autrement que défaillant et de détourner leur attention des tensions. L'action sur la douleur s'avérait donc indirecte.

Ainsi, j'ai tenté d'élaborer une grille d'observation qui me permettrait d'évaluer la

douleur chez le sujet en fonction de ce qu'il était dans le quotidien des séances. Je me suis appuyée sur différentes échelles de douleur d'hétéro-évaluation. Ma grille demande encore à être affinée et est progressivement ajustée au cours de son utilisation.

e. Les séances

- **Le groupe : un environnement stable :**

Le groupe offre « un espace transitionnel, un espace de transformation, d'échanges et d'altérité » (Potel C, 2010, 385). Ce dispositif sous-tend un espace abrité qui favorise la co-création et l'expression. Il permet le partage d'une enveloppe groupale. En ce sens, il constitue une médiation.

D. HOUZEL énonce que l'enveloppe groupale englobe les enveloppes psychiques individuelles. Elle joue un rôle de seconde peau. Ainsi, le groupe peut soutenir et contenir chacun des participants.

Le groupe constitue l'une des réponses que nous pouvons proposer aux adolescents douloureux chroniques. Nous connaissons l'importance de la communauté à cette période charnière de la vie, leurs besoins de s'identifier et de partager avec d'autres. Mais nous savons aussi les difficultés (isolement, repli sur soi) auxquelles peuvent se confronter les sujets douloureux chroniques. Le groupe permet la création de liens entre tous (entre adolescents, entre adolescents et thérapeutes) et limite les phénomènes transféro-contre-transférentiels c'est pourquoi il constitue un dispositif intéressant dans ce cadre.

Émile se sent globalement peu en sécurité auprès de ses parents. Très effacé en présence de sa mère et peu rassuré face à son père. Par les souffrances vécues autour de la sphère génitale, il est maintenu à un stade très primitif de la vie. Sous l'emprise de ses parents, trop inquiets, il n'avait jusqu'à maintenant que peu d'autonomie. Actuellement, la question de l'enfant qui entre dans l'adolescence est soulevée. Dévalorisé, Émile avait peu d'espace pour s'exprimer, tant verbalement que corporellement. Le groupe lui offre maintenant un espace propre dans lequel il peut

s'exprimer librement sans la crainte d'être jugé et sans être le centre des moqueries. Émile peut s'appuyer sur l'espace neutre qu'est la salle de psychomotricité et sur les propositions thérapeutiques pour nourrir la relation à son corps propre et à l'autre. Il a sa place dans le groupe, au milieu de ses pairs. Il sait s'adapter. Il ose s'exprimer face à des filles, ce qui est nouveau pour lui étant donné qu'il n'a pas de sœur et qu'il est effacé en présence de sa mère. Il peut exister pour lui-même et non pas au travers de ses problèmes de santé.

Le groupe fournit un environnement avec des repères stables dans lequel le sujet douloureux chronique peut s'exprimer en toute liberté, nouer des liens et apprendre à mieux se connaître.

- **Le déroulement des séances :**

Le groupe commence par quelques minutes d'échanges. *Spontanément, les adolescents s'expriment peu.* Puis, nous nous mettons progressivement en mouvement. Le groupe se termine toujours par un temps de relaxation et de verbalisation.

L'objectif principal est de vivre son corps avec plaisir. Ainsi, nous nous appuyons sur le jeu, le mouvement et le bien-être. A travers les diverses propositions ce sont les différentes structures du corps qui sont sollicitées.

La peau constitue une enveloppe. Elle limite et sous-tend les échanges entre le dedans et le dehors, entre soi et l'autre. Elle a une fonction essentielle dans la structuration psychocorporelle et l'individuation.

Les muscles permettent la mise en mouvement. Ils constituent le système du « pouvoir » et du « vouloir » et sont impliqués dans l'émotivité. Le tonus musculaire révèle une présence au monde, une expressivité et une réceptivité. L'utilisation de bambous, de cordes, de draps et de ballons confronte les sujets à des matières différentes donc à des vécus corporels et des modulations tonico-posturales variés.

Les os représentent la solidité et la densification interne. Le système osseux sous-tend un espace de sécurité et le sentiment d'identité.

Les enveloppes osseuse, tonique et corporelle sont sollicitées à travers des jeux

de coopération (ex : parcours du guide et de l'aveugle), d'expressivité, des auto-massages et des temps calmes.

Je ne développerai pas de façon exhaustive le contenu des séances de groupe mais je me propose de le faire à travers un exemple. Il est difficile de rendre compte, par des mots, de ce qui se passe dans le groupe et de la dynamique qui se crée (plus ou moins rapidement) ou pas, selon les propositions.

Nous présentons aux adolescents un bambou « magique » qui peut prendre, à notre gré, de multiples significations (message secret, objet puant, magnifique …).

Les adolescents prennent rapidement part au jeu. L'espace de la salle est exploré et investi dans sa globalité. Chacun s'éloigne ou se rapproche du détenteur du bambou selon la signification qu'il a (objet puant/objet collant). Le jeu est dynamique, les déplacements nombreux et rapides. Le corps se meut, s'exprime : éclats de rire, mimiques de dégoût, d'envie, mots, ton de voix et attitude corporelle s'adaptent à ce bambou magique.

C'est une proposition qui a particulièrement plu à Émile. Il s'est rapidement pris au jeu et a largement manifesté son plaisir d'être le seul garçon au milieu des filles. Il s'est montré dynamique, souriant, volontaire et à l'aise : véritable progrès.

Je donne à chacun un morceau de corde. Nous sommes en cercle. Chaque corde fait le lien entre deux individus. Nous allons découvrir ensemble ce qu'il nous est possible de faire avec ces cordes. Est-il possible de se mobiliser ? Comment ? Je suggère des propositions (ex : faire un grand cercle, un tout petit). Nous explorons les possibilités que nous offrent ces cordes pour bouger dans l'espace : se grandir, explorer l'espace du haut, intermédiaire, du bas, aller au sol, se croiser, se déplacer. Nous le faisons ensuite les yeux fermés. Nous les guidons dans les ressentis qu'ils peuvent avoir (différences d'appuis ou contacts corporels selon qu'il y ait ou non le contrôle visuel).

Dans un deuxième temps, nous avons tous les bras croisés. Chacun tient dans sa

main droite la corde qui est tenue par son voisin de gauche dans sa main gauche et chacun tient dans sa main gauche la corde que tient son voisin de droite dans sa main droite. L'enjeu est de se « démêler » [possible]. Nous commençons par observer la forme que donne la disposition des cordes (différente de la consigne précédente) « Oh on dirait une maison ! » [dit Rose] puis vient l'exploration en groupe et dans l'espace.

A la fin de chaque séance de groupe, un temps de relaxation d'environ 15 minutes est proposé. Il n'y a pas une technique de relaxation particulière de proposée mais un temps de détente adapté avec plus ou moins d'inductions verbales et plus ou moins de mobilisations actives selon les séances. Il est difficile d'envisager qu'une méthode particulière puisse répondre aux attentes de chacun des participants. C'est pourquoi, les propositions faites varient d'une séance à l'autre. Notons cependant que le temps de relaxation s'appuie sur une demande commune de l'ensemble des participants.

Lors de la relaxation, nous insistons sur les appuis du corps, la respiration et les sensations. Il s'agit aussi d'explorer le relâchement musculaire, la contraction et la décontraction ainsi que la peau, les limites et l'enveloppe corporelle. La musique constitue un support (sons, émergence d'images, de souvenirs) qui les accompagne dans ce voyage sensoriel. Elle fournit une enveloppe sonore contenante et apaisante. Nous essayons d'illustrer au maximum ce chemin afin de leur permettre de s'évader un instant.

Lors des premières séances de relaxation, Eléonore était très paratonique. Elle n'avait aucune segmentation des régulations toniques et s'en plaignait. Auparavant, elle bougeait beaucoup et s'endormait facilement. Des syncinésies et clonies sont encore visibles pendant le temps de relaxation (lorsqu'elle est en décubitus dorsal) mais elles s'atténuent de plus en plus rapidement. De plus, Eléonore ne sombre plus dans le sommeil mais dans un état de semi-conscience.

Pendant la relaxation, Rose se met chaque fois en décubitus ventral. Sa tête est posée sur ses mains. Et même lorsqu'elle est invitée à se remettre en mouvement pendant (accompagner corporellement les mouvements d'inspiration et d'expiration) ou en fin de relaxation elle ne le fait pas.

La relaxation ne constitue pas seulement une inaction mais un comportement tonique spécifique puisqu'elle vise à la résolution tonique (diminution du tonus de fond). Le tonus de relaxation permet une détente musculaire profonde sans qu'il soit pour autant inexistant (eutonie).

L'eutonie repose sur différentes notions : un corps vivant, un corps écouté et un corps mobilisé. Cette méthode invite le sujet à se mouvoir avec économie et facilité. Elle s'appuie sur l'équilibre corporopsychique au même titre que la psychomotricité. Elle vise la réalisation de mouvements avec un tonus adapté. Elle offre au sujet la possibilité de se centrer sur ses sensations et de s'inscrire dans le temps présent. Éloigné de toute idée de performance, le vécu du corps devient différent. L'émergence d'un vécu souvent agréable permet au sujet de percevoir son corps autrement que dans la douleur.

Chacun de nous possède un bambou. Nous le disposons, successivement, à différents endroits sous nos pieds (talons, coussinets). A chaque fois, nous devons lever les bras en utilisant le chemin qui nous paraît être le plus naturel et le plus facile. Les mouvements des bras sont très différents d'un sujet à l'autre. Il s'agit de comparer notre équilibre, nos appuis, nos sensations avec et sans le bambou. Il est étonnant de voir les différentes représentations et réactions que peuvent avoir les adolescents.

Rose n'ose pas marcher sur le bambou « ça va rouler ». Elle constatera rapidement que ce n'est pas le cas.

Assez spontanément ils verbalisent leur ressenti. Aliénor trouve cela « très désagréable ». Elle dit avoir l'impression que le bambou est encore sous ses pieds même quand il n'y est plus. Elle énonce aussi l'apparition de douleur dans le bas du dos. Rose sent ses talons plus larges.

Nous remarquons que le simple fait de positionner le bambou sous nos pieds peut générer des sensations très variées d'un individu à un autre et peut entraîner des modifications dans la posture et les appuis.

Cette méthode constitue un bel outil qui peut être réutilisé, au moins partiellement, dans les activités de prise de conscience proposées en psychomotricité mais aussi au quotidien et notamment avec les sujets douloureux chroniques, souvent très toniques. Ce tonus inadapté demande d'importantes ressources énergétiques et finit par épuiser le sujet. Un tonus plus adapté les aidera à avoir un corps moins fatigué et donc un esprit plus reposé.

- **De manière générale …**

Eléonore se dit souvent fatiguée. Elle apparaît assez maladroite dans les coordinations fines et semble rencontrer des difficultés praxiques (ex : maladresses). Elle est dynamique, volontaire et spontanée. Elle n'hésite pas à évoquer les douleurs qu'elle ressent, les activités qui lui plaisent, les sensations qui lui déplaisent et l'état dans lequel elle se sent notamment en fin de séance.

Alice paraît souvent inquiète. Elle montre d'importantes réactions de prestances. Plutôt en retrait en début de séance, elle se montre rapidement volontaire. Elle participe activement et n'appréhende pas la proximité corporelle. Elle apprécie particulièrement les temps de relaxation.

Rose est discrète mais présente. Dans les activités en duo, trio ou en groupe, elle reste assez statique. Ses mouvements ont peu d'amplitude, ils sont surtout effectués près du corps et restent assez globaux. L'accès au mouvement semble réellement compliqué pour Rose. Elle paraît mal à l'aise dans son corps. C'est un peu comme si elle ne s'autorisait pas à bouger ni à proposer. Rose exprime assez spontanément ses impressions, ses sensations et ses ressentis. Elle fait preuve d'imagination et verbalise avec facilité ce qu'elle apprécie.

J'ai pu suivre Émile pendant plusieurs séances lorsqu'il était en binôme avec Eléonore et maintenant je peux l'accompagner au travers du groupe. Ainsi, je le vois évoluer.

Il y a encore quelques mois, Émile s'exprimait très peu, aussi bien corporellement que oralement. Il était en retrait, semblait assez passif et très renfermé. Il était totalement déconcerté par la proximité et le contact corporel. L'angoisse engendrée pouvait aller jusqu'à générer des fuites odorantes. Émile bégayait beaucoup, respirait fort et avait les mains moites, dès qu'il se sentait déstabilisé et angoissé. Il est maintenant capable de dire s'il a aimé et ce qu'il a aimé même si cela se fait encore avec prudence et mesure. Mais il est surtout beaucoup plus expressif sur le plan corporel. Il a gagné en aisance corporelle et semble prendre un peu plus confiance en lui. Il est capable de se mouvoir dans l'espace avec plus de facilité et notamment quand il y a un enjeu ludique. Il apparaît beaucoup moins déconcerté et gêné par la proximité et le contact corporel.

En début de séance, Émile est souvent courbé et replié sur lui-même. Cela s'atténue au fil de la séance.

Dans les jeux de dialogue tonique, Émile initie peu le mouvement. Il tend à se limiter à l'espace latéral plus qu'il n'ose explorer l'espace avant et arrière. Ses gestes restent assez semblables et répétitifs mais il se saisit des propositions que nous pouvons lui faire.

Le médiateur qu'est le bambou, a permis d'appréhender de façon assez détournée le jeu corporel. Après que le groupe ait été globalement éclaté dans l'espace de la salle, l'activité avec les cordes permettait de se rassembler et de solliciter sa cohésion, son adaptation et l'exploration commune. Et enfin, le temps de relaxation permettait un retour à soi en fin de séance.

Le bambou et la corde sont deux médiateurs que nous avons utilisés. Ils sont différents de par les sensations, les possibilités de mouvement, d'exploration et d'expression qu'ils offrent. La rencontre autour d'un même objet d'investissement enrichit les expériences relationnelles.

Ce groupe reflète le travail que nous pouvons effectuer en psychomotricité auprès d'adolescents. Il nous montre les multiples propositions que nous pouvons faire et les divers outils que nous pouvons utiliser ou sur lesquels nous pouvons nous

appuyer.

Les outils utilisés ne sont pas spécifiques aux adolescents douloureux chroniques mais ils permettent un détournement de l'attention et un partage d'expériences psychocorporelles. J'ai constaté que l'aspect ludique était très important. Il favorise le mouvement expressif et la création d'une dynamique de groupe.

4. La conclusion

En ce qui concerne la psychomotricité dans ce service, le thérapeute a un rôle clé. Il n'a que peu de temps pour créer une accroche avec l'adolescent et tenter de faire émerger une demande. Il doit donc être « efficace ». La pertinence des propositions sous-tend les répercussions à court terme. Le sujet découvre le travail corporel et le groupe constitue une des possibilités.

Le groupe n'a lieu qu'une fois par mois, ce qui est globalement peu. Les participants viennent uniquement pour le suivi et de façon collective. Il y a donc très peu d'échanges verbaux avec eux. Ce qui a pu parfois me déranger. Il est vrai que j'ai été habituée depuis le début de mes stages longs (en institutions) à disposer de temps pour instaurer une relation de confiance (duelle ou dans le cadre de groupes plus réguliers) ce qui n'est pas possible dans ce cas. Instaurer une relation de confiance s'avère possible bien entendu mais, du fait du suivi ponctuel, la dynamique est quelque peu différente. C'est dans ce contexte que j'ai découvert une nouvelle facette de la psychomotricité, différente, mais tout aussi intéressante.

Cette expérience de groupe auprès d'adolescents me montre à quel point les thérapeutes doivent s'investir corporellement et psychiquement. Dans ce contexte (hors troubles du comportement), les adolescents sont relativement « inhibés » et osent peu de prime abord. C'est pourquoi les psychomotriciens ne doivent pas hésiter à exagérer les mises en jeu corporelles afin de faire émerger ou de créer une dynamique de groupe. J'ai constaté combien l'aspect ludique joue encore un rôle clé à cette période transitoire de la vie. Le jeu facilite l'expression corporelle. Les thérapeutes ne doivent donc pas hésiter à faire semblant (« bêtises », maladresses) afin de dédramatiser, de libérer ou de limiter l'appréhension que peut générer le regard de l'autre à l'adolescence.

Il m'a été difficile parfois de m'exprimer verbalement dans le groupe, de poser ma voix. Il m'était difficile de guider verbalement en même temps qu'être impliquée corporellement. Mener un groupe n'est pas simple, il faut pouvoir s'adapter en permanence. Comment amener les adolescents à se mobiliser quand ils restent très statiques et n'osent pas (dans le cadre de ce groupe) ? Les thérapeutes doivent pouvoir s'appuyer sur ce qui émerge dans l'instant présent mais il faut aussi savoir rebondir et passer à autre chose quand « cela ne prend pas ».

De plus, j'ai parfois été très étonné du décalage qu'il pouvait y avoir entre les propos verbalisés en fin de séance et les impressions que j'avais pu avoir pendant.

Très investie pendant la séance, Alice semble prendre plaisir dans ce qui lui est proposé. Lorsque nous lui demandons d'évoquer ses ressentis, elle ne dit rien. Elle hausse les épaules et fait « la mou ». Elle donne l'impression de ne pas avoir apprécié plus que cela le contenu de la séance, d'où l'importance de l'observation psychomotrice et de la verbalisation.

Le travail de groupe repose souvent sur un partenariat. Il me paraît important que ce couple fonctionne bien afin qu'il assure une contenance et une sécurité suffisante pour les patients. Le duo thérapeutique fait parti du cadre. Il soutient et renforce la dynamique de groupe quant au projet de groupe, il nécessite un travail de préparation en amont et de reprise en aval. Le groupe est un espace de médiation qui permet de ressentir son corps et dans un mouvement dynamique, il permet la transformation et la symbolisation des éprouvés.

L'espace-temps (suivi individuel ou de groupe, être présent ici et maintenant) de la séance fournit un cadre sécure qui soutient la relation à l'environnement de l'adolescent. Par la présence du ou des thérapeutes, et/ou d'éventuels autres participants et par les mises en jeu corporelles, le sujet nourrit la relation à l'autre, à lui-même, à son corps et alimente ainsi sa vie psychique.

DISCUSSION

D'après le dictionnaire Larousse, le regard désigne « l'action et la manière de diriger les yeux vers un objet afin de le voir ». Dans ce contexte, le regard renvoie au sens qu'est la vue. Cependant, il ne se limite pas à la fonction physiologique des yeux. Fondement de la relation à l'autre, il participe à la communication (verbale et non verbale). Ainsi, il permet l'expression d'une foule de sentiments et d'émotions. Le regard peut aussi être qualifié de « regard intérieur ». Il permet de faire l'examen de sa « propre conscience » et notamment lors de la relaxation.

C'est à travers la lucarne de nos sens que nous nous percevons, nous-mêmes, dans notre environnement. De cette façon, s'établit une réalité subjective.

Dès la naissance, peut-être même avant, la façon dont les parents regardent le nouveau-né joue un rôle essentiel dans son sentiment d'existence. Le regard participe à l'étayage corporel. Il soutient et accompagne l'enfant en développement.

L'annonce d'un handicap ou d'une pathologie, et les répercussions que cela entraîne bouleversent souvent la parentalité. Démunis, les parents n'osent plus. Le regard attentif du psychomotricien soutient les interactions précoces. Les parents doivent pouvoir continuer de rêver leur enfant.

Différents auteurs ont étudié la relation patient-thérapeute. Elle repose sur l'empathie du thérapeute envers le patient. Le soignant peut s'identifier à la personne qui se trouve face à lui mais il sait qu'il est lui-même et qu'il ne s'agit que d'une simulation. Il ne s'agit pas de partager l'émotion de l'autre mais de la comprendre et de lui signifier. Les neurones miroirs et le regard y participent.

« Les yeux sont le miroir de l'âme » (Y. Le Guern, 2001). Il est enseigné aux futurs psychomotriciens d'observer avec attention, de porter un regard neutre et bienveillant sur le sujet. Le regard constitue un élément essentiel du suivi. Toujours présent, il gène ou rassure. Le thérapeute reste vigilent à cela. Il écoute attentivement avec ses yeux.

Le psychomotricien reconnaît la plainte du sujet. Ainsi, il favorise le transfert positif et l'établissement d'une relation thérapeutique de confiance. « Celui qui ne comprend pas un regard ne comprend pas davantage une longue explication. » (cité par F. de Sainte Maréville, 2014, 208). Constituant un point d'ancrage, le regard du thérapeute contribue à cet étayage, indispensable au soin.

En groupe, le ou les psychomotriciens invitent les participants à porter un regard bienveillant envers eux-mêmes et envers les autres.

Dans son attitude comme dans son regard, le psychomotricien garde une certaine distance avec le patient afin de lui permettre une ouverture sur l'extérieur et de ne pas l'enfermer dans une relation de dépendance. Leurs présences respectées, chacun prend appui sur l'autre. Le thérapeute porte attention au sujet. Il entend, accueille et reformule. Ainsi, il permet au patient d'exister.

Bien que tout un chacun, âges et publics confondus, puisse être un jour concerné par la douleur. Tout n'est pas douleur. L'abord de ce phénomène ne doit pas se faire dans n'importe quelle mesure. Il ne s'agit pas de supprimer la douleur lorsque le sujet vit avec depuis des années et qu'il n'y est pas préparé. Il ne s'agit pas non plus d'être dans une quête permanente de soulagement. Le psychomotricien ne peut pas et ne doit pas gérer la douleur de l'autre. Il est là pour accompagner le sujet dans la gestion de sa propre douleur et non pour le guérir. Le patient ne comprend pas pourquoi il a mal, le thérapeute le guide dans sa compréhension. Le rôle du psychomotricien est donc de réguler l'utilisation des outils proposés, d'aider le sujet à cheminer et de l'accompagner vers une fin de suivi qui peut poser question chez le sujet douloureux chronique.

Pour s'engager pleinement dans un suivi thérapeutique, le psychomotricien doit faire preuve d'empathie, d'authenticité et de recul (connaître ses limites). Il offre par son regard spécifique assurance et confiance. Par des propositions thérapeutiques adaptées, il favorise la prise de conscience et la verbalisation. Le patient, acteur de son projet, est accueilli dans sa singularité et sa globalité.

CONCLUSION

Ce mémoire repose sur mon expérience en psychomotricité et sur mes stages de troisième année en Centre Médico-Psychologique, en IEM et en SPM.

La douleur chronique n'est pas réductible à un phénomène organique, ni à un âge ni à une population. Elle affecte le sujet dans sa globalité. Elle peut devenir un élément constitutif de son mode de fonctionnement. Ceci pose la question de la douleur pour exister ? Des facteurs de pérennisation, des effets ou des bénéfices secondaires peuvent survenir avec la chronicisation de la douleur. Le contexte socio-culturel et familial influence la douleur chronique. Aussi, nous savons qu'elle impacte les fonctions psychomotrices, la vie affective, familiale ou scolaire du jeune. La douleur chronique bouleverse la relation à soi, à l'environnement et à l'autre chez l'adolescent.

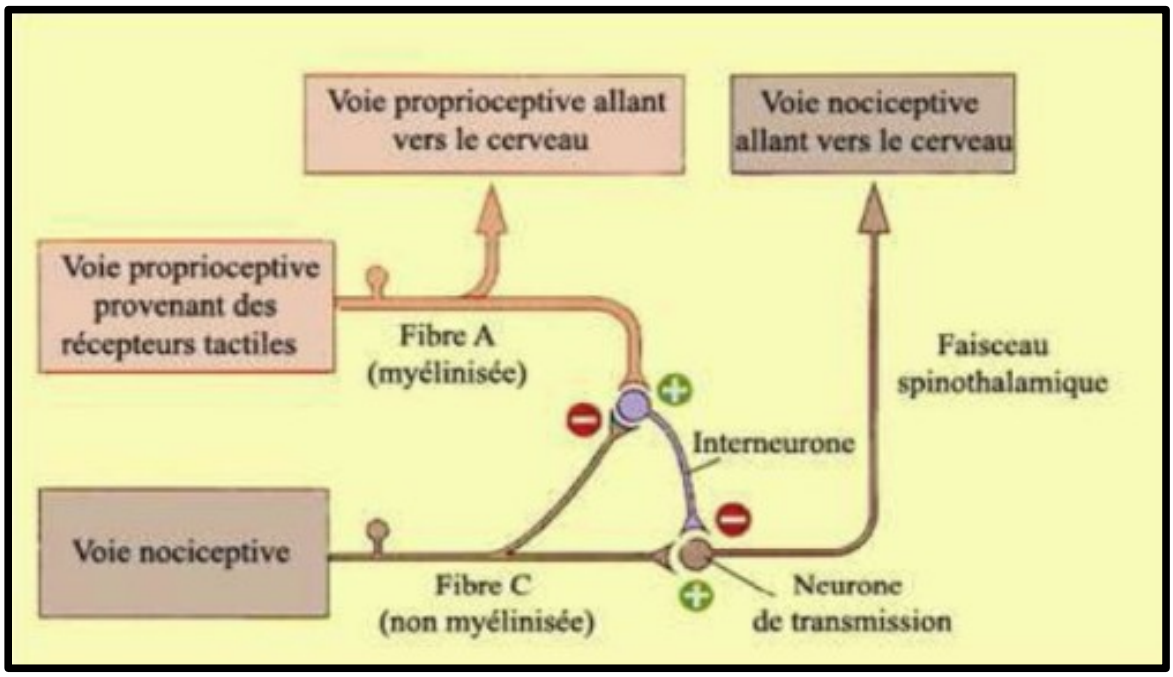
La psychomotricité tient compte du sujet dans son intégralité. Le psychomotricien soigne l'environnement dans lequel il accueille le jeune, le relationnel et les propositions thérapeutiques. L'installation, les mobilisations, le jeu et la détente permettent au sujet de se détourner de ses tensions corporopsychiques. Les temps de verbalisation favorisent la prise de conscience des ressentis corporels, des difficultés rencontrées et permettent au thérapeute de s'adapter.

L'objectif est d'accompagner le sujet, de le soutenir et de lui permettre de trouver des solutions qui lui sont propres. Ainsi, il peut s'adapter au quotidien et adapter ses habitudes à sa pathologie et à ses douleurs. Relatifs au jeune, les outils développés visent un mieux-être psychique et corporel.

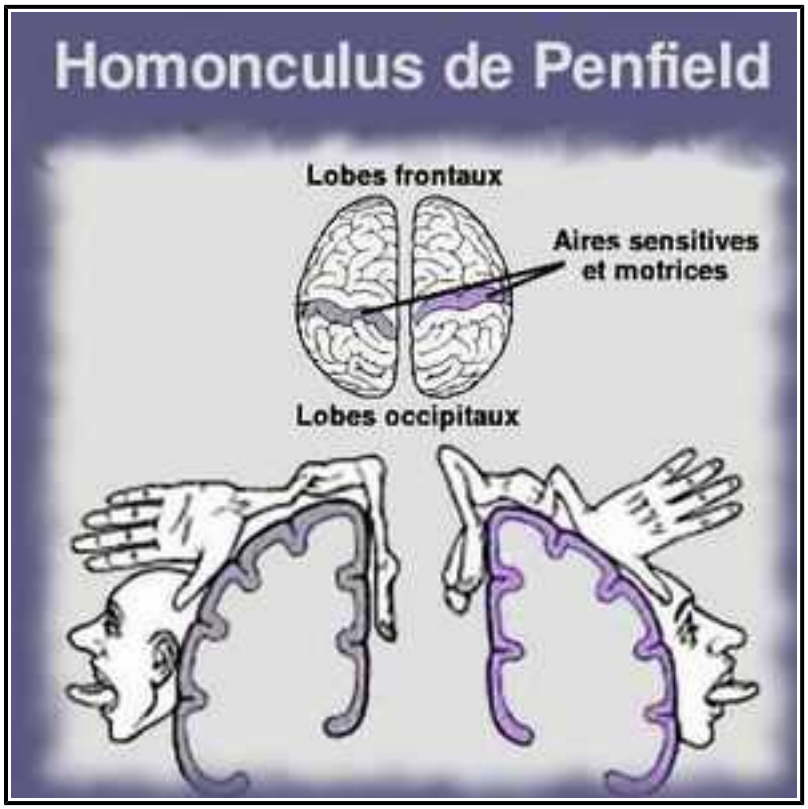
Les supports utilisés ne sont pas exhaustifs, d'autres étais peuvent être envisagés comme la relaxation en milieu aquatique développée par C. POTEL.

La douleur est un phénomène subjectif et multifactoriel, la transdisciplinarité paraît donc essentiel dans la prise en soin des jeunes douloureux chroniques. Le psychomotricien participe à la prise en soin non médicamenteuse de la douleur chronique et considère sa pluridimensionnalité en agissant sur le corps et la psyché.

A1. Schéma représentatif de la théorie du gate control.



A2. Schéma topique de l'Homonculus sensitif et moteur



A3. Échelle Verbale Simple

Douleur au moment présent :	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense

A4. Échelle Numérique

Douleur au moment présent:

pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 douleur maximale imaginable

Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours:

pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 douleur maximale imaginable

Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours:

pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 douleur maximale imaginable

A5. Échelle Visuelle Analogique (adulte)

Douleur au moment présent:

pas de douleur ——————————— douleur maximale imaginable

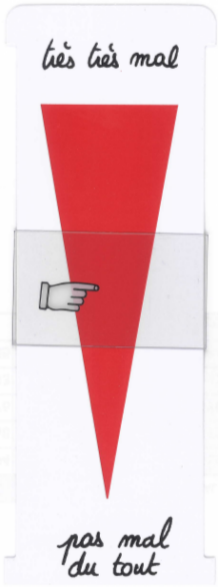
Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours:

pas de douleur ——————————— douleur maximale imaginable

Douleur la plus intense depuis les 8 dernier jours:

pas de douleur ——————————— douleur maximale imaginable

A6. Échelle Visuelle Analogique (enfant)



A7. DN4

QUESTIONNAIRE DN4

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, veuillez répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par «oui» ou «non»

INTERROGATOIRE DU PATIENT

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	OUI	NON
1. Brûlure	☐	☐
2. Sensation de froid douloureux	☐	☐
3. Décharges électriques	☐	☐

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	OUI	NON
4. Fourmillements	☐	☐
5. Picotements	☐	☐
6. Engourdissement	☐	☐
7. Démangeaisons	☐	☐

EXAMEN DU PATIENT

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire ou l'examen met en évidence ?

	OUI	NON
8. Hypoesthésie au tact	☐	☐
9. Hypoesthésie à la piqûre	☐	☐

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	OUI	NON
10. Le frottement	☐	☐

OUI = 1 point NON = 0 point

Valeur seuil pour le diagnostic de douleur neuropathique : 4/10

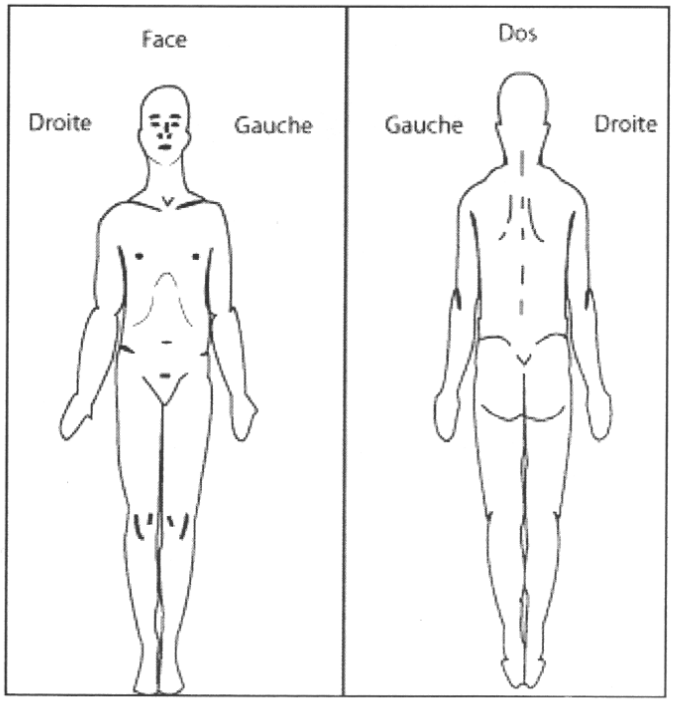
Score du Patient : /10

A8. Schéma des zones douloureuses (adulte)

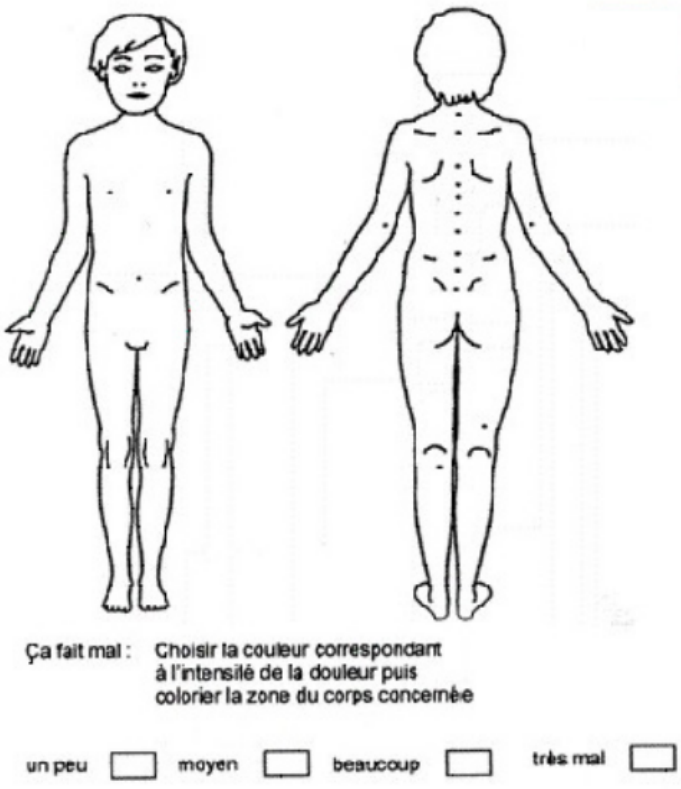
Indiquez sur le schéma ci-contre où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en hachurant la zone.

Mettez sur le schéma un “S” pour une douleur près de la surface de votre corps ou un “P” pour une douleur plus profonde dans le corps.

Mettez un “I” à l’endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



A9. Schéma corporel (enfant)



A10. Bilan psychomoteur

- S'est déroulé sur 2 séances.

➔ **Motricité globale.**

- Peut tenir assise, seule, hors du fauteuil même si cela lui demande un effort de contrôle.
- Se déplace sur les fesses.
- En décubitus dorsal, elle prend appui sur ses membres supérieurs pour reculer. Ne s'appuie pas sur ses jambes.
- Peut lancer/viser, lancer/attraper.

➔ **Espace-Temps**

- Est repérée dans l'espace et dans le temps.

➔ **Schéma corporel et image du corps.**

- Début de l'épreuve : propos dévalorisants à son égard « Je ne dessine pas très bien, avant je dessinais mieux. »
- S'est dessinée en compagnie de son chat.
- Dessin minimaliste et peu détaillé (pas de mains ni de nez).
- Ne connaît pas le nom des doigts.
- Pression exercée sur le stylo (main gauche) et la feuille importante.

➔ **Latéralité et axe corporel**

- Ne tient pas compte de la réversibilité pour localiser ses douleurs sur la feuille. « Je me repère par rapport au pied où j'ai mal ».
- Préférence manuelle à gauche mais conduit son fauteuil électrique avec sa main droite.

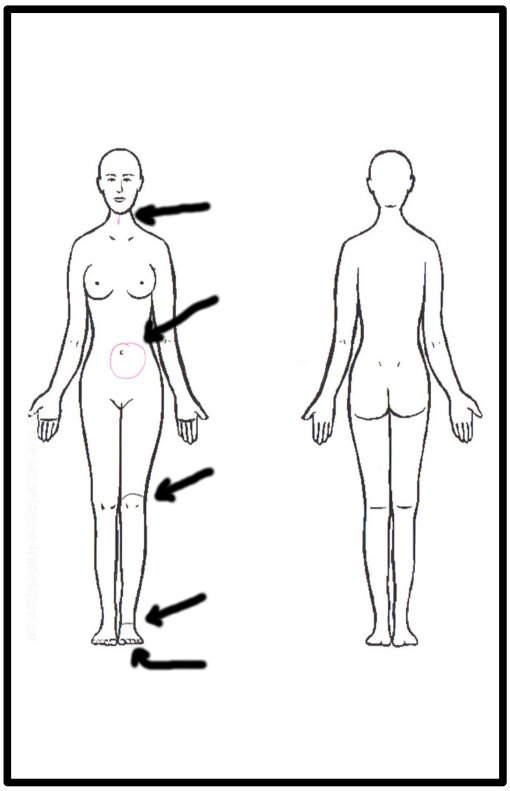
➔ **Posture et Tonus : extensibilité et ballant.**

- Attitude cyphotique prononcée lors des activités à table.

- Pas de possibilité de relâchement.
- Persévérations et fortes contractions.
- Hypertonie et contrôle notables. (+ rigidité digitale)

A11. Dessin du Bonhomme de Stéphanie.

A12. Schéma corporel des zones douloureuses (Stéphanie)



GLOSSAIRE

Anisme : Dysfonctionnement des muscles contrôlant les contractions de l'anus. La défécation implique la relaxation de ces muscles. L'anisme provoque une constipation chronique et une douleur parfois intense lors de la défécation. Il se produit également chez les enfants, parfois dès la naissance.

Anorexie mentale : Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou a dessus d'un poids minimal normal pour l'âge et pour la taille, et une peur intense de prendre du poids ou de devenir gros alors que le poids est inférieur à la normal.

Diabète I ou diabète insulinodépendant (DID) : Affection chronique caractérisée par une glycosurie (présence de sucre dans les urines) provenant d'une hyperglycémie (excès de sucre dans le sang). Les individus qui sont atteints de diabète de type 1 produisent très peu ou pas du tout d'insuline en raison d'une réaction auto-immune qui détruit partiellement ou entièrement les cellules bêta du pancréas. Ces dernières ont pour rôle de synthétiser l'insuline, qui est essentielle à l'utilisation du glucose sanguin par l'organisme comme source d'énergie. Dans ce type de diabète, il est absolument nécessaire de prendre régulièrement de l'insuline.

HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

Infirmité Motrice Cérébrale : État pathologique non évolutif, avec une déficience intellectuelle le plus souvent modérée, consécutif à une lésion cérébrale périnatale des centres moteurs.

Méningocèle : Malformation congénitale secondaire à un défaut de fermeture de l'arc neural, formation d'un sac constitué par la peau qui recouvre le défect vertébral, la dure-mère, l'arachnoïde et le liquide céphalo-rachidien.

Mucoviscidose : Maladie héréditaire, sévère et fréquente, de la sécrétion glandulaire exocrine, atteignant surtout le pancréas et les bronches, et entraînant des troubles digestifs et respiratoires chroniques. Elle se développe dès la naissance, et évolue avec des épisodes d'aggravation.

Paralysie cérébrale : Troubles permanents du développement du mouvement et de la posture, responsables de limitations d'activité, causés par des atteintes non progressives survenus lors du développement du cerveau chez le fœtus ou le nourrisson. Les troubles moteurs de la paralysie cérébrale sont souvent accompagnés de troubles sensoriels, perceptifs, cognitifs, de la communication et du comportement, d'une épilepsie et de problèmes musculo-squelettiques secondaires.

Polyhandicap : Handicap grave à expression multiple, ayant des étiologies diversifiées, dont le point commun est un dysfonctionnement du système nerveux central. Il intervient de façon précoce ou alors au cours du développement (maladies dégénératives, pathologie acquise). Il entraîne une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation.

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture

BIBLIOGRAPHIE

Formations :

Le 26.09.15 : Stage méthode Feldenkrais - Caen

Le 10.10.2015 : Stage d'Eutonie - Caen

Le 8.12.2015 : Les régionales de la douleur (notamment D. DEVILLERS) - Lille

Le 19.03.2016 : *« L'approche du soin psychomoteur à visée antalgique »* – Soissons

Le 24.03.2016 : Journée d'Étude sur les TCA – Caen

Le 2.04.2016 : Journée d'intervention avec C. Potel – Caen

« Corps d'enfant, corps d'adolescent. Ce corps en cause, ce corps qui cause »

Films :

Le 28 février 2016 :

http://m.france2.fr/emissions/infrarouge/videos/replay_-_quand_javais_6_ans_jai_tue_un_dragon_23-02-2016_1069629

Le 30.03.2016 : « Presque comme les autres ». Comédie dramatique de Bertrand R. sur France 2

Ouvrages :

Chabert C. et André J. et Azoulay C. et all. (2015). La douleur. Toulouse : éd. Érès.

Dufour A. (2013). Réflexologie. Paris : éd. Hachette Livre.

Duliège D. (2002). L'Eutonie Gerda Alexander. Meschers Sur Gironde : éd. Bernet-Danilo.

Grand Corps Malade (2012). Patients. Paris : Édition du Seuil.

Jaquet C. et Neveu P. et Pireyre E. et all. (2014). Les liens corps esprit : Regards croisés. Paris : éd. Dunod.

Lesage B. (2012). Jalons pour une pratique psychocorporelle. Toulouse : éd. Érès.

Potel C. (2010). Être psychomotricien. Toulouse : éd. Érès.

Chapitres d'ouvrage :

Le Breton David. (2010). **Il n'y a pas de douleur sans souffrance** in Expériences de la

douleur. Paris : éd. Métailié (pp 13-30).

Potel C. (2008). **Le corps à l'adolescence. Des médiations corporelles pour les adolescents : de la danse à la relaxation** in Psychomotricité : entre théorie et pratique. éd. In Press. (pp 215 - 248)

Prayez P. et Savatofski J. (2002). **Prendre la main** in Le toucher apprivoisé. Reuil-Malmaison : éd. Lamarre. (pp 33 – 36)

Prayez P. et Savatofski J. (2002). **Nuque et dos : antistress et confort** in Le toucher apprivoisé. Reuil-Malmaison : éd. Lamarre. (pp 37 – 40)

Prayez P. et Savatofski J. (2002). **Prendre soin de soi… pour mieux prendre soin des autres** in Le toucher apprivoisé. Reuil-Malmaison : éd. Lamarre. (pp 85 - 88)

Prayez P. et Savatofski J. (2002). **Toucher et communication non verbale** in Le toucher apprivoisé. Reuil-Malmaison : éd. Lamarre. (pp 107 – 116)

Prayez P. et Savatofski J. (2002). **Corps-Accord** in Le toucher apprivoisé. Reuil-Malmaison : éd. Lamarre. (pp 119 – 126)

Revue : La douleur physique en psychomotricité. Évolution psychomotrice (2002), n°57 - vol 14, pp 115-137.

Articles :

Bauplé N. et Siegel V. (avril 2012). Mieux prendre en charge la douleur. Principes de santé, n°44, page 57.

De Lauriston S., Pillot D. et Matta B. (2005). La souffrance dans la douleur chronique. Thérapie psychomotrice et Recherches, n°142, pages 14-23.

De Lauriston S., Pillot D. et Matta B. (2005). Douleur chronique et psychomotricité. Thérapie psychomotrice et Recherches, n°142, pages 24-33.

De Lauriston S. et Matta B. (2005). Réflexions autour de la problématique de « l'arrêt » de la prise en charge à la consultation de la douleur chronique rebelle par la psychomotricienne. Thérapie psychomotrice et Recherches, n°142, pages 30-49.

Djéa S. (décembre 2008). L'évaluation de la douleur en santé mentale. Douleur & santé mentale, n°3.

Dortier JF. (décembre 2011/janvier/février 2012). P(e)nser ses Plaies. Le journal de

toutes les psychologies, volume n°3, pages 32-35.
Le Breton D. (novembre 2015). Toute douleur est souffrance. La lettre du neurologue, volume XIX, éditorial.
Nègre I. et Wood C. (décembre 2011/janvier/février 2012). Quelle prise en charge pour la douleur ?. Le journal de toutes les psychologies, volume n°3, pages 50-53.
Ricoeur P. (septembre/octobre 2012). Douleur et souffrance, sur les pas de Paul Ricoeur. Soins psychiatrie, page 14.
Stein C. (octobre/novembre 1989). « Tu es, toi aussi, dans ma douleur, » où les pièges de la compassion. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, volume 10, pages 469-471.
PERNES P. (21, 22 et 23 janvier 2004). La douleur chez la personne polyhandicapée. Journées d'étude APF Formation.

Émissions de radio :

Le 27 février 2016 :
http://www.franceinter.fr/emission-la-tete-au-carre-la-douleur

Rencontres & contacts téléphoniques :

Le 26.10.2015 – Association Handy Rare et Poly.
Professionnels, famille d'enfants et d'adolescents.

Liens internet :

Le 3.11.2015 :
http://www.psychiatriemed.com/fabrice_lorin_histoire_de_la_douleur.php
Le 9.04.2016:
http://www.antalvite.fr/pdf/Le%20toucher%20therapeutique%20par%20le%20psychomotricien.pdf (E. Buton et M. D'Astorg)
Le 15.04.2016 : http://www.cornelsen.de/erw/1.c.2120423.de
Le 23.04.2016 : https://www.ecosia.org/images?q=douleur+&size=&aspect=&f=false
Le 24.04.2016 :
https://www.ecosia.org/images?q=gate+control&size=&aspect=&f=false

Résumé

La douleur est un phénomène subjectif. La douleur chronique est multifactorielle et affecte le sujet dans son intégralité. Elle ébranle le quotidien de l'adolescent. La relation à soi, à l'environnement et à l'autre, se trouvent bouleversées. Les perceptions spatio-temporelles, relationnelles et corporelles se trouvent modifiées. Le psychomotricien s'appuie sur des échelles et sur son observation pour évaluer la douleur chronique et ses répercussions. Il s'intéresse à la plainte et aux manifestations corporelles du sujet. Ainsi, il peut en tenir compte dans sa pratique et élaborer un projet thérapeutique adapté. Le thérapeute propose des expériences psychocorporelles individuelles ou de groupe. En cela, il permet au sujet douloureux chronique d'éprouver son corps différemment. La prise de conscience du corps soutient la réorganisation de son quotidien et un mieux-être psychique.

Mots clés : Douleur chronique – Psychomotricité – Adolescent – Relations – Prise de conscience

Summary

Pain is a subjective feeling. Chronic pain is multifactorial and affects the whole person. It shakes teenagers' habits. The relation to their body, to their environment and to their social lives are upset. The spatiotemporal, relational and physical perceptions are modified. Psychomotor therapists use scales and observation to estimate chronic pain and its consequences. They pay particular attention to the complaint and the physical manifestation of the individual's pain. So, they can take it into account in their practice and propose an adapted therapy. The therapists may propose individual or group body psychotherapy. Therefore, they allow people with chronic pain to feel their body differently. Body awareness helps reorganising and improving the individual's quality of life, as well as feeling psychologically better.

Key words : Chronic pain – Psychomotor education – Teenagers – Relationship - Awareness