

LES BIENFAITS DE LA REFLEXOLOGIE PLANTAIRE



DANS UNE UNITE DE SOINS PALLIATIFS ¹

¹ USP – Hôpital de Puteaux (92)

Avant-propos :



Ce fut la mort de mon père, suivie un an plus tard de celle de Murielle, qui me firent me plonger dans l'abondante littérature relative à notre fin de vie, et c'est au travers de ses émouvantes pages que je découvris et m'enthousiasmai pour les soins palliatifs.

Quant à la réflexologie plantaire, l'on m'offrit un premier livre à la même époque et je me lançai avec passion dans l'apprentissage de cette thérapie douce, vieille de plusieurs millénaires, qui permet en massant les pieds (en « réflexant » corrigeront mes savants professeurs) de soulager, voire de guérir, la plupart des maladies fonctionnelles.

Associer ces deux généreuses formes de soin me paraissait tout à fait réalisable...



Paracelse
Philippus Aureolus Theophrastus Bombast von Hohenheim
(1493-1541)

Toute la médecine est amour²


*Je dédie ce mémoire à tous les malades,
A ceux qui les soignent et qui les aiment.*

² Inscription figurant sur le tombeau de Paracelse.

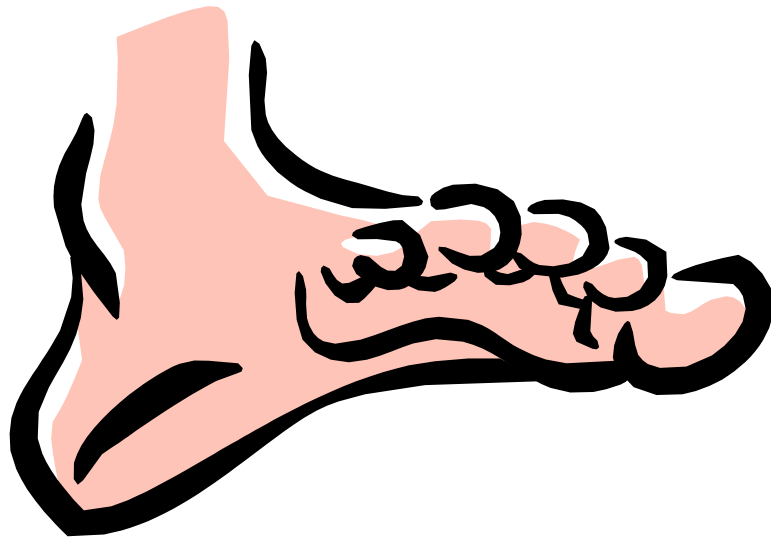
Theophrast von Hohenheim naît en 1493 à Einsiedeln en Suisse centrale. Son père Wilhelm von Hohenheim, est un chimiste et un médecin. De 1502 à 1507, il enseigne à son fils les rudiments de la pensée humaniste. Paracelse s'intéresse ensuite à la chimie sous la houlette de Trithème. Dans les années 1520, Paracelse, qui se fait nommer ainsi parce qu'il estime sa connaissance supérieure à celle de Celse, critique les principes de la médecine établie. Pour ce médecin suisse itinérant, l'idée d'un cycle de vie cosmique fondé sur la cuisson et les éléments aristotéliens est fautive et mérite une révision. Malgré sa mauvaise réputation, due à sa personnalité caustique et à ses croyances religieuses radicales, il convainc les médecins des cours d'Europe d'abandonner leurs anciens principes et d'en chercher de nouveaux.

SOMMAIRE :

pages

1- Introduction : Un pied à l'hôpital...	5
2- Les soins palliatifs : définition, objectifs et histoire	7
3- La réflexologie plantaire : définition, objectifs et histoire	16
 Accompagner et soigner ensemble	21
4- L'équipe soignante et les bénévoles	23
5- Les patients et leur traitement de réflexologie	27
6- Conclusion	41
7- Bibliographie	43
8- Annexes	45

1-INTRODUCTION :



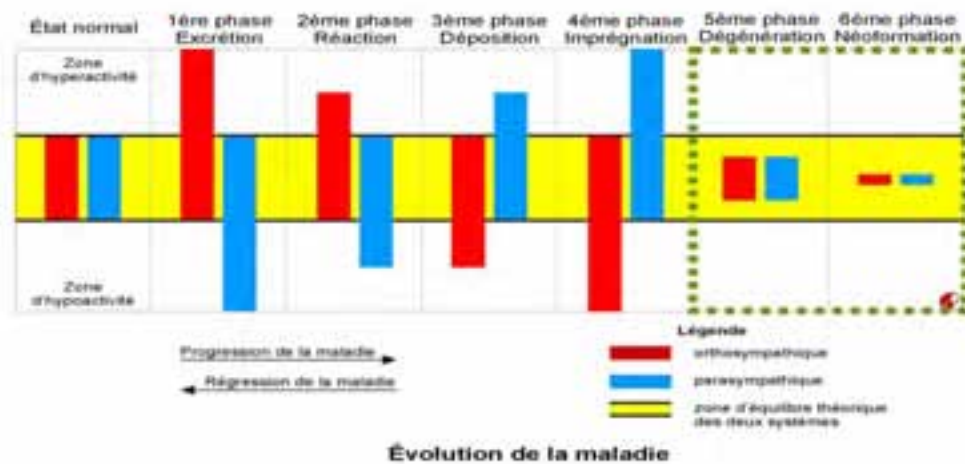
"Un pied à l'hôpital..."

Si toute l'équipe de soins palliatifs m'accueillit gentiment le 18 décembre 2006, ce Pied à l'hôpital... je le dois avant tout à France Rocher qui, dès notre premier entretien téléphonique, m'ouvrait déjà grand la porte. Sans le savoir, la belle et bienveillante surveillante me permettait de réaliser là un de mes plus chers désirs...

Un immense merci !

M'intégrer et exercer à l'hôpital s'annonçait cependant comme une véritable gageure :

- ☹ Je ne connaissais pas le milieu hospitalier,
- ☹ Le jargon médical me semblait incompréhensible,
- ☹ On ne me fixait aucune limite pour l'exercice de la réflexologie plantaire sur les malades (je fis immédiatement ce que je voulais),
- ☹ Et ceux-ci se trouvaient pour la plupart en phase terminale de la maladie (!)



L'adaptation allait être le maître-mot de ces premiers quatre mois d'exercice !

En effet, plus que jamais, il me fallait adapter la réflexologie telle qu'apprise patiemment durant des mois à des patients dont l'état physique et/ou psychique pouvait varier considérablement d'un jour à l'autre. Ici, pas de possibilité de suivre son patient sur du moyen ou long terme, pas de recettes à appliquer à la lettre... Mais beaucoup beaucoup d'écoute, d'observation, de concentration et d'intuition.

Jean-Paul Barbier³ évoquait les qualités d'humilité et de persévérance à la fin de son ouvrage, il convient d'ajouter une grande dose de compassion indispensable pour exercer sur des patients en fin de vie souvent en proie à une profonde détresse.

Les séances de réflexologie se sont parfois transformées en simples séances de caresses sur les pieds, accompagnées ou non de mots, de chaleureux regards, et quelquefois aussi de rires... Toujours imprégnées du plus profond respect.

³ Fondateur de l'Ecole de Réflexologie et de Vecteurs Energétiques (E.R.V.E.)

2- LES SOINS PALLIATIFS :

- **Définition**
- **Objectifs**
- **Histoire**

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

L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

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

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



Au **Moyen-Age**, les soins aux indigents et incurables étaient déjà la préoccupation des confréries « de la bonne mort » et des Hôtels Dieu. Mais cet accueil ne faisait pas l'objet de structures spécifiques vouées aux soins palliatifs. Pour cela, il faudra attendre le XIX siècle.

C'est en effet aux **1842**, dans le quartier du calvaire à Lyon, qu'une jeune femme, Jeanne Garnier, fonde l'association des Dames du Calvaire pour accueillir les malades incurables.

En **1874**, toujours sous l'égide de l'œuvre du Calvaire, Aurélie Jousset crée un hospice à Paris, dans le XVème arrondissement : ce centre deviendra l'actuelle Maison Jeanne Garnier qui, avec ses 80 lits, est aujourd'hui la plus grande unité de soins palliatifs en France.

En **1870**, les sœurs néerlandaises de la Charité ouvrent l'hospice Notre Dame à Dublin, et en 1905 celui de St-Joseph à Londres. Le mouvement des hospices anglais est amorcé.

Un médecin, Cicely Saunders, jouera un rôle prépondérant dans le développement des soins palliatifs. Elle met au point des protocoles antalgiques, étudie et fait connaître le maniement des morphiniques par voie orale. Elle développe également le concept de « total pain » (douleur globale) prenant en considération la douleur physique mais aussi les souffrances psychologiques, sociales et spirituelles des malades en fin de vie.



You matter until the last moment of your life, and we will do all we can not only to help you die peacefully but also to live until you die.

En **1967**, en banlieue de Londres, elle fonde le St Christopher's Hospice autour d'une équipe interdisciplinaire dans laquelle les professionnels de santé, les bénévoles, les agents du culte travaillent ensemble pour prendre en charge le patient et ses proches. Véritable pionnier du mouvement des soins palliatifs, le St Christopher's Hospice reste un lieu de référence.

A peu près à la même époque, d'autres figures anglo-saxonnes contribuent à faire émerger la question de la prise en charge des malades en fin de vie :

En **1969**, aux Etats-Unis, Elisabeth Kübler-Ross publie « On death and Dying », à propos des réactions psychologiques de malades confrontés à la mort.



En **1974**, à Montréal (Canada), grâce à l'enseignement qu'il a reçu au St Christopher's Hospice, le Dr Balfour Mount crée en 1974 la première unité d'hospitalisation en milieu universitaire, au Royal Victoria Hospital. Il choisit l'appellation **soins palliatifs** plutôt que de conserver le terme hospice qui présente au Canada une connotation péjorative. Le mouvement va ensuite se développer rapidement en Amérique du Nord.

En **1973**, au retour d'un voyage d'étude au St Christopher's Hospice, les publications du Père Patrick Verspieren ont un retentissement important. Le ministère de la santé prend alors conscience de la nécessité de réfléchir à la prise en charge de ces malades en fin de vie ; il constitue ainsi un groupe d'experts sur l'accompagnement des malades en phase terminale. Dans ses conclusions, ce groupe prend officiellement position en faveur du soulagement de la douleur. Mais, aucune suite particulière ne sera donnée.

A la **fin des années 70**, les travaux anglo-saxons sur les thérapeutiques des souffrances terminales sont publiés dans des revues françaises. De nombreux soignants français vont se former au Québec où la recherche clinique médicale, la recherche en soins infirmiers, la réflexion éthique, les systèmes de bénévolat et l'aide au maintien à domicile sont très avancés.

Sur le territoire français, le mouvement des soins palliatifs se développe. Les premiers services ou consultations spécifiquement dédiés vont se créer :

- Un service de cancérologie terminale à Cognac-Jay (Paris), par le Professeur Levillain ;
- Consultation de soins palliatifs à l'hôpital de la Croix-Saint-Simon (Paris), par le Docteur Salamagne.

Des services de gériatrie intègrent aussi la prise en charge globale dans leurs pratiques :

- Docteur Sebag-Lanoe (Villejuif),
- Docteur Revillon (Saint-Malo),
- Docteur Peter (Mulhouse),
- Docteur Filbert (Lyon).

Enfin, d'autres personnes oeuvrent pour le développement des soins palliatifs à domicile :

- Docteur Monique Tavernier (anesthésiste libérale),
- Docteur Jean-Marie Gomas (médecin généraliste).

1984 est un tournant dans la prise de conscience de l'importance des soins palliatifs. Dans un article de la revue « Etudes », Patrick Verspieren dénonce les pratiques d'euthanasie dans les hôpitaux ; le Comité Consultatif d'Ethique Médicale est créé ; la voix de quelques soignants se fait entendre pour désapprouver les positions en faveur de l'euthanasie de l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD).

Un nouveau groupe de travail est constitué par le ministère de la santé. Il conduira la ministre Michèle Barzach à officialiser les soins palliatifs par la « Circulaire du 26 août **1986** relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale », souvent appelée « Circulaire Laroque ». Ce travail demeure aujourd'hui le texte de référence. Il a donné une impulsion considérable à l'essor du mouvement des soins palliatifs.

Avec elle, à Paris, la première unité de soins palliatifs (USP) française est ouverte par Maurice Abiven à l'hôpital international de la Cité Universitaire.



D'autres créations vont suivre rapidement sur des modalités différentes : lits d'hospitalisation, centres de consultation avec lits de jour, équipes mobiles, hospitalisation à domicile.

En **1989**, beaucoup de ces associations, animées des mêmes objectifs, se rapprochent des professionnels de la santé (médecins, infirmières, psychologues...) pour fonder la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP).



Les statuts de l'association sont signés par les membres fondateurs le 13 octobre 1989. Le 24 novembre, à l'Hôtel-Dieu, se tient le premier conseil d'administration, sous la présidence de Maurice Abiven. « **Accompagner et soigner ensemble** » : c'est la bannière qui est choisie afin de ne pas dissocier l'accompagnement du soin. Sa mission est de représenter, de stimuler et de faciliter l'action des personnes morales ou physiques impliquées dans le mouvement des soins palliatifs et de l'accompagnement des personnes en fin de vie, dans le but de développer et d'améliorer la prise en charge des personnes et la qualité des soins reçus. La SFAP est notamment leur porte-parole auprès des pouvoirs publics. Dès le début, l'action de la SFAP s'articule autour de quatre collègues :

- Le collège médical,
- Le collège associatif et bénévole,

- Le collège sanitaire et social,
- Le collège interdisciplinaire.

Leur travail s'organise sous forme de réunions dont le but est d'élaborer des réponses à des questions que peuvent se poser les équipes de soignants ou de bénévoles ; la culture associative permet aussi de partager expériences, joies et difficultés.

La SFAP adhère également à l'Association Européenne des Soins Palliatifs (EAPC) dont le siège est à Milan.

1990 : Déclaration à la préfecture de Paris de la SFAP. La naissance de l'association est annoncée par le Journal Officiel du 28 février.

La SFAP prend une part active aux travaux du Dr Henri Delbecque, auteur du rapport sur le développement des soins palliatifs. En particulier, pour garantir la qualité des soins prodigués, la SFAP propose d'établir des « normes planchers » pour accorder l'appellation d'unité ou de centre de soins palliatifs. L'association prône également la formation aux soins palliatifs dans les écoles de soignants et en faculté de médecine, ainsi que la reconnaissance du temps de coordination au sein des équipes de soins. Demandé par le ministre de la santé Claude Evin, ce rapport sera finalement publié en 1993.

En octobre 1990, à la demande de l'association européenne EAPC (European Association for Palliative Care), la SFAP organise un Congrès de Soins Palliatifs qui rassemble à Paris plus de 1 500 personnes. Ce premier congrès européen est placé sous le haut patronage du Président de la République, François Mitterrand.

Dans son discours d'ouverture, celui-ci déclare



« je suis venu comme témoin, pour que notre société soit désormais inspirée par la leçon et la philosophie des soins palliatifs et que, dans chaque foyer, on sache approcher la mort autrement »

Le succès de ce congrès amène la SFAP à en organiser un tous les deux ans, en alternance avec une journée nationale réservée à ses adhérents. Devant l'ampleur de la demande, le congrès deviendra annuel dès 2002.

En **1991**, le Ministre des Affaires Sociales confie au Dr Delbecque une mission d'étude sur le développement des soins palliatifs dans notre pays, travail qui sera terminé en mars 1993.

L'accompagnement des malades suscite la création de nombreuses associations, preuve que la société française toute entière manifeste son intérêt et sa solidarité :

- l'association JALMALV (Jusqu'à la mort accompagner la vie) naît en 1983 à Grenoble avant de devenir une fédération ;
- L'UNASP (Union Nationale des Associations pour le développement des Soins Palliatifs) est issue de l'ASP fondatrice née à Paris en 1984.

On pourrait encore citer :

- La fédération Alliance à Bordeaux,
- L'association Pierre Clément à Strasbourg,
- L'association Albatros à Lyon...

A partir des années 90, une série de textes font progresser la reconnaissance des soins palliatifs et de l'accompagnement ; des dispositifs opérationnels sont mis en place, même si les moyens ne sont pas encore à la hauteur des enjeux.

1991 : La loi hospitalière du 31 juillet introduit les soins palliatifs dans les missions de tout établissement de santé.

A partir de **1992**, la SFAP noue un partenariat durable avec la Fondation de France. Ce soutien permet à l'association de développer ses activités et de monter de nouveaux projets, tout en préservant son indépendance financière à l'égard des pouvoirs publics et de l'industrie pharmaceutique. 1992 est aussi l'année où la SFAP s'installe dans les locaux de la maison médicale Jeanne Garnier (XVème arrondissement de Paris).

1993 : Le rapport du Dr Delbecque, à la demande du ministère de la santé, fait le point sur les évolutions intervenues depuis la circulaire de 1986 et émet des propositions, lesquelles s'articulent autour de trois axes :

- Développement des soins palliatifs à domicile,
- Planification des centres de soins palliatifs,
- Enseignement / information des soins palliatifs.

Après quatre ans de mandat, le Dr Maurice Abiven passe le relais au Dr Michèle Salamagne qui présidera la SFAP jusqu'en 1996.

1994 : Le sénateur Lucien Neuwirth se prononce pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur et travaille à l'élaboration de textes en ce sens.

4ème congrès de la SFAP à Strasbourg : Dr Michèle Salamagne reçoit du ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, la réaffirmation de l'engagement de l'Etat dans « le développement de cette démarche de soins et de lutte contre la douleur ».

1996 : L'Assemblée générale de la SFAP actualise sa charte dans le préambule des statuts. En effet, considérés au départ comme des soins concernant uniquement les personnes au stade terminal de leur maladie, les soins palliatifs s'ouvrent progressivement à d'autres situations ; les équipes mobiles, appelées pour intervenir beaucoup plus tôt au cours de la maladie, jouent un grand rôle dans cette évolution. Progressivement, l'accent sera mis aussi sur le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement à domicile, pour permettre à ceux qui le souhaitent de rester dans leur lieu de vie habituel le plus longtemps possible. Tout en restant fidèle à ses valeurs fondatrices, la SFAP sait ainsi évoluer et s'adapter aux besoins de la société. Le Dr Gilbert Desfosses succède au Dr Michèle Salamagne à la présidence de la SFAP.

1998 (6ème congrès national de la SFAP à Lyon) :

Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat chargé de la santé, déclare que « *les soins palliatifs et la douleur sont une priorité de santé publique* » et reconnaît l'insuffisance du nombre de structures de soins palliatifs et annonce son intention de remédier à cette carence. Dès lors, la SFAP va contribuer à l'élaboration de ce qui deviendra le plan triennal 1999-2001 qui suscitera la création de nouvelles structures de soins et développera les actions de formation (en faculté de médecine et dans les instituts de soins infirmiers).



1999 : Le travail d'information et de proposition effectué par l'association ne s'arrêtera pas là. Il s'agit alors de faire reconnaître la place des soins palliatifs, de renforcer les acquis et de promouvoir des mesures concrètes. Ces efforts seront récompensés par le vote à l'unanimité de la loi du 9 juin (valeur juridique supérieure à la circulaire Laroque) qui garantit un droit d'accès aux soins palliatifs pour toute personne en fin de vie (article 1). La loi institue aussi un congé d'accompagnement que peuvent prendre des personnes désireuses d'accompagner un proche en fin de vie (articles 11 et 12). D'autres dispositions concernent :

- L'intégration des soins palliatifs dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale (SROS), outil servant à la répartition des ressources, en fonction de priorités définies (article 2),
- L'organisation de l'enseignement des soins palliatifs (article 7),
- L'organisation du bénévolat (article 10).

2000 : La circulaire du 19 février précise l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement. Elle définit les missions et les modalités de fonctionnement en ce qui concerne les réseaux de soins palliatifs et l'hospitalisation à domicile, la notion de démarche palliative dans tous les services et le concept de lits identifiés soins palliatifs. Cette circulaire s'accompagne d'un second programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005 privilégie trois axes :

- Le développement des soins palliatifs à domicile,
- La poursuite du renforcement et de la création de structures spécialisées,
- La sensibilisation et l'information de l'ensemble du corps social à la démarche palliative.

Le Dr Daniel d'Hérouville prend la présidence de la SFAP.

Entre 2000 et 2005, plus de 5 500 000 € seront alloués aux associations pour leur permettre de former leurs bénévoles. En application de l'article 10 de la loi, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) crée une dotation pour soutenir la formation des bénévoles d'accompagnement. La gestion de ces fonds est confiée à la SFAP qui établit le cahier des charges et instruit les demandes de subvention.

2002 : Elaboration de la circulaire du 22 février qui organise la collaboration entre les différents acteurs des soins palliatifs, que ce soit en établissement ou à domicile : unités de soins palliatifs (USP), équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), lits identifiés de soins palliatifs... Le texte définit également les rôles en termes d'enseignement et de recherche.

2003 : Le plan cancer remis au président de la République insiste sur la nécessité de développer les soins de support, permettant une prise en charge globale du patient dans laquelle s'inscrivent les soins palliatifs et l'accompagnement.

Le Dr Régis Aubry devient président de la SFAP qui se réorganise en 5 pôles d'activité :

- Développement des soins palliatifs et de l'accompagnement,
- Qualité de vie des soins et de l'accompagnement,
- Réflexion éthique et recherche,
- Formation,
- Information et communication.

Cette réorganisation vise deux objectifs : en interne, il s'agit de créer des dynamiques de travail entre les groupes dont les thématiques sont proches, tout en conservant une vision globale et cohérente du projet associatif ; en externe, cette présentation permet de mieux comprendre la richesse et la diversité du travail réalisé par l'association.

2004 : Modifications des statuts de la SFAP votées à l'Assemblée Générale de juin. 10ème congrès intitulé « *l'euthanasie et la mort désirée : questions pour les soins palliatifs* ». Au cours de son histoire, la SFAP a dû réaffirmer clairement sa position vis-à-vis de l'euthanasie. Dans leur participation aux débats du congrès, les représentants de la SFAP ont toujours beaucoup insisté sur la nécessité de clarifier les différents termes utilisés concernant la « fin de vie » et sur l'importance de ne pas faire un amalgame de toutes les situations de fin de vie, afin d'éviter la confusion dans l'esprit du grand public.

Entre la fin 2004 et le printemps 2005, dans un contexte émotionnel particulièrement dramatique lié à l'affaire Vincent Humbert, une mission parlementaire est mise en place, présidée par M. Jean Léonetti. De très nombreuses auditions de médecins, de philosophes, de sociologues, de représentants des cultes, d'acteurs des soins palliatifs (notamment la SFAP), de représentants du corps social permettent d'éclairer ses travaux. L'ensemble des recommandations émanant du rapport de cette mission a débouché sur une proposition de loi qui a été adoptée à l'unanimité par 548 voix à l'Assemblée Nationale le 1er décembre 2004, puis votée en termes conformes par le Sénat le 12 avril 2005. Promulguée le 22 avril 2005, la loi est parue au Journal Officiel le lendemain.



« ... La loi proposée renforce donc dans cet esprit le droit des malades, essentiellement dans la liberté qui leur est reconnue de refuser un traitement salvateur jugé par le malade disproportionné. Le médecin accepte alors la mort naturelle décidée par le malade... »

Jean Léonetti – Extrait « Vivre ou laisser mourir »

Le mouvement a réussi à faire reconnaître les soins palliatifs et l'accompagnement, tant par la société que par les pouvoirs publics. La loi permet à toute personne malade en fin de vie d'y recourir. L'enjeu des soins palliatifs se situe donc aujourd'hui au-delà de leur reconnaissance. La suite de leur histoire s'inscrit autour des problèmes qui semblent aujourd'hui primordiaux : d'une part leur accessibilité à tous, sur l'ensemble du territoire, quels que soient l'âge et la situation de la personne susceptible d'en bénéficier ; et d'autre part, la reconnaissance de moyens spécifiques pour que soins palliatifs riment toujours avec interdisciplinarité des équipes, qualité du soin, disponibilité d'écoute et accompagnement du malade comme de sa famille.



Les présidents de la SFAP ⁴:

1. Maurice Abiven
2. Michèle Salamagne
3. Gilbert Desfosses
4. Daniel d'Hérouville
5. Bernard Devalois

Chef de service de l'unité de Soins Palliatifs de l'hôpital de Puteaux (92)



Voir Conclusion

⁴ Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs – 106 avenue Emile Zola, 75015 Paris
Tél. : 01.45.75.43.86 – Fax : 01.45.78.90.20 – sfap@sfap.org

3- LA REFLEXOLOGIE PLANTAIRE :

- **Définition**
- **Objectifs**
- **Histoire**

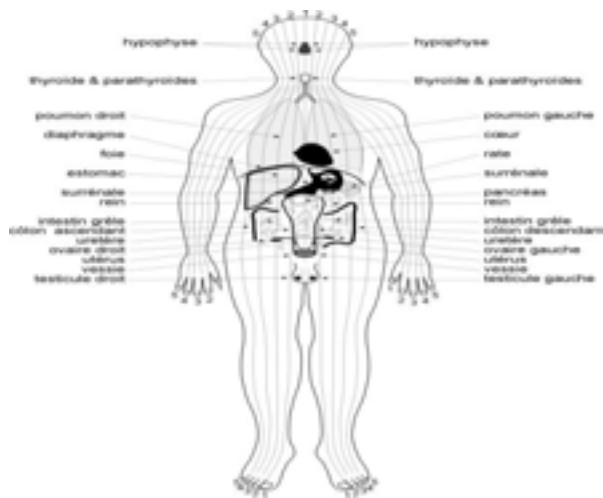
*Ces quelques pages sont particulièrement destinées à mes collègues de
l'hôpital...*

La réflexologie est une méthode de soin et de thérapie complémentaire qui vise, par simple pression des doigts sur un point particulier, une action à distance sur un organe ou sur certaines parties du corps. Les zones manipulées sont ainsi appelées « zones réflexes », localisées principalement au niveau des pieds et des mains. Exercer une pression sur un point-réflexe ou le palper permet donc de stimuler les fonctions naturelles des glandes ou des organes correspondants (par exemple, la sécrétion d'une hormone ou d'enzymes digestifs). Ces manipulations contribuent ainsi à l'autoguérison tout en procurant une sensation de bien-être. Elle amène une profonde relaxation, atténue la tension nerveuse et l'anxiété.

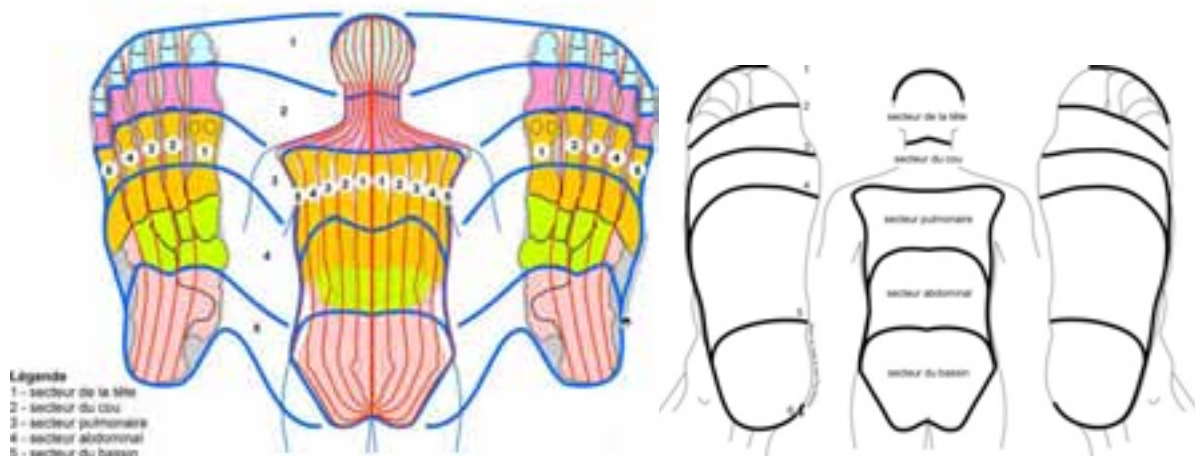
☞ La réflexologie a une mission de restauration des tissus fatigués mais non celle de générer spontanément de nouvelles cellules.

Elle semble promouvoir la production d'endorphines, substances naturelles combattant la douleur, produites par le cerveau.

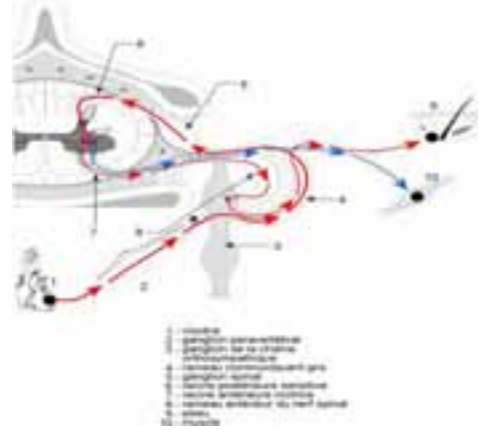
Selon la théorie de la réflexologie développée au début du siècle, le corps est divisé en dix zones longitudinales, 5 de chaque côté du corps. Ces zones s'étendent des orteils à la tête, puis vers les doigts, ou inversement. Ainsi, la première zone va du gros orteil jusqu'au milieu de la tête, puis descend vers le pouce. La 2^{ème} zone monte du deuxième orteil jusqu'à la tête puis descend vers l'index. Et ainsi de suite.



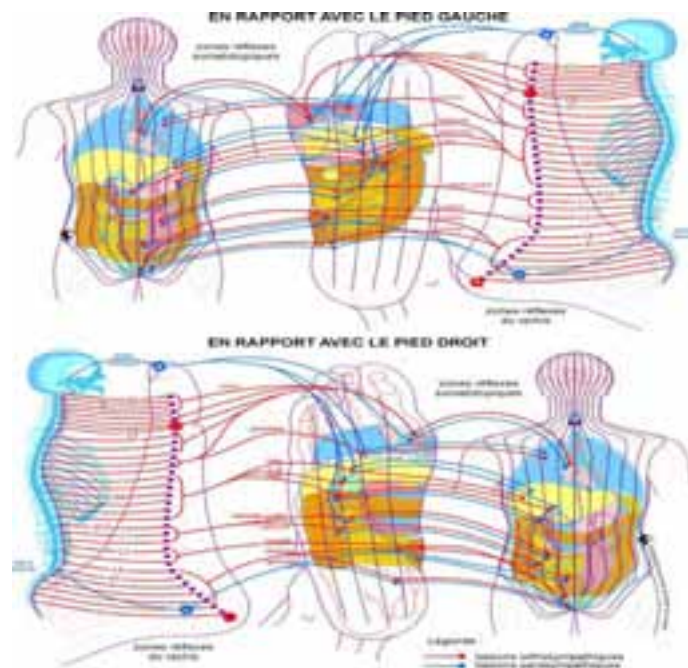
Les pressions exercées sur les points-réflexes du pied ou de la main affectent les organes situés à l'intérieur de la zone correspondante. La réflexologie divise le pied et la main également en 5 sections transversales.



Toutes les formes de thérapie corporelle font appel à la stimulation des cellules réceptives qui sont des cellules sensorielles sensibles au toucher, situées à la surface de la peau. La stimulation des points-réflexes provoque l'envoi de messages de ces cellules, à travers les circuits nerveux jusqu'aux sièges de contrôle du corps que sont la moëlle épinière et les centres primitifs inférieurs du cerveau. Ceux-ci renvoient aussitôt des instructions aux muscles ou aux organes pour provoquer la réaction requise.



Les centres de contrôle supérieurs et conscients du cerveau n'interviennent pas forcément dans ce processus. Les réflexes inconscients ont une importance vitale. Le corps y fait constamment appel dans les actes quotidiens qui ne requièrent pas de décision consciente. Entre autres, ils régulent l'activité des organes internes tels ceux du système digestif, et modulent en permanence la tension des muscles, y compris ceux dont dépend le maintien. C'est probablement pour cette raison que la réflexologie agit de façon aussi efficace sur les nerfs spinaux des vertèbres, ce qui améliore les problèmes de dos et de cou, mais aussi la digestion. **La réflexologie agit principalement par le biais du système neurovégétatif** (qui innerve les glandes, le muscle cardiaque et les muscles des organes internes, contrôle les muscles lisses des organes ainsi que les glandes), en équilibrant les activités opposées de ses deux subdivisions principales : la branche sympathique (accroissement du rythme cardiaque, production d'adrénaline...) et la branche parasympathique (ralentissement du rythme cardiaque, augmentation sécrétions glandulaires, stimulation du péristaltisme...).



Le massage des zones réflexes repose sur l'existence -non prouvée scientifiquement- de liaisons entre les zones réflexes des pieds ou des mains, sur lesquelles portent les manœuvres et les différents organes internes et régions anatomiques. Ces liaisons apparaissent également

dans la théorie des flux énergétiques sur laquelle se fonde la médecine chinoise. Appelées dans ce cas « méridiens », elles sont conçues comme des canaux de circulation de l'énergie parcourant tout le corps.

La réflexologie est une des branches de la médecine traditionnelle chinoise, elle utilise le même concept holistique que l'acupuncture et le même modèle thérapeutique, à la fois préventif et curatif.

- ✓ Le premier berceau de la réflexologie se trouve sans doute en **Egypte ancienne**. On a retrouvé à l'intérieur de la tombe d'Ankmahor, un célèbre médecin, un bas-relief vieux de plus de 2500 ans avant J.C. représentant plusieurs thérapeutes traitant simultanément les mains et les pieds de leurs patients. Au bas de celui-ci, l'on peut noter une inscription hiéroglyphique avec la phrase d'un patient « ne me faites pas mal », prouvant qu'il s'agissait bien là d'un acte médical.
- ✓ En **Inde**, la médecine traditionnelle ayurvédique prenait en compte l'énergie globale de la personne et la possibilité de la soulager grâce au massage précis de certaines zones du corps. Cette discipline thérapeutique vieille de plus de cinq mille ans sera colportée ensuite en Chine par les moines bouddhistes et ira jusqu'au Japon, puis dans la plupart des pays asiatiques.
- ✓ En **Chine**, bien avant l'arrivée de ces moines, les médecins acupuncteurs avaient l'habitude d'appliquer de très fortes pressions du pouce sur des endroits bien précis de la plante des pieds pour libérer et réguler les flux énergétiques du corps.
- ✓ L'on pense également que les premiers Amérindiens utilisaient des techniques de soins similaires à base de massage plantaire.

Histoire de la réflexologie moderne :



- 1904** Le russe **Yvan Petrovitch Pavlov** (1849-1940) reçoit le prix Nobel pour avoir démontré la relation directe entre stimuli et réflexes.
- 1917** Aux Etats-Unis, le **Dr William Fitzgerald** (1872-1942) publie ses découvertes sur la « thérapie localisée ». Il définit une méthode de soins entièrement nouvelle, utilisant des pressions sur des points précis des mains, des pieds et d'autres parties du corps. Le **Dr Joe Shelby-Riley**, un naturopathe américain, publie plusieurs textes sur la thérapie localisée.
- 1938** Aux Etats-Unis, **Eunice Ingham** (1889-1974), élève de Joe Riley, va affiner la thérapie localisée et donner à la réflexologie sa forme actuelle. Elle écrit un premier livre, « *Stories the feet can tell* » qui sera suivi en 1945 de l'ouvrage « *Stories the feet have told* ». Ces ouvrages de référence constituent la base de la réflexologie moderne.
- 1955** L'américain **Harry Bond Bressler** rédige un ouvrage sur la thérapie localisée. Il y rend hommage à William Fitzgerald et à **Edwin F. Bowers** qui collabora au premier livre du Dr Fitzgerald.
- 1966** **Doreen Bayly**, qui a suivi l'enseignement d'Eunice Ingham, rentre en Grande-Bretagne. Elle y formera un grand nombre des premiers réflexologues européens.

La réflexologie telle qu'elle est pratiquée de nos jours est devenue une technique précise de palpations et de pression très éloignée des approximations de ses débuts. Les travaux des chercheurs en neurologie sur les thérapies affiliées, comme l'acupuncture, ont montré la façon dont les fibres nerveuses et les circuits du cerveau sont stimulés par des manipulations physiques et des recherches sur l'efficacité clinique de ces dernières ont également été effectuées. Les praticiens ont mis au point des techniques précises et ont déterminé les points où les pressions doivent être exercées. Certains d'entre eux tiennent compte de la théorie chinoise des méridiens, de l'énergétique, ce qui leur permet de proposer une thérapie plus complète.



Accompagner et soigner ensemble

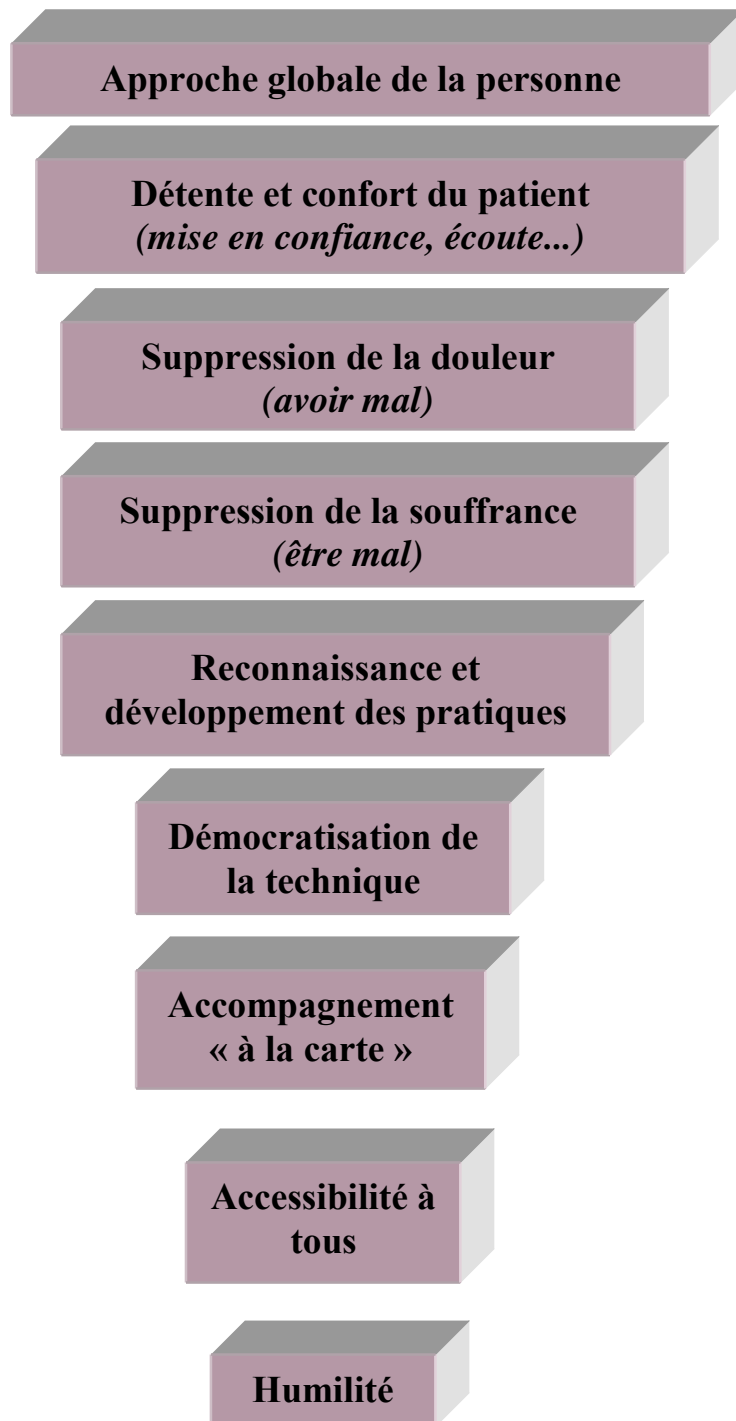


“ ... Science et hasard sont complémentaires... ”

5

⁵ Mourir dans l'amour – Monique Brossard Le Grand

Des pratiques et des objectifs communs :



4- L'EQUIPE SOIGNANTE ET LES BENEVOLES

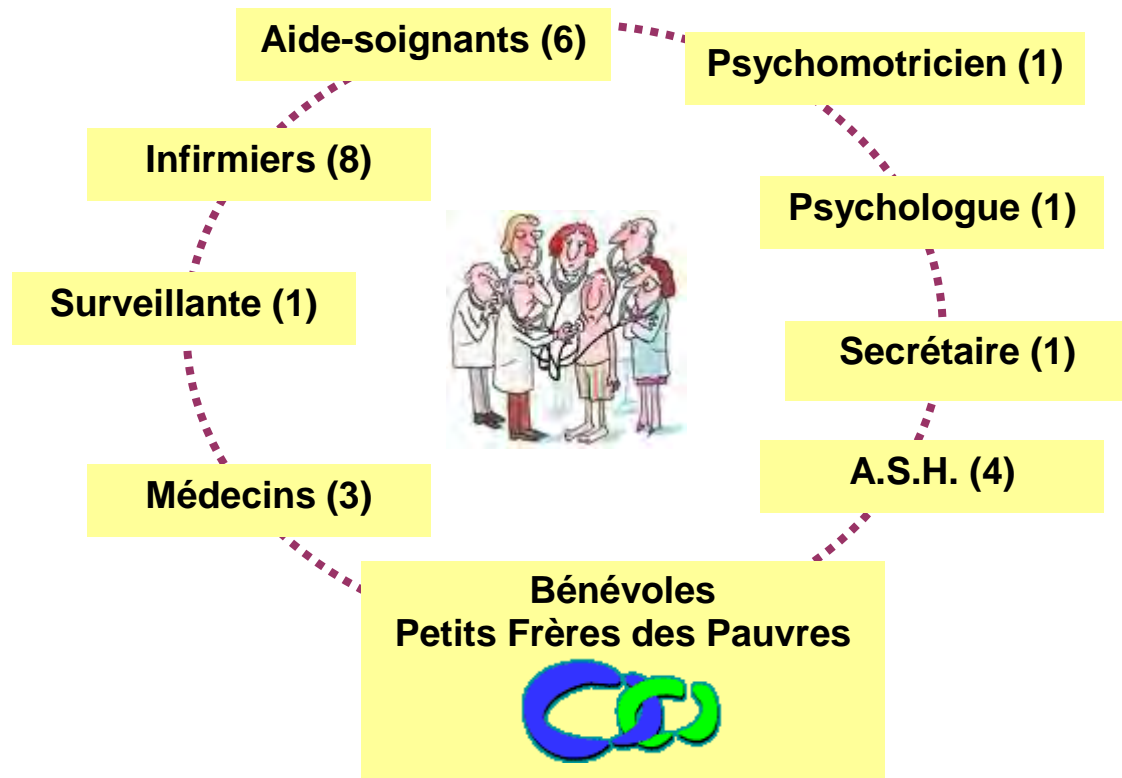


♦ **...le chemin de la solidarité est une voie de progrès...** ♦

6

⁶ Vivre avec sa mort – Françoise Glorion

Une équipe pluridisciplinaire...



...joyeuse et complice lors d'un anniversaire, dans la cuisine du personnel.

C'est aussi le lieu où se déroulent les « Groupes de parole » qui permettent, sous la houlette d'un psychologue, aux membres de l'équipe médicale d'évacuer leur propre souffrance et qui pallie ainsi à un éventuel burnout (*épuisement*). Une infirmière qui peut exprimer sa peur, sa tristesse ou sa colère lors d'une telle rencontre, sans être mal jugée par ses collègues ou supérieurs apprend peu à peu à travailler avec sa propre vulnérabilité au lieu d'être submergée par elle. Je participai dans la mesure du possible à ces groupes de parole qui constituent de véritables soupapes de sécurité et garantissent l'équilibre du groupe.

Une équipe qui aime, qui accompagne, qui soulage et qui :

◆ Sait communiquer :

- Réunions de transmissions quotidiennes où l'on évoque l'état de chaque malade et où l'on décide à la demi-journée du traitement le plus approprié / Circulation de l'information entre l'ensemble des acteurs de soin (prise de décisions communes)
- Réunions interdisciplinaires
- Discussion avec l'ensemble des acteurs, avec la famille et le patient lui-même (ou la personne de confiance désignée), du déroulement de la phase terminale
- « Le temps du souvenir », quelques heures où toute l'équipe essaye de se remémorer les patients décédés depuis plusieurs mois. La psychologue énumère leurs noms...

*« Des gens comme vous, ça donne
envie de vivre davantage »
Une patiente*

- ◆ Prend en charge la souffrance de l'entourage, qui passe des heures à recevoir les familles des malades
- ◆ Lors d'un décès, évalue la prise en charge de manière collégiale a posteriori
- ◆ Respecte les rites religieux de chacun...

L'équipe soignante et la réflexologie :

Plusieurs infirmières et aides-soignantes manifestèrent rapidement leur curiosité vis-à-vis de cette pratique.

- ☞ Shakira fut la première à me demander quelque soulagement pour sa sciatique ; deux séances suffirent à la remettre d'aplomb.

- ☞ Paula qui souffrait d'une épaule depuis le matin eut aussi droit à une séance de réflexologie. Elle constata que la douleur le lendemain était plus vive, mais le surlendemain elle avait disparu. Je lui expliquai donc alors comment fonctionnait la réflexologie, le principe de la douleur, et qu'une période de 24 heures était parfois nécessaire avant d'aboutir au soulagement total de la douleur.

- ☞ Il y eut aussi Betty qui souffre depuis plusieurs années d'un genou. Mais dans ce dernier cas, plusieurs séances auraient été nécessaires pour un résultat efficace.

- ☞ Et puis encore Céline, psychomotricienne.

5- LES PATIENTS ET LEUR TRAITEMENT

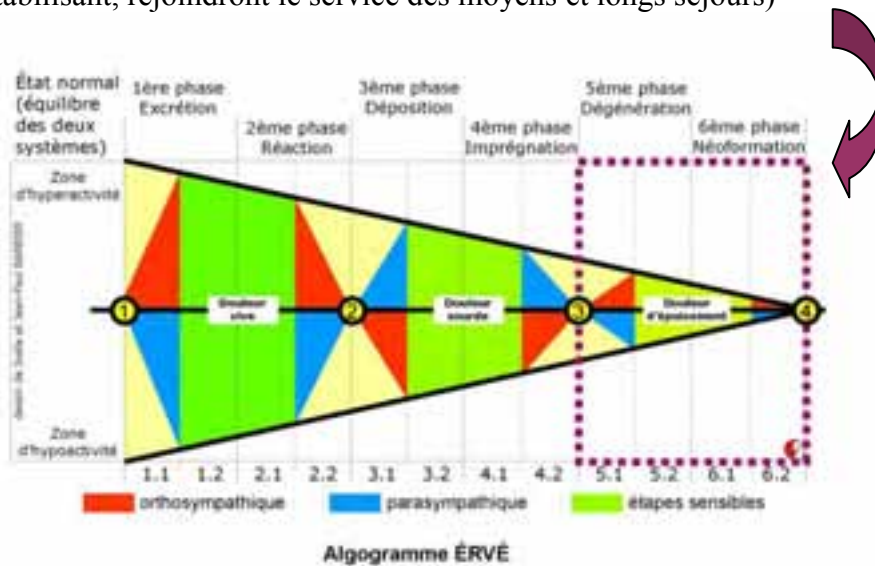


« O douceur de survivre à la force du jour »⁷

⁷ Charmes, 1922 – Paul Valéry

L'état (physique et psychique) des patients :

- Fin de vie (sauf certains qui ne seront là que pour le traitement de la douleur et d'autres qui, leur état se stabilisant, rejoindront le service des moyens et longs séjours)



- Informés de leur diagnostic et pronostic et associés à la décision thérapeutique les concernant
- Souvent très angoissés (l'approche de la mort entraîne une souffrance importante dans le cadre du travail de trépas)
- Fatigués
- Agonisants
- Confus
- Alités ou assis dans un fauteuil roulant
- Traités contre la douleur (qu'ils évaluent eux-mêmes - échelle numérique / 0 > 10) et/ou l'angoisse :
 - Morphine* ou autre antalgique (= analgésique – 3 palliers selon leur niveau d'efficacité, la morphine faisant partie du pallier 3, i.e. le plus élevé)
 - Anxiolitique (pas d'effet sur la douleur)
 - Quand la douleur est continue dans la journée, prise d'analgésiques de façon préventive à horaires fixes et à intervalles réguliers en tenant compte de la durée d'efficacité du produit utilisé
 - Application de chaud/de froid pour traiter la douleur quand celle-ci est d'origine neurogène
 - ...
- Sous corticoïdes pour quelques-uns (hormone sécrétée par les glandes corticosurrénales à partir du cholestérol - les corticoïdes de synthèse sont utilisés en thérapeutique comme anti-inflammatoires et immunosuppresseurs).
- Des patients qui refusent parfois un massage par peur de trop se détendre et ainsi de s'éteindre...

* Ce produit, dérivé de l'opium et dont le nom tire son origine de la divinité du rêve Morphée, est ancien et bien maîtrisé. La pompe à morphine (ACP = Analgésie contrôlée par le patient) délivre à la demande du patient hyperalgique la dose idéale permettant de neutraliser la douleur dès son apparition. Cet appareil, muni d'un système de sécurité, délivre la dose par simple pression du doigt. La pompe à morphine est utilisable à domicile sous le contrôle d'un médecin qui peut aussi prescrire des opiacés par voie orale ou par voie intradermique. L'utilisation du patch, sorte de timbre cutané distillant le produit dans le sang, a facilité l'usage des opiacés.

Les actions attendues / constats / bénéfiques de la réflexologie plantaire :

- ☺ Augmentation de la circulation sanguine et lymphatique
- ☺ Relaxation
- ☺ Diminution des oedèmes
- ☺ Régulation du système nerveux (stimulation ou effet calmant)
- ☺ Encourage une respiration profonde
- ☺ Régulation du péristaltisme
- ☺ Amélioration de la qualité du sommeil
- ☺ Réduction de la douleur
- ☺ Régénération des tissus abîmés
- ☺ Augmente les effets du traitement médicamenteux
- ☺ Distrait
- ☺ Décroît l'anxiété et la dépression
- ☺ Soulage de l'isolement
- ☺ Permet la poursuite d'une vie sociale
- ☺ Ouvre la porte à plus d'intimité avec la famille et les amis
- ☺ Prévient les effets d'un manque de toucher
- ☺ Permet au patient d'exprimer ses sentiments/émotions
- ☺ Rétablit une image positive de son corps
- ☺ Donne au patient le sentiment de participer à un éventuel rétablissement
- ☺ Redonne espoir

Ma pratique :

- ☺ Je me présente et j'explique la réflexologie plantaire au patient et à son entourage, en précisant que je vais avant tout détendre, relaxer...



- ☺ Je lave mes mains avant et après la séance à l'eau froide
- ☺ Je propose le choix : pieds, mains ou simple présence
- ☺ J'incite à boire avant et après la séance de réflexologie (j'explique pourquoi)
- ☺ Je surélève le lit au maximum pour ne pas me casser le dos. Je suis debout au pied du lit pour exercer
- ☺ Lorsque le patient est assis dans son fauteuil roulant, je m'assois par terre
- ☺ J'utilise une crème hydratante pas trop grasse pour les massages détentes car la peau de ces patients est souvent extrêmement sèche
- ☺ J'adapte mes gestes, ma voix, les techniques de réflexologie (effleurage, friction, reptation et pétrissage) à l'état du patient...

Et c'est parti... pour un temps indéterminé !

~~20 mn~~

(!) la morphine brouille les pistes en neutralisant la douleur

Je ne vérifie pas la sensibilité naturelle des points-réflexes car je ne vais jamais les piquer.

Je ne travaille pas directement sur les zones correspondant aux organes atteints. Je privilégie le rachis.

Pas de massage durant la phase d'agonie. Je pose mes mains sur les mains du patient seulement.

Je constate peu de toxines sous les doigts, mais les métastases cérébrales des patients, oui j'ai pu les ressentir à plusieurs reprises sur le gros orteil au niveau du myélocéphale. J'essayais la technique de « dispersion/friction », mais en vain...



Je dois aussi préciser que c'est par l'intermédiaire des infirmières ou de la surveillante que j'abordais la première fois les patients.

Des patients qui, dès le départ, m'ont encouragée :



Le pouce en l'air de Bernard, pour signifier combien c'était bien à l'attention du médecin et de la surveillante (je venais d'arriver dans le service), fut mon plus bel encouragement. Et j'en avais grandement besoin.

Les mercis, surtout celui de Martine (dite « Tartine ») agonisante qui me fit quitter sa chambre en courant tellement j'avais peur d'éclater en sanglots.

Les séances que j'ai prodiguées ont visé essentiellement à la détente du patient. J'appliquais donc le traitement du stress, mais en fonction des informations recueillies lors des réunions de transmissions en milieu de journée, je modulais le traitement : + système digestif, + système respiratoire, rachis...

Le traitement-type fut le suivant :

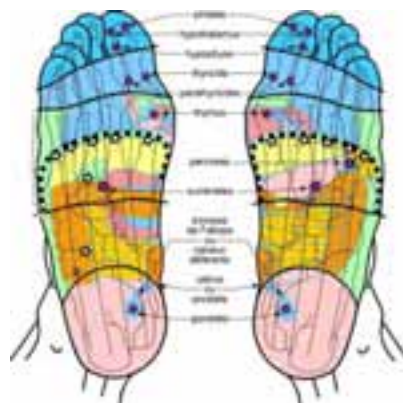


- 1. Massage de détente**
- 2. Vectoriel**
- 3. Nouveau rachis**
- 4. Grand 8**
- 5. Zones de tête et cou**
- 6. Système circulatoire et lymphatique**
- 7. Reins – Uretères - Vessie**
- 8. Massage de détente**

Et je pus l'appliquer à une trentaine de personnes.

Consciente du rôle important des glandes endocrines dans le système immunitaire, je profitais du massage des zones liées au traitement du stress susmentionné pour stimuler en friction, sans appui exagéré :

- La glande pinéale (ou épiphyse), l'hypothalamus et l'hypophyse (= diencéphale) lors du massage des zones de tête,
- Les thyroïde et parathyroïdes pendant le massage des zones du cou (phalange proximale de chaque orteil)
- Le thymus lors du massage du système circulatoire,
- Les surrénales lors du massage de la zone des reins.



Lorsque c'était possible, c'est-à-dire si pas de tumeurs au niveau abdominal, je stimulais doucement en fin de séance les intestins, lors du massage de détente.

Comme je l'ai dit plus haut, j'adaptais tout traitement en fonction des informations recueillies lors des réunions de transmissions auxquelles j'assistais sans faillir. Là, l'état de chaque patient est évoqué, le traitement médicamenteux parfois modulé et toujours de façon collégiale, et chacun a droit à la parole. J'y ai constaté à maintes reprises que la perception de l'état d'un malade diffère d'un soignant à un autre... Cela fait partie de la richesse de ce beau travail d'équipe !

J'ai donc parfois travaillé sur le système digestif... lorsque je notais que le patient était constipé, sans beaucoup de succès, car j'apprenais qu'un des effets secondaires de la morphine était la constipation !



53 ans. Cancer sein polymétas. + plaie

15 janvier	Arrivée dans le service de soins palliatifs. Semble très méfiante de tous... et l'équipe la qualifiera à tort lors des premières réunions de transmission de « psychotique ». L'équipe est fort impressionnée par l'état de sa plaie qui s'étale du pubis à la base du cou (...) et peut-être à cause de ce parcours (soins et accompagnement) qui s'annonce difficile, tous vont s'attacher profondément à cette femme.
22 janvier	Je propose une séance de réflexologie. Elle accepte et nous parlons alors beaucoup de médecines douces.
23 janvier	Aujourd'hui, c'est plaisir gustatif ! J'ai fait une tarte tatin pour un autre patient, atteint lui d'un cancer de la prostate, un monsieur âgé et adorable dans la chambre voisine, alors nous la partageons cette tarte !
29 janvier	Séance de réflexologie. Elle connaît déjà la réflexologie, a eu quelques séances dans Paris, mais trouve que cela fait mal. Je lui explique alors que ce n'est pas que du massage, que certains points doivent faire mal ou alors c'est un signe d'une éventuelle lésion nerveuse (je lui précise qu'un réflexologue ne diagnostique pas). Evidemment, à l'hôpital, sur ces malades en fin de vie, je ne pique pas les points-réflexes (système neurovégétatif à plat, morphine, et puis ils ont suffisamment mal comme ça). Je stimule les zones visées tout en douceur.
1 ^{er} février	Séance de réflexologie. Me demande si je peux lui faire une séance de « métamorphose » (descriptif ci-dessous)... Je connais cette autre méthode de réflexologie extrêmement douce, j'ai lu le livre de Gaston Saint-Pierre, mais ne me sens pas en mesure de lui faire.
7 février	Massage des mains en présence de Fabienne, relaxologue stagiaire. Je masse au feeling... n'ayant pas été formée à la réflexologie palmaire. Mais je connais déjà quelques zones, notamment les doigts sur lesquels je retrouve les zones de tête, les espaces interdigitaux où se trouvent les glandes lymphatiques supérieures... bref je m'en sors bien mais je profite de cette expérience pour demander une formation à Jean-Paul Barbier qui me l'accordera quelques semaines plus tard. Elle me renouvelle sa demande de massage métamorphosique... Participant au Salon des Médecines Douces à partir du lendemain, je lui promets d'aller sur leur stand et de leur demander d'envoyer un thérapeute à l'hôpital. Quelqu'un effectivement viendra lui prodiguer une séance.
21 février	Massage des mains. Elle va bien, mange bien (grâce aux corticoïdes ?), ses parents sont là. Je demande à sa mère de masser la main droite pendant que je m'occupe de la gauche, et au bout d'une quinzaine de minutes, souhaitant m'éclipser, je demande à son père de me remplacer. Il hésite un peu, puis finalement accepte. Je dois dire que je mets tout mon cœur, mon tact et ma douceur pour le convaincre !



22 février	Massage des mains. A la visite d'une amie. Lorsque nous nous retrouvons seule, me remercie infiniment d'avoir fait en sorte que son père l'approche et la touche. L'une de mes plus belles récompenses de ce stage !!
26 février	Ne souhaite plus de séances de réflexologie, mais des caresses sur les pieds ! Ses parents sont repartis et elle ne va pas bien. Pendant la réunion de transmission, nous parlons « obsèques »... Laurence, l'un des médecins de l'unité la rencontre.
1 ^{er} mars	Va bien. L'anxiolitique fait son effet.
5 mars	Va mal. Je la fais boire. On devait aujourd'hui manger des sushis... elle m'entend et sourit. Ses yeux sont clos. Une amie lyonnaise est là, mais elle n'est plus en mesure de parler. Alors l'amie la touche et lui parle. Lucienne entend et semble tout comprendre.
6 mars	Pendant la réunion de transmission, j'apprends qu'elle est morte ce matin à 10 h 15. Je passe l'après-midi avec ses parents qui sont arrivés quelques heures après son décès. L'amie lyonnaise est là aussi. On arrive malgré l'émotion et le chagrin de tous à parler d'elle en souriant... On regarde quelques photos. Une autre amie arrive avec une fillette, filleule de Lucienne. Les parents sont pris en charge par toute l'équipe soignante. Tout sera fait pour les aider, les soulager. J'ai beaucoup de chagrin et cet après-midi là, il m'est impossible de m'occuper d'autres patients.

Il y eut d'autres rencontres : pour discuter, pour partager un repas, pour dire bonjour... Il me faudra accepter de ne pas franchir la porte uniquement pour masser les pieds. Parfois l'état de santé général est tellement dégradé, la personne est tellement confuse, que ma présence ne doit être que présence. Simplement être là, poser une main sur une main, ou sur un pied... bref m'adapter, encore et toujours !! Je n'ai jamais résisté, lorsque je la trouvais endormie en début d'après-midi, au plaisir de l'embrasser. Elle me dit un jour qu'elle souhaitait que quelqu'un vienne lui tenir la main cinq minutes par jour. C'est l'une des rares fois où j'osai ouvrir le dossier médical pour y annoter sa demande !

Elle était triste que ses parents, retraités en province, ne passent pas plus de temps avec elle... Je ne comprenais pas non plus.

Elle eut des mots parfois forts, me dit un jour « *J'ai toujours été une peste* »... Je ne posais pas de questions, je n'étais pas là pour ça. Me dit aussi une autre fois « *Dans 20 ans, il n'y aura plus de malades* », cette fois, je lui demandais en souriant pourquoi, j'étais intéressée et curieuse de son avis ; elle me répondit : « *Les médecins sauront tout guérir* ». Quel beau pronostic pour quelqu'un qui lors de son arrivée ne faisait confiance à personne... Médecine traditionnelle, médecines alternatives, Lucienne avait tout essayé pour s'en sortir. Même les ateliers de rire et de méditation.

Rire... nous rîmes beaucoup. Elle qui contrôlait son alimentation depuis quelques années, qu'elle voulait très saine, lorsque ma famille partit au ski, je lui racontai tous mes excès (boîtes de conserve, boîte de nounours en guimauve dévorés à minuit en lisant au travers du

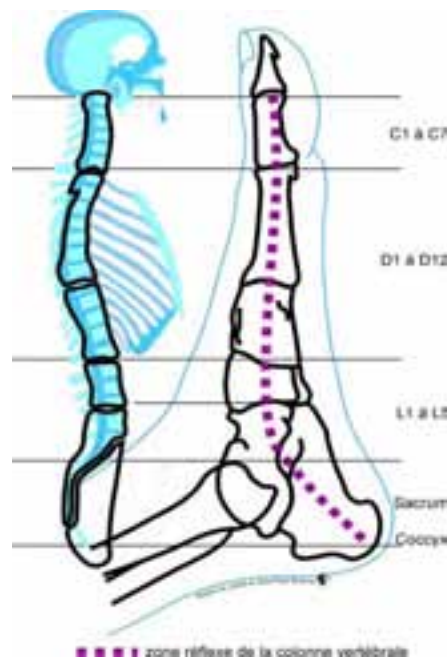
lit...) elle se tenait le ventre -du moins l'immense pansement qui en tenait lieu- pour rire. Et puis, il y eut la cure de jus de betteraves, unique alimentation pendant quelques jours, que les médecins acceptèrent. Elle disait que c'était bon pour le sang...

La métamorphose ou massage métamorphique développé par Gaston de Saint-Pierre et qui utilise également le pied, en particulier la zone réflexe correspondant à la colonne vertébrale mais aussi des zones analogues sur le bord de la main et le pouce ainsi que dans l'axe du crâne. Dans le massage métamorphique, cette zone réflexe de la colonne vertébrale est en relation avec les neuf mois du développement du fœtus tout au long de la grossesse, le moment de la conception se plaçant à l'endroit de la zone réflexe du coccyx, celui de l'accouchement sur le gros orteil.

« il y a beaucoup de relations biologiques, intellectuelles, affectives, qui naissent de la grossesse, qui se transmettent de la mère à l'enfant pendant les neuf mois de gestation. »

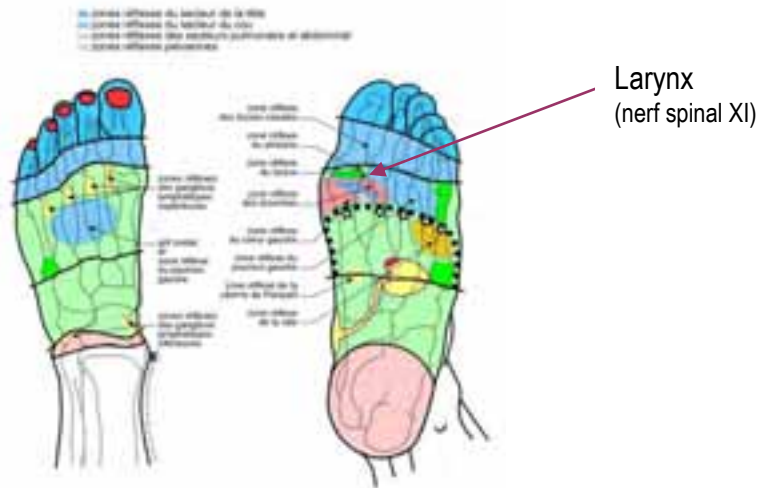
Pr J. Bernard

Suivant ce qu'a vécu le fœtus et à quel moment de son développement, on trouvera une zone de sensibilité à un certain niveau de la colonne vertébrale. Le vécu du fœtus détermine ainsi des étages de faiblesse vertébrale où se localiseront plus tard de manière privilégiée les problèmes de dos et les somatisations. Par une action extrêmement douce, le but du massage métamorphique est de remettre la personne en accord avec son rythme de développement, de stimuler sa capacité à intégrer les stress dans une optique d'évolution harmonieuse. Il donne d'excellents résultats sur les enfants et dans les problématiques psychiques.



Léonie

83 ans. Cancer larynx avec envahissement de la loge thyroïdienne
 Dysphonie (altération de la voix) il y a 5 ans > découverte d'une petite boule sur une corde vocale. N'a jamais voulu d'intervention chirurgicale.



<p>13 mars</p>	<p>Arrivée dans le service. Dame très au fait de sa maladie. Veut voir un prêtre, un coiffeur, un pédicure... Sa fille unique l'accompagne et sera présente tout au long de son séjour. Je lui fais une séance de réflexologie après que France, notre surveillante, m'ait présentée. Elle est assise dans son fauteuil près du lit, et moi assise par terre. On deviendra vite complices. Elle a des pieds violets et beaucoup de corne sur la zone des poumons des 2 pieds et sur la zone du nez (pied droit). Ce n'est pas douloureux.</p>
<p>15 mars</p>	<p>Réflexologie des pieds. Elle est encore assise dans son fauteuil, mais je suis maintenant habituée à travailler de cette façon. Et le fauteuil n'est plus à côté du lit, mais cette fois face à la porte. Sa fille me dit que la dernière fois, ses pieds ont réellement changé de couleur après la séance et que sa mère a enfin réussi à cracher. Elle nous laisse seules, ça lui permet j'imagine de souffler un peu, de passer quelques coups de fil, et moi je préfère être seule avec les patients, ils se relâchent parfois plus, me font des cachotteries sur le dos de celui ou de celle qui vient de sortir... Et d'autant plus que cette fois, Léonie écoute la messe à la radio et que je vais devoir lui masser les pieds pendant qu'elle égrène son chapelet en priant ! Elle crache de nouveau en début de séance, ça lui fait du bien. Je décide donc, après le système circulatoire, de travailler doucement sur le système respiratoire. Après la séance, elle me retiendra encore pour que je lui passe de l'eau bénite sur son larynx et que je prie avec elle. Je ne suis pas gênée... C'est une autre forme de partage.</p>
<p>19 mars</p>	<p>Réflexologie des pieds. Dyspnée (gêne respiratoire) au moindre effort. A eu de la morphine ce matin. Me dit aujourd'hui -elle est alitée- qu'elle a mal au pied depuis de nombreuses années, mais qu'elle ne s'en est jamais préoccupé. Elle a du mal à parler, on se regarde beaucoup. Je lui demande l'autorisation de prendre ses pieds en photo, pour mon mémoire, sa fille et</p>

	elle sont parfaitement d'accord. Alors demain, je serai réflexologue photographe !
20 mars	N'allait pas bien ce matin, mais cet après-midi souhaite tout de même un massage des pieds. Ca lui fait tellement de bien ! Je prends les photos prévues. Ne parle quasiment plus, mais me sourit et son regard semble reconnaissant. Je lui dis « au revoir et à bientôt » comme à tous les patients lorsque je les quitte. Je rejoins sa fille dans le salon et nous discutons. Elle sait que sa mère va mourir mais n'arrive pas à régler avec elle quelques problèmes pratiques pour « après », n'ose pas la contredire, lui promettre des choses uniquement pour lui faire plaisir, bref elle semble bien tourmentée. Alors je l'écoute.



Sa fille m'appellera le 22 mars pour me dire que sa mère est décédée la veille et pour me remercier de tout ce que j'ai fait pour elle. Me dit qu'elle me recontactera pour une séance de réflexologie.

Pascale, l'une des infirmières, me dit le même jour qu'elle lui a massé les pieds hier quelques heures avant sa mort, que c'était la première fois qu'elle faisait ça...



Tenzin



30 ans - Tibétaine
 Cancer voies biliaires (cholangiocarcinome). Cavités pleurale et abdominale atteintes.
 1 chimiothérapie. A refusé la seconde.
 Découverte d'un adénocarcinome de la vésicule lors d'une opération.
 En France depuis 2002.
 Parle anglais avec nous.
 Comprend un peu le français.
 Une sœur et un beau-frère à Paris.
 Une maman réfugiée en Australie.
 Bouddhiste.

19 février	Arrive à l'hôpital tordue de douleur. Je demande à Bernard Devalois si je peux aller la voir, me dit qu'il souhaite d'abord soulager au plus vite sa grande douleur.
21 février	Nous faisons connaissance et je lui propose un massage des pieds qu'elle accepte. Elle s'endort au bout de 10 minutes. Pas algique. Se déplace facilement.
27 février	Dort beaucoup. Angoissée, a peur... A raconté l'histoire de sa maladie et dit qu'elle a su qu'elle allait mourir dès la première chimiothérapie. Réclame sa mère (qu'elle n'a pas vu depuis 6 ans).
1 ^{er} mars	Réflexologie sur pieds. S'est endormie à la fin du vectoriel. Son beau-frère est présent alors je lui demande de « prendre le relais », de poser ses mains sur les pieds de Tenzin lorsque je pars.
5 mars	Réflexologie sur pieds. Me demande aujourd'hui si chimiothérapie ou médecine tibétaine !!! Je reste un moment sans voix, je soutiens son regard et lui réponds que c'est elle qui doit décider... Dans une unité de soins palliatifs, c'est le patient qui décide, ou la personne référente lorsque le patient n'est plus en mesure de le faire. Je parle longtemps à son beau-frère qui est présent plusieurs heures par jour ; il me dit qu'on va lui reprocher d'avoir encouragé Tenzin à se faire opérer, au début de la maladie... Je l'écoute.
8 mars	Réflexologie sur pieds. Pas douloureuse ce matin, mis à part une légère douleur abdominale. Pendant la réunion de transmission, on fait part à toute l'équipe, entre autres, du nombre de bolus de morphine demandés et obtenus à partir de la PCA (pompe à morphine). A aussi des anti-inflammatoires.
12 mars	Réflexologie sur pieds. Va moins bien > reptation et effleurage seulement.

13 mars	<p>Je la trouve en train de regarder la télévision dans le salon. Je m'installe à côté d'elle et lui caresse les pieds tout en discutant.</p> 
19 mars	<p>Inconfortable. A bien dormi mais ce matin est somnolente, effet dû au médicament absorbé pendant la nuit. Elle est de plus en plus jaune. Je la trouve vraiment mal. Elle réagit à peine lorsque je lui masse les mains. A ouvert les yeux lorsque je l'ai embrassée et m'a dit « I'm so tired »...</p>
22 mars	<p>Toujours très fatiguée, alors je passe juste lui faire un baiser et puis elle a de la visite, alors je m'éclipse. Pendant les « trans. » (réunion de transmissions) les nouvelles ne sont pas très bonnes : elle ne mange rien (> glucose en perfusion), on envisage une transfusion... et l'un des médecins craint même une éventuelle septicémie (<i>état infectieux généralisé dû à la dissémination d'un germe pathogène dans tout l'organisme par l'intermédiaire du sang ; se manifeste par une fièvre élevée ainsi que par une altération de l'état général</i>).</p>
26 mars	<p>Et un week-end de passé. Elle paraît triste et fatiguée. Accepte le massage des pieds avec plaisir. Je rappelle que je laisse toujours le choix : mains, pieds, présence... ou rien du tout. Sa mère devrait arriver dans les jours qui viennent. Alimentation hyperprotéinée.</p>
27 mars	<p>Va bien mieux aujourd'hui. Lorsque j'arrive sa sœur lui met de la crème sur le visage, je propose de l'aider et lui fais un vrai massage du visage. Ensuite nous la maquillons et elle est tellement jolie que je lui demande si je peux la prendre en photo. Ca la ravit ! Elle enfile même sa veste de cuir ! Elle est d'accord pour que je publie ses photos dans mon mémoire, voudrait avoir la même coupe de cheveux que moi... Je lui promets d'apporter un rouge à lèvres dans les jours qui viennent (je tiendrai ma promesse).</p>
2 avril	<p>Massage des mains.</p>
3 avril	<p>Réflexologie des pieds. S'endort alors qu'elle n'est pas complètement allongée dans son lit. Sa sœur regarde et je lui fais aussi une séance. Elle en a bien besoin, elle est épuisée physiquement et émotionnellement. 10 minutes après, elle dort aussi. Je les quitte endormies les laissant aux bons soins du beau-frère. A quand son tour ?</p>

5 avril	Sa maman est enfin arrivée ! hier. Je fais sa connaissance. Elles ont passé la nuit ensemble à l'hôpital. Le lit d'appoint (disponible pour tous les malades) dans la chambre aura servi à la sœur, à un ami et enfin à la maman !
17 avril	Lorsque je rentre de vacances, Tenzin est partie, la veille ; pas de chance je l'ai ratée de peu. J'espère qu'elle est heureuse entourée de sa famille...
24 avril	Elle est de retour aujourd'hui. Lorsque je rentre dans sa chambre, elle est en train de gémir. Je l'embrasse tendrement, elle ouvre un œil, sourit et resomme dans son agonie. Son beau-frère assis sur le fauteuil la regarde, voilà des semaines qu'il la veille, il est épuisé lui aussi. Je reste un long moment à caresser la main de Tenzin, jusqu'à ce que sa sœur et sa mère arrivent. Elles vont tout faire pour la maintenir éveillée : eau froide, conversation... Tenzin a les larmes aux yeux. Je me suis mise au pied du lit, je lui caresse les pieds, et pour la première fois depuis que je travaille ici je ressens de la colère. Pourquoi ne pas la laisser agoniser en paix ??? Véronika notre psychologue me dit que c'est ce que Tenzin veut, voulait... Etre avec sa famille avant tout. Tenzin décèdera le lendemain.

Tenzin aura eu la chance de pouvoir sortir de sa chambre et de l'hôpital à plusieurs reprises pour se rendre chez sa sœur (avec sa pompe à morphine facilement utilisable à domicile). Sa sortie la plus longue et aussi la dernière sera pour être chez sa sœur avec sa mère.

Une sœur qui n'hésitera pas à utiliser la cuisine des familles (à disposition de tous les patients et de leur famille et amis) pour lui préparer ses mets préférés. Elle nous régale aussi à quelques reprises de ses spécialités.

A eu la visite d'un médecin tibétain à l'hôpital et reçoit des médicaments du Tibet que les médecins de l'unité acceptent. Tout semble épique pourtant : les médicaments, son entourage, faire venir sa maman... l'équipe soignante fait preuve d'une immense patience, d'une grande générosité, et déploie toute son énergie... le but ultime étant : que faire pour lui faire plaisir ?





6- CONCLUSION

« La médecine palliative est le parent pauvre de notre système de santé car l'acte qui sauve brille plus que le geste qui soulage. La médecine préventive est peu reconnue et une véritable politique de santé publique tarde à se mettre en place parce que la maladie qu'on évite est moins glorieuse que la maladie qu'on guérit. »

Jean Léonetti – Vivre ou laisser mourir

Quelques mois supplémentaires auraient été nécessaires pour travailler réellement en partenariat, en coordination avec les médecins et ainsi constater les effets de mes séances de réflexologie sur les patients. Mais le travail de fond (connaissance du milieu, approche des malades en fin de vie...) était déjà tellement important que j'ai vite considéré qu'un réel travail en commun ferait l'objet d'une prochaine étape.



J'étais aussi, je dois l'avouer, un peu intimidée ! J'avais besoin de trouver ma place.

■ Il faut maintenant viser à cette collaboration, faire cohabiter les deux médecines, toujours avec l'objectif du bien-être pour tous. La suppression de la douleur et le confort du malade doivent rester le leitmotiv commun.

*Etre un acteur
reconnu au sein
d'une structure*



■ Susciter l'intérêt des patients, de la famille et des amis, souvent surpris par la douceur, la gentillesse et les compétences de toute l'équipe médicale de l'unité, et ravis que l'on masse les pieds ou les mains de leur proche.

■ Leur expliquer la réflexologie, thérapie préventive et curative. Son action au travers de toutes les phases de la maladie. L'expliquer aussi au personnel soignant qui semble plutôt réceptif (au vu des demandes que l'on m'a faites !).

Enfin, j'ai éprouvé beaucoup de plaisir et de bonheur à travailler dans ce service.

J'ai encore beaucoup à y apprendre jusqu'à fin juin !

C'est une belle, émouvante et enrichissante expérience, sur tous les plans.

7- BIBLIOGRAPHIE



Bibliographie

- | | |
|-------------------------------------|--|
| Jean-Paul Barbier : | Réflexologie plantaire et massage vectoriel |
| Jean-Louis Abrassart : | Réflexologie plantaire |
| Beryl Crane : | - Réflexologie – guide illustré du bien-être
- La réflexothérapie |
| Barbara et Kevin Kunz | Reflexology – health at your fingertips |
| Franz Wagner | Le massage des zones réflexes |
| Maître Yo-Mo Kuan | Vos pieds font votre santé |
| Gaston Saint-Pierre | La métamorphose |
| Gayle Mac Donald | Medicine hands |
| Dr Nadia Volf : | Vos mains sont votre premier médecin |
| Jean Bernard
(avec Antoine Hess) | Il faut que je vous dise |
| Monique Brossard Le Grand | Mourir dans l'amour |
| Jean Leonetti | Vivre ou laisser mourir
<i>Respecter la vie, accepter la mort</i> |
| Marie de Hennezel : | - Nous ne nous sommes pas dit au revoir
- La mort intime
- Le souci de l'autre |
| Alexis Hamel : | La mort accompagnée |
| Françoise Glorion : | Vivre avec sa mort |
| Lucien Israël | La vie jusqu'au bout |
| Isabelle Marin : | Allez donc mourir ailleurs ! |
| Louis F. Perrin : | - Le système immunitaire
- Le psychisme, le stress et l'immunité |
| Rosette Poletti
et Barbara Dobbs | La compassion pour seul bagage |
| | Le grand atlas du corps humain (Larousse) |

8- ANNEXES

- Convention de stage
- Charte des soins palliatifs
- Article « Sciences & Avenir » - Fév.2007