

Sommaire

Préface	5
Avant-propos	11

I. Les soins palliatifs et leur ouverture à la psychomotricité

I. Historique des soins palliatifs	13
1. Jeanne Garnier, Cicely Saunders et Elisabeth Kubler-Ross	13
2. En France	14
3. État des lieux des structures de soins palliatifs	15
4. Polémique autour des soins de support	15
II. Conception éthique des soins palliatifs	16
1. Position de la SFAP	16
2. L'euthanasie	16
III. L'état d'esprit palliatif	19
IV. Indications d'une intervention psychomotrice	21
1. Qui les pose ?	21
2. Quelles sont-elles ?	22
V. Travail en collaboration avec l'équipe soignante	23
1. Participation aux relèves, aux réunions de réflexion clinique	23
2. Utilisation d'un même dossier de soins du patient	23
3. Des moments de soins peuvent être partagés	23
4. Les ateliers de massages relaxants	24
5. Le partage au sein de l'équipe de notre rôle de formation	25

II. La douleur

I. Définition	27
II. Classification restreinte de la douleur	27
III. La douleur, un couple fait de sensation et d'émotion	28
IV. La douleur dans toute sa subjectivité	30
V. Facteurs influençant le vécu douloureux	31
VI. Bases physiologiques de la douleur	32
1. Les douleurs nociceptives	33
2. Les douleurs neuropathiques	33

VII. Les contrôles de la douleur	34
1. Deux types de contrôles nerveux	34
2. Les contrôles non médicamenteux	35
3. Le contrôle médicamenteux	35
VIII. Cas de Madame Campagne	36
IX. Le soin psychomoteur à visée antalgique	38

III. Souffrances partagées par le malade, sa famille et les soignants

I. La souffrance du patient face à la mort	41
1. Le vécu psychique de la maladie pour le patient et sa famille	41
2. Les étapes du mourir	43
3. Les stratégies d'ajustement ou comment faire face	45
4. Protocole de recherche sur relaxation, émotions et estime de soi dans la maladie grave chronique	46
4.1 Méthodologie	47
4.2 Propositions théoriques	49
4.3 Perspectives thérapeutiques	53
II. Le travail auprès des familles	53
1. Mathieu et sa grand-mère	54
2. Madame Blanc et sa famille	56
3. Madame et Monsieur Martin	57
III. Le deuil pour le proche, étapes et mécanismes	59
1. Le pré-deuil ou la préparation au deuil	60
2. Le travail de deuil	60
3. Les étapes du deuil	61
4. Conditions psychologiques que requiert le travail de deuil	63
5. Quelques caractères du deuil normal	63
6. Quelques indicateurs de deuil morbide	64
IV. La relaxation comme aide psycho-corporelle au deuil	65
1. Écouter les maux du cœur	69
2. Identifications intra-corporelles dans les deuils pathologiques en cure de relaxation	70
V. La souffrance du soignant	76
1. La relation soignant-soigné	76
2. Le <i>Burn out</i>	80
3. La fureur thérapeutique ou le talent d'Achille	81
4. La contamination psychique par le virus de la mort	83
5. Plaidoyer pour un groupe de parole	88
VI. Un cadre où l'on fait peu commune ou la plongée régressive	90

IV. Le psychomotricien au plus près de la clinique

I. Les médiations corporelles	95
1. Une médiation particulièrement riche, le toucher	95
2. Le bain : du soin à la relaxation	96
2.1 Généralités sur le bain	96
2.2 Monsieur Charpentier et sa poche d'anus artificiel	98
3. Les autres médiations	99
II. Les échos du corps ou un toucher réfléchi	100
1. Florilège de définitions	100
2. Un concept touche-à-tout	101
2.1 Le toucher communication	101
2.2 Un contact à distance	102
3. Trois fonctions thérapeutiques du toucher	104
3.1 Fonction de réparation	104
3.2 Fonction de communication émotionnelle	104
3.3 Fonction d'érogénèse contenante	104
III. Appels et détournements	107
1. Le travail du trépas	107
2. Tactilité du regard et dérapage empathique avec des malades ayant un cancer ORL	109
3. Toucher au temps du SIDA	111
IV. L'accordage des soins	112
1. L'espace-temps des séances	112
1.1 Adaptation de l'heure de la séance à la journée du patient	112
1.2 Variabilité de la durée et de la fréquence des séances	112
1.3 La chambre du patient	112
1.4 D'autres lieux : la salle de bains, le salon, le jardin	112
2. Monsieur Luis ou l'abandon impossible	113
3. L'environnement sonore	115
4. La respiration	116
Conclusion	117
Bibliographie	119