



HAL
open science

La douleur chez la personne âgée : accompagnement dans le réinvestissement de soi en psychomotricité

Capucine Gousseau

► **To cite this version:**

Capucine Gousseau. La douleur chez la personne âgée : accompagnement dans le réinvestissement de soi en psychomotricité. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00870026

HAL Id: dumas-00870026

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00870026>

Submitted on 4 Oct 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE BORDEAUX SEGALEN

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

La douleur chez la personne âgée

*Accompagnement dans le réinvestissement de soi en
psychomotricité*

Capucine Gousseau

Née le 01 février 1990 à Libourne

Juin 2013

UNIVERSITE BORDEAUX SEGALEN

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

La douleur chez la personne âgée

*Accompagnement dans le réinvestissement de soi en
psychomotricité*

Capucine Gousseau

Née le 01 février 1990 à Libourne

Juin 2013

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée durant ma formation,
Mes maîtres de stage qui m'ont tant appris sur la clinique et la pratique psychomotrice,
Ainsi que l'ensemble de l'équipe qui m'a accueillie lors de mon stage.
Les patients que j'ai pu suivre, dont chaque rencontre a été singulière,
Mon superviseur de mémoire pour sa patience et ses conseils,
Ainsi que l'ensemble des professionnels qui ont pu intervenir
à l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux
et dont les interventions ont nourri ma réflexion.

Je remercie également mes relecteurs patients qui ont repris mes erreurs.
Je sais que ce n'était pas une mince affaire.

Ces remerciements ne seraient pas complets sans un mot pour
Ma famille qui me soutient depuis le début de mes études,
Mes amis qui m'ont supportée lors de cette année difficile,
Et Lucas, pour son infinie gentillesse.

Sommaire

Introduction.....	1
Problématique.....	3
Hypothèse.....	5
I- LA DOULEUR.....	6
A. Généralités sur la douleur.....	7
B. Le vécu de la douleur : la souffrance.....	12
II- LA PERSONNE AGEE.....	18
A. Généralités.....	18
B. Douleur et handicap chez la personne âgée.....	24
III- SPECIFICITES DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE.....	29
A. La plainte.....	29
B. Retentissement de la douleur sur le sujet âgé.....	31
IV- CORPS ET PSYCHOMOTRICITE.....	35
A. Les corps en psychomotricité.....	35
B. Exemples d'outils thérapeutiques en psychomotricité.....	41
V- ILLUSTRATION CLINIQUE.....	50
A. Présentation de la structure.....	50
B. Utilisation de la respiration dans un réinvestissement de soi.....	54
VI- REFLEXIONS.....	68
A. Le rôle du psychomotricien.....	68
B. La place de la relation.....	73
C. Vers de nouvelles perspectives.....	75
Conclusion.....	77
Bibliographie.....	78
Table des matières.....	80
Annexe.....	83

Introduction

La douleur. Elle est à la fois une sensation, une émotion, un symptôme ou une maladie. Pour Hippocrate, elle nous alerte et nous protège, c'est le « chien de garde de notre santé ».

L'insensibilité congénitale à la douleur ou algoataraxie est, comme son nom l'indique, une pathologie où toutes les afférences nociceptives sont paralysées. C'est une maladie grave qui entraîne de nombreuses complications; en effet, notre quotidien est jonché de petites blessures (se mordre la langue, se cogner...) que la douleur nous signale. Elle est indispensable à la survie de l'homme car nous pousse à nous protéger. La douleur est alors un symptôme. Mais quand la douleur devient chronique, elle perd sa fonction d'alerte et commence à envahir le quotidien de la personne. Cette « sensation désagréable » qui initialement nous permet de vivre, devient un frein. Chez les personnes âgées vivant en institution 50 à 90% d'entre elles souffrent de douleur chronique¹ auxquelles s'ajoutent des composantes psychologiques et comportementales, ce qui complexifie la prise en soin.

Qu'elle soit physique ou morale, la douleur motive 75% des consultations médicales, toutes tranches d'âge confondues². Elle conduit à la formulation d'une demande de soin et un désir de changer, afin de faire disparaître le symptôme, la souffrance.

Par douleur j'entends ici la douleur physique consécutive à une lésion réelle ou potentielle ou perçue comme telle. C'est l'aspect sensoriel qui est ici mis en avant, la sensation de la douleur. La souffrance, elle, fait référence à la douleur morale.

La douleur chronique bouleverse dans sa globalité la vie de la personne âgée. Elle est comme une compagne que l'on n'a pas choisie et avec qui il faut vivre. Nous aurions alors deux possibilités : se résigner et s'en accommoder (une sorte de vivre avec) ou entrer dans une lutte stérile qui finit par envahir toutes les sphères de notre vie où l'on ne vit plus que par la douleur. Chez la personne âgée douloureuse vivant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), la douleur occupe une place très singulière, entre souffrance et douleur physique. Elle est envahissante et atteint la psychomotricité de la personne.

Lors d'un stage de 2^{ème} année en gériatrie psychiatrie j'ai rencontré des personnes âgées douloureuses, tant sur le plan psychique que physique. Des séances de psychomotricité étaient proposées, leur permettant de mettre en jeu leur corps, d'entrer en relation avec soi, les autres et leur environnement par le biais d'un travail de groupe. Un mieux-être a été observé : les participants libéraient davantage leurs motricités après avoir travaillé des mouvements adaptés à leurs douleurs physiques. Naturellement s'est posée la question de l'apport d'une approche psychomotrice auprès de

¹ Institut UPSA de la douleur <http://www.institut-ups-a-douleur.org>

² Ibidem

personnes douloureuses.

La douleur et la souffrance ont toujours été sources de questionnement pour moi. A mon sens, elles sont à l'origine de toute demande de soin. C'est pour soulager la souffrance engendrée par un symptôme que la personne est prête à expérimenter et à s'inscrire dans un parcours de soin.

En partant de la douleur et de ses spécificités, ma réflexion s'oriente sur le vécu de cette douleur et la notion de souffrance singulière à chaque individu. Les particularités du sujet sont donc des éléments essentiels à la compréhension de ce vécu ainsi que des mécanismes mis en jeu. Chez la personne âgée, la douleur est souvent signe d'une souffrance plus grande, liée au vieillissement et à la perte. La plainte douloureuse est alors porteuse de la douleur physique, mais également d'une souffrance psychique dont l'expression est caractéristique. En psychomotricité, nous sommes alors attentifs aux retentissements de cette douleur, notamment sur la communication, la temporalité, le quotidien et sur le corps de la personne. Par une médiation corporelle, le psychomotricien peut alors accompagner le patient dans une acceptation de sa douleur. Le corps est un outil-clé en psychomotricité, il est à la base de notre schéma corporel, de notre image du corps et de notre identité. C'est à travers lui que la psychomotricité trouve sa place dans l'approche de la douleur chronique. En prenant appui sur des fonctions corporelles fiables et stables comme la respiration et le toucher, je suis allée à la rencontre des personnes âgées vivant en EHPAD et notamment de Mme L. A partir de ce cas, une réflexion sur ma place de stagiaire et la pratique de la psychomotricité en EHPAD s'élabore.

Si nous ne pouvons pas prétendre guérir les gens, pouvons-nous les accompagner dans le soulagement de leur souffrance ?

Problématique

La psychomotricité connaît depuis quelques années un essor en gériatrie. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, les pathologies dégénératives sont de plus en plus présentes. A côté des démences qui concerneraient 5% des séniors, la douleur touche 70% des personnes de plus de 65 ans³. C'est un problème majeur dans les centres gérontologiques où la prévention de la douleur devient une priorité. Selon la loi du 4 mars 2002⁴, « **toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur** ». En dehors du cadre du cancer ou de la fin de vie, les personnes âgées souffrent de nombreuses pathologies dégénératives sources de douleurs chroniques telles que les rhumatismes ou l'arthrose. Ces douleurs, parfois moins traitées dans la littérature, sont pourtant celles qui ont motivé le plus de plaintes lors de mon stage en EHPAD.

La psychomotricité a un rôle à tenir auprès de cette population. De part son approche globale, elle prend en compte tous les aspects de la douleur et propose, à travers des médiations corporelles, une prise en soin du vécu et du ressenti de la douleur. Son but est d'aider le patient à s'adapter à celle-ci, de trouver ses moyens d'adaptation.

Associés à la douleur chronique, des troubles du tonus, de la régulation tonico-émotionnelle, du schéma corporel, de l'image du corps, de l'estime de soi sont observés et peuvent être traités en psychomotricité.

Il est important de rappeler qu'une prise en charge interdisciplinaire est primordiale dans le cas de douleurs chroniques. La psychomotricité, comme chaque discipline de l'équipe de soin, a un rôle à tenir dans la prise en charge de la douleur chez la personne âgée.

Au départ j'avais une idée du thème que je souhaitais traiter : la douleur chronique. Son impact sur l'individu, les représentations qui y étaient associées me questionnaient. Le choix de la population n'était alors pas encore établi. Ma réflexion débute avec mon stage en EHPAD. Ce fut le point de départ de cet écrit.

L'élaboration de ce mémoire s'étaye sur ma pratique, sur les difficultés relevées en EHPAD et sur la rencontre de la population avec ses particularités. Parmi les personnes que j'ai pu rencontrer, nombreuses sont celles qui se situaient dans une problématique de la perte et du deuil. Le vieillissement se caractérise par la perte selon Marion Péruchon, perte qui est souvent difficile à accepter. En effet, rares sont les personnes qui ne m'ont pas demandé de les aider à « *redevenir comme avant* », à retrouver leurs capacités perdues, à revenir à un état antérieur à la douleur. Or, il nous est impossible de « *revenir en arrière* ». Ce public n'arrive pas ou peu à se projeter dans l'avenir, à imaginer qu'ils peuvent encore évoluer, apprendre, en un mot « **vivre** ».

³ LINX Patrick, *La Revue de Gériatrie, Douleur et Personne âgée* TOME 30 - Supplément C au NO 6 – JUIN 2005

⁴ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades n°2002-303, Ar.1;1110-5.

Il a alors été difficile de concilier la demande initiale de la personne avec les différents objectifs thérapeutiques de l'institution, celle-ci se situant dans un maintien des capacités et une limitation de la perte. L'objectif en psychomotricité se pose alors sur l'acceptation du vieillissement, de l'handicap et de la douleur. Le sujet âgé douloureux se situe souvent dans un rapport complexe avec son corps, entre désinvestissement des ressentis et surinvestissement du corps biologique dépourvu d'affect. Le réinvestissement de soi, de sa vie semble alors être un but vers lequel tendre dans une prise en soin en psychomotricité, celui-ci répondant aux problématiques de la population.

Comment en psychomotricité peut-on accompagner les personnes âgées douloureuses chroniques vivant en EHPAD à accepter, à supporter, à « faire avec » leur vieillissement, leur handicap, leur douleur ?

Nous ne pouvons pas faire disparaître la douleur, elle sera toujours présente pour ces personnes, mais nous pouvons les aider à mieux accepter, à mieux gérer cette souffrance afin qu'elles puissent la dépasser et vivre de nouvelles expériences corporelles. Leur vie ne s'arrête pas à leur douleur.

L'objectif est donc de permettre à ces personnes d'accéder à un mieux-être, de leur permettre de réinvestir leur vie, leur sphère relationnelle, de se réapproprier leur psychomotricité.

Cette problématique sous-tend d'autres questions :

En quoi la douleur modifie-t-elle le fonctionnement de la personne, quels sont ses impacts ?

Quels sont les éléments qui font que chacun réagit différemment face à une blessure ?

En quoi l'avancée en âge rend le rapport à son corps et à sa douleur singulier ?

Quelles sont les perturbations possibles de la sphère psychomotrice par la douleur et le vieillissement ?

Comment la douleur complexifie-t-elle un processus de deuil lié au vieillissement ?

Quels sont les outils dont nous disposons en psychomotricité et comment répondent-ils aux problématiques de ce public ?

Quel est notre impact auprès de cette population ?

Dans ce mémoire nous allons tâcher d'apporter des éléments de réponses à ces questions.

Hypothèse

De façon empirique, j'ai expérimenté différentes approches auprès de ces personnes afin de définir avec elles la prise en soin qui convenait le mieux à leur problématique singulière. Je n'avais pas d'idée préconçue de méthode ou de médiateur, des méthodes différentes ont d'ailleurs été utilisées avec chacune des personnes que j'ai pu suivre. Même si elles sont toutes différentes, ces approches avaient toutes un point commun : elles s'appuyaient sur les capacités préservées des personnes. Plutôt que de se baser sur ce qui ne fonctionne pas dans une visée de rééducation ou de compensation, sur ce qui fait souffrance, la prise en soin a pris exclusivement appui sur les fonctions biologiques et cognitives à travers des médiations corporelles.

Le sujet âgé douloureux a un rapport singulier à son corps, nous l'avons dit. Il semble être souvent peu attentif à celui-ci, à ses éprouvés affectifs et somatiques, à ce qui « tient encore » chez lui. Seul ce qui fait souffrance serait investi. Or ses autres fonctions, qui sont alors sous-investies, sont essentielles. En s'appuyant sur elles, le sujet prend conscience de sa continuité, de la permanence de son corps et de son identité. Confronté à des maladies graves, il risque de perdre ce que l'on appelle le *sentiment de continuité d'existence* défini par Winnicott. Il semble alors perdre la notion d'avenir, jusqu'à, dans son discours, le réduire à la mort.

Les détériorations du corps par le vieillissement ou la douleur menace ce sentiment de continuité. Parfois la douleur envahit la personne, l'individu dans son être. Pour cela, nous pouvons les accompagner vers une nouvelle perception d'eux-mêmes : ils ne sont pas que souffrance, l'affirmation « je souffre donc je suis »⁵ ne suffit pas à définir le vivant.

Permettre au sujet de réinvestir ses fonctions semble alors essentiel en psychomotricité. La respiration et le toucher sont deux exemples de médiations corporelles qui mettent en avant cette continuité. Elles se maintiennent jusqu'à la mort, « jusqu'au dernier souffle ».

Nous formulons alors l'hypothèse que :

En s'appuyant sur des fonctions biologiques stables et fiables, la psychomotricité propose d'accompagner la personne dans un réinvestissement corporel. Celui-ci lui permettrait de percevoir son corps comme source de mieux-être, de plaisir et comme lieu de nouveaux apprentissages et d'évolution. A partir de ce point, la personne pourrait donc accepter, supporter et « faire avec » son vieillissement, son handicap et sa douleur.

⁵ Anzieu D., *Le moi-peau*, chapitre 16 l'enveloppe de souffrance éd Dunod 1995 pp 227- 236

I- LA DOULEUR

Une question de santé publique? Évolution du concept de douleur au cours des époques

La prise en charge de la douleur évolue avec les avancées médicales et les conceptions du corps au cours des époques d'après le Dr Fabrice Lorin⁶.

Durant l'antiquité, le corps est pensé à travers une recherche d'équilibre. Le corps est mis en avant, il faut y faire attention.

Au Vème siècle avant J.-C., la douleur est envisagée comme le **signe d'un déséquilibre** par le père de la médecine, Hippocrate de Cos, qui la considère comme « le chien de garde de notre santé ».

Galien de Pergame pense que la douleur est la rupture d'une continuité. Il la définit comme une **sensation** quand Aristote l'envisage comme une **émotion**, il sera le premier à chercher à la **soulager** (pharmacologie, chirurgie). Ces deux auteurs posent les bases de la conception actuelle de la douleur (une expérience sensorielle et émotionnelle).

Entre les IV et Vème siècles, Saint Augustin définit la douleur comme le signe d'un **châtiment** divin ou la **garantie** d'une vie meilleure dans l'au-delà « nul ne souffre inutilement ». La dimension de « salaire » (rachat de ses fautes) et de « salut » développée par B. Vergely dans *La souffrance* apparaît. La douleur est tue.

À la Renaissance, les démarches scientifiques se démocratisent. C'est le siècle des découvertes. En médecine Ambroise Paré développe l'anatomie et met en exergue l'importance du chirurgien dans « **l'apaisement** de la douleur ».

Pour Montaigne la douleur s'associe à « un souverain mal » qui représente la mort, la douleur éveille notre **peur de la mort**. Avec les Essais, il amorce un processus de deuil (à la mémoire d'Etienne) et introduit la notion de **douleur morale**.

Au XVIIème et XVIIIème siècles l'intérêt se porte sur la spiritualité et non sur le corps et pour Descartes « la douleur est une **perception** de l'âme » qui correspond à « une convergence de toutes les sensations ». Il faut pouvoir penser que l'on souffre pour ressentir la souffrance. De son côté Spinoza, met en avant la connaissance des mécanismes (douloureux) pour ne plus les subir et agir dessus. Le corps devient un objet de savoir et de maîtrise.

⁶ Dr Lorin Fabrice, psychiatre des hôpitaux au centre d'évaluation et de traitement de la douleur de l'hôpital Saint Eloi, CHU de Montpellier « *Histoire de la douleur : de l'Antiquité à nos jours* » 2010

Au siècle des lumières Locke exploite la sensorialité associée à la réflexion comme source de savoir. C'est un retour de la clinique. La douleur est alors perçue comme un moyen d'alerte qui nous protège.

Au XIXème siècle, c'est aux États-Unis que le traitement de la douleur prend un nouvel essor, l'utilisation **d'analgésiques** est mise en évidence par un dentiste de Boston avec un gaz hilarant. La douleur empêcherait le personne de faire autres choses et serait donc **néfaste**, il faut alors lutter contre elle.

Après la seconde Guerre Mondiale, le Dr John Bonica crée le premier centre antidouleur en 1961. Il met en exergue l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire avec différents corps de médecine. En France le Dr Yves Gestin fonde un centre à Montpellier en cancérologie en 1977.

Dans les années 60 l'antalgie devient un droit et les moyens de luttés se développent considérablement (pharmacologie, chirurgie...). De nouvelles douleurs apparaissent également, liées à certains traitements (chimiothérapie...)

« Les grecs pensaient l'Homme humoral, plus tard il sera électrique, chimique, inconscient, et actuellement génétique. La douleur suit le même chemin » Dr Fabien Lorin.

A. Généralités sur la douleur

a) Définition

Selon l'IASP (International Association for the Study of Pain) la douleur est « une **expérience** sensorielle et émotionnelle **désagréable** en réponse à une atteinte tissulaire **réelle** ou **potentielle** ou décrite en ces termes. »

Cette définition prend en compte tous les aspects de la personne et met en exergue l'importance du vécu de la personne et sa **subjectivité**. Le phénomène douloureux dépend fortement de la personnalité du sujet, de ses représentations, de son expérience, de sa culture et des affects qu'il y associe. Elle a un impact sur le plan somatique, psychoaffectif et relationnel.

La douleur peut être envisagée selon différents angles : à travers les mécanismes physiologiques, la subjectivité de la personne et les réactions comportementales. Différents courants expliquent les mécanismes complexes de la douleur et de sa chronicisation tels que le modèle cognitivo-comportemental, la psychanalyse, la médecine psychosomatique, le modèle biomédical...

La douleur peut être analysée comme une **stimulation**, elle entraînerait alors différents types de réponse de l'organisme (comportement, cognition, réactions physiologiques ou psychologiques).

Elle suivrait alors les différentes étapes d'intégration que sont la sensation, la perception et la représentation. Les **conséquences** ne se limitent pas qu'à la personne, elle influence ses **relations** et son entourage. La douleur envahit tous les aspects de sa vie.

Dans la définition de l'OMS, les douleurs dites morales et la **souffrance** sans composantes corporelles ne sont pas traitées. Ce sont des douleurs psychiques (exemple de l'état dépressif), souvent sous-estimées, leur impact et leur intensité ne sont pas toujours évaluées ou reconnues.

Ce n'est pas tant ce que nous, professionnels, nous pensons de la maladie (étiologie, signification...) qui est important mais ce que la personne attache à son symptôme, le sens qu'elle y accorde et parfois les bénéfices qu'elle y associe et qui entravent le travail thérapeutique.

Il est important de replacer la douleur dans son contexte. Elle est avant tout subjective.

b) Les mécanismes de la douleur chronique

La douleur s'exprime à différents niveaux. A travers des mécanismes biologiques, psychiques ou cognitivo-comportementaux, son expression est complexe.

L'aspect physiologique

La douleur résulte d'une **lésion**. Des capteurs appelés « nocicepteurs » enregistrent le signal douloureux qui se déclenche lors de celle-ci, son but est de limiter les risques de lésions qui viendraient se surajouter à la blessure initiale. Ainsi elle pousse à nous protéger.

Lors d'une lésion tissulaire ou d'une potentielle lésion (pouvant dépendre de facteurs exogènes comme une brûlure ou endogène comme une inflammation), une réaction inflammatoire se produit, libérant des substances algogènes. Celles-ci activent des capteurs appelés nocicepteurs. Ces capteurs sont répartis dans tout le corps (os, articulations, vaisseaux, méninges, peau, sauf dans le cerveau). Certains sont superficiels, signalant les douleurs aiguës d'origine thermique ou mécanique, ou sensibles aux douleurs « sourdes », plus diffuses. D'autres sont plus profonds, au niveau des viscères, la localisation est imprécise et la transmission de l'information nociceptive est lente.

Cette information chemine jusqu'à la moelle épinière puis arrive au **thalamus** pour finir sa course dans le **cortex somesthésique** qui traite l'aspect sensoriel de la douleur. **L'amygdale** et le **cortex cingulaire antérieur**, responsables respectivement de la peur et des émotions, sont ensuite stimulés lors de douleur chronique, entraînant une **hypersensibilité affective**, ainsi que d'autres parties du système limbique, responsable de l'aspect émotionnel de la douleur et sa mémorisation.⁷ Voir annexe 1.

⁷ Mme Lambrecq V. cours de physiologie 1ère année *Somesthésie et douleur* à l'IFP de Bordeaux 2010-2011

L'aspect psychologique

Selon J.-D. Nasio, la douleur peut exister dans l'éprouvé seul et la plainte qui exprime cet éprouvé (exemple des douleurs psychogènes qui ne résultent pas d'une lésion tissulaire, mais dépendent d'un éprouvé corporel). *Il n'y a pas de différence entre l'émotion douloureuse d'origine physique ou psychologique.* Cette émotion résulte d'un « processus de formation de la douleur » qui s'établit selon Nasio en plusieurs étapes.

- La **rupture** tissulaire est la première étape du processus douloureux. Elle est à la fois physique et psychique. Pour le MOI, cette lésion est perçue comme étant externe à lui selon Nasio, comme toutes sensations corporelles. Il y aurait un MOI sentant et un corps source de sensation.
- Suite à cette blessure, le MOI crée une **image mentale** de la lésion, une représentation de la zone douloureuse physique. C'est cette représentation qui est investie par le MOI, qui cherche à panser cette plaie.
- A cette étape, la douleur est localisée dans la plaie physique qui peut être dissociée du reste du corps, comme un élément extérieur qui vient envahir la personne. Or, pour Nasio, la douleur ne serait pas localisée dans le somatique mais à l'intérieur même du MOI qui ressent la douleur. La douleur est alors **réelle** (somatique), **symbolique** (représentation mentale de la plaie) et **imaginaire** (associant la douleur à un élément extérieur).
- Parfois, la stimulation douloureuse est suffisamment forte pour être à l'origine d'un traumatisme interne, perturbant l'homéostasie psychique et débordant les défenses du MOI. C'est la phase dite de **commotion**. Il y aurait alors un bouleversement somato-pulsionnel et un débordement d'excitation à l'origine d'une douleur dite interne. Le principe de plaisir est alors aboli. Avant le patient avait mal, maintenant il est douloureux. Le MOI prend alors conscience de cette commotion interne et crée **l'émotion douloureuse**.
- Le MOI réagit alors à ce débordement. C'est la phase du **réagir**. Il investit la représentation et y décharge toute son énergie pulsionnelle.
- Il souffre alors d'un nouveau mal, celui qui résulte de son opposition à l'agression. En effet, le MOI n'investit plus que la représentation de la douleur au détriment des autres « représentations structurantes du MOI ».

Pour conclure J.-D. Nasio dit : « *Il n'y a pas de douleur corporelle sans représentation*⁸ »,

⁸ Nasio J.-D. *La Douleur physique*, petite bibliothèque payot Paris 2006, 167p, citation p52.

L'aspect cognitif et comportemental

Selon les théories cognitivo-comportementales, plusieurs mécanismes entrent en jeu dans ce phénomène :

Comme toute perception, la douleur est « *une expérience subjective suivie et précédée de modification de l'environnement* »⁹ et peut donc être envisagée comme un comportement. Ce comportement peut répondre à différentes lois d'apprentissage :

- * **L'apprentissage répondant** qui consiste à dire qu'un stimulus initialement neutre, s'il est associé pendant un temps à un stimulus dit inconditionnel, peut provoquer seul la même réponse que le stimulus inconditionnel. Ce principe découle des travaux de **Ivan Pavlov** au début du XXe siècle et du **conditionnement de type I**. Ce phénomène se retrouve notamment dans les cas de douleur post traumatique. Par exemple une personne peut refuser une activité, même adaptée à ses douleurs, car elle l'associe à une expérience douloureuse.
- * **L'apprentissage opérant** qui consiste à modifier la fréquence de survenue d'un comportement en fonction de la réponse ou conséquence à ce comportement. Il est également appelé **conditionnement de type II**, et fut développé par **Skinner** au milieu du XXe siècle. Quatre types de situation sont observables :
 - Le renforcement positif quand la personne douloureuse trouve des conséquences positives à sa douleur, ceci augmentant la survenue du comportement douloureux. « *Les choses bonnes arrivent quand j'ai mal et n'arriveraient pas autrement* », Fordyce. Exemple : vignette clinique
 - Le renforcement négatif quand des conséquences négatives disparaissent, ce qui augmente la survenue du comportement douloureux (comme faire des corvées), pris en charge par l'environnement. « *Quand j'ai mal, les mauvaises choses n'arrivent pas alors qu'elles arriveraient autrement* ».
 - La punition positive quand une personne ne réalise plus des activités antérieures, suite à une conséquence liées à la douleur. « *Quand je fais cette action j'ai mal, donc je ne la fais plus* ». Cela renforce l'absence d'activité.
 - La punition négative quand avec la reprise d'activité, la personne a des conséquences négatives. « *Quand je fais cette action, je perds des bonnes choses que j'avais quand j'avais mal* ». Ce phénomène est caractérisé par les aides sociales accordées en compensation de la situation de handicap et qui sont supprimées lorsque la situation de la personne s'améliore.

⁹ Monestès, J.L. et Serra, E. *Modèles cognitifs et comportementaux dans la compréhension du phénomène de douleur chronique* www.lemagazineact.fr 15/11/2012

- * **La kinésiophobie** résulte de ces phénomènes lorsque la personne évite des activités, des actions par anticipation négative de la douleur. Ce cas se retrouve chez plusieurs patients, nous retrouvons des phénomènes **d'évitement** et de **généralisation** à toutes les activités et une hypervigilance. Ce comportement peut avoir des effets aggravants de la douleur liée au manque d'activité (comme une fonte musculaire qui rend les mouvements plus difficiles et douloureux), ce qui conduit un feed back négatif de l'activité.
- * **L'apprentissage social** a pour postulat que l'expérience même **virtuelle** suffit pour obtenir une réponse conditionnée. C'est le même principe que pour les neurones miroirs, en voyant une personne avoir mal lors de la réalisation d'une activité, le sujet l'évitera par anticipation de la douleur, même s'il ne l'a pas expérimentée.
- * Le **modèle cognitiviste** se base sur des variables intrinsèques avec les notions de schéma. La perception et le sens que met la personne sur sa douleur influencent cette dernière. Ainsi nous pouvons observer des distorsions cognitives comme le **catastrophisme** (discours négatif sur l'évolution de la maladie), la **surgénéralisation** (généraliser la douleur parfois ponctuelle à l'ensemble des activités), la **pensée dichotomique** (la pensée du tout ou rien), l'inférence arbitraire (faire des conclusions erronées sans preuve) ou la **pensée négative** (ne percevoir que les éléments négatifs). Ce modèle cognitiviste apporte une explication à certains comportements qui entretiennent la douleur qui risque alors de devenir chronique.

Tous ces mécanismes de la douleur correspondent à l'intégration de l'information nociceptive et aux réactions du sujet. Ils viennent moduler le vécu que nous en avons, qui est à la base de la singularité du ressenti douloureux.

B. Le vécu de la douleur : la souffrance

Le vécu de la douleur dépend de notre propre **subjectivité**. La définition de l'IASP met en avant cette subjectivité et le rapport singulier que chacun entretient avec sa douleur. Ainsi, nous avons tous des façons spécifiques d'y réagir. Pour un vécu donné, nous avons une **souffrance** spécifique à chacun, la souffrance étant ici l'impact de la douleur physique sur notre psychisme et nos affects.

Ce vécu de la douleur dépend de différents facteurs comme notre appartenance ethnique, nos expériences personnelles, mais aussi nos particularités métaboliques et notre sensibilité. Nous allons développer ces différents points.

a) La mémoire de la douleur

Nous aurions une mémoire de la douleur qui se réactiverait à chaque nouvelle expérience algique. Elle serait responsable de phénomènes **d'anticipation de la douleur** et majorerait le vécu de celle-ci.

Selon Nasio, la lésion somatique provoquerait un débordement pulsionnel du MOI, ainsi qu'une commotion interne, celle-ci résultant d'un **traumatisme** qui peut également être lié à un événement purement psychologique comme un décès¹⁰ (voir I. A. b)). Elle serait à l'origine d'une image gravée dans une **mémoire inconsciente** qui ne serait pas accessible à la conscience. Cette image peut alors ressurgir de manière inattendue, sous forme de nouvelle douleur (douleur psychogène), de lésion corporelle d'ordre psychosomatique, d'un sentiment d'échec ou de culpabilité. Elle peut également modifier le **ressenti** d'une nouvelle douleur d'origine lésionnelle. La sensation algique actuelle peut donc être d'origine externe (lésion) ou interne (liée à la réactivation de la mémoire de la douleur) et être à l'origine de douleur dite inconsciente.

Dans ce souvenir de la douleur inconsciente, s'associent des éléments du contexte et des affects liés à la lésion algique. Les neurones dits « *du souvenir* » qui détiennent ce souvenir inconscient seraient facilement excitables et se réactiveraient en présence d'un élément associé à la douleur initiale. Cette théorie rejoint les comportementalistes et leur concept d'**apprentissage répondant** (I. A. b)). Ce mécanisme est inconscient, l'émergence du souvenir n'est pas implicite et peut se manifester sous diverses formes.

Dans l'ouvrage *La Douleur physique*, l'auteur généralise sa théorie à toutes nos douleurs qui ne seraient que des conséquences d'une **douleur originelle**. Elle serait à l'origine de « *la qualité spécifique d'affect pénible* » que nous éprouvons en situation algique et donnerait son côté unique et

¹⁰ Nasio J.-D. *La Douleur physique*, petite bibliothèque payot Paris 2006, 167p

individuel à nos douleurs « *La résurgence vivante du passé douloureux fait mienne la douleur de l'instant [...] Une douleur est humaine parce qu'elle est mémoire inconsciente* » Nasio¹¹.

Mais généralisons plus encore, selon Freud, l'émotion est toujours empreinte de la **réminiscence d'une émotion passée**. Toutes les émotions, affects, ressentis seraient alors dépendants de **vécu archaïque**.

b) Le contexte culturel

« Des facteurs culturels liés à **l'identité ethnique** tels que la religion, l'éducation et les interactions sociales confèreraient une signification spécifique à la douleur »¹². Ces facteurs culturels agiraient non seulement sur l'expression de la douleur et son ressenti, mais sur la transmission du signal nociceptif. Ainsi les européens auraient un système inhibiteur de la douleur plus performant que des afro-américains¹³.

A l'intérieur même du système familial des normes influencent notre vécu. Selon que la **norme** soit de montrer ses émotions ou de les garder pour soi, que la douleur soit perçue comme une marque de faiblesse ou de force, nous ne percevons pas la douleur de la même manière.

c) Les représentations

Nos représentations influencent le vécu de la douleur. En effet il a été démontré que les personnes qui pensaient pouvoir guérir de leur douleur, pouvaient reprendre leur vie professionnelle plus rapidement. « *La représentation que l'on se fait de l'avenir influe notablement sur la façon dont la douleur perturbe son mode de vie* »¹⁴. À blessure égale, un soldat aura un ressenti moins important de la douleur qu'un civil car il l'associe à une survie, à son devoir. Le civil lui associera davantage la perte et un sentiment d'injustice à sa douleur (accident, imprévu, perte de la qualité de vie...) selon Henry Beecher de l'université Harvard en 1956¹⁵.

Dans son ouvrage *La souffrance*, le philosophe Bernard Vergely¹⁶ nous décrit les différentes façons de penser la souffrance et la douleur en fonction du sens que l'on lui accorde.

¹¹ Nasio J.-D. *La Douleur physique*, petite bibliothèque payot Paris 2006, 167p, citation p 39

¹² Wickelgren Ingrid, Howard Fields *La douleur chronique ; Cerveau & Psycho* n° 44 mars-avril 2011, pp 48-79

¹³ Fillingim R "L'environnement et les interactions". Étude de 2008

¹⁴ Wickelgren Ingrid, Howard Fields *La douleur chronique ; Cerveau & Psycho* n° 44 mars-avril 2011, pp 48-79

¹⁵ Ibidem

¹⁶ Vergely B., *La souffrance*, pp1-47 Quand la pensée s'interroge, les trois temps du sens de la souffrance, éd folio essais 2011

Ainsi il définit la souffrance comme un **mal du corps**, de **l'âme** et de la **vie** qui sont marqués par des **bouleversements internes** ou **externes**. Pour la décrire, il met en avant un lien entre vie, mort, souffrance et plaisir. Pour lui il n'y a pas de **plaisir** sans une souffrance préalable ; comme pour l'enfant chez qui le plaisir naît de l'attente et de la frustration qui une fois satisfait laisse place à la satisfaction et au bien-être. Et parallèlement, la **recherche de plaisir** se fait dans la **souffrance**. Cette idée semble relativement répandue chez les personnes âgées qui disent souvent qu'elles doivent avoir mal pour progresser en rééducation et retrouver un certain nombre de leurs capacités. A cela l'auteur rajoute que pour prendre conscience de son bonheur, il nous faut le **comparer** à la souffrance et à la douleur.

Les différents sens donnés à la souffrance

* La souffrance comme **signe**

La douleur physique est ici perçue comme un signe d'alerte (comme pour Hippocrate). Elle permet de nous prévenir de la mort et donne sens au plaisir en lui étant complémentaire.

* La souffrance comme **savoir**

Certains pensent que nous apprenons des épreuves qui jonchent notre vie. Cette idée se résume dans l'expression populaire « *ce qui ne nous tue pas nous rend plus fort* ». Si nous nous basons sur ce postulat, aucun apprentissage ne se fait sans souffrance, les leçons apprises dans la souffrance seraient-elles mieux intégrées ? Il y a effectivement un lien entre la mémoire et les affects, nous savons que les informations sont encodées plus facilement lorsqu'elles sont associées à un affect fort. Mais est-ce nécessaire que cela soit dans la douleur ?

* La souffrance comme **salut**

Cette conception découle directement de la culture judéo-chrétienne avec une notion de **rachat** de ses **fautes** qu'il faut purger dans la souffrance. La base est le sentiment de **culpabilité** que la personne éprouve et qui la pousse au travers de la punition à se racheter.

* La souffrance comme **salair**

Ce postulat peut être appliqué dans une situation toute autre où toute souffrance mériterait d'être **récompensée**. Quand une personne fait preuve d'altruisme et endure de la souffrance pour autrui, il attend en général une récompense, comme les blessés de guerre pour qui la société a une « dette ». Ici la douleur est valorisée.

*Ces différentes interprétations de la douleur permettent de mieux la gérer et de **supporter** l'attente d'un mieux être à venir.*

Les représentations chez le sujet âgé

Mais qu'en est-il pour les personnes qui n'associent pas ce genre de finalité à leur douleur et qui la perçoivent, comme certaines de personnes âgées, comme une **fatalité** ? Les personnes âgées rencontrées en EHPAD n'associent pas ce genre de représentation à leur douleur. Leur souffrance semble envisagée comme le signe de leur **mort**. Ces personnes se perçoivent comme étant à la fin de leur vie, les expériences qu'elles pourraient retirer de leur douleur ne leur semble d'aucun secours.

Elles seraient le plus souvent dans une représentation de leur douleur comme un **salut** qui leur permettrait « d'accepter » en partie leur souffrance ou dans celle du **salair**, où la plainte deviendrait alors une **revendication**.

d) Le contexte émotionnel

La perception de la douleur dépend de **l'état affectif** du patient. C'est le principe de l'effet **placebo** et nocebo. Ce phénomène serait directement en lien avec le circuit de contrôle de la douleur. « *L'humeur change l'intensité perçue de la douleur* »¹⁷. Ainsi, certaines émotions peuvent accroître ou diminuer le vécu de la douleur.

L'anticipation de la douleur ou d'une récompense module le **seuil de tolérance** à la douleur. Ainsi, la promesse d'un plaisir a un **effet analgésique**. On ne ressent pas de douleur lorsque nous avons en même temps du plaisir. Par la libération d'opiacé, le circuit de récompense s'active et stoppe le signal nociceptif. Le stress peut avoir ces mêmes effets, dans une situation perçue comme dangereuse, par libération d'endorphine. Avant l'utilisation d'antalgique, les médecins profitaient de l'état de stress post traumatique pour opérer les blessés, ainsi ils ressentaient moins la douleur. Mais lorsque cet état de **stress** perdure, il amplifie le vécu de la douleur.

11% des personnes douloureuses chroniques souffrent de dépression contre 5% dans la population générale¹⁸. La dépression favoriserait le circuit neuronal de la douleur et les réactions de catastrophisme, responsables d'une augmentation de la douleur perçue (se répéter qu'une douleur est insupportable nous rend plus sensibles à la douleur).

¹⁷ Wickelgren Ingrid, Howard Fields *La douleur chronique ; Cerveau & Psycho* n° 44 mars-avril 2011, pp 48-79

¹⁸ Ibidem

e) L'individu en lui-même

Certaines douleurs chroniques trouvent une origine **génétique**. La génétique influence directement le vécu de la douleur et pourraient expliquer jusqu'à 11% des variations de **sensibilité** entre les individus¹⁹. De plus la structure de personnalité influence également ce vécu douloureux.

Dans le **courant transactionnel** de la psychologie, les comportements de l'individu sont pensés à travers un modèle dynamique. Lorsqu'un événement de vie survient (ici la survenue d'une douleur), l'individu **évalue** le niveau de stress perçu (le déséquilibre bio-psycho-social) que provoque l'événement, le niveau de contrôle perçu (l'action que le sujet pense avoir sur la situation) et les ressources dont il pense disposer. Pour se protéger de la douleur, l'individu fait appel à ses ressources internes (personnelles) et externes (en terme de réseau ou de soutien social affectif, de l'estime, informatif ou matériel) qu'il a intégrées au cours de sa vie²⁰. Cette **évaluation** dépend de l'histoire de la personne, de ses représentations, de sa personnalité, de ses émotions. Suite à cet « état des lieux » de la situation, l'individu met en place des stratégies de « **coping** » qui peuvent être centrées sur le problème (la situation) ou sur l'émotion (l'impact). Dans le cas de douleur chronique, nous pouvons alors observer des réactions de replis (physique et social), d'évitement comme la **kinésiophobie** ou l'investissement de nouvelles activités (II. B. b)). Cependant, ce modèle a ses limites. Il ne prend pas suffisamment compte de l'environnement ou de la subjectivité du patient et se centre sur les mécanismes mis en place par la personne²¹.

¹⁹ Wickelgren Ingrid, Howard Fields *La douleur chronique ; Cerveau & Psycho* n° 44 mars-avril 2011, pp 48-79

²⁰ M. Quintard, cours de psychologie, médecine 1ère année à Bordeaux Segalen 2009-2010

²¹ Mme Barrault, cours de psychologie 3^{ème} année de psychomotricité à l'IFP de Bordeaux 20012-2013

Notre seuil de douleur personnel est stable, mais très différent de celui des autres. Comme nous l'avons vu, il dépend de plusieurs facteurs. La façon de réagir à une douleur est propre à chacun. Nous sommes des êtres singuliers qui ne répondent pas uniquement à des stimuli ou à des critères socioculturels. Les différentes études réalisées sur le traitement de l'information nociceptive mettent en avant des tendances, des façons privilégiées de réagir face à la douleur, mais elles ne peuvent pas prédire la réaction d'un individu isolé. Au delà du clivage objectif-subjectif, le vécu de la douleur est à l'instar de l'individu complexe, multimodal et singulier. La spécificité de l'individu est donc essentielle pour comprendre le vécu spécifique d'une personne douloureuse.

II- LA PERSONNE AGEE

Dans notre société actuelle, l'image prend une place de plus en plus importante. Le corps, base de notre identité, doit alors refléter notre force, notre vitalité et dans un certain sens notre jeunesse. Le corps en vieillissement est alors associé à la perte : perte de nos capacités physiques et cognitives, de notre avenir et de nos possibilités de progrès. Il est également en lien avec l'image que nous avons de la mort, nous renvoyant à notre propre fin par le biais de mécanismes identificatoires. Mais la personne âgée ne se réduit pas à la vision qu'en a la société. Au delà des stéréotypes et des idées préconçues, quelles sont les particularités du sujet âgé ?

A. Généralités

a) Qu'est-ce que le vieillissement ?

Nous vieillissons **toute notre vie**. Souvent associée aux personnes de plus de 75 ans, cette notion s'applique pourtant à tous. C'est un processus **physiologique** inscrit dans le temps qui nous pousse à nous **adapter**²². Nous évoluons, nous grandissons, nous mettons en place de nouvelles stratégies à partir de nos expériences, de notre histoire. Cependant, beaucoup de personnes associent le vieillissement à des « *modifications fonctionnelles diminuant progressivement l'aptitude d'un objet, d'une information ou d'un organisme à assurer ses fonctions.* »²³. Le vieillissement est alors rattaché à une **perte** d'équilibre et à la **mort**.

²² Mme Ponton G., cours de psychomotricité 3^{ème} année à l'IFP de Bordeaux 2012-2013

²³ Site Wikipédia, <http://fr.wikipedia.org/wiki/Vieillissement>, le 09/12/2012

b) Particularités de la personne âgée

Comme chaque individu, le sujet âgé est singulier, il a ses propres particularités. Cependant, en dehors des spécificités de chacun, il existe des points communs aux personnes âgées.

Le plan physiologique

Le vieillissement concerne **l'ensemble de l'organisme**, les organes sont également atteints par ce phénomène. Ainsi nos divers organes sont moins performants : les reins, le foie, les muscles, le cœur, les vaisseaux sanguins, les organes des sens.... C'est un phénomène normal qui s'explique par l'usure des tissus au cours du temps. Il est important de tenir compte de ses modifications qui influencent la prise en soin médicamenteuse et non médicamenteuse.

* Dégénérescence neuronale normale :

Nous commençons à perdre des neurones dès la vie fœtale et nous continuons d'en perdre tout au long de notre vie. Il faut savoir qu'une fois adultes, nous n'utilisons que 10% de notre cerveau, les cellules non utilisées, gourmandes en énergie sont détruites par **apoptose**. C'est un phénomène normal qui s'associe à une **spécialisation** des voies neuronales et qui concerne les neurones utilisés. Le nombre de connexions entre ces neurones restants croît, ce qui permet l'évolution de notre cerveau et de nos **apprentissages**. Il est donc physiologique de perdre des neurones avec l'avancée en âge. Lors des maladies neurodégénératives (Parkinson ou Alzheimer), des neurones sains, utiles au fonctionnement de notre cerveau sont détruits ce qui est pathologique.

* Sensoriel :

- Au niveau **visuel**, des modifications de la perception de couleurs, liées à la diminution des cellules de la macula et à l'opacification du cristallin sont observées, ainsi qu'une diminution du contraste également lié à l'opacification du cristallin. Le sujet âgé est plus sensible à la lumière, il a besoin de plus de temps pour s'habituer au changement d'éclairage dû à la rétraction de la pupille. La personne âgée ne perçoit plus la profondeur du champ visuel car son cristallin se durcit. Pour percevoir nettement un objet à 60 ans, il faut le placer au minimum à 84 cm²⁴. Globalement **l'acuité diminue**, et ce malgré le port de lunettes, les mouvements sont difficilement perçus, le champ visuel se réduit.

- L'**audition** se détériore lors du vieillissement. Cette détérioration est normale et pathologique car souvent aggravée par des traumatismes sonores (exposition à des bruits environnant forts).

²⁴ Aubert Eric et Albaret Jean-Michel *Vieillesse et psychomotricité*, collection psychomotricité, 2001, chapitre 1 : l'aspect psychomoteurs du vieillissement normal p15 à p43

Ces problèmes auditifs sont notables lors des hautes fréquences (sons aigus) entraînant des gênes pour la **compréhension** d'un discours. Le sujet âgé devra mobiliser **plus d'attention** pour suivre une conversation, l'échange sera d'autant plus difficile.

- Les **informations tactiles** diminuent avec l'âge au niveau quantitatif et qualitatif, phénomène dû à la modification des caractéristiques physiques de la peau et de ses composants.

- La **proprioception**, le **système vestibulaire** et le **gout** subissent les mêmes effets, entraînant des troubles de l'équilibre.

Le plan cognitif

Notre cerveau connaît ce que nous appelons une **plasticité**, c'est-à-dire une capacité d'évolution, de réarrangement de nos circuits neuronaux. Cette capacité est présente toute notre vie. Elle est à la source des apprentissages, des adaptations et des rééducations suite à un traumatisme crânien ou à un Accident Vasculaire Cérébral. Cependant, même si nous conservons l'ensemble de nos fonctions cognitives, nos capacités diminuent avec l'âge (phénomène pouvant être mis en lien avec la diminution neuronale normale). Il existe avec l'âge une augmentation du temps de réaction et une diminution du traitement de l'information. L'individu connaît un **ralentissement psychomoteur** global, avec une idéation et des gestes ralentis. L'une des premières atteintes concerne le raisonnement²⁵ alors que les capacités langagières perdurent plus longtemps.

Des troubles **mnésiques** plus ou moins importants sont fréquents, marqués par le manque du mot. L'encodage et le décodage (le stockage et la récupération) sont moins efficaces. L'encodage est plus superficiel, le cerveau stocke plus facilement les **informations générales** et délaisse les détails. L'utilisation des stratégies cognitives et psychiques sont **moins flexibles** (avec l'âge nous avons tendance à faire appel aux mêmes mécanismes psychologiques et intellectuels). Généralement, la mémoire rétrospective, la mémoire sémantique et la mémoire procédurale demeurent la majorité du temps intactes.

"L'attention est la prise de possession par l'esprit, sous une forme claire et vive, d'un objet ou d'une suite de pensées parmi plusieurs qui semblent possibles" pour William James. Cette capacité cognitive diminue comme les autres **fonctions supérieures** avec l'avancée en âge. Elle dépend notamment de l'alternance des niveaux de **vigilance**, de **l'attention sélective** ainsi que du niveau de **concentration**, capacité qui diminue lors du vieillissement.

²⁵ République française, centre d'analyse stratégique *le vieillissement cognitif*, Paris 8 juin 2008

Pour conclure, **toutes les personnes âgées ne présentent pas des troubles cognitifs**. Elles ont parfois l'impression de « *perdre en mémoire* » car la récupération est plus lente et les informations ne sont pas toujours encodées faute d'attention, mais leurs compétences mnésiques sont intactes. **L'idée** de souffrir de troubles cognitifs est très **anxiogène** pour la personne âgée²⁶. C'est la principale crainte que j'ai pu relever lors de mon stage en EHPAD. Plus que de la dégénérescence physique, elles ont peur de la démence. Il m'a alors été difficile de leur expliquer que l'apparition de troubles cognitifs ou de démence n'est pas systématiquement associée à l'avancée en âge et que la prévalence est juste plus importante en institution. Les personnes souffrant de démence ou d'autres maladies dégénératives deviennent peu à peu dépendantes, ce qui motive souvent un placement en EHPAD. La prévalence de ces maladies est donc accrue en institution par rapport à la population générale (56% en EHPAD contre 5% dans la population générale).

Le plan psychologique

Selon Marion Péruchon²⁷, le vieillissement est marqué de nombreuses **pertes** (II. B. a)) avec la perte du statut professionnel, des êtres chers qui décèdent, mais aussi perte des capacités physiques et cognitives précitées. Il est un **traumatisme** pour la personne qui ne peut pas se la représenter.

Le traumatisme déborde le MOI qui ne peut pas mentaliser les expériences. De plus, la personne âgée connaît une **diminution** de l'activité de **représentation** consécutive à la diminution de ses capacités **d'imagination** et à la présence de **faible narcissique** (en lien avec les pertes). Face à la diminution des capacités de représentation, la personne âgée se base sur la réalité concrète extérieure pour donner sens à ses éprouvés, à ses sensations. Pour Sorlin Pierre²⁸, notre pensée est à mi-chemin entre réalité et fantasme. La perte de l'une de ces fonctions entraîne alors le surinvestissement de l'autre.

Le sujet âgé est dans un appauvrissement général de son appareil psychique, y compris de l'inconscient et du ÇA. Cela entraîne une **diminution de l'énergie pulsionnelle libidinale**. Les tensions internes sont moins importantes (ce cas ne s'applique pas aux personnes atteintes de démences ou de troubles du comportement). Ces modifications psychiques sont responsables d'un effondrement narcissique et une perte de l'estime de soi qui nécessitent un **réaménagement psychique**.

²⁶ Comment distinguer le vieillissement "normal", le trouble cognitif léger et la maladie d'Alzheimer?

<http://www.lesca.ca/fr>

²⁷ Péruchon Marion, *Identité et vieillesse. Point de vue métapsychologique* Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement. Volume 2, Numéro 2, 125-31, Juin 2004, Synthèse

²⁸ M. Bernard, cours de psychomotricité 3^{ème} année à l'IFP de Bordeaux 2012-2013

L'énergie libidinale qui était investie sur l'objet perdu (une personne, un statut social, une capacité physique...) doit être réinvestie selon Freud et le plus souvent sur soi-même. C'est une **régression narcissique**. Elle permet de combler les failles narcissiques et de faire face à la perte et au vieillissement.

Le plan psychomoteur

La psychomotricité de la personne évolue fortement avec son âge. Comme nous venons de la voir, le sujet âgé connaît un certain nombre de pertes. Ces pertes viennent modifier ses capacités psychomotrices avec notamment : des troubles de **l'équilibre**, de la marche, de la **motricité** fine et globale, pouvant être directement en lien avec les évolutions physiologiques du sujet âgé, mais également avec une modification du **schéma corporel** et de **l'image du corps** de la personne.

En effet, notre schéma corporel comme notre image du corps est à l'interphase de nos représentations pures et de nos sensations rattachées au corps réel et biologique. Or, lors du vieillissement, celui-ci connaît divers changements et ne correspond plus à l'image que nous en avons. Nous ne percevons plus nos **limites** de la même manière. Le sujet âgé est alors en difficulté pour coordonner ses gestes, pour s'adapter à ses capacités actuelles.

Associés à des troubles de la mémoire, de l'attention mais aussi au changement de milieu de vie (comme lors de placement en EHPAD) des troubles de **l'orientation spatio-temporelle** sont observés chez la personne âgée. Ces troubles peuvent se retrouver dans le vieillissement normal, mais aussi dans les pathologies démentielles où ils font partie intégrante du tableau clinique.

Les chutes sont fréquentes et peuvent être en lien avec les troubles précités. Elles peuvent être associées à un syndrome post-chute, un syndrome de glissement ou un **repli psychomoteur**. Le **syndrome post-chute**²⁹ reflète un stress post traumatique. Il se manifeste suite à une chute avec des signes physiques (repli postural) et des signes psychiques (angoisse, peur du vide). Le syndrome post-chute traduit la faillite brutale des automatismes de l'équilibration. Le **syndrome de glissement** se caractérise par la modification du comportement de certaines personnes âgées. Ce changement inclut la **détérioration globale** des fonctions intellectuelles, un désintérêt pour toutes choses, un refus de se mouvoir et de s'alimenter, une adipsie (ne pas avoir soif), un certain mutisme, un syndrome confus ou dépressif et surtout des manifestations de **régression psychomotrice**. Il se manifeste suite à une affection aiguë. La chute est alors un symptôme.

Il nous faut alors être très vigilant au changement de comportement d'une personne après une chute.

²⁹ Mme Ponton G., cours de psychomotricité 3^{ème} année à l'IFP de Bordeaux, année 2012-2013

Chez l'adulte l'expressivité est principalement langagière quand elle est corporelle chez l'enfant. Le **symbolisme** et les images sont de plus en plus importants dans nos modes de **communication** comme en témoigne par exemple l'emploi de métaphores. L'aspect fantasmatique prend une place importante dans nos représentations et le corporel devient secondaire³⁰. La communication est codifiée ainsi que le jeu et c'est à travers des « **écarts** » aux règles sociales que le sujet exprime quelque chose de plus personnel, singulier voire inconscient. Pour Freud, ces écarts se caractérisent par les **lapsus** qui seraient l'expression de notre inconscient. Dans notre pratique, l'expression des éprouvés et du vécu corporel est essentielle. Nous devons prendre en compte ses spécificités et nous adapter au mieux à la personne que nous rencontrons afin de l'accompagner dans une **mentalisation** de ses ressentis et de ses expériences.

Ces troubles psychomoteurs peuvent être accrues lors des cas de **douleurs chroniques** ou de **handicap**. Les capacités motrices sont affectées, le décalage entre le corps réel et le corps représenté est plus important. Des **troubles confusionnels frontaux** peuvent également surgir lors de douleurs chroniques, responsables de désorientation spatio-temporelle, de troubles mnésiques, des troubles de l'attention et des fonctions cognitives en général (III A. b)). Ce trouble peut également être associé à une désorganisation de la pensée et à une agitation psychomotrice ou un ralentissement.

Les divers changements liés à l'âge que nous venons de citer, ne se manifestent pas systématiquement chez un individu donné. Ils dépendent de l'individu lui-même, des pathologies qu'il présente ou non, de ses habitudes de vie antérieures et présentes. Nous pouvons cependant dégager une problématique commune à toutes les personnes âgées, celle de la perte. En dehors des pathologies et divers signes cliniques, nous ne pouvons pas nier que le corps, le statut social, l'entourage du sujet âgé changent. Il y a donc une perte « de la vie d'avant » et un deuil.

³⁰ M. Bernard, cours de psychomotricité 3^{ème} année à l'IFP de Bordeaux, année 2012-2013

B. Douleur et handicap chez la personne âgée

a) La perte et le deuil

Pour Dolto³¹, nous connaissons une succession de pertes, de **castration symbolique**. Lorsque nous faisons un choix, que nous évoluons, nous fermons un peu plus le champ de nos possibilités. Cette suite de pertes est normale. Avec l'âge, ces pertes sont de plus en plus importantes, le champ du possible se réduit, ce qui n'est pas facile à **accepter** pour la personne âgée. « *Bien vieillir* » serait de faire le **deuil** de ces pertes, de s'adapter à ces changements. Pour cela, l'individu devra trouver de nouveaux objets positifs à investir. C'est là qu'à mon sens se situerait le rôle de la psychomotricité.

Le sujet âgé est confronté au traumatisme de la perte et du deuil. Le deuil peut être **réel** ou **imaginaire** et concerner la perte d'un statut social, d'une relation, d'un être cher, d'une capacité physique ou cognitive, d'une activité.

Lors du vieillissement pathologique, les pertes deviennent plus importantes avec la survenue de **situations de handicap**. Ces situations sont caractérisées par « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* »³². En raison des dégénérescences physiques, cognitives et sensorielles la personne âgée est potentiellement confrontée à des situations de handicap. La population vivant en EHPAD est en situation de **dépendance** (sociale, psychique, physique et/ou cognitive), qui entraîne les situations de handicap si elle n'est pas compensée. Selon l'OMS, il existe 3 dimensions dans le handicap. La **déficience** correspond à la première, c'est l'altération physique, psychique ou sensorielle d'une fonction. Celle-ci conduit à une **incapacité**, c'est-à-dire l'impossibilité de réaliser une action, c'est la seconde dimension de l'handicap. La dernière est appelée désavantage, faisant référence aux **situations de handicap** où le sujet ne peut pas accomplir son rôle social.

La douleur a des répercussions sur le quotidien de la personne (III. B. c)). La douleur en elle-même peut être source de handicap et donc de perte. Chez les personnes douloureuses on retrouve souvent associés des déficiences primaires (altération du système nerveux) ou secondaires (rétraction articulaire liée aux positions algiques).

³¹ M. Bernard, cours de psychomotricité 3^{ème} année à l'IFP de Bordeaux 2012-2013

³² Loi du 11 février 2005 sur l'égalité des chances Article 114

La personne âgée est donc confrontée au deuil dans de multiples situations. C'est un mécanisme psychique qui permet l'acceptation de la **disparition d'un objet d'amour**. Il demande du temps et de l'énergie. Or nous l'avons vu, le sujet âgé a moins d'énergie psychique que le sujet plus jeune. Les deuils sont donc plus **complexes**. Cette perte viendrait réactualiser l'expérience de la séparation mère-enfant. Le complexe d'Œdipe marquerait le premier deuil de l'individu avec la perte du premier objet d'amour, la mère³³. À chaque deuil, notre **identité** est remise en question, et ce d'autant plus lorsque la perte est intérieure, inhérente au sujet. En disparaissant, l'objet d'amour emporte avec lui les identifications que nous avons de lui, une partie du lien qui nous y rattachait.

Lors de la perte, l'**énergie** dite **libidinale** investie par la personne sur l'objet est libre et doit être réinvestie. La personne âgée a différentes façons de réinvestir cette énergie. Elle peut alors se fixer sur de nouveaux objets extérieurs (une nouvelle activité) ou venir consolider un objet déjà investi. Mais elle peut également se fixer sur des objets internes et consolider le MOI blessé par ces deuils.

- * La **régression narcissique dite positive** vient **renforcer** le MOI et les expériences vécues. Souvent la personne âgée porte davantage d'intérêt à son passé, aime parler de sa vie, cumule les souvenirs. Elle peut également investir de nouvelles activités qui sont sources de valorisation pour elle. Lors des prises en soin, il est important de favoriser cette **revalorisation** et cet investissement de soi-même.
- * La **régression narcissique dite négative** est un surinvestissement du **corps biologique**. Le sujet porte toute son attention sur son corps et, s'il en a, sur ses **douleurs**. Même si le vieillissement n'est pas physiologiquement douloureux, il est vrai que la personne âgée est souvent sujette à des douleurs aiguës ou chroniques. La personne investit son corps biologique, mais aussi ses douleurs. J'ai pu observer lors de mon expérience que de nombreux sujets âgés adoptent un **discours** très **médical** sur leur corps. Si elles sont interrogées sur leur état de santé ou leur bien-être, elles ne peuvent que décrire leurs symptômes somatiques sans parler réellement d'elles et de leurs ressentis.

J'ai en tête une patiente qui me faisait l'inventaire de ses douleurs et de ses problèmes médicaux à chaque fois que je lui demandais comment elle se sentait. Un travail sur les éprouvés émotionnels et corporels avait alors été proposé sous forme de relaxation. Cela lui permit peu à peu d'adopter un discours plus personnel, évoquer ses états d', âme son humeur; en résumé, de parler d'elle.

- * Il se peut que la **régression narcissique** ne soit pas **possible**. Le sujet n'a alors que deux possibilités : investir des objets extérieurs comme son entourage, ou ne rien investir. Cette dernière possibilité peut être à l'origine d'une mort psychique ou d'un **syndrome de glissement** (II. A. b)).

³³ Mme Laugga, cours de psychologie 3^{ème} année à l'IFP de Bordeaux 2012-2013

b) Mécanisme de défense et leurs conséquences

Pour faire face à sa souffrance, plusieurs stratégies sont mises en place à travers les stratégies de « **coping** » ou les **mécanismes de défense du MOI** développés notamment par Anna Freud³⁴. Parmi eux nous retrouvons notamment le refoulement, la régression, l'isolement des affects, la projection sur autrui, l'introjection, l'auto-agressivité, la sublimation. Chez la personne âgée nous retrouvons ces mécanismes avec **l'isolement affectif et social** qui est présent en EHPAD. Les personnes mettraient à distance leurs éprouvés et notamment leur éprouvé corporel lors de douleurs physiques ce qui conduirait à une mise à distance du corps. Or le corps est l'origine de toutes nos expressions, c'est un moyen de communication avec soi et avec autrui. L'isolation des affects que définit Anna Freud, conduirait donc indirectement à une **isolation du corps** et du corps en relation. Le sujet douloureux s'isolera du reste de la communauté. Lors de mon expérience en EHPAD j'ai pu observer que ces personnes participaient peu aux activités proposées, à la différence des autres résidents. Elles restent à l'écart.

Selon M. Klein, nous **projetons** sur notre environnement les « **mauvais objets** » qui menacent les bons objets intériorisés. Dans la position schizoparanoïque le sujet extériorise sa propre agressivité sur les objets qui l'entourent. **L'auto-agression** est très présente dans cette population. J'ai pu observer beaucoup de dévalorisation, de « colère » contre leur corps, qui parfois semble projeté sur l'autre. Les personnes âgées seraient en colère contre leur corps qui ne répondrait plus à leurs attentes, à leur corps qui les fait souffrir, contre elles qui ne sauraient pas comment réagir. Parfois, cette agressivité peut être **projetée** contre l'institution, qui devient responsable de leurs maux et de leur souffrance.

L'expression de la douleur peut être perçue comme un mécanisme de défense pour se protéger de la perte. La plainte somatique viendrait alors mettre en avant une souffrance plus psychique. Il ne faut donc pas la traiter directement, mais favoriser la mise en récit du vécu corporel et de l'histoire du sujet.

Pour lutter contre la douleur, la souffrance et l'excitation qu'elle entraîne, le Moi investit la représentation de la douleur qu'il s'est construite³⁵. Il y met toute son énergie pulsionnelle qui ne peut alors être investi dans d'autres tâches psychiques. Selon Lauras-Petit Agnès³⁶, la **notion de plaisir** est **abolie**. Le sujet se **désinvestit** des « objets extérieurs », comme sa vie sociale, professionnelle et affective pour ne conserver que le « monde interne » et la lutte contre la douleur. Pour que le sujet ne s'enferme pas dans cette défense du Moi, il puise dans ses **ressources internes**.

³⁴ M. Quintard, cours 1^{ère} année de médecine Bordeaux 2009-2010

³⁵ Nasio J.-D., *La Douleur physique*, éd petite bibliothèque Payot, Paris 2006,

³⁶ Lauras-Petit Agnès *Les SOUFFRANCES du corps* Thérapie psychomotrice et recherche, n°154 2008

Lorsque celles-ci sont suffisamment fortes, il peut prendre appui sur les investissements antérieurs et ne plus se considérer comme étant seulement douloureux. Nous devons être vigilants à ce mécanisme psychique qui met en péril l'équilibre psychique du sujet.

D'autres réactions existent encore pour lutter contre la douleur comme la kinésiophobie, où le sujet évite les situations qu'il pense être à l'origine de douleur, de souffrance.

Lors de mon expérience clinique, j'ai rencontré une personne qui m'explique ne plus vouloir marcher car la marche est associée à la chute et à la déficience dans son esprit.

Avec des mécanismes psychiques, cognitifs, psychomoteurs et un fonctionnement biologique spécifiques, la personne âgée a un statut particulier. Elle n'est pas « retombée en enfance », même si les soins de nursing prédominent dans sa prise en soin et qu'à l'instar de l'enfant le cadre contenant et sécurisant est essentiel. Elle n'est pas tout à fait comme les autres adultes, elle est souvent marquée par la perte de statut social, de personnes chères, de capacités et ce notamment en EHPAD.

La personne âgée reste un individu à part entière, libre de prendre ses propres choix et capable de raisonnement (en absence de démence). Comme pour chaque être humain, nous devons la respecter ainsi que ses choix.

Chez la personne âgée, la douleur est souvent signe d'une souffrance plus grande, liée au vieillissement et à la perte, nous l'avons vu. La plainte douloureuse est alors porteuse de la douleur physique, mais également d'une souffrance psychique, d'une faille narcissique. Son expression est caractéristique chez le sujet âgé. En psychomotricité, nous sommes alors attentifs aux retentissements de cette douleur, notamment sur la communication, la temporalité, le quotidien et sur le corps de la personne.

III- SPECIFICITES DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

Aujourd'hui il est considéré que la personne âgée souffre davantage qu'à un âge antérieur de sa vie³⁷. Ces observations sont expliquées par la multiplication des polyopathologies telles que les pathologies liées au vieillissement (arthrose, ostéoporose...) et les maladies qui augmentent avec l'âge (cancer, phlébite...). Les retentissements sur le quotidien sont d'autant plus importants que chez la personne âgée ; ce sont majoritairement les articulations qui sont douloureuses, provoquant une limitation des activités du quotidien et une perte d'indépendance voire d'autonomie. Le risque de chronicisation de la douleur est multiplié par quatre par rapport à une tranche d'âge de 16 à 25 ans³⁸.

A. La plainte

a) Des traits de caractère récurrents

Il est souvent observé chez les patients douloureux chroniques certaines caractéristiques³⁹ :

- « Une **demande d'attention** qui ne peut jamais être satisfaite », la personne est toujours dans cette demande, comme pour combler un vide qu'elle ne peut remplir.
- « Une **dépendance** importante à l'autre », elle ne peut faire seule les choses de son quotidien sans aide d'un tiers. Chez les personnes âgées la douleur provoque souvent une limitation des activités (la personne ne se déplace plus seule, la marche est douloureuse, ainsi que les transferts) et conduit à une situation de handicap et de dépendance à l'autre.
- « Une **agressivité sous-jacente** ». La douleur, de par sa dimension affective, peut modifier l'humeur de la personne.
- « Une **faible narcissique** que la douleur vient combler ». En effet, certaines personnes s'identifient à leur douleur, se définissent par elle et ne sont plus que douleur. C'est un peu comme si la douleur venait combler un manque dans l'identité de la personne. Chez la personne âgée l'identité est modifiée, le statut social, familial est différent. Elle n'est plus fils ou fille de, n'a plus d'activité professionnelle.
- « Une **carence affective** ». Nombreuses sont les personnes âgées isolées, notamment en EHPAD. Leur famille est loin, elles sont souvent veufs ou veuves, ont des difficultés à tisser des liens avec les autres résidents de la structure. Cette carence affective peut être mise en lien

³⁷ Linx Patrick, *La Revue de Gériatrie, Douleur et Personne âgée* TOME 30 - JUIN 2005

³⁸ Ibidem

³⁹ M. Mairey cours de psychomotricité 3ème année à l'IFP de Bordeaux 2012-2013

avec la demande d'attention précitée. La personne demande de l'attention pour être en relation avec le soignant.

- « Un **manque de sensation agréable.** » Les douleurs chroniques sont de plus en plus présentes avec l'âge. Les gestes du quotidien sont aléatoires, les temps de bien-être sont moins fréquents. A cause de leur dépendance, beaucoup de personnes âgées ne peuvent plus gérer seules leur quotidien et leur loisir. Si le bien-être pour une personne était d'effectuer de longues promenades et qu'elle se retrouve en EHPAD dans l'incapacité de se déplacer seule, les soignants ne pourront prendre le relai faute de temps prévu pour ces activités.

b) L'expression de la douleur

Que la personne n'est pas de troubles cognitifs ou de la communication, ou au contraire qu'elle souffre de démences avec troubles de l'expression verbale, la personne âgée a une expression spécifique de sa douleur. De plus, la plainte douloureuse n'est pas toujours le signe d'une souffrance physique. Elle vient bien souvent témoigner d'un **manque** de relation et d'un **besoin** de contact que la douleur vient combler. Nous pouvons alors aisément comprendre qu'une réponse pharmacologique ne sera pas totalement efficace car elle ne résout qu'une partie du problème. Nous devons alors être vigilants aux signes cliniques sans pour autant négliger l'expression verbale et non verbale du sujet.

La douleur chronique se manifeste par divers **troubles somatiques** dont le sommeil et l'alimentation, des symptômes cognitifs avec une diminution de l'attention et de la vigilance. Un syndrome confusionnel frontal peut également survenir.

Au niveau **psychologique** la dépression, l'apathie, le syndrome de glissement sont fréquemment retrouvés lors d'épisodes de douleur chronique.

La triade « douleur-dépression-démences »

Il est souvent difficile de distinguer l'expression clinique de ces trois troubles. En effet la douleur s'exprime par des troubles somatiques et des plaintes qu'on rencontre dans la dépression. La douleur est alors diffuse, elle n'est ni localisable ni qualifiable. Les échelles de type EVA (échelle visuelle analogique) permettent alors d'analyser l'intensité de la douleur tant physique que psychique. Dans son expression, la démence rend l'évaluation de la douleur complexe (de ce fait certaines douleurs ne sont pas observées). Cela peut conduire à une frustration des patients et des troubles du comportement pouvant se surajouter à la dépression et à d'autres signes psychologiques. Cette incompréhension est souvent source de frustration pour le patient, sa famille et l'équipe de soin qui n'arrivent pas à répondre à la demande non formulée.

B. Retentissement de la douleur sur le sujet âgé

La douleur. Envahissante elle ne néglige aucun aspect de la vie de la personne. Elle affecte personne dans son quotidien, sa façon de vivre, ses relations sociales, son rapport au corps, ses conduites. Parfois, elle vient modifier des domaines de notre vie auxquels nous ne pensons pas. Ainsi, elle devient un mode de communication, support de la plainte et de la demande de soin qui traduit souvent une demande de relation. D'autre fois elle crée une temporalité qui lui est propre, ponctuant la journée de la personne par ses manifestations et les soins qu'elle réclame.

a) Un mode de communication

La douleur, de par sa nature **multidimensionnelle**, a des répercussions sur l'aspect **relationnel** de la personne. Elle conduit à une plainte, à une demande, à une verbalisation du vécu, ce qui est normal. Mais parfois, la douleur devient un mode de communication à part entière.

Chez le tout petit, la frustration et la douleur qu'il ressent dans une hypertonie le poussent à **demander** de l'aide à autrui. Il attend une reconnaissance et une identification du mal-être, puis une consolation qui lui permet de retourner à un état de **détente** et d'hypotonie. La mère vient élaborer pour son bébé ce ressenti et lui permettre de l'intégrer. Elle accompagne le jeune enfant dans sa douleur, son acceptation et sa compréhension, la localisant et la délimitant. Plus tard, pour lutter contre l'envahissement que subit le sujet, il fait appel à **l'intériorisation** de **l'objet maternel** consolateur, ainsi qu'à autres objets internes.

En l'absence d'objet interne suffisamment bon, la douleur serait alors le seul point d'ancrage solide auquel le sujet se rattache. Elle est alors surinvestie et viendrait combler la perte de l'objet aimé (l'objet interne suffisamment bon pour soutenir le sujet face à sa souffrance). La demande de soin n'a alors pas pour objet la douleur, mais le manque de soutien et « *l'absence de la mère consolidatrice* »⁴⁰.

Selon Michèle Chahbazian⁴¹, la douleur a une fonction relationnelle qui nous pousse à formuler une demande et à nous inscrire dans une **démarche thérapeutique**. Elle peut également, lors de processus de deuil, avoir un rôle « **équilibrant** » rappelant et compensant l'absence. Dans ce cas de figure, la perte de la souffrance renverrait à la perte de l'objet aimé dont le patient n'aurait pas fait le deuil. La douleur est ce qui permet de rester en relation avec l'être perdu.

⁴⁰ Lauras-Petit Agnès *Les SOUFFRANCES du corps* Thérapie psychomotrice et recherche, n°154 2008 p 15

⁴¹Chahbazian Michèle, *Entre l'âme et le corps, douleur et maladie*, chapitre complexité de l'approche de la douleur pp139-158, éd EDK, Sèvres 2011

Selon Patrick LINX, Psychologue et psychanalyste Hôpital La Rochefoucauld⁴², la douleur est la cause d'un **repli sur soi** et sur son corps qui devient alors un outil de communication pour la personne âgée. Le vécu de la douleur serait alors majoré, comme pour manifester un **besoin d'écoute** et **d'attention**, ainsi que ses craintes qu'elle mettrait en jeu inconsciemment (peur de la mort, de la maladie...). C'est alors une opportunité pour le patient de reprendre contact avec son corps (douloureux) grâce à une continuité d'existence restaurée par la douleur⁴³. Chez les patients qui ne peuvent plus exprimer leur douleur, le corps prend alors une grande importance, c'est à travers lui que nous pouvons communiquer avec la personne. La **qualité d'écoute du thérapeute** est alors primordiale.

Dans une autre configuration, ce sont les soins antalgiques qui permettent d'être en relation. Les rendez-vous médicaux, les prises en charge des différents professionnels, l'attention accordée participent à rompre l'isolement que ressentent plusieurs personnes âgées.

La personne ne peut plus échanger sans le support de la plainte douloureuse. A l'extrême, ce phénomène se retrouve dans les cas de **Münchhausen** où le patient est dans une recherche de soin.

b) La temporalité de la douleur

La douleur donne une temporalité et une rythmicité qui lui sont propres (être algique au réveil, durant une toilette...). Cette rythmicité permet une certaine **continuité** et une **anticipation**. Même si cette anticipation majore nos douleurs⁴⁴ (I. B. d), elle apporte une certaine sécurité car « l'on sait à quoi s'attendre ». Cependant, lorsque cette douleur est couplée avec des soins adaptés, ils peuvent diminuer la perception algique. (Il a été montré que l'attente d'une récompense chez des souris leur permettait de supporter une douleur plus longue et plus intense.)

C'est dans **l'expérience du corps** que le **temps** se révèle⁴⁵, la sensation nociceptive, comme les autres sensations, permet donc ce rapport au temps et définit en partie notre subjectivité.

En plus de la temporalité propre à la douleur, il existe une temporalité propre aux **soins** proposés en réponse à cette douleur. Elle se manifeste notamment lors des soins infirmiers quotidiens qui permettent également cette anticipation.

⁴² Linx Patrick, *La Revue de Gériatrie, Douleur et Personne âgée* TOME 30 - Supplément C- JUIN 2005

⁴³ Anzieu D., *Le moi-peau*, chapitre 16 l'enveloppe de souffrance éd Dunod 1995 pp 227- 236, citation p227

⁴⁴ Wickelgren Ingrid, Howard Fields *La douleur chronique ; Cerveau & Psycho* n° 44 mars-avril 2011, pp 48-79

⁴⁵ M. Mairey, cours de psychomotricité 3^{ème} année à l'IFP de Bordeaux 2012-2013

En **psychomotricité** il semble important de recentrer la prise en charge sur le **patient** et non sur sa douleur, de lui permettre de prendre du temps pour lui et de retrouver sa **propre temporalité**. La douleur peut être envahissante et imposer son rythme propre. Comme pour l'identité où le sujet se définit par sa douleur, il semble primordial de permettre à ces personnes de trouver d'autres repères temporels. Le **cadre** des séances prend alors son importance, ainsi que la régularité des échanges, fournissant ainsi de nouvelles références. Comme la sensation douloureuse qui est progressivement intégrée par la répétition, la sensation de plaisir et de bien-être qui s'instaure lors des séances serait également intégrée.

c) Une modification du quotidien

Les personnes que nous pouvons rencontrer en EHPAD sont des personnes **dépendantes** au niveau physique ou psychique, les actes de leur vie quotidienne sont difficiles à réaliser même en absence de douleur. Cette dernière, en accaparant toute l'énergie psychique et physique de la personne, rend problématiques les **tâches du quotidien**. L'entretien du domicile, la gestion de ses biens sont entravés par la situation de douleur chronique.

La personne âgée est souvent socialement **isolée**, elle est parfois éloignée de sa famille, de ses anciens voisins. Avec la retraite, elle perd également une certaine partie de son cercle social. Toutes ces modifications entraînent un isolement social, accentué par la douleur chronique.

C'est alors un cercle vicieux qui se met en place, la personne s'isole à cause de sa douleur, ce qui affecte son moral. Elle perd plaisir à faire les choses qu'elle affectionnait avant, ce qui réduit encore un peu plus son cercle social ; elle s'isole d'autant plus.

Les temps de **toilette** deviennent source de douleur. Les **limitations** articulaires, les douleurs à la mobilisation, au contact sont réveillées durant ce temps de soins alors qu'il était souvent un temps de bien-être.

Au niveau **somatique**, des troubles du sommeil, de la sexualité et de l'alimentation sont observés chez les personnes douloureuses et chez certaines personnes âgées.

La douleur accentue les limitations d'activité de la personne âgée.

Pour les personnes âgées douloureuses, la douleur est partout et surtout dans leur corps. Son impact est toujours singulier et dépend de chacun, même si des points communs sont retrouvés chez la personne âgée. C'est à travers le corps que s'exprime cette douleur, il est le lieu de la plainte. Certaines personnes disent même que c'est leurs corps le problème et qu'il faudrait le changer, en mettre un jeune à la place. Mais qu'est ce que le corps ? Un ensemble organique ? Un contenant de l'esprit ? Nous ?

Le sujet âgé semble se dissocier de son corps qu'il met à distance du Moi⁴⁶, dans un espoir vain de ne plus ressentir sa douleur. La psychomotricité offre-t-elle la possibilité de réinvestir ce corps à travers un autre vécu et de nouvelles expériences dans un cadre souple où l'individu peut exprimer ses éprouvés et sa propre temporalité ?

⁴⁶ Nasio J.-D., *La Douleur physique*, éd petite bibliothèque Payot, Paris 2006,

IV- CORPS ET PSYCHOMOTRICITE

Le corps. Ce mot renvoie à différents concepts en fonction des courants de pensée et des auteurs. Parfois il désigne le corps biologique, le somatique. Il peut alors faire référence à une simple enveloppe charnelle ou englober le cerveau et les fonctions neurocognitives ou neuropsychologiques. Dans ce dernier courant, le corps serait à l'origine de toutes nos conduites. Pour d'autres encore, le corps est pluriel. Il existerait alors un corps dit subi, perçu, vécu, connu, exprimé et maîtrisé. Il est tantôt divisé de l'esprit dans les courants dualistes, tantôt perçu comme l'individu dans son ensemble dans le mouvement moniste avec Démocrite et Spinoza. Pour eux, tout serait corporel et matériel, l'esprit découlerait de ce corps concret. Dans cette idée, Freud donne pour origine à la psyché, le corps. Celui-ci serait alors à la base du sujet. Pour les phénoménologues, il est à la base de nos communications et de nos interactions avec le monde extérieur et intérieur et donc avec l'autre. Entre corps concret, biologique et corps d'expérience et d'interaction, quels rapports entretient une personne âgée douloureuse avec son corps ?

A. Les corps en psychomotricité

a) Le schéma corporel

Le schéma corporel reçoit son nom de Bonnier en 1893, il le définit comme une **représentation permanente**, une figuration spatiale du corps et des objets. L'origine du schéma corporel vient de la notion **neurologique** de représentation du corps propre. Sous ce terme sont regroupées les différentes composantes de la somatognosie que la pathologie a permis d'identifier. Cependant, chaque auteur a sa propre terminologie. Pick (1915) dans ses études sur l'autotopagnosie, parle d'« **image spatiale du corps** » ; Head (1920), à la suite de ses études sur les troubles de la sensibilité, parle d'un « **modèle postural du corps** » ou « schéma corporel » ; enfin, Ludo Van Bogaert (1934), quant à lui, utilise le terme d'« **image de soi** ».

Il est à la fois dépendant de facteurs **génétiques** et des **interactions** avec l'environnement⁴⁷. Pour Dolto⁴⁸, il est commun à une société, une époque à la différence de l'image du corps qui est singulière. Nous y reviendrons.

⁴⁷ M. Rasal, cours de psychomotricité 1^{ère} année à l'IFP de Bordeaux 2010-2011,

⁴⁸ Dolto F *Schéma corporel et image du corps, chapitre Image du corps et schéma corporel : comment les distinguer* éd point essais n°251, 2000

Le schéma corporel s'étaie sur différentes fonctions essentielles :

- La **continuité d'existence** est primordiale pour l'élaboration du schéma corporel.

Elle se base sur les sensations fournies par notre corps propre à travers nos postures, nos gestes et ce tout au long de notre vie, elle peut donc **évoluer**. Pour Winnicott, ce sentiment dépend du « **holding** », par la répétition de soin et la contenance lors des portages, l'enfant intègre progressivement cette continuité.

Avec le vieillissement, la motricité et le sens du tactile (proprioception, kinesthésie, tact profond et superficiel) s'altèrent et modifient cette continuité d'existence. De plus, la menace de la **mort** et l'angoisse qu'elle provoque semble très présente en EHPAD et mettrait en péril cette continuité. La répétition d'accidents vasculaires, de cancers et d'autres pathologies graves où le diagnostic vital est engagé vient la menacer. C'est la **perte de l'illusion d'immortalité**. Différentes prises en soin pourraient être envisagées en psychomotricité pour accompagner la personne dans la recherche de cette continuité.

- **L'identité** se fonde sur nos expériences corporelles, notre sensorialité et par le biais des interactions qui viennent mettre en sens ces expériences. Elle marque le caractère **unique** de chaque individu. Elle résulte de nos expériences propres et de la reconnaissance d'autrui qui vient valider ces expériences, cette identité. C'est un processus actif, qui **évolue** tout au long de notre vie, mais qui reste stable en même temps, associé à un sentiment de **permanence**. Elle prend en compte nos possessions et l'intériorisation de nos objets d'amour (les parents notamment). Elle est indissociable de la notion de passé et de futur, nous inscrivant dans une **temporalité**⁴⁹.

Lors du vieillissement, notre corps se modifie et modifie nos perceptions. L'image que nous avons de nous-mêmes évolue, ce qui influence en partie notre identité. Selon Lacan, notre **identité** est un processus dynamique, qui évolue en fonction des **représentations** que nous avons de nous-mêmes (de notre image), du **discours** et du **regard** de l'autre, de **l'identification** à nos semblables et le récit que nous faisons de nous-mêmes. Lorsque tout change, seul le discours de soi peut rester constant et apporter une certaine stabilité indispensable à notre identité.

Pour Susan Robert Ouvrey ou Wallon, c'est dans **l'alternance** que s'acquiert la solidité du corps. L'alternance entre les différents états **toniques** lors des interactions permet l'éprouvé du corps ainsi que le sentiment de continuité.

Pour Stern, notre **conscience de soi** se développe autour d'un « **soi noyau** » inné et primitif. C'est à partir de l'expérience de soi, de l'organisation de notre corps biologique, des **interactions** avec autrui et des échanges d'affect qui vient donner sens à nos éprouvés, que le soi s'éprouve et se constitue. La **répétition** de ces expériences est alors essentielle. En effet, c'est à partir des traces sensorielles qui perdurent au-delà de ces expériences et de leurs anticipations que l'enfant intègre peu à peu la conscience de soi.

⁴⁹ R. Doron et F. Paot *Dictionnaire de la psychologie*, 1991

b) Les étapes du développement

Selon Le Boulch⁵⁰, le schéma corporel s'organise autour de 6 étapes, de 6 conceptions, de 6 investissements du corps.

- * Le **corps subi** fait référence à un corps objet, source de manipulation et de soin où le sujet n'a pas intégré les diverses informations sensorielles qu'il reçoit (faim, sommeil...). Il n'est pas maître de son corps et dépend de l'autre pour ses soins et pour l'intégration de ces expériences.

Chez la **personne âgée** et notamment chez la personne en perte d'autonomie, le corps peut être perçu comme un corps subi, voire enfermant. Les fonctions sensorielles se détériorent ainsi que les fonctions cognitives. Il semble alors difficile de lier les bribes d'informations perçues afin de leur donner sens. En tant que soignants nous sommes vigilants à cet état de **dépendance**. Comme la mère qui renvoie à son enfant des éléments de pensée selon Bion, le thérapeute renvoie à son patient les éléments détoxifiés, lui permettant de mettre du sens sur ses expériences corporelles.

- * Le **corps vécu**. Le sujet établit des liens entre ses sensations et les objets extérieurs ou internes. Cette mise en lien se réalise dans **l'expérience corporelle**, lors de l'action motrice. Il prend donc conscience de son corps et de son environnement. Dans le développement du schéma corporel, cette étape permet de nombreuses acquisitions à l'enfant.
 - Il commence à porter son intérêt sur le monde extérieur, il devient sociable.
 - Il acquiert la **permanence de l'objet**
 - L'enfant se **différencie** peu à peu de l'autre, l'imitation gestuelle, signe cette liaison entre corps propre et le corps d'autrui. Nous sommes à la fois différents et semblables.
 - Il **s'identifie** à son image, c'est l'époque du stade du miroir de Lacan.
 - Il réalise ses premières imitations différées qui témoignent des premières images mentales, des premières représentations.
 - La découverte de l'autre par les imitations et intégration des limites corporelles est également une étape significative de ce stade du corps vécu.

Le corps vécu dépend donc de la mise en jeu du corps en **interaction**. Or, chez la personne âgée souffrant de handicap, le corps est de moins en moins sollicité, de plus en plus immobile. Les expériences corporelles sont donc moins importantes et pourraient perturber la perception du corps vécu. Certes, le sujet a un long passé rempli d'expériences. Mais comme le schéma corporel, qui peut être perçu comme une instance en perpétuelle **évolution**, nous pourrions concevoir le corps vécu, mais aussi le corps maîtrisé perçu, connu et exprimé, comme des éléments en **évolution**.

⁵⁰ M. Rasal cours de psychomotricité 1^{ère} année à l'IFP de Bordeaux 2010-2011

Les représentations du corps s'étayant sur le corps biologique et sur l'interaction. L'évolution d'un de ces éléments influencerait donc la représentation.

- * Le **corps perçu**. L'individu intériorise ses éprouvés et ses expériences corporelles. Plus que mettre en lien ses sensations, il se crée des **représentations**. Le sujet peut alors mettre en jeu son corps, le mobiliser à partir des représentations de son corps, de l'espace, du temps et des objets qui l'entourent.

Le vieillissement, mais aussi la douleur, viennent perturber ce concept. Nous **intériorisons** nos sensations, y compris nos sensations douloureuses. Pour Anzieu⁵¹, il existe une **enveloppe algique**, comme pour les autres sensations corporelles. Le corps n'est alors que douleur. Nous nous identifions en partie à notre corps et à la représentation que nous en avons. Lorsque tout n'est que douleur, sommes nous que douleur ?

- * Le **corps connu** est concomitant au corps perçu. Il correspond à la connaissance que nous avons de nous-mêmes et influence la mise en action de notre corps. Avec les modifications de celui-ci, nos **limites**, nos compétences et les réactions de notre corps deviennent plus floues. Les personnes âgées surestiment (ou sous-estiment) parfois leurs capacités, car elles n'auraient pas intégré ces changements.

Je pense notamment à un homme de 86 ans qui chute très régulièrement. Il n'a pas conscience de ses limites et pense pouvoir marcher et se déplacer seul, alors qu'il n'en a plus capable. Il se met alors fréquemment en danger en se déplaçant seul et chute.

- * Le **corps exprimé** correspond à l'expression de ses ressentis et éprouvés à travers notre corps. Chez l'adulte, nous avons vu que l'expression passe principalement par le langage verbal et symbolique. Le corps, bien que base de toutes nos communications, devient un outil d'échange de moins en moins inversé. Or nous avons toujours une **communication corporelle inconsciente**.

Chez la personne âgée et notamment lors de troubles cognitifs, j'ai pu observer que la **communication non verbale** prend une place plus importante. Ainsi, dans mon stage, les échanges avec les personnes souffrant de **démences** se réalisent principalement à travers des jeux de mimiques et de posture, qui viennent en support du langage verbal.

- * Le **corps maîtrisé** permet l'adaptation et les **apprentissages** en fonction du corps propre et de l'environnement. C'est la dernière étape du développement selon Le Boulch.

⁵¹ Anzieu D., *Le moi-peau*, chapitre 16 l'enveloppe de souffrance éd Dunod 1995 pp 227- 236

Ce corps, source de maîtrise et support des apprentissages, semble souvent investi par le sujet âgé, notamment dans les situations de perte de **contrôle**. Lorsqu'un individu a l'impression de ne plus maîtriser une situation, il cherche à se rattacher à ces ressources internes (I. B. e)) et donc à son corps. Or, chez la personne âgée, la diminution de l'énergie psychique⁵² et l'atteinte des fonctions cognitive rend **l'adaptation** complexe. Face à un corps qui ne répond plus à ses attentes et un environnement nouveau (EHPAD), l'individu se trouve dans une situation de perte de contrôle et de perte de maîtrise.

Le thérapeute pourrait alors accompagner la personne dans une adaptation, où son corps est encore source d'apprentissage et d'évolution.

c) Une relation au corps propre

Selon Françoise Dolto⁵³, le **schéma corporel** est universel alors que l'image du corps est propre à chacun et dépend de son histoire, de nos expériences et des représentations qui en découlent. **L'image du corps** dépend de notre **relation** à notre environnement. Ces deux notions apparemment différentes sont interdépendantes et se développent conjointement, l'un s'étayant à partir de l'autre. Le corps est le première référent chez le bébé, c'est à travers lui qu'il peut interagir avec son environnement, se mouvoir et communiquer.

Pour d'autres auteurs comme Geneviève Ponton⁵⁴, il n'y a pas de différences entre schéma corporel et image du corps. Comme le corps et l'esprit ne sont rien de plus que les deux faces d'une même pièce pour Spinoza, nous pouvons imaginer que ces deux notions sont également deux éléments de la **représentation du corps**.

Si nous avons tous le même schéma corporel, il se modifie toutefois avec l'âge et les **transformations** de notre corps. Nos capacités évoluent, ainsi que la mise en jeu de notre corps, nous ne vivons pas les mêmes expériences, les représentations que nous avons de nous sont différentes. Il en est de même pour l'image du corps, étant directement en lien avec les interactions que nous entretenons avec notre environnement : quand ses interactions évoluent, l'image de soi évolue également. Le regard que porte l'entourage sur la personne âgée est différent, lui renvoyant parfois l'image d'un corps diminué qui n'a plus les mêmes capacités.

« Le premier *miroir* de l'enfant, c'est le **regard** de sa mère (D. W. Winnicott) ».

⁵² Mme Laugga, cours de psychomotricité 3^{ème} année à l'IFP de Bordeaux 2012-2013

⁵³ Dolto F *Schéma corporel et image du corps, chapitre Image du corps et schéma corporel : comment les distinguer* éd point essais n°251, 2000

⁵⁴ Mme Ponton G. cours de psychomotricité 3^{ème} année à l'IFP de Bordeaux 2012-21013

C'est dans l'interaction et en se comparant à l'autre que l'on prend conscience de sa **différence** et de nos **points communs**. Selon Lacan, l'individu se forge une image de lui unifié qui structure le Moi et le « **Je** » en investissant les objets extérieurs et en s'identifiant à eux. Pour Lacan, le « je » se base sur **l'image** que nous avons de nous-mêmes et sur le **discours** que les autres ont de nous. Il se construit dans l'identifiant à nos pairs et à travers le discours, dans le récit du « je ». L'image que nous avons de nous évolue donc avec celle de notre corps, elle évolue avec l'avancée en âge. En **EHPAD**, le sujet s'identifie à ses pairs et donc à des personnes en situation de **dépendance**. Nous l'avons dit, **l'identité** est un processus dynamique, il est donc normal qu'elle évolue. La difficulté réside dans la conservation d'une base **permanente** qui donne une continuité et une unité à nos expériences.⁵⁵

En psychomotricité nous pourrions, accompagner la personne dans un éprouvé de sa continuité d'existence, en prenant appui sur ses fonctions corporelles. À travers la répétition d'expérience de détente et de plaisir, nous favoriserions l'intégration d'une conscience de soi. Ces vécus corporels pourraient être accompagnés d'une mise en récit qui permettrait leurs symbolisations et leurs intégrations psychiques. Pour cela, nous disposons de différents outils thérapeutiques.

⁵⁵ Doron R. et Paot F. *Dictionnaire de la psychologie*, PUF 1991

B. Exemples d'outils thérapeutiques en psychomotricité

Différents objectifs thérapeutiques peuvent être mis en œuvre avec les personnes âgées douloureuses. Le psychomotricien aide les personnes à réduire leur l'anxiété par des inductions tactiles par exemple et les accompagne dans une détente tonique, il arrive que les personnes douloureuses aient une augmentation du tonus qui rend les mouvements plus douloureux.

Pour définir une médiation, il est important de toujours partir des désirs, des demandes de la personne et des activités qui lui sont importantes, sources de bien-être et de plaisir. Lors de la première rencontre avec un patient, je pose diverses questions sur ses goûts, sa vie, afin de dégager les types de médiations qui pourraient lui convenir. Diverses approches peuvent alors être envisagées autour du toucher, du goût, de la balnéothérapie, de la danse, de la musique, de la peinture, d'activité physique pour des personnes qui affectionnent le sport, de la relaxation et d'autres outils que je n'ai pas eu l'occasion de mettre en place lors de mon stage.

Au-delà du choix du médiateur, il faut également s'ajuster dans la relation au mode de communication de la personne. Certains échangent beaucoup à travers le regard, d'autres le toucher. Nous devons alors nous adapter et ajuster notre prise en soin à toutes ses particularités, pour soutenir au mieux la personne.

a) La respiration : vers un corps vécu, perçu et maîtrisé

La respiration a de nombreuses propriétés, elle est peut être un bon médiateur avec les personnes âgées douloureuses. Etroitement liée au **tonus** par l'intermédiaire du diaphragme, elle est liée à nos **émotions**. C'est une charnière entre conscient et inconscient, entre respiration volontaire et involontaire.

Maîtrise de la respiration

En EHPAD, le sujet âgé a parfois le sentiment de perdre le contrôle sur une partie de sa vie (les repas, les moments de toilette). Lorsque survient un handicap physique (qui peut être la cause ou la conséquence de douleurs chroniques), cette perte de contrôle est d'autant plus forte et plus violente que le sujet n'est plus maître de son corps, de ses gestes. Le contrôle de la respiration permet alors de retrouver cette **maîtrise du corps**. Par la respiration, le patient parvient à maîtriser une partie de sa vie, de son environnement, une partie de son corps propre et de ses émotions. A la fois dépendant de notre corps **biologique** et de nos **affects**, l'acte respiratoire permet de maîtriser le somatique et l'affectif. La personne en perte de contrôle peut ainsi reprendre confiance en elle, en son corps propre et en ses capacités.

La respiration : un nouvel apprentissage

Ainsi la personne âgée peut reprendre **confiance en elle**, en ses capacités, tout en étant à **l'écoute** de ses éprouvés et de ses ressentis. Ce sont souvent des exercices que les personnes âgées ne connaissent pas et n'ont jamais pratiqués. Elles ne se sentent donc pas en échec devant ces exercices, ne comparent pas leurs capacités antérieures avec leurs capacités actuelles. Au contraire, le contrôle de la respiration permet une certaine revalorisation. C'est pour elles l'occasion **d'apprendre**, de progresser dans de nouveaux domaines. Il y a donc une rupture, une inversion. Nous ne sommes pas dans le registre de la perte qu'il faut limiter, mais dans celui du gain de nouvelles compétences. Nous apprenons à tout âge, et même à 100 ans. C'est une façon de montrer aux personnes âgées que leur vie continue, qu'elles peuvent encore **évoluer** et que la régression n'est pas la seule voix qui leur reste.

La continuité d'existence par la respiration

Une fois la respiration volontaire maîtrisée, le patient est invité à observer sa respiration, les mouvements d'air et les mouvements du corps (respiration abdominale, thoracique, sous-claviculaire). Il prend ainsi conscience de l'importance de sa respiration, de sa **répétition**, de sa **régularité** et de sa **permanence**. La respiration a un rôle important dans le sentiment de **continuité d'existence**⁵⁶, que l'écoute de la respiration peut réveiller.

L'acte de respiration accompagne l'individu tout au long de sa vie, de sa naissance jusqu'à sa mort, et marque sa permanence. Comme la fonction cardiaque, la respiration nous accompagne depuis la vie fœtale, elle est continue.

La temporalité de l'acte respiratoire

Il existe trois types de rythme : le rythme **biologique** (liée aux fonctions physiologiques de notre corps propre), **personnel** (en lien avec nos états affectifs, avec notre personnalité) et **social** (rythme de nos journées avec notamment l'heure des repas, les horaires de travail). La temporalité d'un individu est définie par ces différents rythmes. La respiration fait le lien entre le rythme biologique et le rythme personnel, elle est directement en lien avec nos états émotionnels et toniques et dépend également de notre condition **physiologique** comme la fatigue, le sommeil ou l'effort. Lorsqu'elle est maîtrisée la respiration influence nos états psychiques et somatiques ainsi que nos rythmes personnels et biologiques. Respirer, *c'est prendre son temps*, se centrer sur soi. L'expression « *prendre du temps pour souffler* » n'illustre-t-elle pas cette idée? Ainsi le patient peut retrouver sa **propre temporalité** et se dégager de celle de la douleur (III. B. b)). À travers ce contrôle de l'acte respiratoire, l'individu n'est pas seulement maître de son corps, mais aussi de son temps.

⁵⁶ M. Rasal cours de psychomotricité 1^{ère} année à l'IFP de Bordeaux 2011-2012

Un réinvestissement corporel

Nous pouvons citer une autre fonction de la respiration qui est rattachée au **corps vécu**. Le sujet investit son corps par le biais de la respiration. Il peut le contrôler, le sentir et donc l'investir psychiquement. Dans le cas de douleur chronique, certains patients désinvestissent leur corps qui devient un étranger, extérieur au Moi⁵⁷. Le somatique n'étant alors que la source de souffrance et d'incapacité. La respiration peut aider ces patients à rentrer en **relation** avec leur corps en le revalorisant, en permettant d'avoir un rapport plus apaisé avec lui.

La respiration représente alors un **point d'ancrage**. En rendant le patient maître de lui-même, elle devient un point stable, fiable sur lequel il peut s'appuyer. Lors mon stage j'ai observé que si une personne perd ou a le sentiment de perdre le contrôle sur son corps propre, lors des situations de handicap par exemple, elle se rattache à ce qui « tient » encore en elle, et souvent surinvestit ses capacités restantes. Au niveau corporel, cela peut se traduire par un tonus élevé, qui limite d'autant plus le patient dans ses gestes. En favorisant le contrôle de la respiration, le sujet peut **investir** cette fonction et relâcher le contrôle sur le reste de son corps. L'individu peut alors être à l'écoute de ses éprouvés corporels sans chercher à les maîtriser. Ainsi, la respiration permet de libérer le corps de ses contraintes. À travers la respiration, la personne accède à un état de **détente**, de mieux-être.

La relaxation et la respiration

La respiration entre dans le cadre de la **relaxation**. Elle permet le phénomène d'hyperventilation qui modifie l'état de conscience, abaisse la vigilance, provoque le relâchement de la pensée analytique et permet de suggérer l'état de détente selon Lemaire C. (1989)⁵⁸. Elle fait le lien entre l'état de tension lors de l'inspiration et de détente lors de l'expiration. Elle permet donc de moduler **l'état tonique**.

La respiration permet un accès à un intérieur du corps propre par **l'intéroception**. Elle est une interface entre le dedans et le dehors par les mouvements d'air, mais aussi entre la conscience et l'inconscience, les fonctions viscérales et les fonctions motrices de par sa **double commande** (le nerf phrénique innerve le diaphragme et dépend d'efférences bulbo-spinal ainsi que des projections corticospinales directes en provenant du cortex moteur primaire ainsi que du cortex prémoteur, d'où le contrôle idéocinétique et halocinétique).

En aidant le patient à prendre conscience de l'intérieur de son corps, la respiration permet un ancrage corporel. Le corps peut alors être perçu comme un **contenant** et un **contenu**, une entité pleine et solide.

⁵⁷ Nasio J.-D., *La Douleur physique*, éd petite bibliothèque Payot, Paris 2006

⁵⁸ Guiose Marc *relaxation thérapeutique*, Chapitre V relaxation et respiration pp 79-81, éd Heures de France, 2007

La respiration aborde différents aspects du corps. Le corps **maîtrisé**, le corps **perçu** à travers la conscience de la respiration et le corps **vécu** est investi. Même si elle a plusieurs avantages, cette médiation ne peut pas s'appliquer à toutes les personnes âgées douloureuses. Il faut que le patient ait un niveau de conscience suffisant pour percevoir sa respiration, ce qui est très difficile pour une personne atteinte de **démence**. Dans ma pratique, j'ai observé que cette médiation convenait bien aux personnes qui ont un niveau de contrôle perçu bas et qui ont besoin de revalorisation. Mais dans tous les cas, le choix de la médiation se décide toujours à deux, le thérapeute et le patient.

Cette médiation a été utilisée avec Mme L. dont la clinique est développée dans l'étude de cas (V. B.). Pour elle, la respiration permet une nouvelle approche de son corps et de son handicap, lui donnant l'occasion de percevoir de nouveaux potentiels

b) Le toucher thérapeutique, un lien à la fonction tonico-émotionnelle

Le toucher n'est pas une chose qui a été abordé en première instance lors des prises en soin. En effet, les personnes âgées sont souvent manipulées lors des soins (pour la toilette, lors de séance de rééducation, lors de transfert...) il m'a semblé important, pour leur permettre de se sentir maître de leur corps et de leur ressenti, de les laisser *maître de leur toucher*, et de décider d'être touchées ou non. Le toucher est à mon sens un acte plutôt **intime**. « *Dès que l'on s'adresse au corps nous ne devons pas perdre de vue que l'arbre cache la forêt et que toucher, qu'être touché, n'est pas anodin.* »⁵⁹ Christian Hiéronimus. Nous ne massons pas le premier venu, surtout chez cette population qui a grandi dans un **environnement socioculturel** différent. Un temps de rencontre a été pour moi indispensable, afin de connaître la personne (ses goûts, ses douleurs, ses appréhensions peut-être, ses particularités, son caractère) et qu'elle apprenne à me connaître en retour, lui permettre d'appivoiser nos échanges, de cerner mes intentions de soignant. C'est seulement ensuite que le toucher a pu être abordé avec les patients.

Le toucher a différents apports intéressants auprès de cette population⁶⁰ :

La mise en jeu du gate control

Le toucher a un rôle particulier auprès des personnes douloureuses grâce aux propriétés du **gate control**, il peut diminuer l'influx nociceptif. C'est un système **inhibiteur** de la douleur qui s'active lors d'une information tactile : la conduction étant plus rapide pour les informations tactiles, elle prédomine sur le message nociceptif qui n'est alors pas transmis.

⁵⁹ Hiéronimus Christian *L'art du toucher* édition Lanore poche 2007 p16

⁶⁰ Ibidem

Le toucher non médicamenteux ou médicamenteux ?

Le toucher ou massage médicamenteux est souvent associé aux kinésithérapeutes ou aux soins demandant une technique spécifique (infirmière, aide soignant lors des toilettes). Ils ont alors un toucher très **technique** et perçoivent le corps comme un objet à soigner. Dans le toucher non médicamenteux, nous faisons référence à un corps en **relation**, un corps de plaisir et sexualisé. En psychomotricité, le toucher est à la fois **médical et non médical** : entre l'acte médical qui vise à diminuer les douleurs et la rencontre de l'autre dans sa subjectivité. De nombreux affects peuvent être véhiculés par ce toucher, à travers le **dialogue tonico-émotionnel**⁶¹ notamment. Nous percevons ce que le patient ressent comme il est sensible à ce que nous dégageons lors de ce toucher. Le psychomotricien doit alors être attentif à ce qu'il peut véhiculer par ce contact de peau à peau. Pour cela il faut être à l'aise dans les médiations que nous proposons.

Le toucher en psychomotricité est un toucher technique, mais pas déshumanisé.

Le besoin d'être touché

Le toucher véhicule beaucoup de sous-entendus notamment autour du lien et de la **relation**, faisant écho au sentiment de solitude que ressent celui qui les évoque. Etre touché c'est être avec quelqu'un qui est présent à côté de soi. Il met en avant le désir de la personne d'être « manipulée »⁶², protégée et contenue. Il peut être perçu comme un rappel de la relation mère-enfant où l'enfant est porté, soutenu, contenu par sa mère.

« *Le besoin relationnel des patients en fin de vie montre que ce qui est essentiel au début de la vie, l'est tout autant à la fin* » nous explique Odile Gaucher-Hamoudi et Marc Guiose dans Soins palliatifs et psychomotricité⁶³. Nous avons toujours besoin de l'autre, Winnicott disait « *un bébé seul n'existe pas* », mais un adulte seul non plus. L'homme est un être de relation, nous avons besoin de l'autre, de **communiquer** avec autrui. Avec le vieillissement et notamment les démences, la communication devient difficile, nos perceptions sensorielles diminuent. Le toucher est alors l'un des seuls moyens de communication qui perdurent malgré la dégénérescence neuronale. *Le toucher est le premier et le dernier mode de communication*. Il prend alors une grande importance chez la personne âgée. Il vient en partie répondre à ce manque relationnel, à ce besoin d'interaction que décrivent beaucoup de personnes douloureuses.

⁶¹ Rupied Agnès *Il était une fois le toucher*, mémoire de psychomotricité, Paris 2006

⁶² Hiéronimus Christian *L'art du toucher* édition Lanore poche 2007 P 17

⁶³ Gaucher-Hamoudi Odile et Guiose Marc *Soins palliatifs et psychomotricité*, édition Heures de France 2007

*La communication par le toucher*⁶⁴

Ajuriaguerra développe la notion de **dialogue tonico-émotionnelle**. C'est un mode de communication qui se base sur la posture et le **tonus** de la mère et de l'enfant. À travers le toucher et la peau, l'enfant perçoit l'état émotionnel de sa mère et s'ajuste à elle, comme elle s'ajuste à lui. Ce concept se base les théories de Wallon sur le lien entre le tonus et les émotions. En percevant le tonus de l'autre, nous sommes informés sur ses éprouvés. Cette communication qui est intuitive et fondamentale au début de notre vie, est de plus en plus **inconsciente**, pour devenir un mode de communication secondaire. En vieillissant, notre **pensée** se structure. Selon Piaget, la pensée se développe à partir de nos éprouvés corporels pour s'en dégager peu à peu et devenir abstraite au stade de la pensée formelle. Les sensations corporelles deviennent peu à peu des éléments secondaires de nos réflexions. Nous communiquons par le langage verbal, symbolisé, et non à partir de ce dialogue corporel. Ce qui était intuitif ne l'est plus.

Mais ce mode de communication est toujours présent, inconscient, il devient même prédominant dans certains cas de démence. Le toucher peut alors être une façon d'entrer en interaction. Il arrive que la douleur devienne un mode de communication. La **plainte** devient alors le vecteur d'une souffrance plus grande, d'un manque de relation, d'un défaut d'interaction. Le toucher peut alors se révéler une médiation intéressante. Comme toute **communication non verbale**, elle permet d'exprimer un vécu non mentalisé. Elle peut également être un soutien de la communication verbale selon les auteurs de *Soins palliatifs et psychomotricité*. Le dialogue est restauré.

Lors d'un toucher thérapeutique, nous véhiculons nos propres affects et nous percevons son état émotionnel, comme la mère et son enfant. Le psychomotricien doit alors être attentif à ce qu'il perçoit de l'autre afin de s'ajuster à lui.

Le toucher chez la personne âgée

La façon d'appréhender le toucher est **culturelle**. Nous n'avons pas le même rapport au corps d'une société à l'autre ou d'une époque à l'autre. Nous l'avons déjà évoqué dans l'histoire de la douleur et du corps, que de nombreuses évolutions ont marqué notre histoire et notre considération du corps propre. Pour cette génération, le savoir, la cognition sont souvent mis en avant, au détriment du corps et de ses besoins qui sont tus. En EHPAD, j'ai remarqué que les personnes craignaient davantage la dégradation cognitive que la dégradation physique. Le corporel est placé au second plan et le toucher est un mode de communication **peu investi**.

Le toucher est souvent perçu comme un acte « tabou », lourd de sens. Mais, avec la situation de dépendance, certains ne sont plus maîtres de ce toucher. Celui-ci devenu un acte **technique** lors des

⁶⁴ Rupied Agnès *Il était une fois le toucher*, mémoire de psychomotricité, Paris 2006

soins infirmiers ou des toilettes, perd son aspect relationnel et ce notamment dans le cas de douleurs chroniques ou aiguës qui nécessitent plus de soins.

Le psychomotricien, par le toucher thérapeutique, accompagne la personne âgée à **repenser son corps**, à l'envisager d'une autre façon. Il devient alors un moyen de communication, un lieu de bien-être et de contenance.

Le toucher du côté du thérapeute

« *Connais-toi toi-même* » Socrate

Dans l'art du toucher de Christian Hiéronimus, il est développé un concept que je trouve très approprié à la psychomotricité. Pour lui, il faut avant tout se connaître soi-même, être à l'écoute de son **propre corps** avant d'être à celui de l'autre. C'est en étant à l'écoute de notre propre état tonique et de ses modifications que nous pouvons au mieux cerner l'état tonique de celui que nous massons. Ce principe s'applique à mon sens, à toute la **pratique psychomotrice**.

Je pense que pour aider un patient, une personne douloureuse, il est important de se respecter soi-même, de ne pas se mettre trop en difficultés. Comme nous nous efforçons d'être sensibles au dialogue tonico-émotionnel développé par Ajuriaguerra, la personne que nous accompagnons y est également sensible, notamment les personnes démentes.

Le toucher dans la prise en soin

Je propose une prise en charge par le toucher avec des personnes atteintes de démences de type Alzheimer. Elles se révèlent extrêmement sensibles à ce médiateur et notamment à sa fonction de communication. Si leur interlocuteur est distrait, elles réagissent immédiatement au niveau tonique par une crispation.

Le toucher a principalement été utilisé lorsque les personnes étaient dans une situation de replis et qu'aucune autre communication n'était possible. Le toucher permettait alors d'entrer en interaction avec la personne, de lui signifier ma **présence**. Je pense qu'il est important de signifier aux personnes que nous sommes toujours présents, même lorsqu'elles sont refermées sur elles-mêmes et que l'échange n'est pas possible. Par le toucher, je signifie que je viens tout de même les voir, que la maladie n'interrompt pas la prise en soin et ce même si je ne reste que 10 minutes.

Avec les personnes atteintes de démences à un stade sévère, le toucher était le principal mode de communication. Je m'efforçais alors de proposer un **toucher enveloppant** et rassurant afin de l'accompagner la personne de percevoir ses **limites corporelles** et son corps en général et peut-être ainsi de retrouver une certaine **sécurité interne**.

Pour les personnes douloureuses qui ne souffrent pas de démences, la **qualité** du toucher thérapeutique reste une priorité. Par ce contact, nous pouvons signifier à la personne qu'elle n'est pas qu'un corps biologique, mais qu'elle est également un individu avec une sensibilité qui lui est propre. *Notre corps n'est pas qu'une mécanique.* Notre corps c'est nous, comme nous sommes notre corps.

Ces exemples de médiations ont encore beaucoup d'autres avantages et intérêts thérapeutiques que je n'ai pas pu développer ici. J'ai choisi d'évoquer les axes de travail en psychomotricité que je trouvais les plus pertinents dans ma pratique auprès de cette population.

Après avoir abordé d'un point de vue théorique la douleur et la souffrance, la personne âgée et ses particularités avec notamment la notion de perte ainsi que l'expression singulière de la souffrance chez le sujet âgé. Nous avons également vu la place que pouvait occuper le corps pour le sujet douloureux et les médiateurs possibles en psychomotricité. Mais en pratique, qu'en est-il ?

Toute pratique dépend de notre lieu d'exercice, ici, du lieu de stage. En effet, il définit en partie notre cadre, l'espace que nous pouvons occuper, le temps donc nous disposons. Il établit un projet propre à chaque résident qui définit des axes de travail pour tous les professionnels qui exercent auprès de la personne.

C'est dans ce contexte que se déroulent les prises en soin psychomotrices. Je rencontre notamment Mme L, une femme de 89 ans qui souffre de douleur chronique.

V-ILLUSTRATION CLINIQUE

A. Présentation de la structure

J'ai effectué mon stage en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Cette structure accueille 89 personnes allant 62 ans à 104 pour la doyenne. L'EHPAD s'organise sur deux espaces de vie distincts : les « secteurs » et l'unité protégée.

Dans l'**Unité Protégée**, 14 lits sont proposés aux personnes qui fuguent et celles ayant besoin d'un cadre plus restreint et **sécurisant** pour apaiser leur anxiété. Elle est réservée aux personnes souffrant de démence à un stade sévère ou d'importants troubles du comportement. L'admission dépend de la décision de l'équipe de soin. La famille peut s'opposer à cette décision. Il leur est alors demandé une décharge vis-à-vis des risques encourus (fugue, accident...). Le **cadre** de cette unité protégée est volontairement **souple** pour mieux s'adapter aux besoins et rythme de chaque résidant. Les heures du réveil et des toilettes sont définies individuellement. Seules les heures des repas du midi et du soir sont plus ou moins fixes.

Le choix de la structure de proposer un cadre souple a ses avantages et ses inconvénients. Pour diminuer l'**angoisse** des résidants, un cadre sécurisant, fiable et répétitif pourrait être plus approprié. La répétition permet aux personnes **d'anticiper** plus facilement les événements à venir et leur apporte un sentiment de maîtrise et de contrôle rassurant. Pour Bullinger, un environnement stable et repérable permet de puiser des **repères organisateurs**. Dans le développement de l'enfant, la mère instaure des rythmes dans les soins tout en gardant une certaine souplesse pour s'adapter à son enfant. Le but dans ces unités protégées est de recréer le même type **d'ajustement**. Il faut être vigilant à ne pas proposer un cadre trop souple, au risque que les personnes souffrant de démence ne le discernent plus.

Les résidants n'étant pas en unité protégée ne sont pas soumis à ces règles. Le cadre qui leur est proposé est moins souple, les heures de repas par exemple sont plus rigides. Contrairement à l'unité protégée, ils sont soumis aux **règles de la vie** en collectivité avec ses contraintes. Pour certaines personnes âgées, ces règles sont difficiles à accepter : ils décrivent parfois une perte de liberté, où ils ne peuvent plus décider de l'organisation de leur journée, de leurs activités.

L'**architecture** des lieux se divise en différents secteurs autour d'un patio central. Il existe plusieurs petits salons pour les résidents et leur famille ainsi qu'une bibliothèque. Mais aucune salle n'est prévue pour des séances de rééducation que ce soit de la kinésithérapie, de l'orthophonie ou de la psychomotricité. Je réalise alors mes séances dans les **chambres** des résidents ou dans la bibliothèque lorsque celle-ci est disponible.

Le **projet institutionnel** vise le confort de la personne, le maintien de son autonomie et de ses capacités physiques et cognitives.

L'équipe de soin

Cette structure emploie 4 Infirmiers, 21 Aides Soignants (AS), 16 Agents de Service Logistique (ASL), une psychologue, une animatrice, une directrice, une secrétaire de direction, un comptable, une responsable hôtelière, une infirmière coordinatrice et un responsable technique. Le **médecin coordinateur** n'est plus en poste depuis le mois août, il s'occupait de **l'évaluation de la douleur** et du suivi des résidents (il mettait en avant de nouveaux symptômes,...). Pour mon travail personnel, je me suis basée sur des évaluations extraites de mes observations et de celles de l'équipe et des réponses aux auto-évaluations des patients, en absence d'évaluation rédigée par un médecin ou un infirmier.

Le personnel est en **sous effectif** compte tenu du GIR moyen pondéré qui est de 660 (évaluation du niveau de dépendance moyen des résidents de l'établissement) et du PATHOS moyen pondéré qui est de 280 (évaluation du niveau de soin moyen des résidents de l'EHPAD). La création d'un mi-temps de psychomotricité, d'un mi-temps d'ergothérapie, de deux postes AS, deux d'ASL et d'un d'infirmier devrait être réalisée. Actuellement, le ratio de soignant par résident est de 0.51, quand il devrait être de 0.57. Cet EHPAD est dans une situation particulière car la **convention tripartite** n'a toujours pas été signée avec le Conseil Général et l'Agence Régionale de Santé. La signature de cette convention permet à l'établissement de percevoir des crédits de fonctionnement. En contrepartie, l'EHPAD s'engage à respecter un cahier des charges et une démarche qualité permettant d'accueillir les personnes âgées dans les meilleures conditions. Cette convention implique un système de tarification particulier, la triple tarification, qui répartit les frais de séjour selon trois volets (hébergement, dépendance et soins) auxquels correspondent des aides financières spécifiques.

La population rencontrée et leurs troubles :

Avec le vieillissement, de nombreux troubles physiologiques et psychologiques apparaissent.

Les résidents souffrent de différents troubles allant de l'handicap moteur suite à un accident vasculaire cérébral, aux incapacités physiques liées au vieillissement (perte musculaire, limitation articulaire...), sans oublier les déficiences sensorielles et les troubles cognitifs, les empêchant de réaliser des actes de la vie quotidienne. Ces **situations de handicap** s'observent dans différents contextes, dont le cercle familial.

D'une situation d'autonomie, l'individu devient dépendant et notamment de sa famille ou de ses proches. C'est une situation difficile pour la personne âgée et **l'aidant**. Le placement en EHPAD est souvent une solution adaptée. Il permet de soulager l'aidant et de répondre aux besoins de la personne.

La majorité des résidents souffrent de troubles cognitifs et moteurs. Les **poly-pathologies** sont fréquentes : l'arthrose, le cancer, les troubles rénaux, l'arthrite, l'hypertension artérielle et les complications entraînées sont régulièrement retrouvées dans les dossiers médicaux. Pour traiter ces différents troubles, de nombreux produits pharmacologiques sont prescrits aux personnes âgées. Avec ces traitements pluriels, les risques **d'interaction pharmacologiques** sont importants et les effets secondaires nombreux et parfois mal connus. Lors des prises en soin, les soignants sont **vigilants** aux signes somatiques, psychologiques et psychomoteurs qui peuvent témoigner de ces effets secondaires.

Une grande majorité des résidents ont de lourds **antécédents** chirurgicaux, notamment lors de fractures consécutives à une chute. Les troubles de la motricité, de l'équilibre, une représentation erronée de leurs capacités peuvent être à l'origine de ces chutes.

Le psychomotricien est donc attentif aux **signes corporels** et aux symptômes, qui l'orienteront dans la prise en soin.

Dans cette population, de nombreuses personnes souffrent de **douleurs chroniques**. Plus de 30% des patients en institutions en souffriraient, et seulement 38% d'entre eux seraient pris en soin pour cette douleur⁶⁵. Le traitement de la douleur est devenu une **préoccupation nationale**, de nombreux efforts sont faits pour la déceler, l'évaluer et la traiter. La psychomotricité, par son approche globale de la personne et son rapport singulier au corps, semble pertinente dans la prise en soin de ces douleurs.

⁶⁵ Revue de littérature, *la qualité de vie en EHPAD approchée à partir des enquêtes statistiques françaises* <http://www.anesm.sante.gouv.fr> 24/03/2013

Ma place de stagiaire :

J'ai effectué ce stage sous la forme d'un **stage expérimental**, c'est-à-dire sans psychomotricien présent dans la structure. J'ai été encadrée par la psychologue de la structure et un psychomotricien qui exerce dans un autre EHPAD. Le début de mon stage n'a pas été facile. En effet, il n'est pas simple de trouver sa **place** dans une équipe en l'absence d'un psychomotricien. Il m'a fallu alors m'adapter à l'institution, son fonctionnement, le rythme des soins, ainsi qu'au rythme de vie des résidents.

Pour cela j'ai commencé mon stage par une **période d'observation** où j'ai pu suivre chaque membre de l'équipe soignante. Ainsi j'ai **découvert** le travail des autres professionnels du soin et la spécificité du suivi des personnes âgées.

Dans un second temps, un temps de rencontre avec les résidents a été mis en place, afin de dégager leurs problématiques et l'apport de la psychomotricité auprès de cette population.

Dans le cadre du stage expérimental, j'ai principalement rencontré des personnes douloureuses indiquées par l'infirmière coordinatrice et la psychologue.

Le suivi a commencé par un **entretien** qui permettait d'établir un premier contact avec la personne. Au terme de celui-ci, elle pouvait, si elle le désirait, exprimer une demande de suivi en psychomotricité. Nous en discutons alors ensemble, et nous décidons à deux d'un suivi ou non. Certaines personnes ont **refusé** la prise en soin en psychomotricité, car elles n'en ressentaient pas le besoin. Pour d'autres, le traitement de la douleur ne dépendrait que des traitements pharmacologiques.

Puis une période de rencontre, de découverte s'instaure. C'est un temps où le thérapeute et le patient s'appréhendent l'un l'autre, où les particularités, les goûts de la personne sont mis en avant et où les **objectifs thérapeutiques** se dégagent.

B. Utilisation de la respiration dans un réinvestissement de soi

Je rencontre lors d'un stage expérimental en Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante (EHPAD) Mme L, une femme de 89 ans.

a) Le dossier médical

Histoire de vie et anamnèse

Mme L est née en novembre 1923 près de Bordeaux. Nous avons peu d'informations sur son enfance hormis qu'elle vivait avec ses parents et son frère aîné. Ses parents avaient une exploitation familiale où elle a travaillé avant de rencontrer son mari M. L.

Son mariage est heureux, de leur union nés deux enfants : un **fil**s et une **file**.

Mme L est une femme **très active**, elle s'occupe de son domicile, de son mari, ses enfants, puis de ses petits enfants. Elle prend peu de temps pour elle et a toujours quelque chose à faire. Elle prend plaisir à s'occuper de son jardin, à être à l'extérieur. Elle se décrit comme étant autonome et apprécie cette « **liberté** » d'action.

Après leur retraite, elle déménage avec son mari pour se rapprocher de leur fille.

Peu après, son **mari** tombe malade : il a un cancer de la prostate. Il **décède en 2000**.

C'est une période difficile pour Mme L, qui, après avoir quitté la maison où elle a élevé ses enfants, perd son mari. Elle connaît alors une période de **dépression** accompagnée d'idées suicidaires selon Mme L.

En **novembre 2011**, elle reçoit un choc à la tête qui provoque une hémorragie sous durale dans la région fronto-pariéto-occipitale gauche. Les premiers signes de cette hémorragie apparaissent quelques heures après, durant la nuit. Elle est alors hospitalisée aux urgences de Pellegrin, puis admise en centre de rééducation.

Elle est ensuite accueillie en EHPAD à sa sortie.

La **perte brutale** de ses capacités et la survenue rapide de sa dépendance est un **traumatisme** pour Mme L. Le deuil de ses capacités antérieures est difficile, ainsi que l'acceptation de sa nouvelle situation.

En **février 2012** elle convulse. Son hématome sous dural saigne de nouveau avec pour conséquence une hémiplégié, une aphasie, l'apparition d'idée délirante et d'hallucination, de trouble du comportement et d'idées suicidaires (non relevé dans le dossier médical avant cette date). Des douleurs dans le bras droits sont dès lors signalées.

Le **tableau clinique** de Mme L est complexe. En effet, il est difficile de définir les troubles qui sont imputables à l'hématome sous dural et ceux qui résultent d'un état dépressif (idées suicidaires, hallucinations...). Ces symptômes sont au carrefour des troubles **neurologiques** et des troubles **psychiatriques**, ce qui complexifie sa prise en soin.

Puis son état se stabilise. Mme L **recupère** de son aphasie et son hémiplégié évolue en hémiparésie. Une prise en charge psychiatrique est mise en place pour sa dépression et ses idées suicidaires.

Au mois d'octobre 2012, elle fait une nouvelle crise convulsive et chute dans sa chambre. Elle ne présente pas de nouveau symptôme, mais cette chute reste très marquante pour Mme L. Pour elle, la chute est à l'origine de douleur à sa hanche gauche. Les divers examens ne révèlent aucun traumatisme à la hanche, mais un diagnostic discarthrose est posé suite à ces investigations.

En février 2013, lors d'une nouvelle investigation une fracture de l'os iliaque est découverte.

Le diagnostic

Le diagnostic actuel de Mme L montre ; une **hémiparésie droite**, une légère héminégligence, une **dyspnée**, une **fibrillation auriculaire** et une **discarthrose**.

Elle se plaint de **douleur** au niveau des lombaires et de la hanche gauche dont l'étiologie n'est pas clairement défini (fracture, arthrose, douleur neuropathique...).

Des douleurs au niveau thoracique sont également observées. Là encore aucune étiologie n'est dégagée, mais diverses hypothèses sont envisagées : soit des conséquences de sa fibrillation auriculaire, soit de la dyspnée, soit de l'angoisse.

Actuellement Mme L est **suivie** par un **kinésithérapeute** et un **orthophoniste** libéral en plus de la psychomotricité qui n'est proposée que dans le cadre du stage expérimental. La possibilité d'un suivi en psychomotricité au terme de ce stage a été évoqué.

L'objectif thérapeutique de la structure

L'objectif thérapeutique de la structure est de **maintenir** les acquis de Mme L, par l'intervention de professionnels libéraux (kinésithérapeute, orthophoniste), de **prévenir** les chutes et de maintenir au mieux son autonomie en adaptant son environnement. Une surveillance soutenue des signes d'un nouveau saignement de son hématome sous dural est mise en place afin de permettre une **intervention précoce**.

Description de Mme L

Mme L est très **volontaire** et active dans sa prise en charge (rééducation et toilette). Elle est une personne de bon contact mais est assez **solitaire** selon l'équipe soignante. Elle ne participe pas aux divers animations proposées et préfère rester dans sa chambre pour ne pas rater une visite de sa fille.

Elle n'apprécie pas la présence de l'autre qui lui renverrait **l'image de son handicap**. Elle explique ne pas vouloir être considérée comme « *différente* » (différente de ce qu'elle était, anormale) par ses proches et **refuse** donc toutes visites sauf celles de son frère (qui vit près de l'EHPAD où elle réside) et de ses enfants ; son fils qu'elle voit peu et sa fille avec qui elle entretient une relation privilégiée (actuellement, sa fille vient la voir tous les jours en sortant de son travail). Selon Winnicott, le **regard** de l'autre est un miroir⁶⁶. Nous pouvons supposer que Mme L ne peut pas soutenir ce regard car il lui renvoie l'image de ce corps qu'elle ne supporte plus.

De même elle ne supporte pas de voir les autres personnes « malades » (autant sur le plan cognitif que moteur) car cela la renvoie à son propre état, à la dégradation de son corps et à sa **peur de perdre** les capacités qui lui restent. Selon Freud, l'identité se base sur **l'identification**⁶⁷. En appartenant au même groupe (les résidents de l'EHPAD) que ses personnes plus malades qu'elle, Mme L s'identifie à eux. Nous pouvons supposer que cette identification modifie l'image, **l'identité** de Mme L qui devient également une **personne handicapé**. Ce qui ne semble ne pas être acceptable pour Mme L à l'heure actuelle (IV. A)).

La situation de handicap est très difficile pour Mme L car elle correspond à une perte **d'indépendance**, à une absence de maîtrise, ce qui l'angoisse beaucoup (II. B.). Elle explique qu'elle doit tout **anticiper** et pense toujours au pire (« et si je tombe, si je fais une autre crise d'épilepsie... »), comportement qu'elle adoptait peu avant son accident. A la base, l'anticipation selon Stern permet de trouver une **unité de soi** (IV. A.). C'est en anticipant les moments de bien-être et de portage, l'enfant intègre peu à peu ses sensations corporelles et leur unité. Nous pouvons supposer que Mme L met en jeu le même type de stimulations afin de mettre en avant sa continuité d'existence. C'est une façon de se **projeter** dans l'avenir, de différer son **attente** selon Marcelli.

Elle se **dévalorise** souvent et dit « ne pas supporter qu'on parle d'elle ou qu'on la complimente sur ses progrès ». Tout ce qui lui rappelle son handicap est fortement rejeté par Mme L. Elle **rejette également son corps** qui « ne correspond plus à ce qu'il était » selon Mme L, qui la renvoie à ses incapacités. Ainsi elle parle de lui comme d'une tierce personne qui la martyrise, la

⁶⁶ Winnicott D. W., *Jeu et réalité*, chapitre IX Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant, éd folio essais 2002

⁶⁷ Mme Laugga, cours de psychologie 3^{ème} année à l'IFP de Bordeaux 2012-2013

harcèle. Selon Nasio⁶⁸, la douleur (physique ou psychologique) peut entraîner un **rejet** du corps, de la zone responsable de cette souffrance. Ici, le bras droit de Mme L, représente son handicap physique, ses incapacités qui sont sources d'une grande **souffrance**. En rejetant ce bras, elle met à l'extérieur d'elle cette douleur. Ainsi elle peut s'en dissocier et s'en protéger. Nous pouvons supposer que le Moi est alors différencié de la douleur, de ce qui fait souffrance. Cela peut être perçut comme un mécanisme visant à protéger notre identité (II. B. b)). La douleur ne fait pas partie de nous, et ne nous définit pas.

b) La psychomotricité

Je fais la connaissance de Mme L dès le début de mon stage sur le conseil de la psychologue et de l'infirmière coordinatrice. Mme L présentant un possible trouble du **schéma corporel** et de **l'image du corps**, en plus de ses **douleurs chroniques**. Je suis alors émue par son histoire, par la violence de sa pathologie, sa survenue brutale. Sa réaction, son rejet de son corps m'interroge. Comment une personne peut-elle dissocier son bras du reste de sa personne ? Est-ce uniquement un déficit sensoriel ou des mécanismes psychologiques se rajoutent-ils sur un trouble déjà existant ? Je suis également frappée par son désir de progrès, de récupérer ses capacités motrices, et parallèlement son indifférence à son corps. Elle n'est alors pas à l'écoute de ses éprouvés corporels et se concentre uniquement sur **le faire**.

Le bilan psychomoteur

Un bilan psychomoteur classique, dans des conditions standardisées, n'a pas été réalisé. C'est un choix. En effet Mme L accepte difficilement ses incapacités, elle ne parvient pas à percevoir ses progrès et se centre sur ce qui est encore défaillant chez elle. Même si lors du bilan, les situations d'échecs sont évitées, Mme L se sent toujours en échec, étant consciente de ses difficultés pour réaliser des tâches qu'elle juge « faciles ». Ces difficultés sont sources de frustration et de dévalorisation de la part de Mme L.

L'évaluation psychomotrice se base principalement sur des observations réalisées lors des premiers entretiens, reprenant des gestes de la vie quotidienne (prendre un verre d'eau, une feuille, marcher...). Pour diriger mes observations, je me base sur l'évaluation géronto psychomotrice.

Au niveau de **l'équilibre**, Mme L tient en appui bipodal quelques secondes et peut rester en station debout avec l'aide d'une canne. De même pour la marche, elle peut marcher seule sur de courte distance et a besoin d'un appui (canne, rampe...) pour étendre son périmètre de marche.

⁶⁸ Nasio J.-D. *La Douleur physique*, petite bibliothèque payot Paris 2006

Elle est très fatigable et utilise un fauteuil roulant propulsé par une tierce personne pour les longues distances.

Il est noté une différence de **tonus** entre la droite et la gauche expliqué par l'hémiplégie. Les amplitudes articulaires des membres supérieures sont correctes, elles sont plus limitées aux membres inférieurs. Son **tonus de fond** est assez homogène entre les deux hémicorps. Le **tonus d'action** est plus élevé est présente des syncinésies toniques importantes sur le bras droit et de moindre ampleur sur le bras gauche. Lors de la réalisation d'acte moteur, Mme L est tendu, son tonus est élevé.

Les **coordinations** de l'hémicorps droit sont lentes et saccadés. Les items de motricité fine sont difficilement réalisables, Mme L étant à l'origine droitrière. Elle ne peut pas saisir d'objet fin comme une feuille ou un crayon de sa main droite. La main gauche est plus précise mais les mouvements restent saccadés, peu fluides. Elle ne peut pas boutonner seule ses vêtements par exemple.

Elle ne présente pas de trouble majeur d'ordre **cognitif**, elle comprend les consignes simples et complexes, identifie des formes complexes sur une représentation (photo ou dessin), peut anticiper ses actions.... Cependant elle se plaint de **troubles mnésiques**, (de ne pas se rappeler ses rendez-vous...) ce que l'examen ne met pas en avant. Elle ne désire pas d'aide technique lui permettant de pallier à ses troubles (agenda).

Elle ne présente ni de trouble au niveau des **praxies**, ni de la connaissance du corps. De légers troubles de l'orientation spatio-temporelle sont notés. Mme L peut se situer dans la journée ou identifier les saisons mais elle ne connaît pas toujours la date, ce qui peut expliquer en partie ses oublis de rendez-vous.

Elle n'est pas gênée au niveau de sa **communication**, qu'elle soit verbale ou non verbale. Elle peut exprimer une envie, un sentiment ou une sensation.

Il faut cependant noter que Mme L se dit souvent de mauvaise humeur, ne pas désirer de visite. Ce qui est en contradiction avec ce qu'elle dégage dans la relation.

Evaluation de la douleur

L'évaluation que je propose dans cette étude de cas est à titre informatif, n'étant pas extrait du dossier médical. Elle me sert de repère et de support dans ma prise en soin à titre personnel. Elle se base sur mes observations et quelques informations fournies par l'équipe de soin en début de ma prise en soin.

L'évaluation de la douleur est habituellement réalisée par le médecin coordinateur. Or, celui-ci est absent depuis aout 2012 et aucune évaluation antérieure de la douleur n'est trouvée dans le dossier médical de Mme L.

L'évaluation de la douleur signale des **douleurs lombaires** notées sur l'échelle EVA à 10/10. Pour Mme L ces douleurs sont associées à une chute et l'idée de chuter de nouveau est très anxiogène pour elle. Elle les décrit comme des brûlures en bas du dos et comme des déchirures aux fessiers. Ces douleurs initialement non reconnues par son médecin traitant, semblent être **très investies** par Mme L. Parfois, face à l'absence de diagnostic, la personne se centre d'avantage sur ses douleurs pour mieux les définir et apporter des éléments cliniques.

Elle décrit dans un second temps des **douleurs au membre supérieur droit** qu'elle évalue à 6/10. Elle précisera elle-même « *qu'une autre personne aurait peut-être mis 10 mais moi je ne veux pas* ». Peut-être, reconnaître la douleur de son bras hémiparésique reviendrait à reconnaître son bras comme étant une partie d'elle ? Ce qui semble actuellement impossible pour Mme L. Elle signale des **raideurs** articulaires et des mobilisations difficiles. Elle ne peut pas décrire ses douleurs en termes de sensations. Elle définit son bras comme lourd et encombrant.

Globalement Mme L **localise** ses douleurs, définit leurs **intensités** et peut plus ou moins les **décrire**. L'intensité de ses douleur semble en lien avec ses **affects** et l'importance qu'elle accorde à ses douleurs; les douleurs plus anciennes sont les plus faibles alors que les plus récentes qui requièrent toute son attention et qui ne sont pas encore diagnostiquées sont les plus fortes.

Son discours est toujours **dépressif**, elle n'arrive pas à trouver spontanément des activités qui lui font plaisir (visites de sa famille). Elle se dit toujours de mauvaise humeur et l'avoir toujours était, ce qui semble en **contradiction** avec les observations que l'on peut faire lors de la séance : elle est souriante, rit, cherche l'échange.

Elle évoque en parlant de ses douleurs son bras gauche (sain) qui est source d'inquiétude pour elle, elle a **peur de le voir se dégrader** comme le droit, ce qui est source de « **tension** ». Elle décrit des fourmillements dans son bras lors des manipulations (peut-être due à des efforts du bras initialement dominé qui est plus sollicité).⁶⁹

L'objectif thérapeutique en psychomotricité

L'objectif en psychomotricité est de permettre à Mme L de retrouver une image de son corps **unifiée**, où son corps propre n'est pas dissocié du reste de sa personne et **d'exprimer** un vécu corporel qui est peu investi, (à la différence des capacités motrices). L'objectif est également de l'accompagner dans le **deuil** de ses capacités et dans l'**acceptation** de son corps, de ses limites, de son ralentissement et la modification de son image, lui permettant d'**investir** son corps et son environnement. L'objectif est également de lui redonner **confiance en elle** pour qu'elle puisse accepter le regard de l'autre.

⁶⁹ Annexe 2

Pour cela, la relaxation, et plus particulièrement des exercices de respirations, sont utilisés.

Des exercices de respiration volontaire (donc contrôlée) lui sont alors proposés, lui permettant **d'être active** dans son soin et à **l'écoute** de ses ressentis. De plus Mme L localise ses problèmes d'angoisse dans sa respiration. Ces exercices ont pour but d'accompagner Mme L dans une détente **maitrisée**, où elle peut maintenir un certain tonus dans les premiers temps, qui lui permet de ne pas se sentir lâchée, décontenancée. Evitant ainsi de mettre Mme L dans une situation où elle perdrait le contrôle. Ici la **détente** est secondaire et Mme L peut se concentrer sur ses performances respiratoires sans créer de tension interne. Ces exercices permettent un relâchement de la zone thoracique, d'accompagner Mme L dans une détente « maitrisée » où elle est active et contrôle son état tonique, de relâcher le contrôle constant qu'elle exerce sur son environnement et sur son corps, en l'aidant à **accepter** son corps, ses capacités (VI. B.).

La prise en soin en psychomotricité

✓ **Le premier entretien** : une prise de contact

Ce premier entretien a pour but de prendre contact avec Mme L, d'apprendre à mieux la **connaître**, à cerner ses goûts, ses besoins et ses capacités. Ainsi les séances proposées peuvent être adaptées au mieux aux particularités de Mme L, même si plusieurs séances sont nécessaires avant de réellement trouver le mode de prise en soin qui lui convient. Un entretien ne permet pas de définir à lui seul le projet thérapeutique, mais il aide à l'orienter.

Lors de celui-ci, Mme L est globalement de bon contact.

Elle **parle peu** d'elle, de ses ressentis et s'étend d'avantage sur ses **troubles somatiques** ou sur sa famille qui est très importante pour Mme L. Elle n'aborde pas son passé ou très peu pour comparer sa vie avant et après son traumatisme. Seul le **présent** semble compter. Il arrive qu'avec la confrontation à la maladie grave, le patient perd toute notion d'avenir. La confrontation à sa possible mort, abolie **l'illusion d'immortalité**. Son avenir devient incertain⁷⁰. La maladie grave de Mme L est son hématoïde sous durale. Celui-ci peut à tout moment saigner de nouveau (ce qui a déjà été le cas à deux reprises).

Au terme de ce premier contact, j'ai l'impression que Mme L souffre tant au niveau physique que moral. Elle semble blessée au niveau narcissique, l'acceptation de l'handicap est difficile. Le deuil de ses anciennes capacités n'est pas fait. Elle est dans une **souffrance globale**.

⁷⁰ Mme Barrault cours de psychologie 3^{ème} année à l'IFP de Bordeaux 2012-2013

✓ **Le cadre** : un élément stable

Les séances avec Mme L suivent toujours le même schéma en trois temps :

- Un temps de **prise de contact** où elle peut parler de ses difficultés, de son état général, de ce qui la préoccupe.
- Puis le temps de la séance ou des exercices de **respirations** lui sont proposées
- En fin de séance, de nouveau un **temps de parole** où Mme L peut verbaliser ce qui s'est passé durant la séance, ce qu'elle a aimé ou non, ce que les séances lui apportent.

Elle est vue en psychomotricité dans sa chambre **une fois par semaine** sur une plage horaire de trois quart d'heure à une heure. Ainsi, si elle désire prendre plus de temps pour évoquer quelque chose en particulier, un temps supplémentaire est prévu. Les séances se déroulent dans la **chambre** de Mme L car elle ne désirait pas en sortir au début de la prise en soin. Elle explique ne pas vouloir être « vue » par les autres résidents ou par des membres de l'équipe soignant durant sa « *rééducation* ». Je suppose alors que la chambre de Mme L est alors un **endroit sécurisant** pour elle, où elle peut s'abriter des regards, je n'insiste pas et propose une prise en soin en chambre.

✓ **D'octobre à novembre 2012** : un temps de rencontre

Mme L est très volontaire dans les séances, elle cherche à progresser et se fixe des **objectifs** parfois ambitieux et difficiles à atteindre (désire réussir à réécrire de sa main droite en une seule séance). Elle est dans une sorte de contrôle de son environnement, de ce qui pourrait lui arriver. Cependant, son handicap l'empêche d'exercer cette maîtrise.

Elle semble avoir des difficultés pour se saisir des propositions et se les approprier ; elle n'enrichit pas le jeu, ne propose pas de nouvelles règles ou de nouvelles activités. Il me semble que nous ne sommes pas à ce moment là dans une relation d'égal à égal, mais dans un **rapport de supériorité**. Je dois proposer des activités qui lui permettent une certaine rééducation et elle réalise les exercices sans participer à leurs élaborations. Elle semble être dans une relation de **dépendance** avec le soignant, qui décide pour elle.

Elle est d'avantage dans un « faire » que dans un « être ». Elle est dans la recherche de résultats **immédiats** (désire réussir un exercice sans répétition) et se lasse vite d'une activité si elle ne perçoit pas son aspect rééducatif. Lors de la première séance sur la respiration, Mme L m'interpelle rapidement, au bout de 2 ou 3 inspirations, me disant ne pas sentir de différence. Il lui est alors expliqué l'importance de la répétition lors de ses exercices, que 2 ou 3 inspirations ne suffisent pas pour observer des changements.

Elle n'investit pas nos séances comme un temps pour elle, pour son bien-être. Elle ne l'envisage qu'à travers une optique de travail, à la recherche de nouvelles performances.

Elle est peu à l'écoute de ses **éprouvés corporels et émotionnels**, elle ne peut pas par exemple donner un commentaire personnel sur la séance. Lors des temps de parole, Mme L évoque ses nouveaux traitements, les examens réalisés. Elle ne parle pas ou peu spontanément de ses douleurs et de leur retentissement sur son quotidien. Elle adopte un discours très technique sur les évolutions médicales, avec un aspect un peu **dépersonnalisé** ; comme si elle lisait le dossier d'une autre personne, sans le mettre en lien avec ses éprouvés. Cela peut être perçut comme une autre façon de mettre à distance sa douleur, de la dissocier du reste de sa personne (I. A. b)).

Lors des exercices, Mme L se concentre sur la **performance motrice**, cherchant à réaliser des mouvements de grande amplitude, même si ces derniers lui sont **douloureux**. Elle dit « *travailler dans la douleur* » et ne veut pas adapter l'exercice à ses douleurs, à ses capacités. Cette notion de travail dans la douleur est très présente dans notre société (I. B. c)). La souffrance est souvent envisagé comme une source de savoir, de **salaires**. Sans douleur il n'y a pas de récompense. Nous pourrions alors faire l'hypothèse que la **récompense** est la récupération des fonctions motrices pour Mme L.

Lors de cette première période, Mme L parle peu de ses douleurs et de ses difficultés, elle semble maintenir une certaine **distance** dans la **relation thérapeutique**.

Cette première période de la prise en soin n'a pas toujours été facile pour moi. J'ai alors beaucoup tâtonné, chercher ce qui pouvait convenir à Mme L, sans y parvenir. **Personnellement**, je pensais que le versant rééducatif de la psychomotricité n'était pas ce dont elle avait besoin. Mais comment lui permettre d'être à l'écoute de son vécu ? De l'accompagner à se détendre ? Même si cet objectif me semblait pertinent, il ne convenait pas à Mme L. La détente risquait de mettre Mme L en difficulté. En acceptant de lâcher prise, elle perdrait le contrôle qu'elle maintenait sur son environnement, ce qui serait alors source d'angoisse et d'anxiété. Un autre aspect de la relaxation qui passe par le contrôle et non le lâcher prise a alors été envisagé.

✓ **Un tournant dans la prise en soin au mois de décembre** : la respiration

Des exercices de respirations sont proposés. L'objectif étant d'aider Mme L à se centrer sur elle-même, à être à **l'écoute** de ses ressentis. Ces exercices permettent également d'induire une certaine **détente** « maîtrisée et consciente ». La respiration est couplée avec des mouvements d'enroulement et de déroulement de l'axe, afin de mettre en avant **l'alternance** de temps centré sur soi et centré sur l'extérieur. Sont alors associées la motricité, la conscience corporelle et la maîtrise de son corps propre.

A la fin de la première séance sur la respiration, elle se dit **soulagée**, que « *ça l'a vidée* » de ses tensions. Mais pour elle, la sensation est de courte durée. Avant la fin des exercices elle évoque son besoin de tout prévoir et de maîtrise qui « *l'empêche d'être tranquille* ». La sensation d'apaisement qu'elle ressent ne va pas **durer**, elle explique qu'elle va vite se « *re-énerver* ».

□ L'émergence d'une demande :

Dans le courant du mois de décembre, Mme L semble être plus fatiguée. Elle dit ne pas réussir à se détendre et doit passer par une fatigue motrice pour y parvenir. Elle prend peu à peu **conscience** de son état de tension, de son anxiété. Elle émet alors pour la première fois une **demande** : celle de se détendre, de l'accompagner dans un « **lâcher prise** ». Elle prend conscience que ce contrôle qu'elle cherche désespérément à exercer sur son environnement, est source de **souffrance**. Elle investit alors nos séances sous un nouvel aspect. L'échange semble devenir possible dans une relation d'égal à égal où Mme L peut faire des propositions et co-construire sa prise en soin. Elle devient actrice du soin et ne se contente plus de le subir. **L'alliance thérapeutique** commence alors à s'instaurer.

□ Une revalorisation possible par la respiration :

Habituellement fermée à toute forme de revalorisation, Mme L semble prendre confiance en elle lors des exercices de respirations. Face à des exercices qu'elle n'a pas encore pratiqués elle trouve « *normal* » de ne pas réussir tout de suite quelque chose que l'on n'a jamais fait. Ses difficultés ne sont donc pas associées à son handicap. Il lui est plusieurs fois expliqué que « *nous sommes tous en difficultés lors des exercices de respiration car nous n'avons pas l'habitude de la contrôler.* »

Ce sont alors de **nouvelles compétences** que Mme L acquière et non des capacités perdues qu'elle cherche à récupérer. Il n'y a plus de sentiment d'échec, qui résultait de la comparaison entre ses aptitudes actuelles et passées (« *maintenant je ne peux plus faire ça...* »). Nous nous dégageons de l'aspect rééducatif pour aller vers un travail plus **thérapeutique**, éducatif. Nous apprenons à tout âge.

✓ **De janvier à avril 2013** : vers un autre vécu du corps

Deux semaines s'écoulent avant la séance suivante. Lorsque que nous nous revoyons, Mme L a été **hospitalisé** pour une douleur thoracique aiguë. Elle dit ne pas se sentir bien, avoir l'impression de manquer d'air, de mal respirer et que quelque chose la serre au niveau de la poitrine. Elle m'explique que son entourage craint un problème cardiaque, ce qui l'inquiète. Lors de son hospitalisation aucun diagnostic n'a été posé, selon les médecins, ce serait de **l'angoisse**.

Nous nous revoyons donc suite à cette hospitalisation. Mme L est toujours anxieuse. Elle ne sait pas d'où peut venir cette angoisse dont parlent les médecins et ne sait pas comment y remédier.

La respiration et la relaxation prend alors toute son importance dans l'accompagnement d'une détente. Permettant également un **relâchement musculaire** du diaphragme et des intercostaux, qui sont peut-être à l'origine de la sensation d'étouffement décrit par Mme L.

Mme L est très appliquée lors des exercices, sa respiration au début assez rapide se ralentit progressivement, prend un **rythme** plus régulier. De par son aspect conscient et inconscient, la respiration est au carrefour de nos rythmes biologiques et environnementaux. Avec ce rythme qui se régularise, Mme L peut retrouver une certaine **temporalité**, son rythme propre.

Vers la fin de la prise en soin, elle pourra dire « *il faut que je prenne mon temps maintenant, j'ai un rythme de mamie* », témoignant de l'évolution de son rapport à la temporalité.

Lors des premières séances, elle ne parvenait pas à calmer sa respiration. Mais peu à peu, elle semble prendre **confiance en elle**. Mme L est en situation de réussite et non d'échec. La respiration paraît être un bon médiateur car elle permet une **revalorisation** implicite. Mme L ne supportant pas les compliments, il était difficile de l'aider à changer l'image négative qu'elle avait de son corps et d'elle-même. La situation de réussite lui apporte donc une renarcissisation. Elle devient peu à peu confiante en ses capacités et progresse rapidement. Les exercices lui sont de plus en plus faciles.

Lors du temps de retour, elle décrit une détente globale « *ça me fait du bien, je me sens moins oppressée* ». Elle ne décrit plus de douleur lors des exercices, à la différence des premières séances, où Mme L ne semblait pas concevoir de travail sans **douleur**. Celles-ci sont globalement moins présentes, tant au niveau physique que psychique. Le **vécu** de ses douleurs semble être de moins en moins vif. Son corps devient peu à peu source de bien-être et de plaisir.

Au cours des séances qui suivent Mme L est de plus en plus détendue, son besoin de « faire » semble laisser la place aux **ressentis**. Elle est d'avantage à l'écoute de son corps qu'elle divise de moins en moins dans son discours. Progressivement elle semble retrouver une **certaine unité corporelle**. La respiration faisant lien entre l'intérieur du corps et l'extérieur, elle permet cette unification. Lors des exercices, l'attention est successivement portée sur différentes parties du corps qui sont mobilisées. En premier lieu, nous commençons par l'abdomen, puis la cage thoracique vient se rajouter, avant de porter l'attention sur l'ensemble des voies respiratoires.

Ses **angoisses** sont moins présentes au quotidien à l'instar de ses douleurs et elle signifie qu'elle ressent l'effet de nos séances durant un certain **temps** après mon départ. C'est dans la répétition que l'on intègre ses sensations, qui deviennent perceptions puis représentations. L'état de mieux-être que perçoit Mme L durant les séances commence à être **intériorisées**. Son corps peut alors devenir source de mieux-être et de détente et non uniquement source de souffrance physique et morale.

Elle supporte de plus en plus la présence des **autres**. Elle sera par exemple ravie d'avoir la visite de ses anciens voisins, quant au mois de Novembre elle ne voulait plus avoir de visite autre que celle de sa famille. Le regard de l'autre semble être mieux accepté, probablement en lien avec l'acceptation de son handicap.

Les **séances** deviennent de plus en plus longues, passant de 45minutes à une heure. Lors de celles-ci, elle prend plus de temps pour **parler** de ses éprouvées, de ses douleurs, mais aussi de son quotidien, de ses préoccupations (ce qui était peu le cas avant). La relation thérapeutique évolue. Mme L devient une partenaire du soin, elle s'implique psychologiquement et affectivement dans sa prise en soin.

Je m'interroge sur la **place** qu'occupe alors les séances de psychomotricité pour Mme L. Elle dira par exemple que l'éventualité que je ne vienne pas à une séance l'angoisserait ou que sa fille peut ne pas venir un jour où nous avons une séance. Je semble devenir un soutien important pour Mme L. Lors de nos échanges elle commence à me poser des questions sur mes études, mes loisirs. Elle semble chercher à étendre ses relations en dehors du cercle familial.

c) L'évolution

Les séances de psychomotricité semblent bénéfiques pour Mme L. Elle investit ce temps qui lui est proposé pour se détendre et prendre du temps pour elle, et pas uniquement pour se rééduquer ou pour traiter sa douleur. C'est l'occasion de parler d'elle, et pas uniquement de sa maladie.

Mme L investit ce temps qui lui est donné, retrouvant ainsi sa propre temporalité. Le rythme personnel et la notion de temps peuvent être directement mis en lien avec rythme biologique comme la respiration. Elle se permet de prendre du temps, s'autorise à faire des siestes. Elle semble mieux accepter son handicap et la présence de l'autre. Peu à peu elle unifie son image corporelle et réinvestit son corps propre.

d) Vers une fin de prise en soin

Cette prise en soin s'effectue dans la cadre d'un stage expérimental. Il n'y a donc pas de suivi de la prise en soin par un autre psychomotricien après l'arrêt de mon stage.

La fin de l'accompagnement thérapeutique est régulièrement rappelée à Mme L afin qu'elle puisse **l'anticiper**. Ainsi la durée du suivi a été annoncée dès le début de celui-ci et fut rappelée lorsque Mme L a semblé investir de plus en plus nos échanges. L'anticipation est essentielle, elle permet de se projeter dans l'avenir.

Afin de préparer Mme L à cette séparation, je m'efface de plus en plus lors des séances, afin de lui permettre d'être de plus en plus **autonome**. Elle réalise donc les exercices de respiration seule, sans avoir besoin de conseil extérieur. Lors des séances, Mme L parle de plus en plus d'elle, de ses éprouvés, les exercices de respiration deviennent secondaires. Elle **reproduit** ces exercices dans son quotidien, lorsqu'elle a du temps libre.

Durant ces **temps de parole**, Mme L est invitée à parler de ses ressentis, ses impressions sur la fin de nos séances. Mais elle élude presque systématiquement cette question. A la place, elle parle de tout ce qui ne va pas dans sa vie, des **dysfonctionnements** de l'EHPAD, de sa relation avec ses enfants. Il est noté un fond **d'agressivité** de sa part qui n'était pas présent avant. Je la sens tendue, sa respiration est rapide, elle parle vite et sur un ton sec. Elle me demande souvent mon avis sur ces événements qui sont sources d'énerverment pour elle. L'équipe de soin la trouve également plus agressive lors des soins et ce depuis qu'un travail sur la séparation et la fin du suivi en psychomotricité a été abordé.

Mme L est également plus **douloureuse**. Selon son médecin traitant, il n'y aurait pas de cause « somatique » à sa souffrance. Aucun diagnostic n'est posé, ce qui est habituellement source d'angoisse pour Mme L.

Nous pouvons dégager ici **l'aspect relationnel** très important dans cette prise en soin. Selon la psychologue de la structure, ces réactions seraient une **réponse à l'angoisse** que provoque la fin imminente de nos séances. Au-delà de la médiation respiration, c'est la relation qui est importante. Cette respiration symbolise bien cela, dans un mouvement entre l'intérieur du corps et l'extérieur, entre soi et son environnement. *La psychomotricité est une thérapie de la présence*⁷¹. A travers cette relation, Mme L a évolué vis-à-vis de la perception qu'elle avait d'elle-même. Mais après mon départ qu'en restera-t-il ?

⁷¹ Mme Latour Anne Marie cours de psychomotricité 3^{ème} année à l'IFP de Bordeaux 2012-2013

Même sans parler directement de ce qu'elle éprouve, elle peut **s'exprimer** sur son **angoisse de mort**, disant ne pas en avoir peur. Elle dit ensuite faire des exercices de respiration lorsque ces idées lui viennent, pour que « *ces mauvaises idées passent* ». J'ai l'impression que reproduire les exercices travaillés ensemble paraît lui permettre de retrouver le **cadre sécurisant** des séances, de retrouver une partie des échanges que nous avons pu avoir. Ceci n'est qu'une hypothèse.

Mme L : « Ca va être dur de repenser souvent à vous pour respirer.

Moi : Vous n'avez pas besoin de moi pour respirer.

Mme L : Si car sinon je manque de motivation. »

La douleur physique est peu évoquée dans cette étude de cas. La douleur est inévitable et nous ne pouvons pas la soulager directement, mais peut être pouvons nous accompagner la personne, ici Mme L, à mieux la supporter, l'accepter. A travers les exercices de respiration puis la détente qu'elle entraîne, Mme L semble accéder à un autre rapport à son corps et à sa douleur. Celle-ci est de moins en moins présente ainsi que ses angoisses qui seraient en partie responsable de ses crises d'épilepsies. La relation tient une place importante dans cet accompagnement. Elle est un soutien pour Mme L.

VI- REFLEXIONS

A. Le rôle du psychomotricien

Notre corps est à la base de nos échanges, de notre communication avec autrui, de notre identité. Dans le cas de douleur, nous pouvons même observer des cas de dépersonnalisation (I. A. b)). La douleur devient un symptôme d'une souffrance plus grande qui s'exprime à travers le corps. Le corps n'est plus un support de la communication, la personne s'isole peu à peu des autres.

Dans le cas de maladie grave ou de douleur chronique, nous avons une perte de l'illusion d'immortalité et de la continuité d'existence. Cette continuité s'acquiert dans l'alternance des états de tension détente. Quand tout n'est que souffrance, il n'y a plus d'alternance. Le sujet se trouve alors dans un état d'hypertonie liée aux sensations désagréables. Il est dans une recherche de sensations qui viendront donner sens à ses éprouvés. La psychomotricité peut alors prendre sens autour de la représentation des éprouvés corporels, de la mise en mot.

a) Les fonctions corporelles

Notre vie s'exprime à travers notre corps. En prenant appui sur ces fonctions corporelles, la personne expérimente la **stabilité**, la **répétition**, la **continuité** de son existence. Sa vie continue. Souvent les personnes âgées parlent de l'EHPAD comme un lieu de mort, où la vie s'arrête. Or elles sont toujours vivantes. En psychomotricité nous pouvons les accompagner à **ressentir** la continuité de leur vie. Nous sommes vivants « *jusqu'à notre dernier souffle* ».

Notre vie se poursuit, nous pouvons donc **évoluer** et **apprendre**. Nous avons encore un futur. L'avenir est souvent incertain, marqué par l'angoisse de mort et la perte de l'illusion d'immortalité. En mettant en exergue leur continuité d'existence, nous accompagnerons les personnes à percevoir un autre **avenir**. Elles peuvent encore apprendre, faire de nouvelles expériences, de nouvelles rencontres, en un mot continuer de vivre. Une autre temporalité serait ainsi possible, il n'est donc plus nécessaire de se baser sur celle de la douleur et de ses soins (III. B. b)). Peu à peu le sujet pourrait se **différencier** de sa douleur et s'autonomiser.

Le corps ne se résume donc pas à sa souffrance et à ses limites. Le sujet pourrait progressivement se différencier de sa douleur et aurait de moins en moins besoin d'elle pour se définir. Un autre rapport au corps deviendrait alors possible, il pourrait être investi à travers **d'autres expériences** que celle de la douleur. Le corps peut être source de nouvelle expérience, voire d'expérience agréable, de mieux-être et de **plaisir**. Il devient alors essentiel d'incorporer dans nos propositions la notion de plaisir.

b) Les sensations agréables

En psychomotricité nous proposons un temps pour soi et non pour la douleur. Ce qui est mis en avant c'est la **singularité de la personne** dans son ensemble, qui ne se réduit pas à ses soins. C'est un vécu, un temps différent, où la personne retrouve sa **temporalité propre**. Autour d'un vécu corporel différent, de nouvelles sensations agréables, nous accompagnons le sujet dans cette **différentiation** (entre soi et la douleur). « *Le soin en psychomotricité pourrait ainsi contrebalancer la recrudescence de vécus négatifs, en apportant pendant la séance, par le biais d'une écoute attentive, de stimulations agréables, d'un toucher porteur dans la relation, un écho au holding maternel des premiers mois de la vie. Il vient faire appel aux ressources du sujet et renforcer ses propres capacités à lutter contre une désorganisation psychosomatique.* »⁷². Nous proposons ainsi à la personne une alternative à sa souffrance avec une certaine rythmicité (fixée par le cadre) et une **alternance** dans ses sensations, essentiel selon Robert-Ouvray Suzanne B. pour percevoir sa **continuité d'existence**. Les éprouvés corporels ne se résument pas seulement à ceux de la souffrance physique.

Selon Stern, c'est dans la répétition des interactions que nous intégrons une **unité de soi**. L'enfant **anticipe** peu à peu les moments de détente et conserve des images sensorielles de ces moments, prolongeant ainsi la sensation agréable. Chez la personne âgée nous reprenons ce principe, en lui proposant des expériences corporelles « suffisamment bonnes ». Le sujet **intériorise** ainsi des expériences positives et valorisantes. Il redéfinit l'image qu'il a de son corps qui dépend de notre histoire, de nos expériences et de nos représentations selon Dolto (IV. A. c)).

Pour Anzieu, « *une douleur intense et durable désorganise l'appareil psychique* »⁷³. Elle canalise le circuit de l'excitation, ce qui diminue les situations de plaisir. Pour s'exprimer, le plaisir a besoin de **sécurité** qu'apporte le **Moi-peau** et l'enveloppe narcissique, or ces instances sont menacées par la douleur. En psychomotricité nous proposons un **cadre** fiable et sécurisant où l'expression et la prise d'autonomie sont permises.

⁷² Fleurie Alice, *douleur, cancer et psychomotricité*, mémoire de psychomotricité, Bordeaux 2012

⁷³ Anzieu D., *Le moi-peau*, chapitre 16 l'enveloppe de souffrance éd Dunod 1995 pp 227- 236

c) Verbalisation du vécu de la douleur

A l'origine, notre savoir dépend exclusivement de notre corps propre. Pour Piaget, dans le stade **sensorimoteur** l'enfant intègre peu à peu ses sensations mais ne peut pas encore s'en dégager, puis il se base sur ses observations et la manipulation d'objet au stade **opératoire** avant d'accéder à une représentation pure qui ne se base plus sur ses sens au stade **formel**. Le passage du stade sensorimoteur, basé sur l'expérience corporelle, au stage opératoire qui se dégage du vécu immédiat est marqué par l'acquisition du langage. Pour Jérôme Bruner, le langage est un outil social qui transforme notre logique. C'est la **symbolisation**. C'est à partir de nos éprouvés corporels symbolisés dans l'interaction, que nous intégrons ces expériences.

La verbalisation est donc essentielle dans un travail d'intégration sensorielle.

Pour Agnès Lauras-Petit l'expérience et la mise en récit du corps permet au patient d'intégrer les sensations agréables mais également sa **douleur**. « *Le réinvestissement d'un corps vécu comme continu, solide et finalement bon dans la régression permet de remettre la douleur à sa place, de sorte qu'elle n'envahisse plus tout le champ d'existence.* »

Souvent la personne âgée ne peut pas mettre de mot sur sa souffrance, ne peut pas localiser sa douleur (que celle-ci soit physique ou résultant d'un traumatisme). Devant la **souffrance**, l'appareil psychique se retire⁷⁴. Elle ne peut pas se représenter cette douleur, cette perte. Le corps semble alors devenir un lieu d'expression **non symbolisé** de cette souffrance et des émotions qui y sont associées. La plainte douloureuse exprimerait ici le mal-être vécu par le sujet.

En favorisant la verbalisation de ce vécu, le psychomotricien accompagnerait son patient dans une symbolisation de ses éprouvés qui ne s'exprimeraient plus seulement par le corps. L'individu pourrait ainsi se positionner comme un **sujet** agissant et pensant, maître de ses expériences.

La personne pourrait donc penser sa douleur et se **dégager** de ce vécu corporel. Mais ce qui fait souffrance, que la plainte douloureuse venait exprimer, est toujours présent. Parfois c'est un besoin d'attention et d'échange avec les autres ou à une souffrance plus psychologique liée à la perte et au deuil.

⁷⁴ M. Bernard, cours de psychomotricité 3^{ème} année à l'IFP de Bordeaux 20 février 2013

d) Des hypothèses face à la souffrance

Le psychomotricien se base sur ses **observations** et son écoute du patient afin de formuler des hypothèses qui tentent de **mettre en sens** le vécu du patient et sa souffrance. Selon Bergès, le symptôme prend sens sous le **regard** de l'autre et dans son discours, qui vient mettre en sens le trouble. A travers la mise en pratique de ces hypothèses qui sont validées ou invalidées, nous cherchons à cerner ce qui fait réellement **souffrance**. Selon F. Joly, il existerait quatre types de troubles liés au **corps propre** et ses fonctions instrumentales, à la **fonction symbolique**, à la **communication** ou liés à **l'identité et la subjectivité**. La douleur n'est pas un trouble psychomoteur à proprement parlé, mais elle peut être le symptôme de troubles sous-jacents précités.

La douleur physique peut découler d'un défaut de symbolisation d'une souffrance qui s'exprime à travers le corps. La souffrance elle-même pouvant résulter de la perte, associée à la défaillance du corps instrumental. Nous l'avons vu, la douleur vient parfois combler une faille narcissique, un défaut de l'identité. Le sujet se définit à travers l'identification à la douleur et « à la personne douloureuse ». D'autres fois encore la douleur devient un mode de communication, un appel, une façon d'être en relation.

En mettant en pratique nos hypothèses (en essayant de répondre à la problématique de la personne) nous proposons une explication. Le sujet âgé se saisit de notre proposition et formule alors une demande en lien.

Selon Marion Péruchon⁷⁵, la personne âgée peut réagir de différentes façons à la perte. L'une est de se centrer sur son corps et ses troubles, l'autre sur soi, son histoire, ses expériences. En nous dégageant progressivement du corps propre, support premier de notre intervention, nous accompagnons la personne vers un investissement d'elle-même.

La psychomotricité est une thérapie de la présence, il s'agit d'aider la personne à retrouver son corps.

⁷⁵ Péruchon Marion, *Identité et vieillesse. Point de vue métapsychologique*
Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement. Volume 2, Numéro 2, 125-31, Juin 2004, Synthèse

e) La psychomotricité en EHPAD

Le rôle du psychomotricien dans ce genre de structure est **pluriel**. Sa fonction première étant de proposer un suivi adapté, personnalisé et prenant en compte l'individu dans son ensemble par des prises en soin individuelles ou groupales. Son **indication** dépend des troubles de la personne et du retentissement de ceux-ci sur sa psychomotricité (II. A. b)). L'intervention du psychomotricien doit être discutée en équipe **multidisciplinaire** afin de définir ensemble la meilleure prise en soin pour un patient donné.

Il peut intervenir auprès de personnes souffrant de **troubles cognitifs** ponctuels ou durables, des troubles **praxiques** consécutifs à un traumatisme crânien par exemple ou encore des troubles **anxieux** ayant une répercussion sur le tonus de la personne et ses interactions. Cette liste n'est pas exhaustive. Il existe de nombreux cas de figure où la psychomotricité est pertinente dans la prise en soin. Cependant ce suivi n'est pas toujours possible compte tenu de l'emploi du temps du professionnel et du patient qu'il ne faut pas surcharger de prise en soin.

Il propose un cadre contenant, structuré, qui permettra aux personnes de conserver leurs **repères spatio-temporels**.

En dehors de ces suivis thérapeutiques, le psychomotricien occupe une place particulière au sein de **l'équipe de soin**. De par son approche globale de la personne, il apporte un point de vue **différent** sur l'individu et sur sa prise en soin spécifique. Il fait ainsi remonter à l'ensemble de l'équipe ses observations sur les compétences de la personne, son autonomie, ses goûts...

Il me semble utile de rappeler l'importance du travail d'équipe qui se base sur la **complémentarité** des membres qui la constitue. Le psychomotricien n'est donc pas le seul à apporter une vision spécifique sur la personne. Il apprend autant que les autres lui apprennent, d'où la pertinence des réunions d'équipe.

B. La place de la relation

a) La distance thérapeutique

Je me suis beaucoup interrogée sur la place que je pouvais occuper dans l'esprit de Mme L. Où est la juste **distance professionnelle** ? La psychomotricité est une thérapie de la relation, mais cette relation doit rester professionnelle afin qu'elle reste thérapeutique. Parfois les personnes que nous rencontrons en EHPAD sont **isolées** de leur famille. Alors lorsqu'une personne se propose de venir la voir régulièrement, il n'y a pas que l'aspect thérapeutique qui rentre en jeu. Pour certaines personnes, j'étais la seule « visite » qu'elles avaient. Le thérapeute doit alors être conscient de l'enjeu des séances pour ce public.

b) Une jeune stagiaire

Selon Lacan, le développement du « je » passe par l'**identification** à ses pairs. Nous nous identifions aux personnes que nous côtoyons. Habituellement, les personnes âgées sont en relation avec leurs pairs, le personnel de l'équipe de soin qu'elles ne côtoient que dans le cadre de soin de nursing et leurs proches. Aux travers des mécanismes identificatoires, quel peut-être l'impact de la présence de personnes plus jeunes sur la personne âgée ?

Il est connu que la mixité sociale est importante pour la communauté et pour ses habitants. De même la **mixité générationnelle** est importante. De nombreux projets allant dans cette idée voient le jour avec des partenariats entre des EHPAD et des écoles ou des crèches.

Nous pouvons souvent entendre que « *lorsqu'on reste avec des personnes jeunes, on se sent jeune* ». Les mécanismes d'identification pourraient expliquer ses propos.

La présence de personnes plus jeunes semble **revalorisante** pour certaines personnes âgées. Si la jeune génération est souvent perçue comme une génération désintéressée de la société et de ses problèmes, il peut-être d'autant plus valorisant qu'une personne de cette génération soit présente et à leur écoute.

Parallèlement, la jeunesse renvoie également à ce que la personne n'est plus. J'ai souvent entendu « *vous, vous êtes jeune, vous ne savez pas ce que c'est* ». La jeunesse serait alors associée dans leur esprit à une **insouciance**, une facilité de vie aujourd'hui perdues. Peut-être cette différence est-elle associée à la différence culturelle, à un manque d'expérience ? Dans cette phrase c'est autant la mise en avant de leur savoir singulier et personnel, que l'ignorance supposée de la jeunesse.

c) Une relation duelle

La relation duelle a particulièrement été mise en avant lors de mon stage. En effet, les personnes âgées douloureuses que j'ai pu rencontrer demandaient cette relation « **privé** » où leurs maux pouvaient être mis en avant, et par extension leur personne toute entière. Là encore, c'est la relation à autrui que nous venons questionner.

Lors d'un travail de **groupe**, notre attention est portée sur l'ensemble des individus qui le compose, nous nous mettons un peu en retrait afin de laisser les participants **interagir** entre eux. Mais être en groupe, c'est s'identifier aux autres, se décentrer. Or les personnes âgées douloureuses semblent en difficulté lorsqu'il leur est demandé de se **décentrer**. Le présent est très important dans leurs discours et la sensation douloureuse ressentie paraît permanente. Il leur est très difficile de « relativiser » leur vécu, le mettant par exemple en parallèle à des moments de plaisir. Le sujet douloureux semble centré sur sa douleur.

Nous l'avons dit, la plainte douloureuse vient également exprimer un **besoin de relation** ressenti par la personne. La personne âgée est souvent isolée de ses proches. Il est souvent difficile de mettre fin à une séance, étant retenu par la personne qui ne désire pas stopper l'interaction. J'ai également été questionnée à de nombreuses reprises sur mes autres prises en soin et ce que je pouvais proposer aux autres. Je suppose que ces comportements marquent le désir de ces personnes d'être dans une **relation différente** de la relation soignant-soigné qu'elles peuvent connaître avec les infirmiers ou aides soignants. Plusieurs personnes âgées m'ont signalé que « *mon attitude* » est différente de celles des autres membres de l'équipe. La relation n'est pas la même. Peut-être la relation duelle permet-elle l'instauration de ce type d'échange ?

Cependant la relation duelle met en avant le thérapeute en tant que personne. Ainsi, la fin des prises en soin a été difficile à accepter pour certains. Comment poursuivre le travail entrepris que ce soit seul ou avec une autre personne ? Sans le support de la relation, la prise en soin peut-elle se poursuivre ?

Mais alors, quelle est la place occupée réellement par la relation dans la pratique psychomotrice ? La relation est toujours centrale en psychomotricité. Pour certains professionnels, c'est une **thérapie de la relation**. La relation thérapeutique se base sur la répétition d'interactions organisées dans le temps et dans l'espace à travers le **cadre** du soin. La relation se base sur les attentes de la personne et notre capacité à y répondre, à « honorer » notre part du contrat. Cela fait partie du cadre.

En dehors des aspects physiques et psychiques, le cadre est un ensemble de **règles** que chacun des partenaires du soin (thérapeute et patient) doit respecter. Nous avons donc un **devoir** envers nos patients, comme ils ont le devoir de participer à ces séances pour que notre objectif commun soit réalisé. La personne âgée douloureuse a donc des attentes nous concernant, ce qui est à la base de la relation. La relation duelle est un ensemble d'attente et de compromis réciproques.

C. Vers de nouvelles perspectives

Lors de mon expérience de stage, j'ai pu rencontrer des personnes qui **ne désiraient pas de prise en soin** de leur douleur alors qu'elles la décrivent comme insupportable. **Pourquoi** ces personnes qui disent ne plus supporter leurs douleurs ne régissent-elles pas ? Est-ce seulement l'approche psychomotrice qui ne leur convient pas où y a-t-il d'autres explications ? Nous l'avons vu, la douleur et la plainte douloureuse viennent parfois en réponse à un mal-être, à un isolement social, un faille narcissique ou à une perte qui ne peut être exprimée différemment. L'individu est parfois **attaché à son symptôme**, même s'il est source de souffrance. Parfois, le symptôme vient protéger l'individu d'une souffrance plus grande, peut-être de l'angoisse de la mort. La demande émerge alors lorsque la personne est prête à renoncer à son symptôme et qu'elle accepte les modifications qu'entraîne cette disparition du symptôme.

Il n'a pas été évident pour moi d'accepter cette réalité : nous ne pouvons pas aider les gens sans leur volonté, Nous ne pouvons que les accompagner dans une démarche qu'ils ont eux-mêmes initiée.

Après réflexion, je me rends compte que ce que j'ai pu proposer aux personnes âgées douloureuses, c'est un **nouveau projet**. Plus que l'intégration de moment de plaisir de la restauration du sentiment de **continuité**, c'est un réinvestissement du temps et de l'avenir qui s'est opéré. Ces personnes ont pu s'investir dans une nouvelle prise en soin, dans une nouvelle relation, dans de nouvelles activités, de nouvelles propositions, dans des nouveaux échanges, apprendre, anticiper nos séances régulières. Même si nos séances touchent à leur fin et qu'il n'y aura pas systématiquement de suivi proposé, elles ont réussi à investir de nouvelles activités, ouvrant peut-être la possibilité à d'autres propositions.

Les séances de psychomotricité ont permis aux personnes âgées douloureuses de sortir de leurs habitudes, **d'explorer** de nouvelles choses. C'est prendre le risque de l'**inconnu** indispensable pour évoluer. C'est sortir du confort de la routine du quotidien pour expérimenter. C'est accepter de changer et de progresser. Le **changement** est indispensable lorsque l'on traite un symptôme comme la douleur, il fait parti du projet de soin. La personne doit l'accepter pour que la douleur puisse diminuer, accepter une réorganisation, un nouvel équilibre psychique et corporel qui ne se base plus sur sa souffrance afin de pouvoir s'en détacher.

Cette « **prise de risque** » d'explorer de nouvelles choses, proposées dans un cadre sécurisant propice à la prise d'autonomie et à l'expérimentation, semble avoir apporté différents bénéfices aux personnes rencontrées. On prend le risque de sortir de ses habitudes, de son confort psychique, pour acquérir de nouvelles compétences. Il y aurait donc des avantages dans ces nouveaux projets. Le sujet âgé pourrait généraliser cette démarche à d'autres expériences, proposées par d'autres intervenants ou soignants de l'EHPAD.

Nous faisons de nouveaux projets toute notre vie. Nous l'avons évoqué, l'EHPAD est souvent perçu par les résidents comme un **lieu de mort** et non un lieu de vie. C'est l'endroit où l'on finit sa vie, parfois où l'on attend la mort. Certaines personnes ont pu me dire que « *ici on ne vit plus, on attend, il n'y a rien à faire* ». Difficile alors de se projeter dans un avenir marqué par l'**angoisse** de mort. Pourquoi faire des projets ? En proposant en psychomotricité la possibilité d'apprendre, de faire de nouvelles expériences, nous essayons d'accompagner le sujet âgé douloureux dans une autre perception du temps, où l'évolution semble encore possible.

Au terme de cette année de recherche et de cet écrit, de **nombreuses questions** me viennent à l'esprit. En quoi la mise en place de nouveaux projets peut-elle aider la personne âgée douloureuse à mieux gérer sa douleur ? En quoi la relation est-elle un soutien pour le sujet âgé ? Que pouvons-nous proposer aux personnes qui s'isolent et refusent le soin ? Un travail en groupe serait-il alors pertinent ?

Conclusion

La prise en soin de la douleur en EHPAD n'est pas toujours perçue comme la priorité du psychomotricien, le traitement de la douleur dépendrait davantage du domaine médical et pharmacologique. Or la prise en soin de la souffrance et de la douleur physique me semble centrale. Même si la douleur n'a pas été directement traitée lors des prises en soin qui ont guidé ma réflexion. Les troubles qui découlent de cette douleur sont nombreux et la plainte douloureuse dépend souvent d'une souffrance plus grande que la seule douleur physique.

Nous devons notre essor en gériatrie aux récents plans Alzheimer qui mettent en avant le rôle de notre profession auprès de ce public. C'est un domaine exploré depuis les années 1980 qui traitait de la perte d'autonomie en général.

Nous sommes alors loin de la question de la douleur ou de la souffrance. La psychomotricité a une place à occuper auprès des personnes âgées mais aussi des adultes douloureux (la psychomotricité étant peu pratiquée dans les centres antidouleurs).

Tout au long de cet écrit, nous avons mis en évidence la pertinence d'une approche psychomotrice auprès des personnes âgées douloureuses. Par sa vision singulière de la personne et de sa souffrance, la psychomotricité propose de nombreux médiateurs avec différents objectifs, qui répondent aux besoins et aux demandes de la personne.

La question de départ de ce mémoire porte sur l'aide que nous pouvions apporter aux personnes âgées douloureuses. Mon hypothèse est de mettre en avant les fonctions corporelles stables et les moments de détente et de plaisir afin d'accompagner ces personnes à « vivre avec » leur douleur. Au terme de mes recherches je me questionne encore sur l'impact que peut avoir cette approche dans le temps. La mise en pratique et la théorie tendent à prouver la pertinence de celle-ci, mais il m'est impossible de prédire si les bénéfices perdureront. Se maintiendront-ils après l'arrêt des séances et des échanges ?

Après cette année de réflexion sur la douleur chez la personne âgée, je me rends compte que c'est avant tout ma relation qui a été centrale. Au-delà de la médiation que nous pouvons proposer, ce qui est essentiel, c'est la relation et la façon dont nous nous adaptons à la personne.

« *Pain is inevitable. Suffering is optionnal* » Haruki Murakami⁷⁶

« *La douleur est inévitable. La souffrance est facultative.* »

⁷⁶ Murakami Haruki *Autoportrait de l'auteur en coureur de fond*, éd belfond 2009

Bibliographie

Albaret Jean-Michel et Aubert Eric *Veillessement et psychomotricité*, collection psychomotricité, 2001, chapitre 1 : l'aspect psychomoteurs du vieillissement normal pp 15-43

Anzieu D., *Le moi-peau*, chapitre 16 l'enveloppe de souffrance éd Dunod 1995 pp 227- 236

Boureau F., *Modèle théorique cognitifs et comportementaux de la douleur chronique*, Douleur et analgésie n°4, 1999

Dr Chatap Guy, *Les douleurs de la personne âgée* , Cahier N°II - L'Infirmière magazine - N°206 - Juin 2005

De Sousa Annabelle, CHATAP Guy, *La prise en charge des douleurs de la personne âgée. Intérêt des techniques non médicamenteuses* La Revue de Gériatrie, Tome 32, N°8 OCTOBRE 2007

Haute Autorité de Santé, *Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient*, argumentaire décembre 2008

Hiéronimus Christian *L'art du toucher* édition Lanore poche 2007

Lauras-Petit Agnès *Les SOUFFRANCES du corps* Thérapie psychomotrice et recherche, n°154 2008

Le breton D., *La Peau et la Trace, Sur les blessures de soi*, éd Métailié, 2003

Linx Patrick, *Douleur et Personne âgée* La Revue de Gériatrie, Tome 30, Supplément C n°6 JUIN 2005

Dr Lorin Fabrice *Histoire de la douleur : de l'Antiquité à nos jours* cours CHU de Montpellier 2010

Monestès, J.L. et Serra, E. *Modèles cognitifs et comportementaux dans la compréhension du phénomène de douleur chronique* www.lemagazineact.fr 15/11/2012

Nasio J.-D., *La Douleur physique, Une théorie psychanalytique de la Douleur corporelle*, éd petite bibliothèque payot, 2006

Rupied Agnès *Il était une fois le toucher*, mémoire de psychomotricité, Paris 2006

Sanson Séverine, *Comment accompagner et soulager une personne en souffrance ? L'intérêt de la psychomotricité dans la prise en charge de la douleur chez la personne âgée en soins palliatifs*. Mémoire de psychomotricité, Paris 2008

Sami-Ali, dirigé par Cady S., *Entre l'âme et le corps Douleur et maladie*, collection recherche en psychosomatique, éd médicales et scientifique 2011

Institut UPSA de la douleur <http://www.institut-upsa-douleur.org>

Vergely B., *La souffrance* éd folio essais, pp1-47 Quand la pensée s'interroge, les trois temps du sens de la souffrance, 2011

Wickelgren Ingrid & Fields Howard. *La douleur chronique ; Cerveau & Psycho* n° 44 mars-avril 2011, pp 48-79

Table des matières

Introduction.....	1
Problématique.....	3
Hypothèse	5
I- LA DOULEUR.....	6
A. <u>Généralités sur la douleur</u>	7
a) Définition	7
b) Les mécanismes de la douleur chronique	8
<i>L'aspect physiologique</i>	8
<i>L'aspect psychologique</i>	9
<i>L'aspect cognitif et comportemental</i>	10
B. <u>Le vécu de la douleur : la souffrance</u>	12
a) La mémoire de la douleur	12
b) Le contexte culturel.....	13
c) Les représentations	13
<i>Les différents sens donnés à la souffrance</i>	14
<i>Les représentations chez le sujet âgé</i>	15
d) Le contexte émotionnel	15
e) L'individu en lui-même	16
II- LA PERSONNE AGÉE.....	18
A. <u>Généralités</u>	18
a) Qu'est-ce que le vieillissement ?	18
b) Particularités de la personne âgée.....	19
<i>Le plan physiologique</i>	19
<i>Le plan cognitif</i>	20
<i>Le plan psychologique</i>	21
<i>Le plan psychomoteur</i>	22
B. <u>Douleur et handicap chez la personne âgée</u>	24
a) La perte et le deuil.....	24
b) Mécanisme de défense et leurs conséquences.....	26

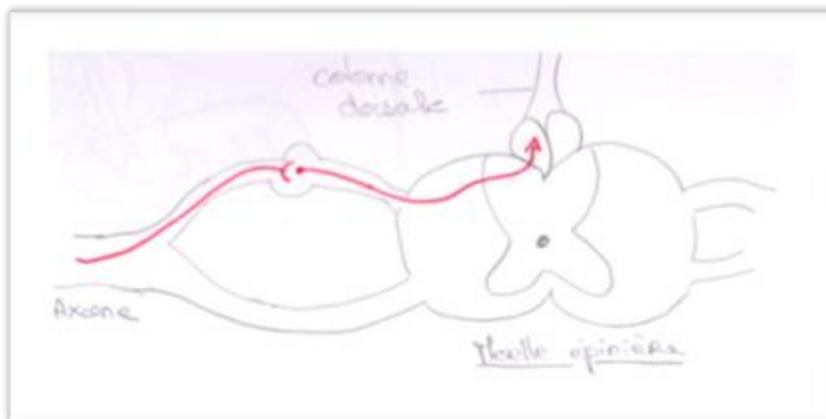
III-	SPECIFICITES DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE	29
A.	<u>La plainte</u>	29
a)	Des traits de caractère récurrents	29
b)	L'expression de la douleur	30
	<i>La triade « douleur-dépression-démences »</i>	30
B.	<u>Retentissement de la douleur sur le sujet âgé</u>	31
a)	Un mode de communication	31
b)	La temporalité de la douleur	32
c)	Une modification du quotidien	33
IV-	CORPS ET PSYCHOMOTRICITE.....	35
A.	<u>Les corps en psychomotricité</u>	35
a)	Le schéma corporel	35
b)	Les étapes du développement.....	37
c)	Une relation au corps propre	39
B.	<u>Exemples d'outils thérapeutiques en psychomotricité</u>	41
a)	La respiration : vers un corps vécu, perçu et maîtrisé	41
	<i>Maitrise de la respiration</i>	41
	<i>La respiration : un nouvel apprentissage</i>	42
	<i>La continuité d'existence par la respiration</i>	42
	<i>La temporalité de l'acte respiratoire</i>	42
	<i>Un réinvestissement corporel</i>	43
	<i>La relaxation et la respiration</i>	43
b)	Le toucher thérapeutique, un lien à la fonction tonico-émotionnelle	44
	<i>La mise en jeu du gate control</i>	44
	<i>Le toucher non médicamenteux ou médicamenteux ?</i>	45
	<i>Le besoin d'être touché</i>	45
	<i>La communication par le toucher</i>	46
	<i>Le toucher chez la personne âgée</i>	46
	<i>Le toucher du côté du thérapeute</i>	47
	<i>Le toucher dans la prise en soin</i>	47
V-	ILLUSTRATION CLINIQUE.....	50
A.	<u>Présentation de la structure</u>	50
	<i>L'équipe de soin</i>	51
	<i>La population rencontrée et leurs troubles :</i>	52
	<i>Ma place de stagiaire :</i>	53

B. <u>Utilisation de la respiration dans un réinvestissement de soi</u>	54
a) Le dossier médical	54
<i>Histoire de vie et anamnèse</i>	54
<i>Le diagnostic</i>	55
<i>L'objectif thérapeutique de la structure</i>	55
<i>Description de Mme L.</i>	56
b) La psychomotricité.....	57
<i>Le bilan psychomoteur</i>	57
<i>Evaluation de la douleur</i>	58
<i>L'objectif thérapeutique en psychomotricité.</i>	59
<i>La prise en soin en psychomotricité.</i>	60
c) L'évolution	65
d) Vers une fin de prise en soin	66
 VI- REFLEXIONS	 68
A. <u>Le rôle du psychomotricien</u>	68
a) Les fonctions corporelles	68
b) Les sensations agréables.....	69
c) Verbalisation du vécu de la douleur	70
d) Des hypothèses face à la souffrance	71
e) La psychomotricité en EHPAD	72
B. <u>La place de la relation</u>	73
a) La distance thérapeutique	73
b) Une jeune stagiaire.....	73
c) Une relation duelle	74
C. <u>Vers de nouvelles perspectives</u>	75
 Conclusion	 77
Bibliographie	78
Table des matières.....	80
Annexe.....	83
Annexe 1 : le circuit de la douleur	83
Annexe 2 : l'évaluation de la douleur	Erreur ! Signet non défini.

Annexe

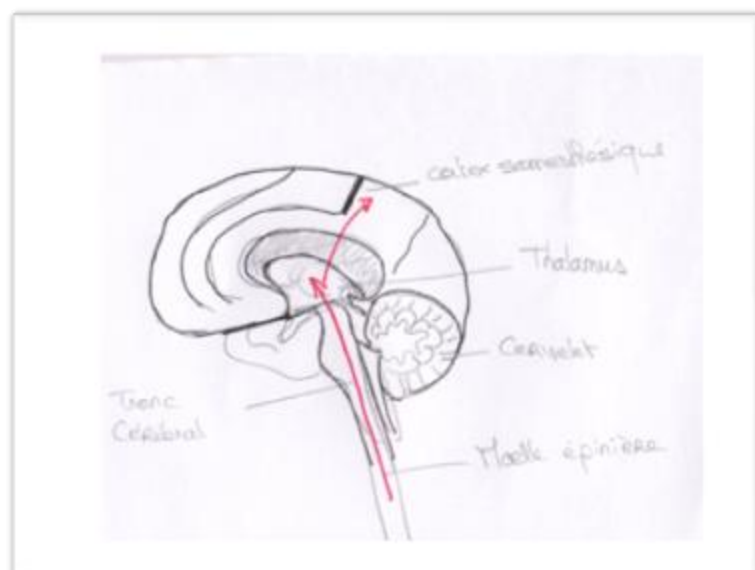
Annexe 1 : le circuit de la douleur

Lésion tissulaire, réaction inflammatoire
et récepteur nocicepteur



Le circuit de l'information
douloureuse dans la colonne
dorsale de la moelle épinière

**Diffusion de l'information
douloureuse**



Annexe 2 : l'évaluation de la douleur

ÉCHELLE 2 : ÉCHELLE NUMÉRIQUE

Entourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur pour chacun des 3 types de douleur. La note 0 correspond à "pas de douleur". La note 10 correspond à la "douleur maximale imaginable".

Douleur au moment présent:

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

Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours:

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

Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours:

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

ÉCHELLE 3 : ÉCHELLE VERBALE SIMPLE

Pour préciser l'importance de votre douleur répondez en entourant la réponse correcte pour chacun des 3 types de douleur :

Douleur au moment présent :

0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
--------------	-------------	--------------	--------------	--------------------------

Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :

0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
--------------	-------------	--------------	--------------	--------------------------

Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :

0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
--------------	-------------	--------------	--------------	--------------------------

77

⁷⁷ C'est une échelle d'évaluation autoévaluative, elle est subjective et nécessite un certain niveau de compréhension et de communication de la part du sujet. Leur application avec les personnes démentes est souvent impossible et palliée par une hétéro évaluation.

L'Echelle Visuelle Analogue (EVA) est une échelle validée en gériatrie. Elle consiste à estimer sur une gradation horizontale son niveau de douleur. C'est une échelle validée en milieu x gériatrique qui révèle l'aspect physique et psychique de la douleur. Cependant seul 30% des personnes âgées comprennent suffisamment ces consignes pour répondre à cette évaluation.

L'Echelle Numérique (évaluer de 0 à 10 sa douleur) et l'Echelle Verbale Simple reprennent le même principe. L'EVS permet de décrire l'intensité de la sensation algique. Elle est plus accessible que l'EVA ou l'EN et peut être utilisée dans certain cas de démences légère.

DOCUMENT POUR L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHRONIQUE : FEUILLET DESTINÉ AU PATIENT

OUTILS D'AUTOÉVALUATION DE LA DOULEUR CHRONIQUE CHEZ L'ADULTE

Afin de préciser l'intensité de la douleur que vous ressentez actuellement (depuis les 8 derniers jours), nous vous demandons de répondre aux questionnaires suivants. N'oubliez pas de répondre à toutes les questions.

Date : . . . / . . . / . . . Nom :

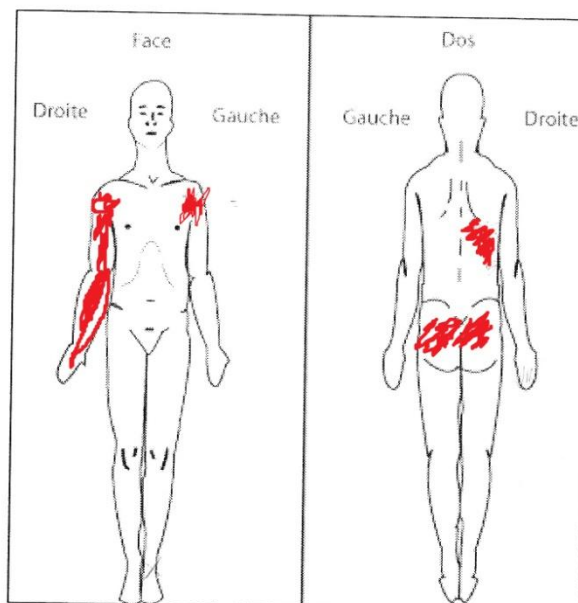
Prénom :

1^{ère} PARTIE : SCHÉMA DES ZONES DOULOUREUSES

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

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

Mettez un "I" à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



07

78

78 Outre l'aspect quantitatif, les autoévaluations définissent la localisation, la durée et l'aspect qualitatif de la douleur.

À travers « le schéma des zones douloureuses », le sujet peut représenter sa douleur, la localiser et la définir.

échelle saint Antoine

3^{ème} PARTIE : QUALIFICATIF DE LA DOULEUR

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire une douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez habituellement (depuis les 8 derniers jours), répondez en mettant une croix pour la réponse correcte.

	0 absent non	1 faible un peu	2 modéré modérément	3 fort beaucoup	4 extrêmement fort extrêmement
Élancements X	marche				
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coups de poignard					
En étau X	jambe				
Tiraillement					
Brûlure X	dos				
Fourmillements X	coté gauche				
Lourdeur					
Épuisante					
Angoissante X	main gauche				
Obsédante					
Insupportable					
Énervante					
Exaspérante					
Déprimante					

79

⁷⁹ La personne est également invitée à décrire sa douleur de façon spontanée ou orientée à l'aide d'échelle comme l'échelle de saint Antoine. Le QDSA (Questionnaire Douleur Saint-Antoine) est un questionnaire d'adjectifs qui a été traduit du Mac Gill Pain Questionnaire par François Boureau. Il permet d'offrir la possibilité d'une évaluation à la fois quantitative et qualitative, en particulier de la composante sensorielle et affective de la douleur. MELZACK (1975) a proposé un questionnaire comportant 102 mots permettant de décrire l'expérience douloureuse (le MPQ) dans la même intention.

Échelle comportementale de la douleur chez la personne âgée (ECPA)

Personne âgée communicante

I. OBSERVATIONS EN DEHORS DES SOINS

1° Plaintes exprimées en dehors du soin		3° Position spontanée au repos	
0 : Le sujet ne se plaint pas	0	0 : Aucune position antalgique	0
1 : Le sujet se plaint si l'on s'adresse à lui	1	1 : Le sujet évite une position	1
2 : Le sujet se plaint en présence de quelqu'un	2	2 : Le sujet choisit une position antalgique	2
3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3	3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
4 : Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4	4 : Le sujet reste immobile	4
2° L'expression du visage : regard, mimiques			
0 : Visage détendu	0		
1 : Visage soucieux	1		
2 : Le sujet grimace de temps en temps	2		
3 : Regard effrayé et/ou visage crispé	3		
4 : Expression complètement figée	4		

II. OBSERVATIONS PENDANT LES SOINS

4° Anticipation anxieuse des soins		6° Réactions pendant les soins des zones douloureuses	
0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété	0	0 : Aucune réaction pendant les soins	0
1 : Angoisse du regard, impression de peur	1	1 : Réaction pendant les soins, sans plus	1
2 : Sujet agité	2	2 : Réaction au toucher des zones douloureuses	2
3 : Sujet agressif	3	3 : Réaction à l'effleurement des zones	3
4 : Crie, soupirs, gémissements	4	4 : L'approche des zones est impossible	4
5° Réactions pendant la mobilisation		7° Plaintes exprimées pendant le soin	
0 : Le sujet se laisse mobiliser et /ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0	0 : Le sujet ne se plaint pas	0
1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1	1 : Le sujet se plaint si l'on s'adresse à lui	1
2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2	2 : Le sujet se plaint en présence de quelqu'un	2
3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3	3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4	4 : Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

III. RÉPERCUSSIONS SUR L'ACTIVITÉ

8° Sur l'appétit		10° Sur les mouvements	
0 : Pas de modifications de l'appétit	0	0 : Le sujet se mobilise comme d'habitude	0
1 : Appétit légèrement réduit : ne mange qu'une partie de sa nourriture	1	1 : Le sujet bouge comme d'habitude, mais évite certains mouvements	1
2 : A besoin de sollicitations pour manger une partie de sa nourriture	2	2 : Lenteur, rareté des mouvements	2
3 : Malgré les sollicitations, ne mange que quelques bouchées	3	3 : Immobilité	3
4 : Refuse toute nourriture	4	4 : Prostration ou agitation	4
9° Sur le sommeil		11° Sur la communication	
0 : Bon sommeil, au réveil le sujet est reposé	0	0 : Contact habituel	0
1 : Difficultés d'endormissement ou réveil matinal précoce	1	1 : Contact difficile à établir	1
2 : Difficultés d'endormissement et réveil matinal précoce	2	2 : Evite la relation	2
3 : Réveils nocturnes en plus des signes précédents	3	3 : Absence de tout contact	3
4 : Sommeil rare ou absent	4	4 : Indifférence totale	4

ECPA - 4° version - personne âgée communicante - 1999
R. Morello, M. Aïx (CHU Caen), A. Jean, J. Fermanian (CH La Rochefoucauld - 1999
Source : Dr Lélis - D. U. Alzheimer 99/2000 - Montpellier - Éditique - Zambon M.

80

80 Lorsque le sujet âgé n'est pas en capacité d'évaluer lui-même sa douleur, lors des démences par exemple, d'autres échelles existent. Elles peuvent également être couplées à l'autoévaluation. Ces évaluations se remplissent en équipe et se basent sur l'observation.

Les deux principales échelles française sont Doloplus 2 et l'Echelle Comportementale de la douleur chez la Personne Agée (ECPA). Ces échelles sous-tendent une connaissance des comportements antérieurs de la personne