

**Institut de Formation de Psychomotricité
Fac. Med. Pierre et Marie Curie
Paris VI. Site Pitié Salpêtrière
cours: Psychomotricité 3^{ème} année
15 octobre 2007**

Apport de la psychomotricité à la Consultation de la Douleur chronique



Sylvia LAW de LAURISTON
Psychomotricienne DE
Consultation de la Douleur
sylvia.delauriston@ch-soissons.fr
Tél./Fax :03.23.75.71.29

Plan

1ère partie :

La Douleur une lutte au quotidien :

- Cadre législatif et plan de lutte contre la douleur :
- Définition de la douleur
- Caractéristiques des douleurs aiguës et chroniques
- Les 4 Composantes de la douleur chronique
- Le syndrome douloureux chronique
- Les mécanismes de la douleur
- La prise en charge des patients douloureux chroniques par des thérapies médicamenteuses et non-médicamenteuses

Plan

2^{ème} partie:

- L'apport de la psychomotricité à la Consultation :
- Indications et contre-indications
- Le bilan psychomoteur
- Les différentes formes d'exercices de la psychomotricité

3^{ème} partie

- Cas cliniques :
- Mr P. (patient présentant une maladie de Parkinson)
Mme L. (patiente présentant une algoneurodystrophie main droite)

La Douleur une lutte au quotidien

- **Cadre législatif et plan de lutte contre la douleur**
- Divers textes ,recommandations rappellent que la prise en charge de la douleur ne peut être efficace que par une prise en charge pluridisciplinaire .Médecins et infirmiers sont tenus en application de la loi et de leur règles professionnelles de prendre en considération la DOULEUR
- **Loi du 4 mars 2002 n°2002-303** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé:
- Ar.1;1110-5: 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 »

La Douleur une lutte au quotidien

- **Cadre législatif et plan de lutte contre la douleur**
- **Circulaire du 30 avril 2002 N°266 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005** dans les établissements de santé. Un travail dans la continuité et 3 nouvelles priorités: poursuivre l'amélioration de la prise en charge de la douleur notamment la douleur chronique rebelle (lombalgie, céphalées chroniques, douleurs cancéreuses)
ET
 - 1) prévenir et traiter la douleur provoquée par les soins, les actes quotidiens et la chirurgie
 - 2) Mieux prendre en charge la douleur de l'enfant
 - 3) reconnaître et traiter la migraine
- **Cinq objectifs :**
 - 1) associer les usagers par une meilleure information
 - 2) améliorer l'accès du patient souffrant de douleurs chroniques à des structures spécialisées
 - 3) améliorer l'information et la formation des personnels de santé
 - 4) amener les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur
 - 5) renforcer le rôle infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée

La Douleur une lutte au quotidien

- **Cadre législatif et plan de lutte contre la douleur:**

- **plan de lutte contre la douleur 2006-2010.**

Le Gouvernement veut renforcer la lutte contre la douleur en mettant en œuvre, pour les années 2006-2010, un plan qui répond à cette exigence sanitaire et sociale.

Il repose sur quatre axes :(coût 26 millions d'euros)

- **Améliorer la prise en charge de la douleur des populations vulnérables:**

pour les enfants et adolescents le gouvernement souhaite améliorer la prise en charge de la douleur provoquée par les soins, développer les formes pédiatriques d'antalgiques et mieux la dépister et traiter les douleurs chroniques

pour les personnes handicapées ,âgées et en fin de vie , le plan permettra de diffuser des outils d'évaluation de la douleur et d'aide à la prescription, ainsi que de réaliser des formations de sensibilisation dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et les services de soins à domicile .l'accent est mis sur la prise en charge de la douleur psychologique de ces personnes et sur leur accompagnement lors de l'annonce du diagnostic (cancer, maladie d'Alzheimer...)

La Douleur une lutte au quotidien

Cadre législatif et plan de lutte contre la douleur: plan de lutte contre la douleur 2006-2010.

- Renforcer la pratique initiale et continue des professionnels de santé. Dans le cadre du plan ,le gouvernement souhaite créer un diplôme d'étude spécialisée complémentaire sur la douleur et les soins palliatifs ,mieux intégrer la douleur au sein des études spécialisées de médecine générale et inscrire ce thème dans le cadre de formation professionnelle continue des médecins libéraux
- Améliorer les traitements médicamenteux et les méthodes non pharmacologiques dans des conditions de sécurité et de qualité. Il est nécessaire de mieux connaître la consommation des antalgiques, de simplifier le circuit des substances exerçant un effet physiologique similaire à celui de la morphine,de déterminer les conditions de mise en oeuvre des traitements à domicile,de prévenir des douleurs induites par les soins et de développer les traitements physiques ou **les méthodes « psycho corporelles »**
- Structurer la filière de soins. Le plan vise à décloisonner l'organisation de la prise en charge de la douleur chronique,dans le parcours de soins,les réseaux de santé,la coopération inter hospitalière et au sein des établissements sociaux et médico-sociaux,en valorisant et en renforçant les structures de prise en charge .

La Douleur une lutte au quotidien

Cadre législatif et plan de lutte contre la douleur:
plan de lutte contre la douleur 2006-2010.

- Conclusion: les psychomotriciens font partie de l'équipe pluridisciplinaire et doivent s'engager dans cette lutte .comme tous les membres de l'équipe ,ils doivent intégrer les méthodes d'évaluation (échelles E.V.A.,E.N, E.V.S) et pouvoir en parler avec les membres de l'équipe

La Douleur... une lutte au quotidien

- Définition de la douleur :

L'International Association for the Study of Pain (I.A.S.P) propose de définir la douleur comme :

« **Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel, ou décrite dans des termes évoquant un tel dommage** »

L'intérêt de cette définition est de ne pas réduire la notion de douleur aux seules causes lésionnelles.

Si la plainte se fait en termes d'un désordre physique ,même si celui-ci ne peut être documenté,il s'agit malgré tout d'une douleur authentique .Cette notion a d'importantes conséquences dans la pratique clinique car on sait que,dans un modèle strictement périphérique,ces douleurs risquent d'être assimilées à des douleurs imaginaires,discutables,simulées,ce qui conduit à des attitudes de rejet du patient

Quel que soit son mécanisme initiateur somatique, neurologique ou psychologique, la douleur proprement dite constitue dans tous les cas une expérience subjective ,un phénomène neuropsychologique,central.

Cette définition montre bien la complexité du phénomène « DOULEUR »

La Douleur.... une lutte au quotidien

Caractéristiques des douleurs aiguës et chroniques

	Douleur aiguë	Douleur chronique
Finalité biologique	Signe d'alarme utile Le plus souvent protectrice Oriente le diagnostic symptôme	Inutile, détruit physiquement, psychologiquement et socialement Syndrome ou maladie qui dure depuis 3 à 6 mois
Aspect évolutif	Douleur transitoire	Douleur permanente, récurrente, répétitive
Mécanismes générateur	uni factoriel	plurifactoriel
Réactions végétatives	Tachycardie, polypnée, mydriase, sueurs	Entretien: rôle des composantes de la douleur qui maintiennent ou amplifient la douleur
Retentissement psychologique	Anxiété	Dépression: perte de l'appétit, troubles du sommeil, irritabilité, repli sur soi, diminution de la tolérance à la douleur. Avoir mal... être mal. Retentissement sur le comportement: plainte, envahissant, modifi- cation du mode de vie, de l'activité, des relations, augmentation consommation d'antalgiques
Traitement	Curatif, étiologique, antalgique	Pluridimensionnel (somato - psychosocial) Réadaptatif, anxiolytiques, antidépresseur

Sylvia LAW de LAURISTON

10

15.10.07

La Douleur.... une lutte au quotidien

- Les quatre composantes de la Douleur :
 1. Composante sensori- discriminative
 2. Composante affective et émotionnelle
 3. Composante cognitive
 4. Composante comportementale

La Douleur.... une lutte au quotidien

Les quatre composantes de la Douleur

- 1.La composante sensori- discriminative :
- Elle correspond aux aspects qualificatifs et quantitatifs de la sensation douloureuse,ou pour le dire en d'autres termes, **à ce que sent le patient** ? Quelques questions simples permettent de cerner cette composante:
- où est localisé la douleur?A quel endroit? Superficielle ou profonde? Y a-t-il des irradiations?A quoi ressemble –t-elle ? Quelle est son intensité ? Qu'est ce qui l'aggrave ou la soulage ? Élançements?Pénétrante?Décharges électriques ? Coup de poignard ? En étau? Tiraillement? Brûlure ? Fourmillements? Lourdeur?
- Cette composante est peu verbalisée chez l'enfant

La composante sensori- discriminative a valeur sémiologique car les réponses aux questions posées permettent d'évoquer des causes possibles. cette composante est celle qui est le plus souvent mise en avant en situation de douleur aigue par les patients dénuées de psychopathologie flagrante

La Douleur.... une lutte au quotidien

Les quatre composantes de la Douleur

- 2. La composante affective et émotionnelle (vécu intime):
Elle correspond aux aspects désagréables et pénibles de la douleur, ou, plus précisément, **à la façon dont le patient ressent la douleur => cf vécu corporel, ressenti corporel** (Cours F. Giromini). La douleur peut être décrite comme une gêne, supportable et il est rare qu'elle ne donne pas l'occasion à de multiples consultations médicales.
Elle peut au contraire être ressentie comme particulièrement pénible, exaspérante, énervante, obsédante, angoissante, horrible, épuisante, déprimante, pour tout dire insupportable, et alors elle motive la quête d'un soulagement.
La composante affective et émotionnelle dépend du caractère et de la personnalité du patient. C'est elle qui est le plus souvent mise en avant en situation de douleur chronique ou en cas de décompensation psychologique.

La Douleur.... une lutte au quotidien

Les quatre composantes de la Douleur

3. La Composante cognitive (référence à d'autres situations):

- Quelle signification le malade donne de sa douleur chronique ?
- Cette composante regroupe les processus mentaux susceptibles d'influencer le malade dans sa perception de la douleur, c'est à la signification consciente ou non, que lui accorde le patient, c'est un ensemble de postulats (ou d'idées toutes faites) ,de croyances erronées,voire de teintées de « catastrophisme » ; d'informations incomplètes largement dépendantes des facteurs socioculturels ainsi que de histoire personnelle et familiale .
- Les circonstances de survenue de la douleur sont importantes telles que des revendications de compensation financières dans le cadre d'un accident du travail .

La Douleur.... une lutte au quotidien

Les quatre composantes de la Douleur

- 4) La composante comportementale: manifestations verbales et non verbales

La stimulation Douloureuse induit une réponse ,le malade répond par un comportement adapté (coping positif) ou inadapté avec renforcement positifs:attention,sollicitude de l'entourage et avantages financiers renforcements négatifs : évitement,isolement, rejet)

En plus des quatre composantes de la douleur citées précédemment on aurait pu ajouter

- 5) Contexte socio-économique un artisan ou un chômeur ne réagissent pas de la même manière à un même mécanisme douloureux ...
- 6) Composante culturelle et ethnique .
- 7) Composante religieuse

=>nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire d'une douleur chronique

La Douleur.... une lutte au quotidien

Le syndrome douloureux chronique

- La place centrale du symptôme douloureux, représente une condition en soi, **le syndrome douloureux chronique** qui se différencie à travers plusieurs aspects de la douleur aiguë symptomatique. On constate alors que la « **douleur- symptôme** » bien connue de chacun et dont l'origine est attribuable à une lésion identifiable, est remplacée par la **douleur –syndrome** »
- La prise en charge de ces patients est radicalement opposée à la thérapeutique proposée dans la douleur aiguë .Ce contraste et la complexité de la problématique bio psychosociale posée par ces malades, justifie une approche sur un autre modèle que le modèle biomédical traditionnel .
- La Douleur chronique est une douleur dont le concept est basé uniquement sur la notion de durée,
- il s'agit bien d'une maladie chronique, avec laquelle le patient doit apprendre à vivre avec

La Douleur.... une lutte au quotidien

Le syndrome douloureux chronique

- Le « syndrome de douleur chronique » peut être défini comme 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 (dépression, anhédonie, alexithymie,...)
- 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 (American Society of anesthesiologists 1997)

La Douleur.... une lutte au quotidien

les mécanismes de la douleur

- Douleur par excès de stimulation nocive (ou nociceptive)
- La douleur répond à une activation excessives des récepteurs périphériques de la douleur, transmission vers le cerveau avec une modulation et un contrôle des influx douloureux aux différents étages du système nerveux et surtout au niveau de la moelle épinière Il ne s'agit ni de lésion, ni de dysfonctionnement du système nerveux périphérique et central. Ce sont les douleurs dont l'origine est une altération des viscères, des vaisseaux et de l'appareil locomoteur
- On les appelle aussi douleur par excès de nociception de type mécanique c'est à déclenchée par le mouvement .Au repos la douleur est souvent absente .

La Douleur.... une lutte au quotidien

les mécanismes de la douleur

- Les douleurs psychogènes :Elle peuvent être en rapport avec une problématique psychologique (suite de deuil) ou psychopathologique(angoisse,dépression) .Douleurs caractéristique qui s'exprime à travers le corps et dont le diagnostic repose avant tout sur les signes suivants: éléments du discours, personnalité pathologique entrant dans le cadre d'une névrose hystérique ,d'une hypocondrie.
- Douleur répondant à un mauvais fonctionnement psychique
- Ce ne sont pas des douleurs de causes non retrouvées ni des douleurs simulées

La Douleur.... une lutte au quotidien

les mécanismes de la douleur

- La douleur « sine materia »
- Le diagnostic repose sur la négativité d'un bilan organique minutieux, la mauvaise réponse au traitement antalgique, le caractère atypique du tableau clinique, les localisations évocatrices, une description particulière de la douleur.

La Douleur.... une lutte au quotidien

prise en charge médicamenteuses et non -
médicamenteuses

- Médicamenteux (pas développé dans ce cours)

- Non – médicamenteux:

La neurostimulation transcutanée ou
(transméduillaire, transcorticale)

Séances de kinésithérapie

Soutien psychologique

L'acupuncture

La prise en charge par la diététicienne

L'assistante sociale

=> la psychomotricité

La douleur ...une lutte au quotidien

conclusion

- La douleur chronique est multifactorielle. La prise en charge du patient douloureux chronique nécessite la pluridisciplinarité ainsi qu'un travail en équipe.
- C'est justement en agissant sur ces différents facteurs (physiologiques, psychologiques, social) que la psychomotricité contribue au soulagement, à l'écoute, à la réinsertion du patient douloureux chronique.

2^{ème} Partie:

Apport de la psychomotricité à la Consultation de la Douleur

La pratique de la psychomotricité à la consultation de la douleur :

- Indications et contre-indications
- Bilan psychomoteur
- La rééducation psychomotrice (syndrome neurologique)
- Thérapie psychomotrice
- « Relaxation psychomotrice en milieu aquatique » en groupe

Conclusion:

- Importance de l'observation et de la sémiologie

Apport de la psychomotricité à la Consultation de la Douleur

- Indications et contre-indications:
- La psychomotricité participe à la globalité des soins et à l'optimisation de la prise en charge des patients intervenant sur les fonctions motrices, cognitives et affectives de l'individu par l'intermédiaire de techniques corporelles, afin de lui permettre de trouver un nouvel équilibre dans ses rapports à lui-même et à son environnement. (décret N°88659 de 1988 relatif aux actes des psychomotriciens)

Apport de la psychomotricité à la Consultation de la Douleur

- Indications et contre-indications:
- Indications:
- *Douleurs chroniques avec troubles du tonus, troubles de la régulation tonico-émotionnelle, troubles du schéma corporel, troubles de l'image du corps, troubles de l'estime de soi avec repli sur soi => **troubles somatiques avec retentissement psychique important***
- L'objectif n'étant pas de faire disparaître la douleur à 100% mais d'aider le patient à trouver des outils pour s'adapter (coping, exercices à quotas, réduire les troubles du tonus au moyens de techniques de relaxation psychomotrice, reprise de confiance en soi et en son corps) pour retrouver son autonomie.

Apport de la psychomotricité à la Consultation de la Douleur

- Indications et contre-indications:
- Les indications limites à discuter concernent :
Les douleurs chroniques avec comportement douloureux
chroniques de type opérant positif avec bénéfices secondaires et
financiers
Sinistres avec comportement chronique de type revendicatif
Certaines dépressions masquées où le patient ne formule pas de
demande spécifique
- Les contre-indications formelles dans le cadre de la Consultation de
la Douleur:
les pathologies psychiatriques aiguës ou non- stabilisées , patients
hystériques. Toxicomanie

Apport de la psychomotricité à la Consultation de la Douleur

Le bilan psychomoteur

- Le bilan psychomoteur figure dans le dossier du patient, il s'effectue sur prescription médicale Avant d'envisager une prise en charge en psychomotricité le bilan psychomoteur est indispensable
- Rappel de la définition du bilan psychomoteur (J.C. CARRIC)
- Le bilan psychomoteur ouvre la possibilité de saisir l'expérience du corps engagé dans une action, mais aussi celle du corps engagé dans une relation « l'examen de la motricité d'un individu est soutenu par deux attitudes qui répondent :
L'état des structures anatomiques de base et leur organisation, c'est-à-dire l'équipement neurobiologique.
La mise en jeu des fonctions en ce que celles-ci sont engagées dans une relation au monde extérieur et aux autres

Apport de la psychomotricité à la Consultation de la Douleur

Le bilan psychomoteur

- Le bilan psychomoteur à la consultation de la Douleur s'effectue de la façon suivante :
 - I. Motif de consultation et diagnostic (Dr M.)
 - II. Les antécédents du patient
 - III. Le traitement
 - IV. Histoire de la Douleur
 - V. Bilan psychomoteur (proprement dit)
 - VI. Conclusion du bilan psychomoteur et élaboration avec le patient du projet thérapeutique

Apport de la psychomotricité à la Consultation de la Douleur

Le bilan psychomoteur

- **I. Motif de consultation et diagnostic (Dr M.)**
- Par qui est adressé le patient? Vient-il de lui-même? Adressé par son médecin traitant ?
- De quoi se plaint le patient ? Qui se plaint, le patient ou son entourage ? De quoi se plaint-il ?
- Où est située la plainte au niveau du corps du patient ? Quel mot emploie-t-il ?
- Que demande le patient à la consultation ? Un soulagement ? Une reconnaissance ? Pouvoir parler ? Être écouté ?
- Le diagnostic du médecin : quel type de pathologie? quel type de douleur ? Y a t-il des précautions à prendre en compte dans la prise en charge?
- L'examen clinique est-il normal ?

Apport de la psychomotricité à la Consultation de la Douleur Le bilan psychomoteur

II. Antécédents du patient:

- Demander au patient ses antécédents, permet de comprendre sur lesquels il insiste le plus, ou sur ceux qu'il omet de citer (par rapport à ceux qui figurent dans le dossier)
- Les antécédents du patient permettent d'orienter l'interrogatoire au niveau du vécu corporel .

Apport de la psychomotricité à la Consultation de la Douleur: Le bilan psychomoteur

III. Le traitement:

- Là c'est le patient qui "dit" ce qu'il "fait" du traitement prescrit . En tant que membre de l'équipe soignante, la psychomotricienne participe au rôle de l'éducation du patient , par exemple lui rappeler que pour traiter une douleur chronique la prise du traitement en systématique a été prescrite par le médecin même s'il n'a pas mal, le patient ne doit surtout pas attendre la réapparition de ses douleurs pour prendre son traitement.
- Il est demandé aussi une certaine cohérence par rapport à la prise du traitement... informer le médecin s'il y a une modification dans la prise du traitement, et la raison.
- Évaluer l'intensité de la douleur , et si besoin demander un avis au médecin.
- Rappeler aussi au patient que les thérapeutiques non- médicamenteuses font partie du traitement, en partenariat avec la kinésithérapie, le psychologue, l'infirmière, l'assistante sociale, la diététicienne, le médecin à la consultation et le médecin traitant .
- La psychomotricité fait partie des thérapeutiques non- médicamenteuses.

Apport de la psychomotricité à la Consultation de la Douleur

Le bilan psychomoteur

IV. Histoire de la Douleur :

- C'est le patient qui raconte avec "ses mots " le contexte de survenue de sa douleur. Ses paroles sont consignées littéralement mot à mot (entre deux guillemets) .
- Le patient est invité à parler de son vécu corporel.
- Si ses parents sont toujours en vie? Sont-ils bien portants? De quoi sont-ils décédés? Étaient-ils douloureux en fin de vie ?
- La fratrie? L'enfance? La scolarité? L'adolescence avec l'éclosion de la puberté?
- L'accès au monde du travail ? Le mariage? Les enfants ?
- Les traumatismes de la vie , les plaies secrètes à vif et non encore cicatrisées ?

Apport de la psychomotricité à la Consultation de la Douleur

Le bilan psychomoteur

V. Bilan psychomoteur

- Étude du tonus (extensibilité, ballant, syncinésies, examen de l'initiative de Bergès)
- Organisation de la fonction tonique .
- Examen neuro-moteur
- Observation des postures.
- Examen de la motricité praxique (schéma corporel, image du corps)
- Y –a-t-il risque de décompensation au niveau de la structures mentale ? Faut-il demander au médecin prescripteur un avis du psychiatre ?

Apport de la psychomotricité à la Consultation de la Douleur

Le bilan psychomoteur

VI. Conclusion du bilan psychomoteur et élaboration avec le patient d'un projet thérapeutique .

- Dégager les grandes lignes du bilan psychomoteur.
- Examiner si le patient formule une demande, ou pas ... Si cette demande peut éventuellement mûrir (dans ce cas, revoir le patient pour voir où il en est par rapport à sa demande).
- Il peut ne pas y avoir de demande du tout.
- Construire avec le patient le projet thérapeutique (prise en charge individuelle ou en groupe en « Relaxation Psychomotrice en Milieu Aquatique »), poser les fondations d ' une alliance thérapeutique indispensable. Instaurer un cadre thérapeutique .

Apport de la psychomotricité à la Consultation de la Douleur

- **La Prise en charge en psychomotricité à la consultation de la Douleur selon la méthodologie suivante :**
- Une prise en charge en psychomotricité à la Consultation de la Douleur s'effectue après le bilan psychomoteur et en principe selon un protocole de six séances à raison d'une séance par semaine avec bilan d'évaluation de la prise en charge au terme des six séances. A la suite de ce bilan d'évaluation si le médecin prescrit une prolongation de la prise en charge , on peut élargir la prise en charge à une séance tous les quinze jours voir une séance toutes les trois semaines .
- La méthodologie employée repose sur 3 axes de travail qui peuvent être travaillés conjointement :
- **La rééducation psychomotrice.**
- **La thérapie psychomotrice** en tant que thérapie à médiation corporelle utilisant la relaxation psychomotrice et s'appuyant sur la thérapie cognitive et comportementale .
- Le travail en groupe de « **Relaxation Psychomotrice en Milieu Aquatique** » suivi d'un travail de verbalisation .
- Le fil conducteur de cette pratique particulière de la psychomotricité étant l'importance du travail de verbalisation autour du corporel . A ce sujet, on retrouve dans le N° 132 –2002 de Thérapie psychomotrice, p.10 les propos du **Pr. Jean Bergès** : « **la psychomotricité, cette discipline est nécessaire. Mais sa pire tentation est de considérer qu'avec le corps, c'est mieux qu'avec le langage. Pour moi, c'est la faute mortelle. Les séances de psychomotricité sans un mot ne valent rien.** ».

Apport de la psychomotricité à la Consultation de la Douleur

- **La Prise en charge en psychomotricité à la consultation de la Douleur selon une méthodologie définie(voir diapos suivantes) respectant 4 temps :**
- **1. le diagnostic (diagnostic médical et bilan psychomoteur)**
- **2. Mise en place du projet thérapeutique**
- **3. Choix des moyens thérapeutiques découlant des objectifs et du caractère spécifique de la pathologie présentée.(rééducation psychomotrice,thérapie psychomotrice , relaxations psychomotrices , Thérapie cognitive et comportementale TCC)**
- **4. Évaluation des résultats de la prise en charge**

Apport de la psychomotricité à la Consultation de la Douleur

la psychomotricité sous forme de rééducation psychomotrice

- A la Consultation de la douleur **La rééducation psychomotrice** est indiquée dans le cadre de la prise en charge des parkinsoniens
- La méthode du Bon Départ, rééducation psychomotrice par le geste, instaurée par Théa Bugnet représente un intérêt certain dans la prise en charge du patient parkinsonien lors des phases off, en fin d'efficacité des médicaments .
- Les tremblements et la rigidité que le patient ne parvient plus à gérer , l'angoissent et sont vécus douloureusement par le patient et par son entourage .
- En insistant ,sur la mobilisation de trois sens essentiels : kinesthésique, visuel et auditif ;sur la coordination oculomanuelle, et sur le principe du conditionnement par le rythme en trois ou quatre temps, avec le recul on peut dire que des résultats intéressants peuvent être obtenus au niveau des tremblements, qui sont amplifiés par l'angoisse qui les accompagne .
- La prise en charge en psychomotricité constitue aussi un lieu d'échanges privilégié entre le malade et sa famille ...ils arrivent à nouveau à réamorcer entre eux un dialogue qui n'est plus que uniquement centré autour de la gestion de l'angoisse et des douleurs qu'ils génèrent.

Apport de la psychomotricité à la Consultation de la Douleur

La psychomotricité en tant que thérapie à médiation corporelle participant au programme de réhabilitation du patient douloureux chronique en séances individuelles

- Troubles du tonus
- Troubles de la régulation tonicoémotionnelle
- Troubles narcissique
- Troubles Schéma corporel, de l'image du corps.
- Troubles de l'orientation spatio-temporelle (traumatismes sexuels)
- MAis aussi :
- La psychomotricité permet aux patients de laisser émerger des sensations corporelles en séances, qui vont prendre sens, en mettant du sens à une représentation de sa souffrance, celle –ci exprimée en mots et partagée perd une grande partie de sa toxicité.
- L'objectif n'étant pas de faire disparaître la douleur à 100% mais d'aider le patient à trouver des outils pour s'adapter (coping, exercices à quotas, réduire les troubles du tonus au moyens de techniques de relaxation psychomotrice, reprise de confiance en soi et en son corps, éliminer les distorsions cognitives qui favorisent un comportement mal adapté) pour retrouver son autonomie.
- Quels type de relaxation? Voir cours M. GUIOSE .Variable en fonction de la pathologie du patient, du patient lui-même (âge, résistance à la relaxation), du moment où l'on se situe par rapport au début de la prise en charge ?

Apport de la psychomotricité à la Consultation de la Douleur

La psychomotricité en tant que thérapie à médiation corporelle participant au programme de réhabilitation du patient douloureux chronique en séances en groupe de « Relaxation psychomotrice en milieu Aquatique »

- Par rapport au séances en individuelle
- Indications idem
- Douleurs chroniques surtout douleur par excès de nociception de type mécanique ou douleurs séquellaires à des interventions chirurgicales sur appareil locomoteur avec complications de type algoneurodystrophie, et kinésiophobie
douleurs avec retentissement affectif de type repli sur soi
- Contre-indications : Épilepsie, ORL , cardiaque, métabolique (hypoglycémie chez un patient diabétique) hydrophobie., psychiatriques (citées).
- Méthodologie : 6 séances avec réévaluation de l'intensité é de soulagement au bout des 6 séances éventuellement renouvellement de la prescription

Apport de la psychomotricité à la Consultation de la Douleur

La psychomotricité en tant que thérapie à médiation corporelle participant au programme de réhabilitation du patient douloureux chronique en séances en groupe de « Relaxation psychomotrice en milieu Aquatique »

- Composition du groupe:
- Groupe ouvert (nouveau patients et patients sortant, en moyenne 12 à 15 patients répartis en nageurs et non-nageurs)
- Toutes pathologies douloureuses dans les limites des indications et contre-indications
- Lieux: créneau réservé à la piscine municipale de Soissons dans un créneau en présence du public .Cette année nous bénéficions de tout le petit bassin et d'une ligne d'eau dans le grand bassin
- Durée de la séance: de 16h30 à 17h15 (45minutes)
- Importance du cadre thérapeutique, verbalisé au patient lors de la prescription de « Relaxation Psychomotrice en Milieu Aquatique »
- Importance du contrat thérapeutique

Apport de la psychomotricité à la Consultation de la Douleur

La psychomotricité en tant que thérapie à médiation corporelle participant au programme de réhabilitation du patient douloureux chronique en séances en groupe de « Relaxation psychomotrice en milieu Aquatique »

- **Déroulement de la séance:**

- **La séance se déroule en 2 temps :**

=> **Un temps à la piscine** ,lui-même divisé en trois séquences :

- échauffement tous ensemble dans le petit bassin
- séparation du groupe en deux : un groupe de nageurs où ils apprennent à adapter la nage en fonction du handicap (*à développer*) ; un groupe qui reste dans le petit bassin des « éducatifs » sont effectuées exercices d'équilibre
- partie de « water-polo » dans le grand bain : reprendre confiance en son corps, en ses possibilités, oser aborder les autres en se faisant des » « passes »

=> **Un temps de verbalisation**, dans les locaux de la Consultation , temps pendant lequel, le patient peut exprimer son ressenti corporel lors de la séance. Ce temps est aussi surtout un moment de partage qui rompt l'isolement du patient .

Apport de la psychomotricité à la Consultation de la Douleur

La psychomotricité en tant que thérapie à médiation corporelle participant au programme de réhabilitation du patient douloureux chronique en séances en groupe de « Relaxation psychomotrice en milieu Aquatique »

- Intérêt de ce type de pratique :
- 1) Ce travail fait partie de la pratique de la psychomotricité en tant que thérapie à médiation corporelle utilisant les **effets thérapeutiques conjugués** de l'eau et du travail en groupe (cf C.Potel)
- 2) Le groupe constitue une forme d'**étayage** :
- 3) La **verbalisation**

Intérêt du travail
en groupe de « Relaxation psychomotrice en milieu
Aquatique »

- **2)Le groupe constitue une forme d'étayage :**
- Le groupe, a valeur aussi de micro- société dans laquelle le patient se réinsère progressivement . Le groupe constituant pour le patient une forme d'**étayage** .
- En mars 2004, certains patients issus du groupe de "Relaxation Psychomotrice en Milieu Aquatique" se sont réunis d'eux même et ils ont créé leur propre association : L'Association des Dououreux Chroniques du Soissonnais (A.D.C.S) dans le but de rassembler, soutenir, et orienter les Dououreux Chroniques.
- En décembre 2006, les patients se sont véritablement mobilisés pour conserver « leur » créneau à la piscine

**Intérêt du travail
en groupe de « Relaxation psychomotrice en milieu Aquatique »**

• **3) La VERBALISATION**

- **Parler**, constitue en thérapie psychomotrice un moment capital...Ce temps de parole est indispensable pour la plupart des patients qui veulent réfléchir ensemble à ce qu'il y a au-delà de leur douleur...et ils s'aperçoivent que la douleur de l'autre existe !
- Silence, gêne et sourire, plus ou moins interrogation des regards, et pendant dix minutes, chacun retient sur ses lèvres, ses questions et ses pensées.
- Ce silence, est important, la psychomotricienne le laisse se creuser et au bout d'un temps, elle intervient à nouveau.
- Ce travail de verbalisation est intéressant en ce qui concerne l'abondance, la richesse, la spontanéité du matériel verbal.
- Il y avait au début, relativement peu d'échanges entre les membres du groupe. Chacun s'adressant essentiellement à la psychomotricienne : "j'ai senti, j'ai ressenti..." puis progressivement s'adressent à l'Autre (les membres du groupe).
- La magie s'opère progressivement, et le "dit du corps" selon Monique Reverchon s'exprime au cours de cette verbalisation... ce corps étant universel, la douleur chronique sert de lien et surtout de point de départ pour réfléchir ensemble pour aller plus loin, surtout devenir plus fort et atteindre un mieux être dans sa tête et dans son corps !
- L'expérience des uns est encourageante pour les autres, qu'un patient dise à un à autre patient qu'il a suivi les conseils des soignants, cela n'est plus un conseil venant d'un soignant en blouse blanche mais d'un patient ayant vécu une expérience douloureuse, ayant mis à profit ces conseils. Quelquefois de cette façon, le message passe mieux.

Apport de la psychomotricité à la Consultation de la Douleur

- **Conclusion:**
- Se place en articulation entre le médical et le psychologique. Au sein de l'équipe pluridisciplinaire, elle aide le patient à faire le lien en lui-même à partir de ses ressentis et de son vécu corporel afin de pouvoir s'adapter ,en faire plus mais autrement, mieux comprendre ce qu'il vient rechercher en consultant à la Consultation.
- **Avec le recul de la pratique** , j'insisterais sur :
- Importance de l'observation du patient (de sa posture, de ses gestes, de sa façon de parler, de se déplacer).Observations à faire figurer dans le bilan psychomoteur.
- Importance de la sémiologie pour être en mesure de discuter avec les autres professionnels: connaître la neurologie, la psychiatrie, la physiologie,l'anatomie fonctionnelle, les thérapeutiques médicamenteuses et non- médicamenteuses .
- *Accepter de se remettre en question

Cas clinique :

- Mr P.

né le 9.10.1939

Bilan psychomoteur effectué le 12.10.2003

I. Motif de consultation et diagnostic (Pr T.)

Diagnostic de maladie de Parkinson en 1991 avec comme antécédents psychose dopaminergique en 1997 (hospitalisation pendant 7 mois). Avant l'établissement du diagnostic, des signes précurseurs, comme arrêt dans le mouvement, difficultés à repartir, à initier le mouvement, absence et dépression.

gros élément dépressif associées .

Dernière consultation : chute en juillet, a consulté le cardiologue absence d'élément en faveur d'une pathologie cardiaque coronarienne.

Mr P. est menuisier, père de 2 garçons. Il vit à domicile avec son épouse .Il parle d'état « variable dans la journée ».Le traitement est astreignant prise de médicament toutes les 2h.(de 8h à 23h)Il ne peut pas rester seul au domicile. Difficulté pour son épouse de prendre une après midi par semaine pour se détendre.

Cas clinique :Mr P.

- Mr P., né le 9.10.1939
Bilan psychomoteur effectué le 12.10.2003

II. Bilan psychomoteur

Observations:description des troubles daté de ce jour (12.10.2003)

On retrouve la triade du parkinsonien:**akinésie,rigidité,tremblements**. Les troubles varient en intensité, selon le moment par rapport à la proximité de la période active du médicament.

Akinésie:

Difficulté à effectuer mouvements alternatifs rapides, difficultés à effectuer épreuve dite des « marionnettes ».Présences de syncinésies au pied G. Avec perte de la mimique faciale et gestuelle des membres supérieurs lors de la conversation. lenteur au déshabillage. Incapacité à réaliser épreuve d'émiettement. On peut observer aussi des perturbations motrices lors de l'écriture avec micrographie .

Rigidité:

Tonus de repos:existence de la roue dentée. Les caractéristiques propres de cette rigidité indiquent une contraction simultanée de l'antagoniste du muscle étiré pendant la nouvelle posture .

Tonus d'action :ballant bilatéral réduit. Présence du signe du « fléau ».Présence d'exagération des réflexes de posture ,au niveau des muscles fléchisseurs,tel par exemple le biceps,lorsque ce muscle est soumis à un raccourcissement passif. On observe une contraction, des biceps bilatéraux(réflexe myotatique inverse)qui se manifeste par une saillie du tendon sous la peau des bras. chez ce patient l'hypertonie des muscles fléchisseurs est constatée.

Cas clinique :Mr P.

- Mr P.

né le 9.10.1939

Bilan psychomoteur effectué le 12.10.2003

II. Bilan psychomoteur

Observations:description des troubles daté de ce jour (12.10.2003)

2.Rigidité (suite)

tonus de repos

tonus d'action

Posture:

le patient présente certaines modifications posturales. en station debout,il présente une prédominance de la rigidité sur les muscles précurseurs tête, et tronc,inclinés en avant; au niveau des pieds,pas de varus équin.Signes du poignet figé de Froment. vivacité des réflexes naso-palpébral et ostéo-tendineux .

Motricité volontaire: lors de la marche ,il y a des modifications de la motricité volontaire .Démarche festinante avec astasie-abasie trépidente; le démarrage est lente ,le patient paraît cloué au sol.

Cas clinique :Mr P.

II. Bilan psychomoteur

Observations:description des troubles daté de ce jour (12.10.2003)

1.Akinésie.

2.Rigidité.

3.Tremblements:

apparaissent même au repos; ils sont exagérés au cours d'une question, ou exercices de calcul mental. Mr P. est très gêné par ses tremblements,il les qualifie de »très gênant ».Cependant les tremblements sont massivement réduits après prise du traitement,ou lorsque le patient est détendu, après les séances de psychomotricité .Le mouvement volontaire n'arrive pas à faire disparaître complètement les tremblements que présente Mr P., il ne fait que de diminuer leur intensité. Lors des épreuves des »marionnettes » on observe des syncinésies développées au pied G.

Motricité faciale .

Le test de Kwint est difficile à réaliser,Mr P. arrive toutefois à fermer l'œil G. et à froncer les sourcils. Son visage restez figé, on observe la pauvreté de la mimique,la lenteur et la rareté des mouvements de la tête et du cou. On peut observer sur le visage certains troubles végétatifs tels l'hypersialorrhée et hypersudation

Cas clinique :Mr P.

II. Bilan psychomoteur

Observations: description des troubles daté de ce jour (12.10.2003)

1. Akinésie.

2. Rigidité.

3. Tremblements:

Motricité faciale .

Schéma corporel

Schéma corporel.

Bonne acquisition du Schéma corporel. Le test de Head (gestes croisés du type »mettre la main G sur l'œil D «sur ordre verbal) n'est réussi qu'une fois sur deux. Mr P. présente des difficultés lorsqu'il s'agit de réaliser des consignes homolatérales ex « mettre la main D sur l'oreille D » il y a nouvelle apparition de tremblement au pied G

Cas clinique :

II. Bilan psychomoteur

**Observations: description des troubles daté de ce jour
(12.10.2003)**

1. Akinésie.

2. Rigidité.

3. Tremblements.

Motricité faciale .

Schéma corporel.

Attention et Concentration .On demande à Mr P. de compter « à reculons » de 10 à 0;il présente des difficultés ...il énonce 10.9.7.5.6.80.0 (durant cet exercices apparition des tremblements jambe G.)

Cas clinique :Mr P.

II. Bilan psychomoteur

Observations:description des troubles daté de ce jour (12.10.2003)

1.Akinésie.

2.Rigidité.

3.Tremblements.

Motricité faciale .

Schéma corporel.

Attention et Concentration .

Socialisation

Socialisation.

Tenue vestimentaire soignée cependant Mr P. ne peut s'habiller seul. C'est Mme P. qui l'habille.

Difficultés pour manger seul.(pour »saisir l'aliment par la fourchette »et « cela dépend de l'heure du repas par rapport à la prise des médicaments »)

Contrôle sphinctérien non assuré complètement.(Mr P. porte des couches la nuit et lors des trajets en voiture)

Mr P. peut décliner les mois, les jours de la semaine,mais il ne peut citer la date du jour(ni le jour, ni l'année)

Mr P. arrive avec beaucoup de difficultés d'élocution à citer le nom de son village. Il peut citer le nom de sa rue. Mr P. ne peut citer le nom de son médecin traitant.

Cas clinique :Mr P.

II. Bilan psychomoteur

Observations:description des troubles daté de ce jour (12.10.2003)

- 1.Akinésie.
- 2.Rigidité.
- 3.Tremblements.

Motricité faciale .

Schéma corporel.

Attention et Concentration .

Socialisation.

Profil psychologique.

Mr P. était menuisier, sa dépression est liée à la maladie et à son handicap. Il souffre beaucoup de ne plus pouvoir travailler le bois de ses mains,et de ne plus pouvoir chasser et se promener avec son chien. Il risque de tomber. Stimulé et reçu seul en séance de psychomotricité Mr P. parle assez facilement. Cependant le débit est lent,la conversation est néanmoins possible .

Cas clinique : Mr P.

- 2. Mise en place du projet thérapeutique
- 3. Choix des moyens thérapeutiques
- Mr P. a bénéficié d'une prise en charge en psychomotricité à raison d'une séance par semaine. Puis la prescription s'est élargie à un rythme d'une séance toutes les 3 semaines. La prescription a été faite par le neurologue de la consultation de la Douleur.

Au début de la prise en charge, la relaxation activo-passive a eu un effet positif permettant de relâcher l'ensemble du tonus de fond; le patient nuque fléchie, menton sur la poitrine a pu réussir à poser progressivement sa nuque et sa tête sur l'oreiller; en fin de séance, « il était bien détendu et pouvait verbaliser je me sens bien » Les tremblements controlatéraux étaient considérablement atténués .

Mr P. appréciait beaucoup les séances , il était agréable et coopératif alors qu'à la première séance il était très méfiant .

L'autre objectif de la prise en charge en psychomotricité était de revaloriser Mr P., prévenir la détérioration de sa mémoire , restaurer son autonomie, et de sa participation dans les activités quotidiennes (responsabilité de nourrir les 3 chats), lui faire retrouver son goût de vivre et apprécier les moments d'accalmie au niveau des tremblements. Travail sur la mémoire immédiate plus défaillante que la mémoire à long terme. refaire des projets à plus ou moins long termes (exemple: planter des pommiers dont il choisira la variété pour « avoir des pommes » pour ses futurs petits enfants

Cas clinique :Mr P.

IV. Évolution de la maladie et adaptation de la méthodologie

La maladie a continuait sa progression, avec détérioration de l'état dépressif et hallucinations de plus en plus présentes ainsi que de la mobilité du patient(diminution du paramètre de marche).Mme P. au prix de longues démarches est arrivé à faire prendre en charge son mari en hôpital de jour à raison d'une après midi /semaine puis d'une journée / semaine pour pouvoir souffler un peu. Au début mr P. se plaignait d'être le seul « jeune » au milieu de vieux. Puis il a apprécié ces moments. on commençait à se poser la question d'un placement définitif. Sa femme souffrait beaucoup de devoir prendre un jour la décision. Elle retardait l'échéance.

Au niveau des tremblements, j'avais pensé adapter pour ce patient du bon départ qui en temps que mouvements ordonnés sur consignes en trois ou quatre temps pourrait diminuer les tremblements, diminuer la tensions qui les accompagnait , la douleur et l'angoisse , et ça a marché .

Au niveau de la régulation tonico- émotionnelle, j'ai utilisé des ballons et ainsi qu'un filet de ping pong des mini raquettes et des balles taille normale, il fallait essayer de contrôler la force de frappe. Mr P. était très fort ,on a fait des parties sur le bureau. Il fallait aussi respecter la fatigue de Mr P.

En ce qui concerne la projection dans le temps, on s'est plus concentré sur le ici et maintenant.

La séance est devenu une espace où il pouvait exprimer ses difficultés, où il pouvait dire à sa femme qu'il l'aimait, et où ils ont pu fait faire de nombreux slows ensemble. De psychomotricienne je devenais disk-jockey,(DJ) mais l'objectif était rempli !!!

Et puis ils nous a bien eu!!! Il a eu une crise cardiaque dans son jardin,au milieu des pommiers en plein été, à la période des cerises!!! Son petit fils(Arthur) allait avoir un an!!!

Cas clinique :Mme L.

Bilan psychomoteur effectué le 29 juin 2007.

- **I. Motif de consultation et diagnostic (Dr M).**

- Mme L.,Brigitte , née le 28.06.1961, est venue consulter à la Consultation de la Douleur, envoyée par le chirurgien orthopédiste , pour avis thérapeutique antalgique concernant une plainte localisée au niveau de la main droite, secondaire à une algoneurodystrophie elle-même secondaire à une neurolyse du nerf médian au canal carpien droit faite le 23 avril 2007.
- La patiente, âgée de 45 ans, est mariée, divorcée à deux reprises, mère de 4 enfants exerce la profession d'auxillaire de vie, est en arrêt de travail depuis le 23 avril 2007.
- A l'examen clinique, il n'est pas constaté de présence d'oedème, de troubles vasomoteur, d ' hyper transpiration, cependant il existe au niveau des doigts des raideur , la patiente est tout à fait capable de fléchir les doigts, l'extension est un plus difficile. les interosseux sont conservés .Il n'y a pas d'amyotrophie manifeste .
- On peut noter un retentissement affectivo- émotionnel assez important de la douleur sur la patiente,puisque elle parle de déprime, de souffrance, même si elle raconte qu'elle avait beaucoup de problèmes dans l'enfance notamment de maltraitance,de séparation, de conflits avec les parents , un terrain psychologique assez fragile .
- La patiente présente donc une algoneurodystrophie dans un contexte bio-psycho-social très fragile.

Cas clinique : Mme L.

- II. Antécédents :
- Bronchopneumonie à l'âge de 9 mois
- Une appendicectomie
- 5 grossesses dont une IVG (1992) suivie d'une hémorragie ; fils (1979), fille (1982), fille (1994), fils (1998)
- Ligature des trompes 1990
- Abscess de la glande Bartholin gauche, opérée en 2005
- Malformation de la luvette opérée
- Diverticule
- Reflux gastro-oesophagien traité par Lanzor
- Canal carpien droit opéré le 23 avril 2007

Cas clinique : Mme L.

- III. Traitement :
- Ixprim : 1-1-1
- Lexomil : 0-0-0- ½
- Lysancia 10 mg : 1-0-1
- Lanzor 30mg : 0-0-1
- Dicetel : 0-0-1
- Xyzall : de mars à octobre + Cortancyl
- poursuivre les séances de kinésithérapie
- soutien psychologique par le psychologue de la Consultation de la Douleur
- prise en charge sociale par l'assistante sociale du Centre Hospitalier de Soissons
- prise en charge en psychomotricité

Cas clinique :Mme L.

IV. Histoire de la Douleur :

- Rapportée par la patiente :
- « Cela faisait depuis août 2006 que j'avais mal à la main...
- Je suis née en 1961, mon père est décédé en 1996 d'un cancer des poumons, il était violent, à l'âge de 9 ans, il m'a violée. La police l'a emmené.
- Je n'ai reparlé avec mon père qu'en novembre 1995 .Je voulais lui demandé ce qu'il s'était réellement passé , on m'examiné dans le service de gynécologie, mais il avait un ami dans la police, il a fait 3 semaines de prison...la solution était qu'on me mettrait chez les religieuses .
- De 9 à 15 ans j'étais chez les religieuses à Tracy le Mont

Cas clinique :Mme L.

IV. Histoire de la Douleur (suite)

- Nous sommes 8 frères et sœurs :
- - Dominique, né en 1959, il va bien, on s'appelle aux anniversaires
- - Christine, née en 1986, a pris des médicaments, tentatives de suicides, à cause de la maltraitements de ma mère, a un retard mental
- - Brigitte = Mme L.
- - Chantal, est décédée en étouffant on ne supportait pas ses pleurs
- - Sylvie, vit avec un concubin, elle a deux maris handicapés, un mari et un concubin en fauteuil pas de contact, elle voulait profiter de ma mère.
- - Françoise, plus de contact, 3 enfants ?
- - Joël, contact de temps en temps
- Toute mon éducation c'était chez les sœurs à la maison St Jean.
- La puberté c'était un 1er juin j'allais avoir 14 ans le 29 juin .J'étais maltraitée par une religieuse. Il y avait des fois où je faisais pipi au lit, elle me disait : « va faire l'amour avec ton père ».
- On ne nous a jamais expliqué...c'était tabou, même celles qui avaient ses règles, elles ne n'en parlaient pas .A 15 ans je suis sortie du collège.

Cas clinique : Mme L.

- En août 1976, j'ai atterri au foyer de Versailles, 18 rue du refuge à la section 4 vents, j'étais très perturbée. J'ai fugué, on ne savait pas où j'étais, j'étais recherchée par la police .J'ai passé Noël chez les parents, mais je n'avais pas le droit d'entrer dans la maison .Puis j'ai travaillé aux betteraves.
- En 1978, j'ai dormi dans un château à Berny Rivière, puis j'ai travaillé dans un caravaning
- Puis j'ai commencé à m'occuper de personnes âgées de retour chez les parents.
- Alors j'ai voulu me mettre enceinte pour partir de la maison .j'ai épousé l'homme avec qui j'étais enceinte c'était un égoïste, il avait un cancer de os.
- Ça ma rappelé quand les 2 gendarmes m'ont demandé si j'avais saigné le 14 janvier 1970, puis ils m'ont emmenés me faire examinée à l'hôpital j'avais 9 ans.
- Il menait une vie de vieux garçons, la première que je le voyais chez mes parents .Un petit coup de foudre.
- Raphaël est né
- Mélanie a été un accident L. avait une grosseur à l'hypophyse, il devait aller à Suresnes, à l'hôpital Foch, cela le rendait agressif .Il me traitait de salope .Je lui disait qu'il n'était pas mon père pour cogner sur moi .J'en ai marre .je n'ai plus eu de rapport avec lui.
- Raphaël a 27 ans, il est technico-commercial .Il a de la classe
- Mélanie, a un petit garçon, Théo, 18 mois, elle l'a eu avec un militaire qui termine en janvier 2008 son contrat avec l'armée.

Cas clinique :Mme L.

- De 1985 à 1990 5 ans de ferme, 5 ans de ferme comme saisonnière chez un homme que j'appelais Oncle Louis.
- En 1993 j'ai re- démarré dans une maison de Retraite à Pierrefonds en CES. Puis stage de secrétariat pendant 6 mois, et 1 mois dans une mairie.
- En 1993, CES de Pierrefonds.
- En 1993, Je me suis mariée et j'ai subi un divorce par l'intermédiaire de quelqu'un que je croyais un ami...Mr L. c'était un faible, incapable de faire l'éducation de ses enfants, un obsédé par le sexe...Florentin est né en 1998 et Anaïs en 1994.
- Florentin et Anaïs sont suivis par le Dr R pédopsychiatre ...je passe mon temps à les emmener au commissariat parce que Monsieur privilégie ses loisirs (mariage, baptême, etc.) sur le bonheur de ses enfants
- Il ne supporte pas sa fille.
- Je les ai donc élevée seule ...
- Je suis en arrêt de travail jusqu'au 14 septembre...après je retournerais chez mes employeurs. Mes personnes âgées je les aime bien .J'ai 4 employeurs .J'ai envie de reprendre le travail. »

Cas clinique : Mme L.

- **V. Bilan psychomoteur**

- Lors de ce bilan psychomoteur, on note :
- des **troubles du tonus** majeurs (hypertonie bilatérale avec ballant et extensibilité réduit tant à droite qu'à gauche, paratonie +++, à l'examen de initiative de Berges, on note une conservation des attitudes, anticipation et persévération du mouvement).
- Des **troubles de la régulation tonico émotionnelle (logorrhée en faveur d'un syndrome anxio- dépressif** .

- **VI. Conclusions du bilan psychomoteur et élaboration avec la patiente du projet thérapeutique**

- Mme L., apprécie le soutien psychologique effectué par le psychologue.
- Une prise en charge en psychomotricité est tout à fait justifiée, afin d'aider la patiente de mieux intégrer **sa main droite au niveau de son schéma corporel**, de renforcer la **composante sensori-motrice discriminative au niveau de sa main** , de renforcer les **stratégies de coping positif** déjà en place, c'est-à-dire d'utiliser sa main dans les activités de la vie courante ...enfin d'aider la patiente à reprendre **confiance** non seulement dans **la préhension** mais aussi au **niveau narcissique et affirmation de soi** .D'autres part , Mme L. souhaite reprendre son travail en accord avec le chirurgien orthopédiste le 14 septembre.
- Au niveau de la prise en charge en individuelle, il y a une bonne adhésion thérapeutique.
- Cette prise en charge en psychomotricité se déroulera selon le protocole habituel, 6 séances individuelles avec évaluation au bout des 6 séances, et 6 séances de « **Relaxation Psychomotrice en Milieu aquatique** » en groupe à partir du 7 septembre .

Cas clinique : Mme L.

- I. Diagnostic et bilan psychomoteur
- II. Choix des moyens thérapeutiques :
- Relaxation segmentaire des membres supérieurs : technique employée dans les troubles de la graphomotricité
- On installe confortablement la patiente assise sur une chaise, les deux mains posées sur le bureau, tout d'abord on cache le membre douloureux, on s'occupe du membre non douloureux, on mobilise tout doucement, phalanges après phalanges, doigts après doigts, puis la main, puis le poignet, puis le coude, ensuite en respectant cette même progression on demande à la patiente de mobiliser tout doucement avec une toute petite amplitude son, ses doigts, sa main, son poignet, son coude, puis on lui demande d'accompagner ces petites flexions, d'inspiration lorsqu'elle fléchit, et d'expiration lorsqu'il s'agit d'expiration. Ensuite on lui demande d'accompagner le mouvement des doigts, de la main, du poignet, du coude, et la respiration d'une flexion « tout doucement » de la tête sur le tronc, donc on aura une synchronisation avec en premier temps flexion de la tête et extension des doigts expiration en deuxième temps : extension de la tête (la tête fléchie, menton sur la poitrine se redresse) inspiration et flexion des doigts
- Puis on passe à la main droite
- Puis on passe aux deux mains.
- Travail de la sensibilité épicroticienne avec reconnaissance par palpation avec la main droite de petites balles de différentes textures
- Travail de la motricité fine .

Cas clinique :Mme L.

• **IV. Évaluation des résultats de la prise en charge**

- La patiente a progressé rapidement en récupération de la fonctionnalité de sa main et a demandé à l'infirmière si elle pouvait lui couper les ongles de la main droite .Elle avait des ongles de 4 mois à la main droite .

le 29.08.07:

Mme L. évalue douleur à l'EVA à 8.6/10 au moment présent; 8.1 /10 douleur habituelle les 8 derniers jours ; douleurs la plus intense depuis les 8 derniers jours à 9.6 /10

Qualificatif de la Douleur :QDSA score sensoriel A-I: 6

score affectif J-P: 18 score total: 24

Échelle de retentissement Émotionnel HAD D:8 A:18

Échelle de retentissement de la Douleur sur le quotidien (**Échelle de Bourhis**):23/60

Intensité de soulagement depuis la 1^{ère} Consultation de la douleur : 50%

Traitement: idem + poursuite soutien psychologique
séances de kinésithérapie
psychomotricité

Conclusion

- **Depuis la mi-août** : Mme L. a arrêté l'aide à domicile par l'aide ménagère et se dit capable de faire les tâches domestiques dans son appartement. Elle est capable de repérer les facteurs aggravant les douleurs ainsi que de mettre en place des stratégies adaptatives .Mme L. évalue l'intensité de soulagement par rapport à la 1^{ère} Consultation de la Douleur comme un soulagement « modéré » mais de tout de même de 50%.Comme objectif réaliste et réalisable,Mme L. propose reprendre le travail. Mme L. continue à domicile ses séances de relaxation.
- **Le7.09.07:** Mme L. a commencé les séances de »Relaxation psychomotrice en Milieu aquatique » Le chirurgien l'autorise à reprendre son travail le 17.09 .Elle est bien intégrée au groupe, et a de moins peur d'utiliser son bras
- **Le 19 septembre** Mme L. a repris son travail

Apport de la psychomotricité à la Consultation de la Douleur

- **Conclusion:**
- Se place en articulation entre le médical et le psychologique. Au sein de l'équipe pluridisciplinaire, elle aide le patient à faire le lien en lui-même à partir de ses ressentis et de son vécu corporel afin de pouvoir s'adapter, en faire plus mais autrement, mieux comprendre ce qu'il vient rechercher en consultant à la Consultation.
- **Avec le recul de la pratique**, j'insisterais sur :
- Importance de l'observation du patient (de sa posture, de ses gestes, de sa façon de parler, de se déplacer). Observations à faire figurer dans le bilan psychomoteur.
- Importance de la sémiologie pour être en mesure de discuter avec les autres professionnels: connaître la neurologie, la psychiatrie, la physiologie, l'anatomie fonctionnelle, les thérapeutiques médicamenteuses et non- médicamenteuses .

Bibliographie

- Thérapie psychomotrice :
- Corps et souffrances, N°142 / 2005 notamment les articles de :
de LAURISTON S., PILLOT D., MATTA B., Douleur chronique et psychomotricité
de LAURISTON S., PILLOT D., MATTA B., La souffrance dans la douleur chronique
- Les auto agrippements : à la recherche d'un « sentiment continu d'exister » N° 144 /2005 notamment l'article de :
de LAURISTON S., MATTA B., Abus sexuel et maltraitance : l'intérêt de la prise en charge en psychomotricité au sein de l'équipe pluridisciplinaire .
- de LAURISTON S., MATTA B, La fin du traitement dans le cadre de la Consultation de la Douleur (à paraître fin 2007 N°150)
- **Revue éditée par l'Association France Parkinson N°85**
Article du Professeur Jean Claude TURPIN :
Douleur et Maladie de Parkinson.

