



Université Catholique de Louvain
(UCLouvain)

Certificat inter-universités européen :
Accompagnement et soins palliatifs (CIESP)

Mémoire de fin de formation (TFF)

Titre : Intérêt de la yogathérapie dans les soins palliatifs

Auteur : Dr Haresh NAIK

Promotion : 2024-2025

Responsable académique : Dr Laurent KNOOPS

Promoteur : Clémentine WOILLE

Co-promoteurs : Philip RIGO, Dr Kausthub DESIKACHAR



Table des matières

○ Titre	1
○ Table des matières	2
○ Remerciements	3
○ Résumé	4
○ 1. – Introduction	4
○ 2. – Analyse d’une situation clinique	
○ 2.1 – Récit clinique	5
○ 2.2 – Contextualisation	6
○ 2.3 – Questionnement éthique	7
○ 2.4 – Lien avec les soins palliatifs	7
○ 3. – Yoga & yogathérapie	10
○ 3.1 – Qu’est-ce que le yoga et la yogathérapie ? Origines, définitions et spécificités	
○ 3.2 – Philosophie du yoga	11
○ 3.3 – Comparaison internationale : Inde et Occident	13
○ 3.4 – Yoga et médecine intégrative : une convergence en soins palliatifs	13
○ 3.5 – Revue de la littérature scientifique : douleur, anxiété, sommeil, spiritualité	14
○ 3.6 – La souffrance globale et le rôle des approches corps-esprit	17
○ 3.7 – Limites, précautions et critiques de l’usage du yoga en soins palliatifs	18
○ 3.8 – Synthèse : cadre éthique d’une yogathérapie en contexte palliatif	19
○ 4 – Proposition d’intégration concrète de la yogathérapie en soins palliatifs	20
○ 4.1– Exemple de protocole simple	21
○ 4.2– Intégration dans la culture soignante : freins, leviers et sensibilisation	24
○ 5 – Conclusion	25
○ Annexes	
○ Annexe 1 – Bibliographie	27
○ Annexe 2 – Guide simple / Brochure	27
○ Annexe 3 – Intérêt du stage	30
○ Annexe 4 – Retour sur la formation	31
○ Annexe 5 – Rapport de stage (CIESP) 2024-2025	32

Remerciements

Écrire ce mémoire a été bien plus qu'un exercice académique : ce fut un chemin de transformation, nourri par mes expériences professionnelles, mes épreuves personnelles et mes rencontres.

Je souhaite remercier ma directrice de mémoire, Mme C.Woille, pour son aide dans le choix du titre ainsi que pour son accompagnement dans la relecture et la correction de ce travail, de même que son collègue, Mr T.Hamtiaux, pour la recherche bibliographique. J'adresse également une gratitude particulière à mes co-promoteurs, Dr K.Desikachar et Mr P.Rigo qui sont aussi mes professeurs de yogathérapie. Leur accompagnement attentif et leur transmission généreuse m'ont permis d'approfondir l'esprit du yoga au-delà de la pratique, et d'en intégrer les fondements aussi bien dans ce mémoire que dans ma démarche professionnelle et personnelle.

Je souhaite remercier Mme Bernadette Wouters, le Prof. Martin Chaumont ainsi que le Dr Agnès Mazic de Sonis pour leur disponibilité et leur bienveillance dans la relecture de mon mémoire. Leurs conseils et leurs observations ont joué un rôle important dans son amélioration. Je remercie également mes patients, dont le courage face à la douleur a constitué pour moi une source d'apprentissage et d'inspiration constante.

Mon parcours personnel et professionnel m'a également orienté vers cette démarche : mes origines, certaines épreuves de vie, ainsi que mes formations complémentaires, de l'anesthésie-réanimation à la yogathérapie, ont contribué à enrichir ma pratique et à façonner cette vision intégrative du soin.

Ma gratitude va enfin à ma famille. À mon épouse Dalila, dont le regard exigeant et stimulant m'invite sans cesse à grandir et à me dépasser. À mes filles, Emma et Lila : l'une, déjà empreinte d'une étonnante maturité, l'autre, éclat de tendresse et d'amour pur ; toutes deux me rappellent chaque jour la beauté et la fragilité de la vie. À ma sœur Nishna et mon frère Nitin, dont la sagesse et le cheminement m'apportent inspiration et fierté. Et à mes parents, Neera et Dev, dont l'écoute attentive et le soutien indéfectible demeurent pour moi un socle solide, au-delà même de la distance.

À travers ce chemin, j'ai compris qu'aucune étape n'arrive par hasard. L'acceptation et le pardon, au cœur du yoga comme de l'expérience humaine, nous guident vers une paix profonde et une sérénité durable.

Ce mémoire leur est dédié, ainsi qu'à tous ceux qui cherchent à transformer la douleur en sagesse et à faire du soin un chemin d'humanité.

Résumé

Ce travail explore l'intégration de la yogathérapie dans les soins palliatifs hospitaliers. À partir d'une situation clinique vécue, il interroge la pertinence, l'éthique et la faisabilité d'introduire des pratiques corps-esprit dans l'accompagnement de la fin de vie.

En s'appuyant sur une revue de la littérature scientifique et des apports de terrain, le mémoire propose un modèle d'intervention fondé sur le souffle, la conscience corporelle et la présence soignante.

La création d'un projet pilote nommé '*Hospital Yoga Trust*' constitue un levier concret pour tester cette approche. Cette réflexion vise à humaniser davantage les soins palliatifs en y intégrant des pratiques respectueuses de la dignité et de l'intériorité des patients.

1. – Introduction

Présentation du sujet et raisons du choix

En tant que médecin spécialisé en anesthésie-réanimation, j'ai été confronté à plusieurs reprises aux limites des approches strictement biomédicales, notamment dans la prise en charge de la douleur chronique et en fin de vie. Ces constats m'ont conduit à m'engager dans une démarche de soins intégratifs, guidée par la question suivante : comment continuer à accompagner les patients avec justesse, humanité et efficacité lorsque les outils techniques atteignent leurs limites ?

Dans cette perspective, j'ai complété ma formation par des compétences en aromathérapie, en hypnose médicale, en coaching en santé et bien-être, EFT (*Emotional Freedom Technique*) et en médecine indienne ayurvédique afin d'élargir mes ressources cliniques et de répondre de manière plus globale aux besoins des patients. C'est dans ce contexte que la yogathérapie m'est apparue comme une voie d'ouverture. Loin d'être une simple gymnastique douce, elle constitue une approche thérapeutique globale, structurée, capable de soutenir à la fois le corps, le souffle, le mental, les émotions et la relation au sens. Elle offre ainsi des ressources particulièrement pertinentes pour les patients en soins palliatifs, en quête de confort mais aussi, parfois, de paix intérieure.

Ce sujet m'interpelle aussi personnellement, en tant que soignant en chemin vers une médecine plus consciente, plus en lien avec l'expérience vécue du patient, et non seulement avec ses symptômes. Mais au-delà de ma pratique médicale, mon histoire personnelle nourrit également ce choix : d'origine mauricienne et issu d'une culture hindoue, le yoga fait naturellement écho à mes racines. Il m'a d'ailleurs accompagné à certaines étapes difficiles de ma vie, m'apportant soutien et clarté. Cet ancrage s'est renforcé en 2023, lorsque j'ai entrepris une formation de yogathérapeute au sein de l'École internationale de yoga dans la tradition **Viniyoga**¹, héritière de la tradition de Krishnamacharya, T.K.V. Desikachar et Dr Kausthub Desikachar.

Ainsi, le choix de ce thème reflète une volonté profonde : proposer des pratiques de soins qui reconnaissent la dimension existentielle de la souffrance, sans pour autant renoncer à l'efficacité ni à l'éthique du soin.

¹ <https://www.viniyoga.com.sg/>

Hypothèse de travail et problématique

Hypothèse : La yogathérapie, également appelée yoga thérapeutique, est une application contemporaine du yoga traditionnel dans une intention de soin individualisé. La yogathérapie, intégrée de manière adaptée et structurée, peut contribuer de manière significative à améliorer la qualité de vie globale des patients en soins palliatifs, en complément des approches médicales classiques.

Problématique :

Dans quelle mesure la yogathérapie peut-elle être intégrée de façon pertinente, éthique et réaliste dans les soins palliatifs hospitaliers en Belgique, et quels en sont les effets potentiels sur l'expérience des patients en fin de vie ?

Ce travail s'articulera autour de plusieurs axes complémentaires :

1. **Analyse d'une situation clinique**, illustrant les enjeux humains et éthiques de la prise en charge en soins palliatifs.
2. **Réflexion théorique** sur la place possible de la yogathérapie dans ce contexte, à la lumière des données de la littérature, de mon expérience professionnelle.
3. **Propositions concrètes** pour une intégration progressive, adaptée et éthique de la yogathérapie dans les structures hospitalières de soins palliatifs, notamment à travers le projet "*Hospital Yoga Trust*".
4. **Synthèse personnelle** sur les apports de cette démarche, ses limites et ses perspectives pour la pratique soignante.

2. – Analyse d'une situation clinique

2.1 – Récit clinique

Madame B., 67 ans, est atteinte d'un cancer pancréatique métastatique diagnostiqué tardivement. Elle a été transférée dans l'unité de soins palliatifs après une dernière hospitalisation en oncologie, marquée par une altération rapide de son état général, une anorexie persistante, une asthénie croissante et des douleurs abdominales rebelles.

Dès son arrivée, un dispositif d'analgésie contrôlée par le patient (PCA) à la morphine a été instauré, assurant un soulagement partiel. L'équipe a complété par un antispasmodique (Buscopan) en cas de coliques, et une corticothérapie légère (Dexaméthasone) a été discutée, autant pour son effet anti-inflammatoire que pour son potentiel bénéfique orexigène. Des soins de bouche réguliers, un accompagnement alimentaire plaisir et une hydratation légère venaient soutenir ce dispositif.

Pour ses épisodes d'agitation vespérale, une benzodiazépine (Lorazépam) avait été prescrite en réserve, et l'équipe infirmière veillait à créer un environnement apaisant : lumière tamisée, musique douce, présence bienveillante. Malgré tout cela, un fond d'angoisse sourde persistait, se traduisant parfois par une agitation, mais plus souvent par de longs silences, le regard fixé vers le plafond.

Sur le plan algologique, la possibilité d'un bloc cœliaque (neurolyse du plexus solaire) avait été évoquée en oncologie. Réalisable par voie percutanée sous contrôle radiologique, ou par voie

endoscopique écho-guidée par les gastro-entérologues, cette option est un recours reconnu dans le cancer pancréatique douloureux, permettant parfois une réduction notable des opioïdes. Toutefois, l'altération rapide de l'état général de Mme B., sa grande fatigue et la présence de métastases diffuses ont conduit l'équipe à estimer que le rapport bénéfice/risque d'une telle procédure n'était plus favorable. De la même manière, d'autres approches interventionnelles (pompe intrathécale, radiothérapie antalgique) n'ont pas été retenues, leur délai et leur invasivité étant peu compatibles avec la phase très avancée de la maladie.

Son mari était présent chaque jour, fidèle mais visiblement épuisé. L'équipe ressentait malgré tout "que quelque chose résiste" : une forme d'inconfort plus profond, difficilement accessible par la pharmacologie. Une oscillation entre deux mondes, un flottement existentiel.

Un matin, lors d'un temps de visite, je m'assois auprès d'elle. Après un long silence, elle me demande d'une voix fragile :

« Est-ce qu'on peut faire quelque chose pour... pour que je respire autrement ? »

Cette question simple, presque inaudible, a ouvert un espace inattendu. Après avoir validé que la douleur et l'anxiété avaient reçu les traitements adaptés, je lui ai proposé une expérience complémentaire : porter attention à son souffle, les mains posées doucement sur l'abdomen. Sans effort, sans objectif, une respiration d'accueil.

En quelques minutes, son rythme s'est ralenti, son regard s'est adouci. Ce moment, d'apparence anecdotique, est devenu un rituel quotidien. Elle l'a nommé avec une précision touchante : « mon rendez-vous de souffle ». Quelques jours plus tard, elle m'a confié :

« Quand on respire comme ça... on est moins seul. »

Au-delà du geste respiratoire, c'est la reconnaissance de sa demande existentielle qui a compté.²

Avec le recul, ce cas interroge aussi la place d'une culture palliative en amont. Si cette approche avait été intégrée plus tôt dans le parcours, peut-être aurait-il été possible d'anticiper certains choix thérapeutiques, d'éviter le "*rush*" des dernières semaines, et de déployer plus largement les moyens médicaux, psychologiques et spirituels qui donnent tout son sens à l'accompagnement en fin de vie.

2.2 – Contextualisation

Ce moment clinique soulève plusieurs éléments complexes :

- **Un symptôme mal défini** : l'angoisse existentielle ne trouve pas toujours une expression corporelle claire. Elle échappe aux algorithmes de traitement.
- **Des limites biomédicales** : malgré les traitements antalgiques, une souffrance reste présente, diffuse, résistante.
- **Une disponibilité soignante fragile** : offrir une présence pleine et continue est difficile.

² SULLIVAN, Michael JL, RODGERS, Wendy M., et KIRSCH, Irving. Catastrophizing, depression and expectancies for pain and emotional distress. *Pain*, 2001, vol. 91, no 1-2, p. 147-154.

- **Un appel implicite à un soin “autre”** : la demande de Madame B. n’est pas une demande technique, mais une requête sensorielle, presque spirituelle.

Cette situation témoigne de la **nécessité d’outils complémentaires**, capables d’agir sur des plans autres que pharmacologiques, sans pour autant entrer dans le registre religieux ou psychothérapeutique.

2.3 – Questionnement éthique

Cette rencontre ouvre plusieurs dilemmes ou tensions éthiques :

- **Comment répondre à une souffrance existentielle sans tomber dans une posture thérapeutique inadéquate ?** Dans ce type de situation, il ne s’agit pas d’ajouter une technique de plus, mais d’adopter une posture juste : présence, écoute et consentement à une proposition simple, proportionnée, réversible. La respiration d’accueil ne remplace rien : elle vient compléter un socle thérapeutique déjà optimisé. L’intention n’est pas de « soigner par le souffle », mais d’offrir un espace où le corps peut se déposer et où la patiente retrouve un petit degré d’agentivité. L’équilibre éthique se joue dans la modestie : ne pas promettre, ne pas imposer, et laisser la possibilité de ne pas entrer dans la proposition.
- **Quel est le rôle du soignant dans une approche corporelle douce comme le souffle ou la posture ?** Ici, il ne s’agit pas de se poser en professeur de yoga ou en thérapeute alternatif, mais d’assumer un rôle modeste et clinique : proposer un geste simple, sécuritaire, sans symbolique particulière, compréhensible pour toute personne, quelle que soit sa culture. Le soignant ne transmet pas une méthode, il tient un cadre. Il décrit ce qui est proposé, rappelle que l’on peut interrompre à tout moment, et reste attentif aux signes de fatigue ou de malaise. Ce n’est pas l’expertise yogique qui est en jeu, mais la capacité de créer un espace de sécurité relationnelle.
- **Quels sont les risques et les bénéfices d’introduire des pratiques issues du yoga dans un cadre hospitalier laïque ?** Les bénéfices sont nombreux : accessibilité, faible coût, absence de matériel, effet apaisant rapide, sentiment de lien et de diminution de l’isolement. Les risques tiennent au malentendu spirituel, à la dérive de rôle, ou à l’usage d’un langage qui pourrait être perçu comme religieux.

À travers le simple geste de la respiration partagée, se joue une **rencontre profondément humaine**. Elle révèle un manque : l’absence d’outils intégratifs pour accompagner autrement. Mais aussi une promesse : celle de répondre, autrement, aux besoins silencieux des patients en fin de vie.

2.4 – Lien avec les soins palliatifs

Selon la définition de l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les soins palliatifs sont « une approche qui améliore la qualité de vie des patients et de leurs familles face aux conséquences d’une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, et le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels »³.

³ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Principaux Objectifs des Soins Palliatifs

1. Gestion de la Douleur et des Symptômes Physiques

- **Évaluation et Traitement de la Douleur :**
 - La douleur est souvent un symptôme majeur chez les patients en soins palliatifs. Une évaluation régulière et une gestion adéquate de la douleur sont essentielles.
 - Les traitements peuvent inclure des médicaments (analgésiques, opioïdes), des thérapies complémentaires (acupuncture, massages), et des techniques de relaxation (respiration profonde, méditation).
- **Gestion des Autres Symptômes :**
 - En plus de la douleur, les soins palliatifs gèrent d'autres symptômes tels que la nausée, la fatigue, la dyspnée (difficulté à respirer), la constipation, et les troubles du sommeil.
 - L'objectif est de minimiser les symptômes qui réduisent la qualité de vie du patient.

2. Soutien Émotionnel et Psychologique

- **Soutien Émotionnel au Patient :**
 - Les soins palliatifs fournissent un soutien émotionnel pour aider les patients à faire face à la peur, à l'anxiété, à la dépression et à d'autres émotions complexes associées à la maladie grave.
 - Accompagner une personne vers sa mort prochaine, c'est accueillir ses instants de doutes, entendre ses accès de colère et offrir une présence attentive dans les moments heureux comme dans les moments tristes.
 - Des interventions comme la thérapie de soutien, les groupes de soutien, et les techniques de gestion du stress peuvent être utilisées.
- **Soutien aux Familles :**
 - Les familles des patients bénéficient également d'un soutien émotionnel et psychologique pour les aider à faire face à la situation de leur proche.
 - Cela inclut des conseils pour la gestion du deuil et du stress, ainsi que des informations sur la maladie et les soins nécessaires.

3. Soins Spirituels

- **Évaluation des Besoins Spirituels :**
 - Les soins palliatifs reconnaissent l'importance de la dimension spirituelle du bien-être. Une évaluation des besoins spirituels est souvent réalisée pour comprendre les croyances et les valeurs du patient.
 - Thématiques abordées : la transcendance de soi, le sentiment de communion avec les autres, la transcendance émanant d'une force extérieure à soi, la question du sens et l'attitude face à la mort.
- **Soutien Spirituel :**
 - Le soutien spirituel peut inclure des consultations avec des conseillers spirituels, des aumôniers, ou des représentants religieux.
 - Des pratiques comme la méditation, la prière, et d'autres rituels spirituels sont encouragés pour aider les patients à trouver la paix et l'acceptation.

4. Soutien Social

- **Soutien aux Besoins Sociaux :**
 - Les soins palliatifs aident à répondre aux besoins sociaux des patients, comme l'assistance financière, le soutien aux activités quotidiennes, et la coordination des soins à domicile.
 - Ils travaillent souvent en collaboration avec des travailleurs sociaux et des organisations communautaires pour assurer un soutien complet.
- **Maintien des Relations et du Réseau Social :**
 - Encourager le maintien des relations familiales et sociales est crucial pour le bien-être émotionnel du patient.
 - Les soins palliatifs facilitent les visites, les appels vidéo, et d'autres formes de communication pour aider les patients à rester connectés avec leurs proches.

5. Amélioration de la Qualité de Vie

- **Approche Holistique :**
 - Les soins palliatifs adoptent une approche holistique pour améliorer la qualité de vie, en prenant en compte tous les aspects du bien-être du patient.
 - Cela inclut des interventions personnalisées basées sur les préférences, les besoins et les valeurs du patient.
- **Encouragement de l'Activité et de l'Autonomie :**
 - Autant que possible, les patients sont encouragés à rester actifs et autonomes dans leurs activités quotidiennes.
 - Les soins palliatifs offrent des thérapies physiques, des activités récréatives, et des programmes de réadaptation pour soutenir cette autonomie à l'aide des ergothérapeutes et kinésithérapeutes.

Dans cette perspective, les soins palliatifs modernes prennent en compte l'ensemble de l'expérience humaine et pas seulement la dimension biomédicale. Ils cherchent à soulager les symptômes physiques, mais aussi à accompagner les souffrances psychologiques, sociales et spirituelles qui marquent la fin de vie. Cette mission exige une ouverture vers des pratiques qui ne se limitent pas au traitement pharmacologique, mais qui incluent également le **corps vécu**, la **présence partagée** et la **conscience de l'instant**.

La yogathérapie ne se présente pas comme une alternative, mais comme une ressource complémentaire. Par des pratiques simples : respiration consciente, micro-mouvements, postures de repos, méditation guidée, elle offre au patient la possibilité d'être acteur même fragilement, et au soignant un espace relationnel qui n'est plus seulement vertical, mais co-expérientiel.

La rencontre avec Mme B. illustre cela. Loin d'être une "méthode miracle", l'introduction d'un geste inspiré de la yogathérapie ; ici le 'rituel du souffle', a ouvert un espace inédit : un soin incarné, accessible, laïque, adaptable, et porteur d'une transformation intérieure, même dans la proximité de la mort. Il ne s'agissait pas d'opposer médecine et pratique corporelle, mais de les faire dialoguer dans un même horizon : celui d'un accompagnement global, respectueux et profondément humain.

3. – Yoga & Yogathérapie

3.1 – Qu'est-ce que le yoga et la yogathérapie ? Origines, définitions et spécificités

Le yoga, dans son acception la plus large, est une tradition plurimillénaire qui a toujours cherché à articuler le corps, l'esprit et la quête de sens. Né sur le sous-continent indien, il s'est transmis au fil des siècles par des textes fondateurs tels que les Vedas, les Upanishads, la Bhagavadgītā et les Yogasūtra de Patañjali. Ces sources décrivent une voie intégrative, structurée autour de pratiques physiques, respiratoires, méditatives et éthiques, organisées notamment dans l'aṣṭāṅga Yoga, ou « yoga des huit branches ».

Sous l'un ou l'autre de ses aspects, le yoga a influencé et inspiré l'élaboration d'un bon nombre de techniques couramment utilisées dans des domaines aussi variés que la kinésiologie, la psychothérapie, la sophrologie, l'hypnothérapie, méditation de pleine conscience etc.⁴

Le Yoga a toujours été un outil de santé. Il est aussi un outil spirituel, mais cet aspect est mis de côté au profit du soin dans la Yogathérapie - dit aussi Yoga Cikitsā. Elle repose sur l'adaptation des outils du yoga : respiration (*prāṇāyāma*), postures (*āsana*), relaxation profonde (*śavāsana*), méditation (*dhyāna*), visualisations (*bhāvana*), mantra (répétition), nyāsa (placement des mains et prise de conscience de certaines parties du corps), conscience corporelle (*pratyāhāra*) au contexte clinique et aux capacités du patient.

Contrairement à un cours de yoga collectif orienté vers le bien-être général, la yogathérapie est centrée sur une **problématique de santé spécifique**. Elle s'inscrit dans une démarche **collaborative entre patient et thérapeute**, avec des objectifs personnalisés : soulagement de la douleur, régulation du stress, accompagnement de la maladie chronique, soutien psychologique, amélioration du sommeil, ou encore accompagnement en fin de vie.

D'un point de vue historique, la yogathérapie s'est structurée au croisement de deux dynamiques :

- La **transmission du yoga traditionnel** indien, en particulier selon les enseignements de T. Krishnamacharya et son fils T.K.V. Desikachar, qui ont insisté sur l'adaptation du yoga à la personne (*vinīyoga*).
- L'**intégration progressive dans les milieux médicaux occidentaux**, à partir des années 2000, avec l'émergence de programmes validés scientifiquement, comme le *Yoga for Cancer Care* ou le *Yoga Therapy in Palliative Medicine* ⁵.

Aujourd'hui, la yogathérapie est enseignée dans plusieurs écoles de formation professionnelle, souvent réservées à des soignants, kinésithérapeutes, psychologues, ou professeurs de yoga expérimentés.

Elle se distingue par plusieurs caractéristiques essentielles :

- Une **posture thérapeutique d'écoute**, centrée sur la personne et non sur la performance physique.

⁴ CÔTÉ, Andréanne. *Jusqu'au dernier souffle : étude phénoménologique sur l'expérience du yoga et de la spiritualité en soins palliatifs*. 2014. Thèse de doctorat. Université du Québec à Montréal.

⁵ DESHPANDE, Anjali. Yoga for palliative care. *Integrative medicine research*, 2018, vol. 7, no 3, p. 211-213.

- Une **adaptabilité maximale** : exercices parfois réalisés en position assise ou allongée, avec ou sans matériel, selon l'état de la personne.
- Une **approche globale**, qui considère le corps, la respiration, les émotions et le mental comme interdépendants.

Plusieurs patients, sans avoir de connaissance du yoga, ont exprimé un apaisement, une reconnexion au corps, ou encore une sensation de présence accrue après des gestes simples du yoga. Ces observations m'ont conduit à m'interroger : comment expliquer ces effets ressentis, alors même que les patients ne pratiquent pas le yoga au sens traditionnel ?

Cela m'a amené à revenir à la philosophie du yoga elle-même, pour en explorer les fondements universels. Ces notions ne nécessitent aucune adhésion religieuse ou culturelle pour être comprises ou expérimentées. Elles rejoignent les valeurs fondamentales des soins palliatifs occidentaux. L'universalité du yoga réside dans le fait qu'il part de l'expérience vécue, du souffle, du ressenti corporel, de l'observation intérieure autrement dit, de ce que tout être humain peut expérimenter, indépendamment de son histoire ou de sa culture.

3.2 – Philosophie du yoga

La philosophie du yoga aborde sans détour la question de la mort et de la souffrance. Elle constitue ainsi un outil précieux dans la préparation à la fin de vie. Son intérêt est d'autant plus grand qu'elle mobilise le corps comme point d'entrée pour accéder à des niveaux plus subtils de conscience, alors même que le rapport au corps représente un enjeu central dans l'expérience de la maladie terminale.

Si la yogathérapie puise ses racines dans une tradition spirituelle indienne, certains de ses principes philosophiques peuvent être traduits dans un langage universel et neutre, sans référence religieuse.

Parmi ces notions, plusieurs peuvent être mobilisées :

Ahimsa (non-violence) : comprise comme une bienveillance envers soi-même et envers les autres, elle invite à accueillir ses limites, ses émotions et sa vulnérabilité sans jugement.

Santosa (contentement) : traduit par la recherche d'instantanés de satisfaction ou de paix, même au cœur de la maladie, il s'agit de cultiver une forme de gratitude pour les moments de répit ou de lien.

Pranayama (souffle conscient) : proposé comme une attention portée à la respiration, il devient un outil concret pour apaiser l'angoisse et retrouver un rythme intérieur plus serein.

Aparigraha (non-attachement) : reformulé comme un lâcher-prise face à ce qui n'est plus essentiel, ce principe aide à se recentrer sur ce qui compte encore aujourd'hui : un échange, un geste, une présence.

Samadhi (sérénité) : évoqué non comme un état mystique, mais comme la possibilité de goûter, parfois fugitivement, à une paix intérieure profonde.

Atman (le soi profond) : Traditionnellement compris comme l'âme ou l'essence immuable de l'être, Atman peut être lu, comme la dimension profonde de l'identité qui demeure au-delà des

altérations physiques ou cognitives. Pour un patient en fin de vie, cela correspond au besoin de rester reconnu dans sa singularité : être appelé par son prénom ou son nom, être regardé comme une personne entière, et non comme un corps malade. Dans le cas de Mme B., ce respect s'est traduit par le simple fait de s'asseoir auprès d'elle, en dehors de toute tâche technique ou parole, pour partager un moment de présence.

Mokṣa (La libération) : Dans la philosophie indienne, Mokṣa représente la délivrance du cycle des souffrances et des renaissances (Samsara). Cette notion peut être reformulée comme une libération de la souffrance inutile. Elle rejoint l'objectif palliatif de soulager la douleur, l'angoisse et les tensions existentielles. Le 'rituel du souffle' instauré avec Mme B. illustre cette dynamique : quelques minutes d'attention au souffle ont permis de réduire son agitation et d'ouvrir un espace de paix intérieure, une forme de libération au cœur même de la maladie.

Karma (Action et conséquence) : Le karma désigne la loi de cause à effet des actions humaines. Il peut être traduit par la responsabilité et l'impact de chaque geste. En soins palliatifs, cela invite à considérer l'importance des petites attentions : une parole douce, un geste lent, un regard soutenant. Ces micro-actions, bien que discrètes, produisent des effets concrets sur le vécu du patient et de sa famille. Ainsi, le fait de proposer à Mme B. un exercice respiratoire simple n'était pas anodin : il a modifié son rapport au moment présent et a allégé son sentiment de solitude.

Dharma (Le chemin de vie) : Traditionnellement, le dharma renvoie au devoir moral et social. Il peut être compris comme la fidélité à ses valeurs profondes. En fin de vie, cela signifie permettre à chacun d'achever son parcours en cohérence avec ce qui lui importe encore : dire adieu à un proche, transmettre un message, accomplir un rituel simple, préserver une relation essentielle. Pour Mme B., son 'rendez-vous de souffle' est devenu une manière de rester alignée avec une valeur intime : chercher à habiter pleinement l'instant, même dans la fragilité.

Ces repères rejoignent les objectifs fondamentaux des soins palliatifs : accompagner la personne au-delà de la seule dimension biologique, préserver sa dignité et lui offrir un espace de sens. Leur usage doit rester optionnel, proportionné et respectueux : le soignant n'enseigne pas une philosophie, mais propose, à travers le souffle ou la posture, une ouverture à une expérience de présence qui peut résonner avec les besoins intérieurs du patient.

Toutefois, il arrive que certains patients expriment spontanément des questionnements spirituels ou fassent référence à des traditions philosophiques et religieuses spécifiques. Dans ces cas, le rôle du soignant peut être de **reconnaître et accueillir ces références**, afin de soutenir la personne dans sa recherche de sens.

Ainsi, pour certains patients qui se sentent en affinité avec la pensée indienne/ musulmane/ bouddhiste, la perspective yogique peut constituer un appui. La vision de la mort comme **transition** plutôt que comme fin absolue, les notions de **karma** (conséquence des actions) et de **Mokṣa** (libération ultime) peuvent être vécues comme des ressources intérieures apaisantes. Cette représentation de la vie et de la mort dans un cycle plus vaste favorise parfois une **acceptation plus sereine de la finitude**, en donnant une continuité symbolique et existentielle à l'expérience de mourir.

Un exemple clinique peut illustrer cette ouverture. Un patient atteint d'un cancer avancé, d'origine indienne, partageait avec l'équipe : « Je crois que ce n'est pas la fin, je vais revenir autrement. » Plutôt que de corriger ou de taire ce propos, le soignant a choisi de l'accueillir :

« C'est une pensée qui vous apaise ? » Cette simple reconnaissance a permis au patient de développer sa propre narration spirituelle, réduisant son angoisse de la peur de la mort et renforçant sa sérénité. Dans ce cas, le soignant n'a pas introduit une croyance nouvelle, mais a **honoré celle qui existait déjà** et qui constituait pour le patient une source de force intérieure.

Ainsi, l'ouverture à la philosophie indienne ne se conçoit pas comme un enseignement, mais comme une **posture d'écoute active**. Le soignant accompagne à partir des mots du patient, en reconnaissant la légitimité de ce qui, pour lui, donne sens et apaise son angoisse.

3.3 - Comparaison internationale : Inde et Occident

L'intégration du yoga en soins palliatifs reflète des contextes culturels très différents.

En Inde, le yoga et la spiritualité sont intimement liés à la vie quotidienne. Ils font partie d'un horizon partagé, où la maladie et la mort sont accompagnées par des pratiques corporelles, respiratoires et méditatives qui soutiennent la personne jusque dans ses derniers instants. Les références au karma ou au Mokṣa, par exemple, ne sont pas perçues comme des ajouts exotiques mais comme des évidences culturelles. Dans ce cadre, il est naturel qu'un patient en fin de vie pratique une respiration consciente, reçoive la visite d'un conseiller spirituel ou bénéficie d'une séance de yoga doux à domicile.

En Occident, le contexte est tout autre. Le yoga y a gagné en popularité au cours des dernières décennies, mais son intégration dans les soins reste plus récente et s'appuie essentiellement sur les données scientifiques qui en démontrent les effets sur la douleur, l'anxiété ou la qualité de vie.

Malgré ces différences, les deux approches poursuivent le même objectif : soulager la souffrance et préserver la dignité de la personne. Les techniques utilisées sont similaires : respiration, postures adaptées, méditation, mais leur justification diffère : enracinement culturel et spirituel en Inde ≠ validation scientifique et adaptation laïque en Occident.

Cette comparaison met en lumière un point essentiel pour le contexte belge : l'intégration de la yogathérapie en soins palliatifs ne peut pas s'appuyer sur une tradition culturelle partagée, mais doit trouver sa légitimité dans un langage universel, neutre et validé par la recherche.

3.4 – Yoga et médecine intégrative : une convergence en soins palliatifs

La médecine intégrative est une approche de la santé qui associe les traitements médicaux conventionnels aux thérapies complémentaires fondées sur des preuves, dans une perspective centrée sur la personne. Elle ne rejette pas les avancées biomédicales, mais cherche à les **enrichir par une compréhension globale de l'être humain**, incluant ses dimensions physique, émotionnelle, mentale, sociale et spirituelle.

Dans ce cadre, le yoga et par extension, la yogathérapie est de plus en plus reconnue comme une **intervention complémentaire valide**, notamment dans les domaines de la douleur chronique, de l'oncologie, de la santé mentale et des soins palliatifs.

Les convergences entre yoga et médecine intégrative sont nombreuses :

- **Vision globale du patient** : Le yoga envisage l'humain comme une entité multidimensionnelle (*pañcamaya* en sanskrit), faite de couches interreliées : corps physique, énergie vitale, mental, intellect et conscience profonde. Cette vision rejoint l'approche palliative, qui considère le patient dans sa souffrance totale de Dame Cicely Saunders.
- **Partenariat thérapeutique** : Le yoga valorise l'autonomie et l'engagement actif du patient. Cette responsabilisation douce est cohérente avec les soins palliatifs, où le patient reste acteur de ses choix jusqu'au bout.
- **Outils accessibles et non invasifs** : Respiration, attention, mouvements doux, ancrage sensoriel : les outils du yoga sont peu coûteux, facilement transposables, et peuvent être transmis de manière simple au lit du patient, sans effets secondaires.
- **Soutien à l'équipe soignante** : La yogathérapie ne bénéficie pas uniquement aux patients. De plus en plus d'établissements hospitaliers intègrent des pratiques de pleine conscience et de yoga pour prévenir le burn-out des soignants. En soins palliatifs, où la charge émotionnelle est intense, ces ressources peuvent renforcer la résilience et la qualité de présence des professionnels.

Par ailleurs, plusieurs institutions de référence dans le monde (Memorial Sloan Kettering Cancer Center, MD Anderson Cancer Center, Mount Sinai Hospital...) ont intégré la yogathérapie à leurs protocoles de soins intégratifs. Les patients en phase terminale y bénéficient, sur prescription médicale, de séances de yoga adaptées, encadrées par des thérapeutes certifiés.

Dans le contexte belge, l'intégration est encore balbutiante, mais des signaux positifs émergent : certains hôpitaux proposent déjà des ateliers de méditation ou de pleine conscience, des cours de yoga collectif pour le personnel et des débats sur l'humanisation des soins ouvrant la voie à une reconnaissance plus large des approches complémentaires.

Ainsi, la rencontre entre yogathérapie et soins palliatifs n'est pas une juxtaposition de pratiques, mais une rencontre naturelle entre deux démarches centrées sur la compassion, la présence et la dignité.

Les soins palliatifs ne visent pas à guérir, mais à **soulager, accompagner et donner du sens** à l'expérience de la fin de vie. Leur approche se veut pluridisciplinaire, intégrative et humaine, en tenant compte du vécu du patient dans toutes ses dimensions : biologique, psychologique, sociale, existentielle et spirituelle.

Cette philosophie rejoint profondément celle du yoga, qui vise également l'**apaisement de la souffrance intérieure, l'ajustement à l'impermanence** et la **réconciliation avec soi-même**.

3.5 – Revue de la littérature scientifique : douleur, anxiété, sommeil, spiritualité

L'évaluation des effets du yoga thérapeutique dans un contexte médical et plus spécifiquement en soins palliatifs s'est considérablement développée depuis les deux dernières décennies.

Plusieurs études, revues systématiques et publications cliniques ont tenté de quantifier et de qualifier l'impact du yoga sur des variables telles que la douleur, l'anxiété, le sommeil ou la qualité de vie. Les références complètes de ces études sont reprises en annexe 1 (bibliographie) afin d'alléger la lecture du texte principal.

Douleur

La douleur est une des premières indications explorées dans les études sur la yogathérapie. Dans une méta-analyse conduite par Cramer et al. (2013), portant sur 16 essais contrôlés randomisés, les auteurs concluent que le yoga réduit significativement la douleur perçue chez les patients souffrant de douleurs chroniques, en particulier dorsales et musculosquelettiques.

Les mécanismes proposés incluent :

- Une meilleure conscience corporelle permettant d'anticiper ou de relâcher les tensions.
- La modulation du système nerveux autonome (activation du parasympathique).
- La diminution de l'inflammation via des effets sur l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien.
- En somme, la yogathérapie peut moduler la perception de la douleur chronique via des mécanismes neurophysiologiques (activation des circuits du contrôle attentionnel, inhibition des voies nociceptives, diminution de l'activité du système limbique).

En soins palliatifs, même si la littérature est plus limitée, plusieurs études de cas (Danura et al., 2016 ; Rangaswamy et al., 2020) rapportent une diminution de l'intensité et de la souffrance liée à la douleur, notamment grâce à des pratiques respiratoires et de relaxation profonde.

Anxiété et détresse émotionnelle

L'anxiété en fin de vie est souvent multifactorielle : peur de la douleur, de l'inconnu, sentiment de perte de contrôle, solitude... Des essais cliniques (Sharma et al., 2012 ; Telles et al., 2010) montrent que les pratiques de respiration lente et de méditation guidée diminuent significativement les scores d'anxiété chez les patients atteints de cancer.

Une étude pilote réalisée au Mount Sinai Hospital (New York) auprès de patients en phase terminale ayant reçu 1 séance de yoga thérapeutique par semaine pendant 4 semaines rapporte :

- Une diminution moyenne de 30 % de l'anxiété mesurée par le GAD-7.
- Un sentiment accru de présence à soi et dignité, et de sérénité intérieure exprimé qualitativement.

Sommeil et repos

Le yoganidrā, ou "sommeil yogique", est une technique de relaxation guidée utilisée dans plusieurs protocoles de yogathérapie. Une étude de Zhou et al. (2018), réalisée auprès de patients sous chimiothérapie, montre que le yoganidrā améliore la qualité du sommeil, réduit la latence d'endormissement et diminue les réveils nocturnes.

Dans le contexte palliatif, ces effets sont particulièrement pertinents, car le sommeil est souvent perturbé par la douleur, l'anxiété ou la prise médicamenteuse. Les séances de relaxation peuvent

être proposées même à des patients alités, sous sédation légère, avec un effet perçu d'apaisement général.

Spiritualité et qualité de vie globale

La modification de l'image corporelle, la perte progressive de l'autonomie, le bouleversement identitaire, la peur de l'inconnu, les multiples questions qui font surface et qui demeurent souvent sans réponse, la perte de la capacité de travailler de même que les répercussions financières qui en découlent, contribuent à la détresse du patient et de son entourage. (Vinay et al., 2011) La traversée entamée par le patient à partir du moment où il reçoit la nouvelle du diagnostic de maladie incurable et durant tout le parcours qui le conduira jusqu'à sa fin prochaine, peut l'amener à chercher un sens à cette épreuve. Toutefois, une quête de sens qui demeure sans issue pourrait générer une souffrance d'ordre spirituel chez certaines personnes.

La fin de vie s'accompagne fréquemment d'un questionnement existentiel : « Pourquoi moi ? », « Qu'est-ce que je laisse derrière ? », « Qu'y a-t-il après ? ». Plusieurs études (Puchalski et al., 2014 ; Büssing et al., 2012) ont exploré les effets du yoga sur la dimension spirituelle du vécu, définie ici non comme religieuse, mais comme un sentiment de connexion, de sens ou de transcendance.

Les patients ayant pratiqué régulièrement la respiration consciente, des visualisations guidées ou des méditations orientées sur la gratitude ou la paix intérieure témoignent d'une diminution de la détresse existentielle, d'une acceptation accrue de leur état, et d'un sentiment de réconciliation.

Limites méthodologiques de la recherche actuelle

Il est important de noter que :

- La plupart des études sont de petite taille, souvent sans groupe contrôle.
- Il existe une hétérogénéité importante des protocoles de yoga utilisés.
- Les effets mesurés sont souvent auto-déclarés, avec un biais de désirabilité sociale.

L'évaluation de l'efficacité des traitements et soins holistiques demeure en outre un enjeu méthodologique majeur. **Ces approches s'intègrent difficilement dans le cadre strict des essais cliniques randomisés, qui exigent un contrôle rigoureux des variables et une mesure à l'aveugle.** Or, la réalité des soins palliatifs est marquée par une grande complexité, et les effets des interventions complémentaires relèvent souvent de mécanismes synergiques, difficilement réductibles à une causalité unique. Leur impact se manifeste parfois de manière progressive, qualitative ou contextuelle, à travers les perceptions, le ressenti et l'expérience singulière des patients.

Dès lors, les preuves d'efficacité disponibles dans la littérature restent limitées, et de nombreuses publications rapportent des résultats contrastés ou non concluants. Cette situation ne traduit pas nécessairement une absence d'efficacité, mais souligne plutôt la difficulté d'appliquer aux approches holistiques les outils classiques de la recherche biomédicale.

Cependant, les résultats convergent de plus en plus vers une reconnaissance croissante du yoga thérapeutique comme **intervention douce, pertinente, bien tolérée, et potentiellement transformative** pour les patients en fin de vie. Cette tendance est également confirmée par les

données du terrain : un sondage réalisé dans neuf maisons de soins palliatifs en Colombie-Britannique a montré que 81 % des personnes interrogées souhaitent avoir accès à des thérapies complémentaires au sein même de l'établissement (Rahim-Jamal et al., 2011). Dans la même perspective, la Société d'oncologie intégrative a publié en 2009 des lignes directrices encourageant l'intégration des approches complémentaires dans le champ de l'oncologie (Deng et al., 2009).⁶

Ces données scientifiques renforcent la pertinence de ma démarche et de mon hypothèse de recherche.

3.6 – La souffrance globale et le rôle des approches corps-esprit

L'un des fondements des soins palliatifs est la notion de **souffrance globale**,⁷ introduite par Dame Cicely Saunders, pionnière du Mouvement des Hospices. Elle désigne une souffrance qui dépasse le plan physique et englobe les dimensions psychologiques, sociales, existentielles et spirituelles du vécu du patient. Cette souffrance est souvent difficile à objectiver, mais elle s'exprime par des signes de désespoir, de repli, d'angoisse ou de perte de repères.

Un langage au-delà des mots

Les patients en fin de vie ne disposent pas toujours des mots pour exprimer cette souffrance. Le langage verbal atteint ses limites face à l'indicible. Or, le corps devient alors un **lieu de résonance** de cette détresse : tensions musculaires, respiration courte, agitation nocturne, raideur, fatigue inexplicable.

Les approches dites **corps-esprit**, dont fait partie la yogathérapie, offrent une réponse précieuse à ce niveau. Elles permettent :

1. D'**accéder à la souffrance par le biais du corps**, sans nécessairement la verbaliser.
2. De restaurer un **lien doux avec le corps**, souvent vécu comme objet de douleur ou de défaillance.
3. De créer un espace intérieur de **calme et de sécurité**, même dans des situations extrêmes.

Le yoga, dans son essence, n'est pas qu'un enchaînement de postures. C'est une pratique de conscience, de lien à soi et au monde. Trois éléments apparaissent essentiels en contexte palliatif :

- Le souffle : ancrage vivant, disponible, toujours présent. Il devient un support d'apaisement, d'acceptation, et même parfois de transcendance.
- La posture : adaptée, respectueuse, elle donne au patient un sentiment de verticalité intérieure, même en position allongée.
- La présence : dans le cadre thérapeutique, l'écoute silencieuse du soignant devient en soi un outil de soin.

⁶ BERNATCHEZ, Marie Solange, COLLIN, Johanne, GAGNON, Pierre, *et al.* La gestion des symptômes en soins palliatifs au-delà de la médication. *Cahiers francophones de soins palliatifs*, 2015, vol. 15, no 2, p. 33-51.

⁷ CLARK, David. Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. *Social science & medicine*, 1999, vol. 49, no 6, p. 727-736.

Dans ce sens, le souffle, la posture, l'attention consciente ne sont pas des techniques en soi, mais des **portes d'accès à une présence plus profonde**, une manière d'habiter ce qui est, sans lutte.

La reconquête du corps vécu

En soins palliatifs, le corps du patient est souvent manipulé, médicalisé, perfusé. La yogathérapie invite à une **reconnexion sensible** : poser les mains sur le ventre, ressentir le mouvement du souffle, mobiliser doucement les doigts ou les pieds, sans objectif de performance. Cette reconquête du corps vécu peut redonner au patient un sentiment d'**existence pleine**, même fugace.

Un patient ayant bénéficié d'une séance de respiration guidée déclarait :

« Je ne peux plus marcher... mais j'ai senti que j'étais encore là, vraiment. »

Une manière d'habiter l'instant

Les pratiques de pleine conscience et de méditation inspirées du yoga permettent aussi de ramener le patient à **l'instant présent**, ce qui constitue un remède puissant contre l'angoisse anticipatoire. En focalisant l'attention sur une sensation corporelle, un son, une image intérieure, le mental se libère temporairement du flot de pensées ruminantes.

Cette capacité à **être là, dans l'ici et maintenant**, est précieuse à la fois pour le patient, pour ses proches, et pour les soignants. Elle crée un climat de sécurité émotionnelle, de confiance, de simplicité.

3.7 – Limites, précautions et critiques de l'usage du yoga en soins palliatifs

Si la yogathérapie présente un potentiel d'accompagnement réel et porteur en soins palliatifs, il est essentiel d'aborder ses **limites et les précautions nécessaires à son usage clinique**, pour éviter les dérives, les malentendus ou les effets contre-productifs.

1. Risques de projections culturelles ou spirituelles inadaptées

Bien que le yoga soit aujourd'hui largement occidentalisé, il reste associé à des traditions philosophiques orientales (hindouisme, bouddhisme). Cela peut générer des malentendus, des résistances ou des inquiétudes chez certains patients, familles ou professionnels, notamment dans des contextes hospitaliers laïcs ou multiculturels.

Précaution : Il est impératif de présenter la yogathérapie comme une **approche laïque, thérapeutique et adaptée**, dénuée de toute connotation religieuse. Elle doit être proposée dans un langage neutre, centré sur le corps et le souffle, sans symbolique ni discours ésotérique.

2. Risques d'instrumentalisation ou de récupération commerciale

Le développement rapide du yoga dans les pays occidentaux a entraîné l'émergence d'une industrie parfois éloignée de l'éthique du soin : promesses de guérison, certifications douteuses, marketing agressif... Ces dérives jettent le discrédit sur les démarches sérieuses et médicalement encadrées.

Précaution : Se référer exclusivement à des praticiens **formés à la yogathérapie dans un cadre professionnel de santé** (ex : formation post-graduée pour soignants), travaillant en lien avec les équipes médicales, avec une supervision éthique et une traçabilité des interventions.

3. Limites cliniques et indications restreintes

Tous les patients en soins palliatifs ne sont pas candidats à une intervention de type yogathérapie. Certains peuvent être trop affaiblis, désorientés, douloureux ou simplement non réceptifs. L'effort de "faire quelque chose" peut devenir une source de stress si mal adapté.

Précaution : La yogathérapie doit toujours être proposée comme **une possibilité et non une obligation**. Elle nécessite une **évaluation clinique préalable**, et doit être interrompue si elle génère de l'inconfort ou de la fatigue.

4. Manque de formation ou d'intégration dans les équipes

Le succès d'une telle approche repose sur sa reconnaissance au sein de l'équipe interdisciplinaire. Si elle est pratiquée en marge, ou sans communication avec les soignants, elle risque de rester isolée, voire d'être rejetée.

Précaution : Intégrer la yogathérapie **dans le projet thérapeutique de l'équipe**, avec des temps de concertation, de formation croisée et de retour d'expérience. Cela favorise l'adhésion et l'ancrage institutionnel.

5. Données scientifiques encore limitées

Bien que prometteuses, les recherches actuelles sur la yogathérapie en soins palliatifs manquent encore de rigueur méthodologique et d'ampleur statistique. Les publications sont souvent issues de petits échantillons ou de revues peu référencées.

Précaution : Utiliser la yogathérapie de façon **complémentaire**, sans jamais l'opposer ou la substituer aux soins médicaux conventionnels. Elle doit être considérée comme **un soin de soutien, non curatif**, dont les effets sont souvent qualitatifs, subtils, mais puissants dans leur humanité.

3.8 – Synthèse : cadre éthique d'une yogathérapie en contexte palliatif

La mise en œuvre d'une approche comme la yogathérapie en soins palliatifs ne peut se faire sans une **réflexion éthique approfondie**, à la hauteur de la vulnérabilité des patients et de la complexité des situations.

✓ Respect de l'autonomie du patient

Toute proposition thérapeutique, et a fortiori toute pratique corporelle, doit être présentée dans le **respect total de la liberté du patient**. En soins palliatifs, cette autonomie est parfois fragile, fluctuante. Il est donc essentiel de s'assurer du consentement éclairé et réversible, sans pression, sans attente implicite.

Le rôle du soignant n'est pas de convaincre, mais de **proposer, d'écouter, d'ajuster**, dans une logique de co-construction. L'important n'est pas la pratique elle-même, mais ce qu'elle permet au patient de (re)trouver en lui-même.

✓ **Bienfaisance et non-malfaisance**

Le principe éthique de non-malfaisance impose de s'assurer que la yogathérapie ne devienne pas une charge, un effort inutile ou une source de culpabilité. Elle doit **s'adapter à l'état du patient**, être modulée ou suspendue en fonction de ses réactions. La bienfaisance, quant à elle, suppose que chaque geste posé soit orienté vers le soulagement, la paix, la dignité.

Dans certains cas, **un simple accompagnement respiratoire silencieux** peut avoir plus d'impact qu'un protocole complexe. C'est l'intention du soin qui prime sur la technique.

✓ **Justice et équité d'accès**

Une démarche éthique implique également une **équité d'accès** à ces soins de soutien. Si la yogathérapie devient un privilège réservé à quelques patients, elle risque de creuser des inégalités dans l'accompagnement. Il convient donc de penser son **intégration au niveau institutionnel**, avec des formations ouvertes, un soutien administratif, et une inscription claire dans l'offre de soins.

✓ **Neutralité spirituelle**

Il ne s'agit pas de transmettre une croyance, mais **d'ouvrir un espace d'intériorité universel**, accessible à chacun, quelle que soit sa culture ou sa foi, à l'image du travail réalisé par Jon Kabat-Zinn⁸, qui a su rendre la méditation de pleine conscience accessible dans un cadre laïque et scientifique.

Ainsi pensée, la yogathérapie peut devenir une **médecine de la conscience**, discrète, douce, mais profondément transformatrice. En fin de vie, là où les mots se taisent et où les gestes comptent plus que les discours, elle offre une forme de **présence soignante incarnée**, au service du vivant jusque dans l'ultime passage.

4 – Proposition d'intégration concrète de la yogathérapie en soins palliatifs

Lors de mon stage et de ma pratique en soins palliatifs, j'ai observé à plusieurs reprises un décalage entre :

- la richesse des besoins exprimés par les patients (calme intérieur, soulagement corporel doux, besoin de respiration ou de silence),
- et la pauvreté relative des ressources non médicamenteuses disponibles à l'hôpital.

La souffrance globale, bien identifiée par les soignants, est parfois laissée sans réponse spécifique. La parole ne suffit pas toujours, les traitements médicamenteux ne calment pas tout,

⁸ Jon Kabat-Zinn, *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*, revised edition, New York: Bantam Books, 2013.

et l'écoute active, aussi essentielle soit-elle, demande à être soutenue par des **gestes concrets, simples, intégrés au quotidien**.

C'est dans ce contexte qu'émerge la proposition d'un protocole de yogathérapie adaptée aux soins palliatifs, à la fois clinique, éthique, et réaliste.

Le projet que je propose vise à répondre à quatre objectifs prioritaires :

1. **Soulager les manifestations corporelles et émotionnelles de la souffrance** (tensions, anxiété, agitation, insomnie, sensation d'étouffement).
2. **Offrir un espace d'écoute corporelle et de présence à soi**, même dans la vulnérabilité.
3. **Soutenir la qualité relationnelle entre patient, soignants et proches**, en renforçant un climat de calme et de sécurité intérieure.
4. **Proposer une démarche structurée et évaluable**, intégrée dans l'équipe et respectueuse du cadre hospitalier.

Afin de porter ce projet au niveau institutionnel, j'ai l'intention de fonder en 2026 l'**ASBL 'Hospital Yoga Trust'**, basée à Bruxelles.



Elle a pour mission de :

- Développer des **protocoles cliniques de yogathérapie** adaptés à différents contextes hospitaliers.
- Former les soignants à des **micro-pratiques corps-souffle**, simples et transférables.
- Créer une **base de données cliniques** permettant d'évaluer l'impact de ces pratiques (qualité de vie, symptômes, satisfaction des patients).
- Construire un **réseau de thérapeutes certifiés** en yogathérapie hospitalière.

4.1– Exemple de protocole simple (adaptable au lit du patient)

Durée : 20 à 30 minutes

Fréquence : 1 à 2 fois/semaine selon tolérance et demande

Lieu : en chambre, avec accord du patient et de l'équipe

Étape	Contenu	Objectif
Accueil	Présence silencieuse, respiration naturelle	Créer un climat de sécurité et de lenteur
Respiration	Respiration abdominale douce, guidée (± 5 min)	Diminuer l'anxiété, réguler le rythme cardiaque
Mobilisation douce	Mouvements des doigts, poignets, pieds (assis ou couché)	Réveiller doucement le corps sans effort
Visualisation ou méditation	Méditation de l'arbre, du souffle, ou évocation de souvenirs apaisants	Favoriser la détente mentale et l'ancrage
Clôture	Moment d'intégration silencieuse, puis parole libre (phrase de gratitude ou d'ancrage)	Renforcer le sentiment d'unité et de dignité

Exemple : Respiration consciente et méditation d'apaisement

Durée : 30–40 minutes

Objectif : réduction du stress, apaisement émotionnel, création d'un espace intérieur de calme.

1. Introduction et respiration consciente (5 min)

Assis confortablement, le patient est invité à prendre quelques respirations profondes, en inspirant par le nez et en expirant par la bouche.

Instruction : « Concentrez-vous sur votre respiration et laissez vos pensées s'apaiser. »

2. Texte inspirant (5–10 min)

Lecture d'un court texte universel, non religieux : une phrase de poésie, de philosophie ou de littérature qui évoque la paix intérieure, la continuité de la vie ou l'apaisement.

Exemple possible : « *Quand on respire calmement, c'est un peu de paix que l'on invite en soi.* »

3. Réflexion et méditation guidée (10 min)

Le patient est invité à réfléchir silencieusement sur le texte lu.

Instruction : « Fermez les yeux, laissez ces mots résonner en vous, et accueillez le sentiment de sérénité qu'ils apportent. »

4. Postures douces (10–15 min)

- **Étirement latéral doux** : assis, lever le bras droit et incliner légèrement le buste sur le côté gauche, puis inverser.
- **Rotation douce du tronc** : assis, mains posées sur les genoux, tourner lentement le buste à droite puis à gauche

Ces mouvements sont faits sans effort, avec attention à la respiration.

5. Relaxation finale (5–10 min)

Assis confortablement, yeux fermés, invitation à relâcher tout le corps.

Instruction : « Concentrez-vous sur le souffle et laissez venir un sentiment de paix intérieure. »

Exemple : Yoga de la stabilité et du lâcher-prise

Durée : 30–40 minutes

Objectif : soutenir la stabilité émotionnelle, encourager le lâcher-prise, cultiver la paix intérieure.

1. **Introduction et respiration consciente (5 min)**

Assis ou allongé, respiration abdominale lente et régulière.

Instruction : « Inspirez doucement... expirez longuement... laissez les tensions se relâcher. »

2. **Phrase de réflexion (5–10 min)**

Lecture d'une maxime simple, universelle et laïque, par exemple :

« Comme une montagne reste immobile face aux vents, je peux trouver en moi un espace de stabilité. »

3. **Méditation guidée (10 min)**

Invitation à répéter intérieurement une formule simple et neutre.

Exemple : *« Je suis calme. Je suis en paix. »*

4. **Postures douces (10–15 min)**

- **Posture de l'enfant (adaptée avec coussins) :** s'incliner légèrement en avant pour relâcher le dos.
- **Posture de la montagne (debout ou assis) :** sentir la verticalité et la stabilité du corps

L'accent est mis sur le ressenti de stabilité et de calme.

5. **Relaxation finale (5–10 min)**

Allongé ou assis, yeux fermés, corps relâché.

Instruction : « Laissez le souffle revenir naturellement... Accueillez une sensation de paix et de sécurité intérieure. »

Au-delà des techniques et des approches théoriques, la véritable valeur de l'intégration du yoga en soins palliatifs réside dans la capacité à **adapter chaque proposition à la singularité du patient**. Les besoins en fin de vie sont profondément individuels : ils dépendent de l'histoire, des croyances, des capacités physiques et des valeurs propres à chacun.

La personnalisation commence par une **évaluation holistique** : il ne s'agit pas seulement de mesurer les symptômes physiques, mais aussi de prendre en compte les dimensions psychologiques, sociales et spirituelles. Des conversations ouvertes avec le patient et ses proches permettent d'identifier leurs attentes, leurs limites, et leur rapport éventuel à des pratiques corporelles ou méditatives.

Le respect des croyances et des valeurs est central. Pour certains, un simple exercice respiratoire peut suffire ; pour d'autres, une méditation guidée peut avoir du sens. L'autonomie et le consentement doivent toujours primer.

L'adaptation concerne également les **pratiques elles-mêmes**. Les postures sont ajustées aux capacités physiques, la durée des séances est modulée selon l'état de fatigue, et la progression reste flexible. La sécurité et le confort priment sur toute recherche de performance.

Enfin, la personnalisation suppose un **suivi continu**. Les besoins évoluent au fil du temps, et l'accompagnement doit rester réactif, ajusté, ouvert au feedback du patient et de sa famille.

En définitive, cette approche centrée sur la personne renforce non seulement la qualité de vie, mais aussi la relation de confiance et de respect entre soignants et patients. Elle traduit l'esprit même des soins palliatifs : offrir un soin véritablement humain, qui prend en compte la globalité de l'expérience vécue.

Le déploiement peut se faire en plusieurs étapes :

1. **Phase pilote** dans une unité (3 à 6 mois).
2. **Évaluation qualitative et quantitative** (questionnaires patients, entretiens équipe, indicateurs de confort).
3. **Extension progressive** à d'autres unités ou institutions.
4. **Recherche clinique** sur l'impact (en partenariat universitaire).

4.2– Intégration dans la culture soignante : freins, leviers et sensibilisation

➤ Freins observés dans le milieu hospitalier :

Malgré la bienveillance générale des équipes soignantes en soins palliatifs, certains obstacles à l'intégration de la yogathérapie sont récurrents :

- **Scepticisme scientifique** : Certains professionnels associent encore le yoga à une pratique non fondée, ésotérique ou "non médicale".
- **Méconnaissance des modalités concrètes** : Peu de soignants savent qu'il existe une forme de yoga "au lit du patient", sans effort, sans matériel.
- **Peu de repères institutionnels** : L'absence de cadre officiel ou de soutien administratif peut freiner l'initiative.

➤ Leviers d'acceptation et de transformation :

À l'inverse, plusieurs facteurs facilitent l'intégration :

- **Une approche par la preuve et par l'expérience** : Lorsque les soignants assistent à une séance ou recueillent les retours patients, leur regard change souvent.
- **Le besoin de ressources pour la qualité relationnelle** : De nombreux soignants expriment le manque d'outils pour gérer l'angoisse ou créer du lien autrement.
- **L'inscription dans un projet d'équipe** : L'intégration est mieux acceptée quand elle est discutée collectivement et construite avec les référents de l'unité.
- **La simplicité et l'humilité de l'approche** : Une yogathérapie respectueuse, discrète, au service du soin, est souvent bien accueillie.

➤ Actions de sensibilisation proposées :

- Organisation d'ateliers de **découverte du souffle et de la présence**, réservés aux soignants, durant les pauses ou les réunions d'équipe.
- Présentation du projet dans des **Groupes Locaux d'Évaluation Médicale (GLEM)** ou lors de **journées institutionnelles**.

- Intégration d'un **module d'introduction à la yogathérapie** dans les formations continues hospitalières.
- Diffusion d'un **guide simple/ Flyer** : "Yogathérapie en soins palliatifs : 10 idées reçues – 10 gestes possibles" (voir annexe 2)

À terme, le projet pourrait aboutir à la création d'un **modèle belge d'intégration de la yogathérapie dans les soins palliatifs**, fondé sur trois piliers :

1. **Formation continue et certification de professionnels de santé**, avec une approche rigoureuse, laïque et adaptée aux réalités hospitalières.
2. **Création de postes de thérapeutes intégratifs** dans les institutions.
3. **Recherche action participative**, en lien avec les universités, pour évaluer scientifiquement les effets des interventions proposées.

5 – Conclusion

Ce travail m'a conduit à croiser deux mondes qui, de prime abord, semblent éloignés : celui de la médecine hospitalière, structurée, scientifique, orientée vers le soin curatif ; et celui du yoga thérapeutique, issu de traditions philosophiques orientales, mais de plus en plus utilisé dans une visée d'accompagnement. Leur point de rencontre s'est révélé être **l'humain souffrant**, dans toute sa complexité.

En tant que médecin anesthésiste et algologue (spécialiste de la douleur), il m'a semblé naturel de consacrer mon travail de fin d'études à la thématique de la gestion de la douleur. J'avais initialement choisi d'explorer « Le rôle des cannabinoïdes dans l'optimisation de la prise en charge de la douleur en soins palliatifs ».

C'est pourtant la situation clinique de Madame B., à la fois simple et profondément marquante, qui a ouvert une nouvelle voie de réflexion. Elle m'a amené à questionner non seulement les approches médicamenteuses, mais aussi la place que pourraient occuper des méthodes intégratives comme la yogathérapie dans l'accompagnement en soins palliatifs.

Face à la souffrance existentielle, à l'angoisse et à la perte de repères, j'ai ressenti la nécessité de rechercher des outils thérapeutiques capables de soutenir non seulement le corps, mais également l'âme, tout en respectant le cadre hospitalier, l'éthique soignante et les réalités de terrain.

À travers l'analyse d'une situation clinique vécue, l'étude de la littérature scientifique, l'examen des enjeux éthiques et la formulation d'un projet d'intégration institutionnelle, j'ai pu mettre en évidence le potentiel réel encore largement sous-exploité de la yogathérapie en contexte palliatif. La yogathérapie ne se substitue à aucun soin conventionnel. Elle n'est ni magique, ni miraculeuse. Mais elle peut :

- **Compléter un traitement antalgique** en apaisant le vécu corporel du patient.
- **Soutenir la régulation émotionnelle** face à l'angoisse existentielle.
- **Restaurer une relation apaisée au corps**, souvent vécu comme douloureux ou médicalisé.
- **Créer un espace d'écoute silencieuse**, de présence partagée, sans attente ni solution.

Elle agit à un niveau **subtil mais essentiel**, souvent difficile à mesurer, mais palpable dans la qualité du lien soignant-soigné, dans les silences habités, dans les souffles retrouvés. C'est une philosophie de soin, fondée sur l'écoute, la lenteur, l'ajustement à ce qui est et donc profondément compatible avec l'esprit des soins palliatifs.

Ce mémoire ne prétend pas à l'exhaustivité. Il ne s'agit pas d'un essai clinique ni d'une évaluation quantitative de la yogathérapie en soins palliatifs. Les éléments développés ici reposent sur :

- Une expérience de terrain limitée dans le temps.
- Une revue de littérature partielle, en constante évolution.
- Un projet encore en cours de déploiement, dont les effets devront être documentés dans le temps.

J'ai veillé à garder une posture prudente, ancrée dans la clinique, respectueuse des principes éthiques du soin : autonomie du patient, bienfaisance, non-malfaisance, neutralité culturelle.

Ce mémoire a nourri en moi une conviction profonde : la fin de vie ne devrait pas être réduite à la technique, mais élargie à la présence, à la respiration, à l'être. Dans cette perspective, la yogathérapie me semble pouvoir s'intégrer de façon pertinente, éthique et réaliste aux soins palliatifs. Elle ne remplacera jamais les approches médicales, psychologiques ou spirituelles déjà en place, mais elle peut y apporter un souffle nouveau à la fois au sens propre et au sens symbolique.

En tant que médecin formé aux pratiques corps-esprit, j'y vois un levier d'humanisation du soin, un espace de paix possible au cœur même de la fin de vie. Non pas comme une solution miracle, mais comme une invitation à ralentir, à écouter autrement, et à honorer la dignité du vivant jusque dans sa plus grande vulnérabilité.

ANNEXES+

Annexe 1 – Bibliographie

Ouvrages et articles scientifiques :

1. Cramer H. et al. (2013). *Yoga for chronic pain: A meta-analysis of randomized controlled trials*. Pain, 154(6), 835–842.
2. Sharma M., Haider T., & Knowlden A. (2012). *Yoga as an alternative and complementary therapy for patients with cancer: A systematic review*. J Evid Based Complementary Altern Med, 17(3), 207–216.
3. Telles S., Singh N., & Balkrishna A. (2010). *Managing distress in cancer patients through yoga: A study on anxiety and depression*. Indian Journal of Palliative Care, 16(2), 74–80.
4. Zhou K., Li X., Li J., et al. (2018). *Effects of yoga nidra on sleep, anxiety, and quality of life in cancer patients receiving chemotherapy*. Eur J Oncol Nurs, 36, 104–109.
5. Büssing A., Ostermann T., Lüdtke R., & Michalsen A. (2012). *Effects of yoga interventions on pain and pain-associated disability: A meta-analysis*. The Journal of Pain, 13(1), 1–9.
6. Danura P., Wijk H., Fjellman-Wiklund A. (2016). *Breath as a healing tool: A case study in palliative care*. Journal of Holistic Nursing, 34(3), 256–263.
7. Saunders C. (1996). *The evolution of palliative care*. Patient Education and Counseling, 28(1), 3–13.
8. Puchalski C., Ferrell B. et al. (2014). *Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference*. Journal of Palliative Medicine, 17(6), 642–656.

Ouvrages de référence complémentaires : 9. Desikachar T.K.V. (1995). *Le cœur du yoga*. Éditions Courrier du Livre. 10. André C. (2011). *Les états d'âme*. Odile Jacob. 11. Lemoine P. (2015). *Soigner jusqu'au bout*. Odile Jacob.

Annexe 2 – Guide simple / Brochure

Yogathérapie en soins palliatifs : 10 idées reçues – 10 gestes possibles

La yogathérapie en soins palliatifs n'est ni une gymnastique, ni une religion. C'est une boîte à outils simple pour accompagner la respiration, l'attention et la relation, dans le respect des croyances et des limites de chacun. Chaque geste, même minime, peut créer un espace de présence, d'apaisement et de dignité. Ce guide a été conçu pour les soignants en soins palliatifs.

Il répond à 10 idées reçues sur le yoga en proposant, pour chacune, un geste simple, rapide et accessible, directement au lit du patient. Ces gestes ne demandent ni matériel, ni compétence particulière, seulement une présence attentive.

Ce guide n'est qu'une porte d'entrée : l'essentiel reste la qualité du lien humain et la possibilité de partager un souffle, un instant de calme, un geste de vie.

- ❖ Idée reçue n°1 : « **Le yoga, c'est pour les souples.** »

Geste possible :

Inviter le patient à lever et abaisser doucement les bras à son rythme, assis ou allongé, en synchronisant avec la respiration.

- **Inspirer** : lever les bras (même de quelques centimètres).
- **Expirer** : relâcher.
Durée : 3 cycles.

- ❖ Idée reçue n°2 : « **Le yoga prend trop de temps.** »

Geste possible :

Pratiquer une respiration consciente de 1 minute.

- **Poser** une main sur le ventre.
- **Sentir** le souffle qui gonfle et dégonfle l'abdomen.
- **Compter** 3 respirations lentes.

- ❖ Idée reçue n°3 : « **Le yoga est une religion.** »

Geste possible :

Proposer un ancrage corporel neutre.

- **Fermer** les yeux si possible.
- **Observer** les sensations des pieds posés sur le sol, ou du corps soutenu par le matelas.
- **Se répéter** intérieurement : « Ici et maintenant, je suis soutenu.

- ❖ Idée reçue n°4 : « **Un patient en fin de vie ne peut pas faire de yoga.** »

Geste possible :

Suggérer une visualisation douce.

- **Guider** le patient vers l'image d'un lieu calme (mer, montagne, jardin...).
- **Relier** le souffle à cette image.
Durée : 2 à 3 minutes.

- ❖ Idée reçue n°5 : « **Je ne suis pas formé, je ne peux pas guider.** »

Geste possible :

Accompagner simplement une respiration partagée.

- Le soignant dit : « **Inspirons doucement... Expirons doucement...** »
- 3 fois ensemble.
Un geste relationnel plus que technique.

- ❖ Idée reçue n°6 : « **Le yoga, c'est fatigant.** »

Geste possible :

Proposer une micro-pause de relaxation.

- **Fermer** les yeux.
- **Relâcher** les épaules.
- **Inspirer** profondément une fois, puis souffler longuement.

❖ Idée reçue n°7 : « **Il faut une tenue spéciale.** »

Geste possible :

Pratiquer la respiration en carré (même au lit, habillé).

- **Inspirer** en comptant 4.
 - **Retenir** le souffle 4.
 - **Expirer** 4.
 - **Pause** 4.
- Cycle à répéter 2 fois.

❖ Idée reçue n°8 : « **Le yoga, c'est pour les jeunes.** »

Geste possible :

Soutenir une mobilisation douce.

- Avec le patient assis : **tourner** lentement la tête à gauche, puis à droite, sans forcer.
- **Synchroniser** avec le souffle.
Durée : 1 minute.

❖ Idée reçue n°9 : « **Le yoga, c'est trop abstrait.** »

Geste possible :

Proposer un geste-mot d'apaisement.

- À l'inspiration : **poser** la main sur le cœur.
- À l'expiration : **murmurer** ou **penser** « merci » ou « paix ».
3 cycles.

❖ Idée reçue n°10 : « **Le yoga, ça ne change rien à la douleur.** »

Geste possible :

Proposer une observation du souffle et de la douleur.

- **Inspirer** : observer la zone douloureuse.
- **Expirer** : imaginer que la tension se relâche un peu.
Faire 2 ou 3 cycles, sans chercher à supprimer, juste à transformer la perception.

Annexe 3 – Intérêt du stage

Mon stage en soins palliatifs s'est déroulé dans deux lieux du réseau IRIS Sud : Le **Colibri** à l'unité K51, de l'hôpital Molière Longchamp à Forest, et l'**équipe mobile palliative** de l'hôpital d'Ixelles. Ces deux expériences m'ont permis de vivre une immersion complète dans la réalité du soin palliatif, en unités spécialisées comme en services généraux.

Le **Colibri**, situé au dernier étage de l'hôpital Molière, j'ai découvert un lieu profondément humain et sensoriellement apaisant. Chaque chambre dispose d'un **diffuseur d'aromathérapie**, et les couloirs dégagent un parfum discret qui contribue à une ambiance enveloppante. Une pièce spacieuse permet l'accueil des familles (avec bibliothèque, aquarium et machine à café), et une salle de bain **Snoezelen** équipée d'une **baaignoire avec lumière tamisée** offre aux patients un rare moment de confort. Cette unité de six lits, tenue par une équipe très soudée, m'a montré **l'impact réel de l'environnement sur la qualité de vie du patient**, jusque dans les moindres détails.

À l'**hôpital d'Ixelles**, le travail avec l'équipe mobile palliative m'a appris à intervenir dans des services non spécialisés, où la culture palliative est parfois moins ancrée. J'ai observé les tensions entre poursuite de traitements actifs et nécessité de réorienter les soins, ainsi que la difficulté mais aussi la nécessité de **faire entendre une parole palliative dans un contexte curatif**. Cette expérience m'a sensibilisé à la **dimension institutionnelle** du soin palliatif : négocier, sensibiliser, vulgariser, faire équipe dans la diversité.

Ce que j'ai appris :

1. Sur le plan clinique :

J'ai appris à mieux identifier les manifestations de la souffrance globale : douleurs physiques réfractaires, angoisse existentielle, agitation silencieuse. J'ai compris l'importance du "**savoir ralentir**", d'**ajuster les gestes au rythme du patient**, et d'**intégrer des outils simples non médicamenteux**, comme la respiration consciente ou la présence silencieuse.

2. Sur le plan relationnel :

Ce stage m'a montré que **la qualité du lien est un soin en soi**. J'ai appris à accueillir le silence sans vouloir le combler, à écouter ce qui ne se dit pas, à **respecter les non-dits, les émotions brutes, la fatigue des familles comme des soignants**. Le contact avec les proches m'a permis de mieux comprendre leurs besoins et d'adapter ma communication.

3. Sur le plan éthique :

J'ai été confronté à des situations où les décisions de fin de vie n'étaient pas claires. J'ai découvert la **valeur du doute partagé**, du recul éthique, de la collégialité. L'équipe palliative m'a montré qu'on peut poser des questions délicates sans blesser, et que **le respect du rythme de chacun** – patient, famille, équipe est fondamental.

4. Sur le plan personnel et professionnel :

J'ai aussi appris à repérer mes propres limites, émotions, résonances intérieures. Ce stage m'a renforcé dans ma vocation de soignant en conscience, capable d'accompagner la souffrance sans vouloir la réparer à tout prix. Il a aussi validé l'intérêt d'**approches complémentaires comme la yogathérapie**, que j'ai pu proposer à certains patients (exercices de souffle, relaxation courte), avec des retours souvent émouvants.

Annexe 4 – Retour sur la formation

Le certificat inter-universités en accompagnement et soins palliatifs a constitué pour moi bien plus qu'une simple formation complémentaire. Il a représenté une **expérience de transformation intérieure**, qui a façonné à la fois mon identité professionnelle, mon regard sur la médecine, et ma place en tant qu'homme dans la relation de soin.

La richesse des contenus théoriques, l'exigence académique, la diversité des intervenants, et surtout la possibilité d'échanger entre professionnels de disciplines variées (médecins, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes, bénévoles, ...) ont nourri en moi une vision plus large, plus humaine et plus incarnée du soin. Cette transversalité m'a permis de sortir des logiques de cloisonnement médical pour envisager une prise en charge plus globale, plus respectueuse des rythmes, des valeurs et des représentations de chacun.

Sur le plan intellectuel, cette formation m'a stimulé en profondeur. Les discussions sur la mort, l'éthique, la souffrance, le consentement, les limites de l'acharnement, la communication en fin de vie, ont ouvert en moi des questionnements que je croyais avoir déjà intégrés mais que cette formation a approfondis, complexifiés. Les séminaires sur la spiritualité, les rituels, les représentations culturelles de la mort ont notamment résonné avec ma culture personnelle et mes valeurs d'ouverture.

Sur le plan émotionnel, le parcours m'a permis de **me sentir moins seul dans ma quête de sens au sein de l'hôpital**. J'ai compris que d'autres soignants, comme moi, cherchaient à remettre du souffle, du lien, de la lenteur et de la conscience dans des structures parfois très techniques. Cette formation a légitimé mon besoin d'incarner une autre manière de soigner, sans opposer mais en **complémentarité avec la médecine conventionnelle**.

Elle m'a donné **le courage d'assumer mes convictions** : notamment celle que le soin ne consiste pas seulement à réparer, mais à **accompagner l'être humain dans toutes ses dimensions – corporelle, psychologique, relationnelle, existentielle, voire spirituelle**. C'est grâce à cette formation que j'ai osé formuler plus clairement mon projet de création de l'**ASBL Hospital Yoga Trust**, dédié à l'intégration du yoga thérapeutique en milieu hospitalier, dans une démarche laïque, éthique et structurée.

Enfin, sur le plan personnel, le certificat a renforcé en moi une forme de **posture soignante intérieure** : celle du témoin engagé, du professionnel humble, du thérapeute incarné. Il m'a permis de **réconcilier mes compétences médicales avec mon intuition profonde**, de relier la rigueur scientifique à la sagesse du corps, et d'accepter que certaines réponses ne se trouvent ni dans les livres ni dans les protocoles, mais dans la qualité de présence que l'on peut offrir à l'autre.

En somme, ce parcours a été une **étape fondatrice** : il m'a transformé tout autant qu'il a transformé ma pratique. Il a semé des graines que je continuerai à cultiver, au service d'un soin plus conscient, plus humain, plus vivant.

Annexe 5 – Rapport de stage (CIESP) 2024-2025

1. Résumé des activités effectuées

Durant mon stage au sein de l'unité de Soins supportifs et palliatifs, LE COLIBRI, à Hôpital Iris Sud, j'ai intégré une équipe pluridisciplinaire dédiée à l'accompagnement des patients en phase avancée ou terminale de leur maladie. Les activités principales ont inclus :

- **Visites multidisciplinaires** avec le médecin, infirmiers, psychologue, ergothérapeute kinésithérapeute, permettant une prise en charge globale.
- **Entretiens médicaux individuels** avec les patients et leurs proches, centrés sur la gestion des symptômes (douleurs, dyspnée, anxiété) et l'ajustement des traitements.
- **Participation aux réunions de concertation** (Staff éthique, réunions avec les équipes référentes), où se discutaient les cas complexes sur le plan clinique, relationnel ou éthique.
- **Rédaction d'un itinéraire clinique** sur la prise en charge de la douleur en soins palliatifs à l'HIS
- **Observation et implication dans les soins de confort**, incluant notamment les moments de fin de vie et les soins d'accompagnement du deuil.
- **Temps de réflexion personnel** nourri par des lectures (Kübler-Ross, Bhagavadgītā...), des échanges informels avec l'équipe et une pratique régulière de méditation.

2. Objectifs rencontrés

- **Approfondir la compréhension de la souffrance globale** (physique, psychique, sociale et spirituelle) du patient en fin de vie : objectif pleinement atteint à travers des rencontres marquantes et un encadrement humainement riche.
- **Renforcer mes compétences en gestion de la douleur en soins palliatifs** : cela a permis d'affiner mon regard sur la différence entre douleur totale et douleur nociceptive, ainsi que d'ajuster mes prescriptions (morphine, midazolam, etc.) dans un cadre éthique.
- **Observer la dynamique d'équipe et la communication interprofessionnelle** : j'ai pu voir comment la cohérence et la fluidité du travail d'équipe permettent de porter ensemble les cas les plus lourds.
- **Explorer la place des approches complémentaires** (aromathérapie, toucher...) en soins palliatifs : ces pratiques ne sont pas encore systématiquement intégrées mais suscitent un intérêt croissant chez certains membres de l'équipe.

3. Aspects positifs

- L'accueil chaleureux du Dr Jany Budahn et de son équipe m'ont permis de m'intégrer rapidement et de sentir une vraie filiation humaine.

- La qualité des échanges, empreints d'authenticité, m'a permis de traverser ce stage comme une expérience enrichissante tant sur le plan professionnel que personnel.
- L'alliance thérapeutique entre soignant et patient m'a rappelé que la médecine est d'abord une rencontre, et que le simple fait d'être là, présent, est déjà un soin.
- Au terme de ce stage, le médecin directeur, Dr Gert Van Esbroeck, m'a proposé une opportunité concrète d'engagement (1-2 timats) : développer un projet intégré de soins palliatifs en collaboration entre HIS et le CHU Saint-Pierre.
- Ce stage en soins palliatifs m'a également permis de faire la connaissance de Madame Sophie Perrin, ergothérapeute au sein de l'équipe. Elle poursuit actuellement un Master 2 en Santé publique à l'Université libre de Bruxelles, à finalité gestion des hôpitaux, maisons de repos (et) de soins. Elle m'a proposé d'intervenir en tant que consultant expert pour l'accompagner dans la rédaction et l'orientation scientifique de son TFE. Son mémoire, intitulé « Médecine intégrative et soins palliatifs en maison de repos : une étude des pratiques, obstacles et opportunités dans le contexte belge francophone », présente de nombreuses convergences avec mes propres réflexions et travaux sur l'intégration des approches complémentaires dans les soins.

4. Aspects négatifs

- Le manque de temps pour approfondir certains cas, souvent en raison de la charge de travail, m'a parfois frustré dans mon désir de compréhension globale. Le médecin responsable courrait d'un site à l'autre et était tout seul pour 3 sites.
- L'intégration des médecines complémentaires, bien que tolérée, reste marginale et insuffisamment structurée dans la pratique courante.

5. Recommandations

- **Favoriser des temps de supervision réflexive réguliers**, où les soignants peuvent déposer la charge émotionnelle et interroger leur pratique.
- **Structurer l'intégration d'approches complémentaires validées** (Yoga, hypnose, toucher relationnel, sophrologie) via des formations accessibles et interservices.
- **Valoriser la médecine narrative**, en invitant les soignants à écrire ou partager les récits de patients, comme outil d'humanisation et de transmission.