



HAL
open science

**Toucher thérapeutique et psychomotricité : soutien de
l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la
personne âgée**
Émilie Charpentier

► **To cite this version:**

Émilie Charpentier. Toucher thérapeutique et psychomotricité : soutien de l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00921476

HAL Id: dumas-00921476

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00921476v1>

Submitted on 20 Dec 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.

Faculté de médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Bd de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14



Toucher thérapeutique et psychomotricité :
Soutien de l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la
personne âgée

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'état de Psychomotricité

Présenté par Emilie CHARPENTIER
Réfèrent de mémoire : Valérie JORRO

Session Juin 2013

Faculté de médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Bd de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14

Toucher thérapeutique et psychomotricité :
Soutien de l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la
personne âgée

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'état de Psychomotricité

Présenté par Emilie CHARPENTIER
Réfèrent de mémoire : Valérie JORRO

Session Juin 2013

« La peau n'est plus une barrière, mais une fenêtre qui permet la rencontre de l'autre, dans le respect de sa différence. Cet affinement de la sensibilité du toucher porte la promesse d'un lien vivant avec le monde [...] »¹

¹ F. VINIT, 2007, p. 182.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Valérie, mon maître de mémoire, pour son aide précieuse et ses apports théorico-cliniques au cours de cette année.

Je remercie également l'ensemble de mes maîtres de stage pour m'avoir transmis leur savoir et contribué à l'élargissement de ma vision de la psychomotricité.

Merci à Pascale pour ses relectures et la qualité de son écoute lors de ce cheminement.

Un grand merci à ma famille, mes proches et mes amies pour leur présence et leur soutien tout au long de mes études.

Je remercie l'ensemble du personnel de l'EHPAD qui m'a accueillie cette année.

Pour finir, j'aimerais remercier l'ensemble des résidents et plus particulièrement Mme M., Mme A., Mme G., et Mr C. pour leur confiance et leur partage.

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION | 11 |
| PARTIE THEORIQUE | 12 |
| 1. L'enveloppe psychocorporelle | 12 |
| 1.1. Définitions | 12 |
| 1.2. Du Moi à l'enveloppe psychocorporelle..... | 12 |
| 1.3. L'instauration de l'enveloppe psychocorporelle..... | 13 |
| 1.3.1. Le Berceau utérin..... | 13 |
| 1.3.2. Les soins maternels : interactions et contenant psychiques..... | 14 |
| 1.3.3. Les soins maternels : un étayage corporel..... | 15 |
| 1.4. L'intériorisation de l'enveloppe psychocorporelle | 18 |
| 1.4.1. Les fonctions du Moi-peau | 18 |
| 1.4.2. Intériorisation d'un contenant..... | 19 |
| 2. Le vieillissement | 21 |
| 2.1. Définitions | 21 |
| 2.2. Le vieillissement sensoriel..... | 21 |
| 2.2.1. Vieillissement de la perception visuelle | 21 |
| 2.2.2. Vieillissement de la perception auditive..... | 22 |
| 2.2.3. Vieillissement de la perception tactile..... | 22 |
| 2.2.4. Vieillissement de la perception de l'odorat et du gout | 22 |
| 2.2.5. Vieillissement de la proprioception..... | 22 |
| 2.3. Le vieillissement psychoaffectif | 23 |
| 2.3.1. Dépendance | 23 |
| 2.3.2. Pertes physiques, psychiques et d'étayage | 23 |
| 2.3.3. Les conséquences psychologiques | 24 |
| 2.4. Le vieillissement psychomoteur | 25 |
| 2.4.1. Le Schéma corporel | 25 |
| 2.4.2. L'image du corps | 25 |
| 2.4.3. Le tonus | 26 |
| 2.4.4. L'espace et le temps | 27 |
| 2.4.5. Les praxies..... | 27 |

| | | |
|----------------------|---|----|
| 2.5. | Le vieillissement et l'atteinte de l'enveloppe psychocorporelle..... | 28 |
| 2.5.1. | La Sclérose En Plaque vieillissante..... | 28 |
| 2.5.2. | Le Syndrome post-chute..... | 29 |
| 2.5.3. | Tétraplégie à la suite d'une fracture du rachis..... | 30 |
| 2.5.4. | La fin de vie..... | 31 |
| 3. | Le toucher..... | 32 |
| 3.1. | La peau et ses fonctions..... | 32 |
| 3.2. | Toucher, psychomotricité et personnes âgées..... | 33 |
| 3.2.1. | Le toucher et le dialogue tonique..... | 33 |
| 3.2.2. | Le toucher et le schéma corporel..... | 34 |
| 3.2.3. | Le toucher et l'image du corps..... | 34 |
| 3.2.4. | Le toucher et la communication..... | 34 |
| 3.3. | Toucher et fin de vie..... | 35 |
| 3.4. | Les différents types de toucher..... | 36 |
| 3.4.1. | Le toucher-massage psychomoteur..... | 36 |
| 3.4.2. | Le toucher-relaxation..... | 37 |
| 3.4.3. | Le toucher et enveloppement sec..... | 38 |
| PARTIE CLINIQUE..... | | 40 |
| 1. | Le cadre institutionnel..... | 40 |
| 1.1. | L'établissement..... | 40 |
| 1.2. | Le personnel..... | 40 |
| 1.3. | Projet de soins et de vie..... | 41 |
| 1.4. | La psychomotricité dans l'institution..... | 41 |
| 2. | Le projet de suivi en psychomotricité..... | 42 |
| 2.1. | Toucher thérapeutique suite à un bain thérapeutique..... | 42 |
| 2.2. | Séance de toucher thérapeutique en salle..... | 43 |
| 2.3. | Toucher thérapeutique en séance d'enveloppement sec puis de relaxation..... | 44 |
| 2.4. | Toucher thérapeutique lors d'un accompagnement de fin de vie..... | 44 |
| 3. | Présentation des cas cliniques..... | 45 |
| 3.1. | Mme G..... | 45 |
| 3.1.1. | Présentation et Anamnèse..... | 45 |
| 3.1.2. | Lecture psychomotrice..... | 45 |

| | | |
|-----------------|---|----|
| 3.1.3. | Projet thérapeutique et médiation choisie..... | 45 |
| 3.1.4. | Evolution de l'accompagnement psychomoteur..... | 46 |
| 3.2. | Mme A. | 47 |
| 3.2.1. | Présentation et Anamnèse..... | 47 |
| 3.2.2. | Evaluation psychomotrice : bilan d'observation | 47 |
| 3.2.3. | Projet thérapeutique et médiation choisie..... | 49 |
| 3.2.4. | Evolution de l'accompagnement psychomoteur..... | 49 |
| 3.3. | Mme M. | 53 |
| 3.3.1. | Présentation et Anamnèse..... | 53 |
| 3.3.2. | Evaluation psychomotrice : bilan d'observation | 53 |
| 3.3.3. | Projet thérapeutique et médiation choisie..... | 54 |
| 3.3.4. | Evolution de l'accompagnement psychomoteur..... | 54 |
| 3.4. | Mr C..... | 58 |
| 3.4.1. | Présentation et Anamnèse..... | 58 |
| 3.4.2. | Evaluation psychomotrice : bilan psychomoteur | 58 |
| 3.4.3. | Projet thérapeutique et médiation choisie..... | 59 |
| 3.4.4. | Evolution de l'accompagnement psychomoteur..... | 59 |
| DISCUSSION..... | | 65 |
| 1. | Toucher thérapeutique et enveloppe psychocorporelle..... | 65 |
| 1.1. | Toucher, Moi-peau et personnes âgées..... | 65 |
| 1.2. | Les trois fonctions thérapeutiques du toucher en lien avec la thérapie psychomotrice..... | 67 |
| 1.2.1. | Fonction de réparation..... | 67 |
| 1.2.2. | Fonction de communication émotionnelle | 68 |
| 1.2.3. | Fonction d'érogénèse contenante | 69 |
| 1.3. | Cheminement vers un soutien et une mise en sens de l'éprouvé corporel | 70 |
| 1.4. | Lorsque le corps est ressenti comme « corps étranger »..... | 72 |
| 1.5. | Support de la relation et de l'identité..... | 75 |
| 2. | Les limites du toucher thérapeutique | 76 |
| 2.1. | La douleur | 76 |
| 2.2. | Le refus | 77 |
| 2.3. | La régression..... | 79 |
| 2.4. | La temporalité..... | 80 |

| | |
|---|--------|
| 3. Le toucher thérapeutique : rencontre entre deux sujets..... | 81 |
| 3.1. Proximité et distance relationnelle..... | 81 |
| 3.2. Mes propres ressentis corporels et émotionnels..... | 82 |
| 3.2.1. L'empathie..... | 83 |
| 3.2.2. Le contre-transfert en thérapie psychomotrice | 84 |
| 3.3. Coordination du personnel soignant lors d'un accompagnement en fin de vie | 86 |
| CONCLUSION | 89 |
| BIBLIOGRAPHIE | 90 |

INTRODUCTION

Je me suis tournée vers les personnes âgées suite à mes précédents stages d'observation en gériatrie, effectués en l'absence de psychomotricien. En effet, j'ai pu rencontrer des personnes âgées isolées socialement et n'ayant que peu ou pas de possibilités de s'exprimer, tant corporellement qu'oralement, du fait de leur maladie. J'ai ainsi pu observer les conséquences du manque de relation sociale et de la perte de l'autonomie sur leur investissement corporel et relationnel.

En étant stagiaire observatrice, je me suis rapidement rendue compte que, lorsque les mots ne sont plus présents, il est tout de même possible d'entrer en relation avec la personne par la communication non verbale. L'importance de la psychomotricité m'est alors apparue évidente afin de permettre à ces personnes de renouer avec les liens entre la psyché et le soma et avec le corps en relation, à travers les modes de communication non verbale.

Je me suis de ce fait orientée vers la notion d'enveloppe psychocorporelle au travers de la médiation du toucher thérapeutique, tout en cheminant vers la réflexion suivante : comment soutenir l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle, par la médiation du toucher thérapeutique, auprès des personnes âgées ?

Ainsi, dans un exposé théorique, j'aborderai la notion d'enveloppe psychocorporelle, que je mettrai ensuite en lien avec le vieillissement, ainsi que la notion de toucher thérapeutique. Les supports cliniques viendront ultérieurement illustrer ma réflexion. Enfin, il s'agira lors de la discussion de montrer de quelle façon le toucher thérapeutique soutient l'enveloppe psychocorporelle du sujet âgé mais aussi de s'interroger sur les limites de la médiation et sur la démarche thérapeutique propre au psychomotricien.

PARTIE THEORIQUE

1. L'enveloppe psychocorporelle

1.1. Définitions

Une enveloppe peut être décrite de façon générale comme ce qui entoure entièrement un espace et délimite ainsi un contenu. Selon D. HOUZEL, « ce qui est commun à tous les types d'enveloppe est la notion d'une limite entre un dedans et un dehors, entre ce qui est contenu à l'intérieur et ce qui est à l'extérieur d'un espace donné. »².

Plusieurs concepts, exprimant des structures limitantes et enveloppantes, sont regroupés sous le terme d'enveloppe psychique. L'enveloppe psychique peut remplir la fonction de délimitation entre l'espace du monde interne et l'espace du monde externe du sujet. Elle assure la cohésion du psychisme tout en permettant des communications entre le monde intérieur et extérieur.

L'espace psychique et l'espace corporel sont intimement liés. La construction et l'autonomisation du premier dépend de l'état de différenciation et de cohésion du second. Selon M. BRUCHON, « l'avènement d'un corps psyché est une étape nécessaire dans le développement du Moi et la différenciation de l'appareil psychique »³.

De ce fait, le terme d'enveloppe psychocorporelle semble approprié et témoigne ainsi de l'étayage corporel de la psyché dans le développement du sujet.

1.2. Du Moi à l'enveloppe psychocorporelle

D. HOUZEL écrit : « C'est le concept de *Moi* qui a servi à Freud pour décrire une structure limitante. ». En effet, S. FREUD rapproche la notion de *Moi* à celle d'enveloppe psychocorporelle. Ainsi, en 1895, dans *L'Esquisse d'une psychologie scientifique*, S. FREUD donne au *Moi* les fonctions de pare-excitation et de zone frontière entre le monde intérieur et extérieur. En 1920, dans la deuxième topique, il insiste sur l'étayage corporel du *Moi* et sur sa fonction de délimitation de l'appareil psychique en soulignant l'importance des sensations cutanées. Puis, S. FREUD précise dans *Le Moi et le ça* : « Le *Moi* est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur

² D. HOUZEL, 2005, p.9

³ M. BRUCHON, 2004, p.23

source dans la surface du corps. Il peut ainsi être considéré comme une projection mentale de la surface du corps (...) et représente la surface de l'appareil mental. »⁴.

Par conséquent, l'enveloppe psychique dérive par étayage de l'enveloppe corporelle. La peau, lieu d'échanges entre la mère et l'enfant, est une enveloppe contenant et une membrane protectrice. Elle est le support de l'émergence de la conscience de soi et des limites corporelles puis progressivement de celles du psychisme.

1.3. L'instauration de l'enveloppe psychocorporelle

1.3.1. Le Berceau utérin

Pendant près de neuf mois, le fœtus se développe au sein de la cavité utérine de sa mère. Cet espace sécurisant offre à l'enfant une toute première enveloppe, un espace contenant. Il baigne dans le liquide amniotique et est entouré du placenta qui assure les échanges nutritifs avec la mère. Ainsi, un espace intérieur et un espace extérieur se dessinent tout en étant en interaction.

L'enveloppe utérine est le lieu de stimulations sensorielles, avant tout tactiles. Le fœtus grandit dans un univers cutané et découvre petit à petit son corps grâce aux expérimentations intra-utérines. « Dès les sensations maternelles, ce sont les sensations cénesthésiques qui font du volume du corps résistance à l'invasion du flot amniotique et donnent au corps sa première limite. Les premiers signifiants portés par la voix sont liés aux sensations cénesthésiques de tension et de limite, aux éléments vestibulaires qui permettent de repérer sa position dans l'espace, avec le tact et la peau. »⁵. Le berceau utérin et les différentes stimulations tactiles permettent l'établissement d'une enveloppe tactile. Au fil des mois, le fœtus développe ses compétences sensorielles lui permettant l'accès au monde extérieur. Ainsi dès le 5^{ème} mois de gestation, le fœtus possède des capacités auditives. Il perçoit les sons physiologiques, la voix de sa mère et ses intonations. Ce bain sonore interne et externe constitue une enveloppe sonore venant s'ajouter à l'enveloppe tactile.

Progressivement, le fœtus devient acteur du dialogue corporel en répondant aux stimulations et en initiant des mouvements. Les interactions prénatales entre le fœtus et ses parents participent ainsi à l'investissement psychique de l'enfant par ses parents. Ces premiers liens affectifs sont marqués de représentations conscientes et inconscientes que

⁴ S. FREUD cité par D. HOUZEL, 2005, p.55

⁵ CLERGET cité par F.VINIT, 2007, p.129

possèdent les parents à l'égard de leur enfant. Les interactions affectives et fantasmatiques favorisent l'émergence d'une première enveloppe psychique. Ainsi, « L'utérus maternel fournit l'ébauche d'un contenant psychique ; il est vécu comme le sac qui maintient ensemble les fragments de conscience du début de la vie »⁶.

Les enveloppes utérine, tactile, sonore et psychique fournissent au fœtus une contenance à la fois corporelle et psychique. Mais la naissance entraîne un changement considérable avec le passage d'un milieu aquatique à un milieu aérien, la rupture avec le placenta, les sensations de froid et de pesanteur... En effet, le nourrisson est soumis à de nombreuses modifications physiques, sensorielles et psychiques. M. BRUCHON écrit : « Le nouveau-né quitte son abri utérin, ses enveloppes et perd la complétude des échanges spontanés. Ce passage du dedans au dehors le propulse dans un espace beaucoup moins contenant et sécurisant que celui qu'il a connu »⁷. Le sentiment d'enveloppe est mis à mal et le nouveau-né est confronté à des angoisses archaïques telles que les angoisses de chute, de précipice, de désintégration... Ainsi, dès la naissance, les échanges précoces et les premiers « peau à peau » sont indispensables à la construction de l'enveloppe psychocorporelle.

1.3.2. Les soins maternels : interactions et contenant psychiques

Capacité de rêverie maternelle

Suite à la naissance, le nourrisson se trouve dans un « état primaire de non intégration »⁸. Le Moi de la mère doit ainsi suppléer celui de son enfant, au travers des soins maternels, afin d'apaiser les états d'angoisse pour parvenir à le contenir corporellement et psychiquement. W. BION nomme « la capacité de rêverie de la mère » témoignant de la fonction contenante de la mère. En effet, l'enfant va projeter sur la mère les « éléments bêta » c'est-à-dire des éprouvés inassimilables psychiquement. Puis « la fonction contenante de la mère consiste à les [éléments bêta] recevoir et à les transformer en éléments assimilables psychiquement, que Bion appelle *éléments α* »⁹. Ainsi, la mère possède un rôle de contenant psychique et assure la « fonction α » ce qui permet ensuite à l'enfant de réintrojecter ces éléments alpha pour être symbolisés. Par conséquent, elle aide son enfant à penser en donnant du sens à ses éprouvés.

⁶ Ch. ANZIEU-PREMMENEUR cité par M.BRUCHON, 2004, p. 13

⁷ *Ibid.*

⁸ D.W.WINNICOTT, 1956, p. 194

⁹ D.HOUZEL, 2005, p.71

Préoccupation maternelle primaire et accordage affectif

L'établissement de cette fonction repose sur l'empathie de la mère vis-à-vis de son enfant. La mère se trouve alors dans un état que D.W. WINNICOTT nomme « préoccupation maternelle primaire » qui correspond à un état biologiquement programmé d'hypersensibilité aux besoins de l'enfant, où la mère se trouve en symbiose avec son enfant. Selon D.W. WINNICOTT, la mère doit « s'adapter aux tous premiers besoins du petit enfant avec délicatesse et sensibilité »¹⁰. Elle intervient donc à chaque demande de l'enfant et parvient à combler les besoins de son nourrisson.

D. STERN décrit sous le terme d'« accordage affectif », l'expérience subjective selon laquelle l'un des partenaires de l'interaction reproduit la qualité des états affectifs de l'autre. Ceci permet à la mère et au bébé de faire l'expérience d'une communication interpersonnelle qui donne au bébé le sentiment d'être compris dans ses besoins et émotions. L'accordage affectif est le plus souvent transmodal, chaque partenaire traduisant le vécu de l'autre sur un autre canal sensorimoteur.

Ainsi l'enfant est maintenu dans l'illusion de ne faire qu'un avec sa mère, unité à la fois psychique et corporelle. Lors de la satisfaction de ses besoins, réalisée par la présentation par la mère de l'objet désiré, l'enfant croit qu'il crée l'objet. Cette illusion de toute puissance est nécessaire pour la bonne construction de psychisme du bébé.

1.3.3. Les soins maternels : un étayage corporel

Les interactions psychiques entre la mère et l'enfant se constituent par l'intermédiaire du corps. Les contacts corps à corps vont permettre au bébé de délimiter un espace de continuité entre l'extérieur et l'intérieur de son corps. Cette relation corporelle est primordiale pour la construction de l'enveloppe psychocorporelle du nourrisson. En effet selon plusieurs auteurs, tels que S. FREUD, le Moi psychique se fonde sur le Moi corporel.

Dialogue Tonico-émotionnel et Holding-Handling

Dès le début de la vie, le tonus joue un rôle privilégié comme moyen de communication entre le nourrisson et sa mère. S. ROBERT-OUVRAY écrit : « Pendant les premières semaines, la mère et l'enfant sont dans un système d'éprouvés toniques et sensoriels qui se transmettent sans cesse sur un mode infra-verbal(...) »¹¹. L'ajustement tonique de la mère au corps de son enfant permet l'émergence d'un *Dialogue tonique*,

¹⁰ D.W. WINNICOTT, 1956, p. 171

¹¹ S. ROBERT-OUVRAY, 2002, p.93

notion décrite par H. WALLON et développée ensuite par J. de AJURIAGUERRA. Ce dialogue désigne l'ensemble des échanges entre la mère et l'enfant, médiatisés par la manière dont l'enfant est tenu, maintenu, et la manière dont il y répond. C'est un échange dynamique où ont lieu des interactions entre les postures et la tonicité des partenaires. Le nourrisson s'exprime à travers l'hypertonie de protestation et l'hypotonie de satisfaction du besoin comblé. La capacité maternelle d'écoute corporelle et la faculté d'accordage de son tonus définissent un dialogue tonico-émotionnel permettant à l'enfant de sentir son corps plus rassemblé et unifié. Ainsi, la mère va permettre l'étayage corporel du développement du Moi de l'enfant.

En effet, pour D.W.WINNICOTT, la constitution du Moi de l'enfant dépend du *Holding* et du *Handling* . La notion de *Holding* fait référence aux attitudes et comportements de maternage lors des premiers échanges entre la mère et son bébé. Le *holding* correspond au portage de la mère à son enfant tant physiquement que psychiquement. Le *Handling* constitue la manière dont la mère prend soin de son enfant, s'occupe de lui au quotidien. Le bébé et la mère constituent une dyade où le bébé est actif dans la relation. Ces deux modalités font appel au dialogue tonique et engagent les deux partenaires sur les plans physique et affectif. S. ROBERT-OUVRAY parle d' *holding moteur* pour décrire l'ensemble des situations relationnelles mettant en jeu les corps moteurs du bébé et de sa mère. Elle décrit également la notion d' *enveloppe tonique* ¹², première enveloppe psychocorporelle du bébé sur laquelle vont s'étayer les enveloppes psychiques.

La tonicité exerce ainsi une fonction essentielle dans le développement du Moi. Les différents soins maternels permettent l'émergence d'une délimitation entre un dehors et un dedans, D.W.WINNICOTT parle « d'état d'unité » de l'enfant, indispensable à son individuation.

Peau psychique

E. BICK, en observant les relations mère-bébé, témoigne de l'intérêt porté à la peau dans les soins maternels et expose la constitution d'une *peau psychique* . Elle décrit la fonction psychique de la peau dans le développement mental et montre la nécessité d'un objet contenant, externe, capable de contenir l'ensemble des parties dispersées du vécu de l'enfant. Ainsi, « la fonction interne de contenir les parties du Soi résulte de l'introjection d'un objet externe capable de contenir les parties du corps »¹³. Au départ, la fonction de peau psychique est tenue par la mère. En effet, l'objet optimal est « (...) le mamelon dans

¹² S.ROBERT-OUVRAY, 2002, p.164

¹³ D.ANZIEU, 1985, p. 219

la bouche, accompagné du portage, des paroles et de l'odeur familière de la mère »¹⁴. Le bébé introjecte ainsi la fonction contenant de la mère et s'y identifie progressivement. L'enfant peut alors se sentir suffisamment contenu à l'intérieur de sa propre peau, peau psychique contenant l'ensemble les parties du Soi, afin de supporter plus tard la séparation avec sa mère.

Le Moi-peau

En 1974, D. ANZIEU aborde le concept de *Moi-peau* qu'il développera en 1985 dans son ouvrage intitulé *Le Moi-peau*. Il désigne par *Moi-peau* « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif »¹⁵. Le *Moi-peau*, surface psychique, par sa structure d'enveloppe, relie les diverses sensations vécues par l'enfant.

Il décrit comment la peau psychique se construit et comment le Moi s'étaye sur la peau. Ainsi D. ANZIEU écrit : « [...] la constitution du Moi, s'opère par un double étayage, sur la relation contenant-contenu que la mère exerce dans son rapport au tout-petit [...] et sur la relation de contenance par rapport aux excitations exogènes, relation dont sa propre peau- stimulée en premier lieu par sa mère- apporte l'expérience à l'enfant. »¹⁶. Le *Moi-peau* s'étaye sur les expériences sensorielles tactiles lors du contact peau à peau avec la mère.

De plus, D. ANZIEU met l'accent sur la notion d'enveloppe, sur la différenciation entre contenant et contenu et sur la délimitation entre un dedans et un dehors : « A l'occasion de la tétée et des soins, le bébé est tenu dans les bras, serré contre le corps de la mère [...] le tout généralement accompagné d'un bain de paroles [...]. Ces activités conduisent progressivement l'enfant à différencier une surface comportant une face interne et une face externe, c'est-à-dire une interface permettant la distinction du dehors et du dedans, et un volume ambiant dans lequel il se sent baigné, surface et volume qui lui apportent l'expérience d'un contenant. »¹⁷. L'enfant se sent alors contenu dans une enveloppe qui l'unifie, le protège des agressions externes.

¹⁴ E.BICK citée par D.HOUZEL, 2005, p. 77

¹⁵ D.ANZIEU, 1985, p.61

¹⁶ *Ibid.* p.107

¹⁷ *Ibid.* p. 57-58

1.4. L'intériorisation de l'enveloppe psychocorporelle

1.4.1. Les fonctions du Moi-peau

D. ANZIEU, dans son ouvrage, reconnaît huit fonctions du Moi-peau qu'il relie aux fonctions physiologiques de la peau.

La fonction de maintenance du psychisme: tout comme la peau soutient le squelette et les muscles, le Moi-peau « maintient le psychisme en état de fonctionner [...] tout comme la mère maintient en ce même temps le corps du bébé dans un état d'unité et de solidité »¹⁸. C'est au travers du holding maternel et des sensations tactiles émanant du toucher que s'étaye cette fonction.

La fonction de contenance: la peau recouvre la surface entière du corps. Le Moi-peau enveloppe la psyché et devient ainsi le contenant des représentations psychiques. Cette fonction est formée à partir du handling maternel. Les soins corporels permettent à l'enfant d'acquérir la représentation d'une « peau-sac » et d'intégrer les notions de contenant/contenu.

La fonction de pare-excitation: la peau, constituée de deux feuillets, est une barrière protégeant l'organisme des agressions extérieures. Au départ assurée par la mère, cette fonction protège l'enfant de l'excès de stimulations. Puis le Moi-peau va progressivement permettre à l'enfant d'assurer lui-même cette fonction.

La fonction d'individuation du Soi: Avoir sa propre peau confère au sujet une identité personnelle. Ainsi, « le Moi-peau assure une fonction d'individuation du Soi, qui apporte à celui-ci le sentiment d'être un être unique »¹⁹ et différent de l'autre.

La fonction d'intersensorialité: la peau, par ses récepteurs en lien avec le système nerveux central, reçoit les informations et les relie entre elles. Le Moi-peau, surface psychique, assure la mise en lien de toutes les sensations et permet ainsi la perception de soi.

La fonction de soutien de l'excitation sexuelle: elle est liée à l'investissement libidinal de la peau de l'enfant par la mère. Ainsi, le Moi-peau est une surface où s'établissent progressivement des zones érogènes. Il « capte sur toute sa surface l'investissement libidinal et devient une enveloppe d'excitation sexuelle globale. »²⁰.

¹⁸ D.ANZIEU, 1985, p.121

¹⁹ *Ibid.* p. 126

²⁰ *Ibid.* p. 127

La fonction de recharge libidinale : la peau, par ses stimulations externes qu'elle perçoit, entretient le tonus sensori-moteur. Le Moi-peau maintient la tension interne, libido, lors des excitations externes.

La fonction d'inscription des traces sensorielles : la peau fournit des informations sur le monde environnant. Le Moi-peau sert de support à l'inscription des traces sensorielles tactiles.

1.4.2. Intériorisation d'un contenant

Différenciation entre le Moi et le Non-Moi

D. ANZIEU précise que ce sont les fonctions de maintenance et de contenance qui vont permettre l'émergence de la sécurité narcissique de base, elle-même donnant à l'enfant le sentiment d'existence et d'identité propre. Les notions d' Holding et d' Handling, développées par D.W.WINNICOTT, renforcent cette idée. En effet, l'étayage d'un contenant externe corporel et psychique permet à l'enfant d'intérioriser petit à petit un contenant interne.

La mère, en suppléant le Moi de son enfant, lui permet peu à peu d'intérioriser son propre Moi. Ainsi progressivement, le bébé quitte l'état de « dépendance absolue » et la mère devient « suffisamment bonne »²¹. Les réponses de la mère à son enfant, parfois différées, entraînent des frustrations, brèves au début. Elles permettent la prise de conscience de la dépendance puis d'un début du processus de différenciation. L'enfant accède à ce que D.W.WINNICOTT nomme « espace transitionnel ». Cet espace est une transition entre l'état d'union entre la mère et son enfant à un état où il puisse supporter l'absence et se représenter l'objet. Le Moi et le non-Moi se différencient peu à peu. Par l'absence de la mère, l'enfant prend conscience de sa présence et un fonctionnement mental se met en place. S. ROBERT-OUVRAY écrit : « Pour que le bébé puisse acquérir ce processus identifiant et communicationnel, il faut que cette absence s'intègre lentement, sans que ses seuils de tolérance à la frustration aient été dépassés. »²²

Sentiment continu d'être

C'est essentiellement à travers la relation tonico-émotionnelle avec la mère que l'enfant construit son enveloppe corporelle et son appareil psychique.

²¹ D.W.WINNICOTT, 1975, p.19

²² S.ROBERT-OUVRAY, 2002, p. 148

L'intériorisation de ces enveloppes corporelles et psychiques concourt au sentiment d'unité psychocorporelle. Se sentir contenu et unifié est primordial afin d'accéder au sentiment d'être. Pour D.W. WINNICOTT, l'émergence du « sentiment de continuité d'existence » est indispensable pour que l'enfant puisse être en relation et communiquer avec le monde extérieur. De ce fait, « être un Moi, c'est se sentir la capacité d'émettre des signaux entendus par d'autres [...] être un Moi c'est se sentir unique. »²³.

L'accès à la pensée : du Moi-peau au Moi-pensant

Pour D. ANZIEU l'intériorisation du Moi-peau est indispensable à l'accès au Moi-pensant, « un Moi psychique différencié du Moi corporel et autrement articulé avec lui »²⁴, qui ne peut s'installer qu' « en renonçant(...) aux plaisirs de peau puis de mains et en transformant l'expérience tactile concrète en représentations de base sur le fond desquelles des systèmes de correspondances intersensorielles peuvent s'établir. »²⁵. D.ANZIEU fait de la sensorialité tactile le modèle organisateur du Moi et de la pensée.

C'est par la fonction symbolisante, nommée fonction alpha par W.BION, exercée par la mère que l'enfant peut réintrojecter ses éprouvés et peu à peu se sentir compris et accéder à une pensée de plus en plus élaborée. Il accède ainsi à l'espace transitionnel nécessaire à l'intériorisation de ses représentations. La symbolisation, pour S. ROBERT-OUVRAY, permet l'accès à la différenciation entre le Moi et le non-Moi, indispensable pour penser, élaborer et s'identifier.

Ainsi, les communications primaires tactiles demeurent la toile de fond du psychisme du sujet. L'intégration de l'enveloppe psychocorporelle peut être considérée « comme un processus qui va suivre le chemin de la métabolisation des sensations-affects jusqu'à la représentation, qui sera dite par le Je, dont le travail est de forger une image de la réalité du monde [...] »²⁶. Ce sentiment d'unité psychocorporelle se développe donc progressivement. L'enfant se perçoit alors comme une unité psychocorporelle, son schéma corporel se construit petit à petit en parallèle avec sa réalité psychique interne.

Tout au long du développement, de la vie intra-utérine jusqu'au vieillissement, le corps et la peau, en tant qu'enveloppe psychocorporelle, demeurent une surface d'ancrage de toutes nos expériences et de notre vécu.

²³ D.ANZIEU, 1985, p.84

²⁴ *Ibid.* p. 161

²⁵ *Ibid.*

²⁶ S.ROBERT-OUVRAY, 2002, p. 149

2. Le vieillissement

2.1. Définitions

La sénescence est le vieillissement naturel des tissus et de l'organisme. La vieillesse, ou état du vieillissement, est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme un processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps.

Le vieillissement est un processus présent tout au long de la vie. Il commence dès le début de la vie et ne prend fin qu'à la mort du sujet. C'est une évolution naturelle et progressive marquée de modifications physiques et psychiques. Ainsi, le vieillissement normal « correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies. »²⁷.

Le vieillissement est un processus à la fois physiologique, sensoriel, psychomoteur et psychoaffectif. Je développerai dans cette partie les aspects sensoriels, psychologiques et psychomoteurs.

2.2. Le vieillissement sensoriel

2.2.1. Vieillissement de la perception visuelle

Les changements touchent les tissus et les composantes de l'œil. Avec le vieillissement, les yeux perdent graduellement leur capacité de voir avec précision et les couleurs peuvent être moins nettement discernées. L'acuité visuelle est moins performante et l'activité oculomotrice devient plus lente. Tous ces éléments peuvent avoir des conséquences variables. La mauvaise évaluation des distances peut entraîner des conséquences sur la marche et l'équilibre, augmentant ainsi le risque de chute. Les difficultés visuelles peuvent aussi priver la personne de ses centres d'intérêt. Ces changements peuvent provoquer une perte progressive d'autonomie.

²⁷ Le Collège national des Enseignants de Gériatrie, 2000, p.9

2.2.2. Vieillessement de la perception auditive

Les performances auditives diminuent. En effet, l'acuité auditive baisse entraînant, pour le sujet âgé, des difficultés à entendre et localiser certains sons et à distinguer intelligiblement le discours. Dans la vie quotidienne, la perte auditive peut engendrer des difficultés de communication favorisant un risque de repli sur soi et d'isolement social.

2.2.3. Vieillessement de la perception tactile

La peau s'assèche et devient fragile. Celle-ci peut être atteinte au niveau de ses récepteurs endommageant ainsi la vitesse de conduction des fibres nerveuses périphériques sensorielles. Ce phénomène risque d'entraîner une baisse des sensations tactiles et des difficultés de motricité fine. Malgré la diminution de la perception tactile, le tact demeure un des sens les plus préservés.

2.2.4. Vieillessement de la perception de l'odorat et du goût

Une restriction des perceptions gustatives peut être observée, le sujet âgé différencie alors moins bien les saveurs. Cela entraîne parfois une diminution de la soif et une perte d'appétit. Cependant l'acuité olfactive change très peu avec l'âge. La vitesse de conduction de l'information diminue mais le nombre de récepteurs olfactifs ne décroît que partiellement.

2.2.5. Vieillessement de la proprioception

La proprioception, ou sensibilité profonde, « joue un rôle fondamental dans l'ajustement postural car elle contrôle le tonus de nos muscles et les positions de nos membres. (...) Elle nourrit la notion de conscience du sujet, d'intériorité et ancre le sentiment d'exister. »²⁸

La sensibilité proprioceptive peut diminuer avec l'avancée en âge. En effet, elle peut décroître avec la perte progressive du nombre de récepteurs neuro-tendineux de Golgi et ceux des fuseaux musculaires. Ce manque de discrimination proprioceptive peut se traduire par des difficultés dans la marche, dans l'équilibre et des difficultés d'ajustements tonico-posturaux.

²⁸ J.M ALBARET; F.GIROMINI; P.SCIALOM *et al.*, 2011, p.146.

Le vieillissement, en plus de ses conséquences sur le domaine sensoriel, va également avoir des répercussions psychologiques.

2.3. Le vieillissement psychoaffectif

Avant de parler du vécu psychologique de la personne âgée et de sa perception de son corps vieillissant, il est important de pointer le regard de la société sur la notion de « personne âgée ». En effet, la société possède une vision négative du vieillissement et la position de la personne âgée au sein de celle-ci se trouve alors très dévalorisée. La vieillesse est d'emblée associée à l'incapacité, à la faiblesse et aux images de dégradation et de mort. Ce regard social, péjoratif et dévalorisant, participe au vécu douloureux de cette ultime étape de la vie du cycle de l'adulte.

2.3.1. Dépendance

Le vieillissement entraîne progressivement une perte de l'autonomie, que ce soit lors des déplacements, des activités de la vie quotidienne ou des loisirs. La baisse des facultés intellectuelles, apparaissant plus tardivement, vient s'y ajouter. Cette perte d'autonomie progressive mène le sujet âgé vers la dépendance. L'autonomie est définie par la capacité à se gouverner soi-même et présuppose la capacité de jugement et la capacité de liberté. La dépendance se définit par l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.

La dépendance de la personne âgée retentit en premier lieu sur les gestes de la vie quotidienne, imposant une dépendance vis-à-vis de la famille. La dépendance peut alors devenir affective, la personne devenue dépendante de son entourage réactive des modes de relation archaïques. Ainsi, « on peut qualifier la vieillesse comme une reprise de l'infantile. Ce n'est pas un vieillard qui redevient enfant, mais les processus psychiques infantiles qui sont réutilisés. »²⁹. Le retour à la dépendance est difficilement supportable pour les personnes vieillissantes qui doivent préserver leur identité psychocorporelle avec une autonomie restreinte.

2.3.2. Pertes physiques, psychiques et d'étayage

La personne âgée est soumise à des expériences de pertes, tant physiques que psychiques. Les pertes, les séparations s'accumulent et se succèdent, la personne âgée peut alors exprimer un mal être, une tristesse, une dépression, un sentiment de solitude, etc...

²⁹ P.ANCET *et al.*, 2010, p.17

Les pertes liées au corps peuvent l'atteindre dans son extériorité, son apparence et sa fonctionnalité. Les capacités physiques de la personne âgée diminuent et vont entraîner des difficultés de mobilité et d'orientation spatiale. Les chutes, fréquentes à l'avancée de l'âge, peuvent participer au vécu de perte de contrôle du corps. Ainsi, cet état met « la personne dans un sentiment d'insécurité, de perte de contrôle, de perte d'étayage (...) »³⁰. L'appui corporel, indispensable pour se mouvoir dans l'espace en toute confiance, fait défaut ce qui entraîne un sentiment d'insécurité par rapport à l'environnement. Les pertes sur le plan cognitif se définissent par une restriction des aptitudes du sujet à se concentrer, à mémoriser et à apprendre. Les pertes sur le plan social entraînent une modification du statut social de la personne âgée notamment avec la mise à la retraite, la perte de l'habitat privé et l'arrivée possible en institution. De plus le sujet va être confronté à la maladie, à la mort dans son entourage et va devoir assumer le changement du regard des autres sur lui. Ces aspects correspondent aux pertes sur le plan affectif.

En outre, « On ne peut pas, particulièrement chez cette personne âgée fragile, dissocier le somatique du psychologique. Le fonctionnement psychologique est inscrit dans le corps, il le modèle tout comme il est modulé par lui, particulièrement dans cette ultime étape de vie »³¹. Les pertes subies, qu'elles soient physiques ou touchant l'image de soi, ont pour conséquence un vécu de soi ressenti comme dévalorisé.

2.3.3. Les conséquences psychologiques

Ces modifications entraînent, sur le plan psychologique, une réduction des investissements de la personne. Or « Investir, c'est mettre son énergie au service de projets qui nous donnent une satisfaction psychologique. Ces satisfactions sont tout à fait fondamentales pour notre réassurance narcissique, notre identité, notre idéal du moi, etc. »³². Le narcissisme est nécessaire, c'est l'investissement de soi à l'origine du sentiment d'identité et de l'estime de soi.

Une baisse de l'estime de soi peut être alors ressentie par le sujet âgé dont l'image de soi est ressentie comme dévalorisée. La cohésion du narcissisme chez le sujet âgé va dépendre de l'image que lui renvoient l'autre et la société, associée à l'image que le sujet a de lui-même. Une image négative, associée à un sentiment d'inutilité, va dévaloriser le sujet âgé. Il aura une image de soi ébranlée. Par conséquent, la relation à l'autre a donc une place importante dans le corps vécu du sujet âgé, car elle intervient dans l'acquisition et le maintien de l'estime de soi. De plus, la modification du statut social, la perte d'autonomie et les possibilités d'entrée en institution ou de développer une maladie renforce les

³⁰ P.ANCET *et al.*, 2010, p.52

³¹ *Ibid.* p.51

³² *Ibid.* p.55

blessures narcissiques et la baisse de l'estime de soi. Ainsi, on peut observer chez la personne âgée « un retrait, un retour sur soi, un rétrécissement des possibilités et une pulsion de mort plus envahissante. »³³ qui augmentent le vécu d' « instabilité corporelle et psychologique »³⁴.

Le vieillissement, avec ses conséquences sensorielles et psychologiques, va également avoir des répercussions sur le plan psychomoteur.

2.4. Le vieillissement psychomoteur

2.4.1. Le Schéma corporel

J. de AJURIAGUERRA définit le schéma corporel comme « Edifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, et qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. »³⁵

Le schéma corporel est un modèle perceptif du corps se construisant grâce aux expériences relationnelles, perceptives et motrices. Au cours des expériences vécues, il permet le passage d'un corps senti comme dissocié à un corps senti comme unifié. F. DOLTO écrit : « le schéma corporel réfère le corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate »³⁶. Il s'inscrit ainsi dans une perpétuelle évolution, car il est alimenté en permanence par des sensations, lui permettant de rester cohérent avec le corps et l'environnement.

Chez la personne âgée, des troubles du schéma corporel peuvent émerger. En effet, la réduction des conduites motrices, la dégradation des structures nerveuses et la diminution des stimulations sensorielles participent à l'appauvrissement du schéma corporel. Le manque de repères corporels et spatiaux entrave la perception de soi du sujet.

2.4.2. L'image du corps

F. DOLTO écrit : « L'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation

³³ P.ANCET *et al.*, 2010, p. 53

³⁴ *Ibid.*

³⁵ J.AJURIAGUERRA, 1970, p.239

³⁶ F.DOLTO, 1984, p. 23

dynamique, à la fois narcissique et inter-relationnelle [...] »³⁷. L'image du corps traduit ce que nous percevons à chaque moment et dans la relation aux autres, des qualités de notre corps. De plus, « Dans l'œuvre de Schilder (1950), l'image du corps est ce référentiel qui permet de sentir l'unité corporelle (...) c'est bien en référence à l'image du corps qu'il est possible de faire la différence entre le dedans et le dehors du corps propre. »³⁸.

L'altération de la relation, le rejet du corps vieillissant et l'image négative renvoyée par la société au sujet âgé sont responsables de l'altération de l'image du corps. F. SIMERAY précise : « la personne âgée souffre en effet souvent d'importants troubles narcissiques dont le retentissement sur son image du corps, son sentiment d'identité, d'estime de soi, dépendront du maintien et de la solidité de l'équilibre antérieurement acquis. »³⁹.

La personne âgée est atteinte dans son unité psychocorporelle, son image de soi et sa confiance en elle.

2.4.3. Le tonus

Le tonus est « l'état de légère contraction musculaire qui n'aboutit pas au mouvement mais assure la résistance à la pesanteur, qui fixe les articulations dans une position déterminée et donc maintient la posture lors de l'exécution du mouvement. Cette contraction est isométrique, permanente et involontaire. »⁴⁰. De plus tonus et émotion sont intimement liés : toute émotion s'accompagne de manifestations toniques, et à l'inverse, agir sur le tonus peut modifier l'état émotionnel. H. WALLON écrit : « les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire. »⁴¹.

Au niveau du tonus de fond, la personne âgée peut présenter des paratonies, impossibilité de résolution musculaire volontaire, ainsi que des raideurs et une hypertonie. Selon F. PITTERI, elles peuvent être considérées comme quasi physiologiques compte tenu de leur fréquence élevée chez les plus de soixante-dix ans.⁴² En outre, la force musculaire décroît avec l'âge. Cette faiblesse musculaire s'accompagne également d'une diminution de la stabilité posturale dynamique et une modification du tonus postural, mais aussi de l'altération de la motricité globale et de la coordination. La modification de la posture entraîne des difficultés à contrôler l'équilibre dans les situations imprévues, les chutes de la personne âgée peuvent en être la conséquence.

³⁷ F.DOLTO, 1984, p. 23

³⁸ M.GUIOSE, 2007, p.95

³⁹ F.SIMERAY, 1983, p. 5

⁴⁰ J.M.ALBARET ; F.GIROMINI ; P.SCIALOM, 2011, p. 40

⁴¹ H.WALLON, 1949, p.174

⁴² F. PITTERI in C. POTEI, 2000, p.291.

2.4.4. L'espace et le temps

La perception de l'espace est une création en perpétuel mouvement élaborée comme le schéma corporel sur l'expérimentation des informations sensorielles et de la motricité. L'instauration de l'orientation et de la structuration spatiale « passe par les mouvements que le corps accomplit dans l'espace qu'il occupe, lequel a des dimensions qu'il apprend à découvrir, à respecter et à maîtriser. »⁴³ Ainsi, elle permet de comprendre l'environnement dans lequel nous nous trouvons.

L'orientation spatiale aussi est perturbée à l'avancée en âge. Cette perturbation est en lien avec celle du schéma corporel et le peu de repères kinesthésiques et proprioceptifs. En effet, le corps est une référence pour l'organisation spatiale. Le sujet âgé désinvestit son corps et restreint son espace de vie. En outre, l'entrée en institution bouleverse les repères spatio-temporels de la personne. Les rythmes sont alors modifiés et la notion d'écoulement du temps est perçue autrement.

2.4.5. Les praxies

Les praxies sont des fonctions cognitives élaborées, qui permettent la gestion de tous les gestes complexes, volontaires, et finalisés et elles résultent d'un apprentissage. C'est l'habileté qui requiert la capacité de planifier et d'exécuter sur ordre des gestes orientés vers un but déterminé. Aussi, « une praxie est un mouvement, ou un ensemble de mouvements, qui possède une organisation tenant compte de l'état actuel du milieu et qui tente de répondre aux exigences de précision et de vitesse. »⁴⁴.

Les altérations liées au vieillissement provoquent des limitations de la vitesse et de l'amplitude des mouvements mais aussi des difficultés de programmation de la réponse motrice. La personne âgée éprouve des difficultés à coordonner différents groupes musculaires impliqués dans une même tâche finalisée, des difficultés dans l'exécution des actes volontaires et une inadéquation de l'acte à son but. De plus, elle met plus de temps qu'une personne plus jeune, lorsqu'elle doit opérer un changement de direction de ses mouvements.

Le vieillissement touche le corps dans sa dimension physique, psychomotrice et affective. L'unité psyché-soma du sujet, résultante de l'intégration de l'enveloppe psychocorporelle, peut être alors atteinte.

⁴³ J.C.JUHEL, 2010, p. 29

⁴⁴ J.M.ALBARET ; F.GIROMINI; P.SCIALOM, 2011, p. 119

2.5. Le vieillissement et l'atteinte de l'enveloppe psychocorporelle

Dans cette partie, je décris certains événements ou pathologies pouvant marquer le vieillissement et où le sujet peut être atteint dans son intégrité psychocorporelle. Ces différents exemples illustrent les cas cliniques qui seront développés dans la partie clinique.

2.5.1. La Sclérose En Plaque vieillissante

Mme M., 74 ans, réside dans un Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et est atteinte de la sclérose en plaque (SEP). Elle se trouve en fauteuil, présente une paraplégie ainsi qu'une paralysie du bras gauche et souffre de troubles sphinctériens. La somesthésie, sensibilité du corps, est préservée. Mme M. est dépendante du personnel soignant pour tous les soins de la vie quotidienne. Elle ressent souvent des douleurs et de la fatigue.

La SEP est une maladie démyélinisante du système nerveux central dont l'évolution se fait par poussées⁴⁵. Les sièges de la démyélinisation sont multiples : tronc cérébral, cervelet, moelle épinière, nerf optique et encéphale. Celle-ci aboutit à un ralentissement ou un arrêt de la conduction nerveuse. Les lésions sont multiples, ce qui entraîne une symptomatologie variée. La personne atteinte de la sclérose en plaque peut présenter des douleurs, de la fatigue mais aussi des troubles sensitifs, cognitifs, gynéco-sphinctériens et moteurs ainsi que des atteintes oculaires et cérébelleuses.

L'organisation psychomotrice de la personne âgée atteinte de la sclérose en plaque se trouve alors altérée. En effet, les perturbations des informations sensorielles, kinesthésiques et posturales engendrent une atteinte au niveau du corps vécu et du schéma corporel. Le corps, en cas de perte totale d'autonomie, peut être perçu malléable. Le sentiment de sécurité interne est mis à mal et s'accompagne d'une menace permanente de l'intégrité corporelle. En effet, « le sentiment de sécurité interne et d'existence dans sa peau [provient de] l'éprouvé d'être contenu et de l'intériorisation d'un contenant permettant la construction d'une enveloppe, d'une peau psychique. »⁴⁶. Cet éprouvé débute ainsi à la naissance et évolue tout au long de la vie. En outre, la perte d'autonomie, les perturbations psychoaffectives et la baisse de l'estime de soi témoignent de l'altération de l'image du corps. Le corps peut être perçu comme « objet de soins », instrumentalisé, et de ce fait non fiable.

⁴⁵ CAMBIER J., MASSON M., DEHEN H., MASSON C., 2012, p. 268-275.

⁴⁶ M.BRUCHON, 2004, p.24

Ainsi, la sclérose en plaque affecte la personne âgée dans sa construction narcissique et entraîne une perturbation, voire une perte des repères identitaires, en mettant à l'épreuve l'unité psychocorporelle.

2.5.2. Le Syndrome post-chute

Mr C., 92 ans, arrive en EHPAD suite à plusieurs chutes au domicile et au développement d'un syndrome post-chute marqué par un syndrome dépressif avec des épisodes confusionnels.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la chute est la conséquence de tout événement qui fait tomber à terre une personne contre sa volonté. Le Syndrome post-chute est une conséquence psychomotrice fréquente et grave qui peut conduire à une perte d'autonomie progressive, voire à l'hospitalisation puis la mise en institution. On peut retrouver deux versants au niveau de l'atteinte dans le syndrome de post-chute. Le versant moteur se caractérise par des troubles de la statique en position assise ainsi que des troubles de la station debout avec la projection du tronc en arrière, une marche à petit pas, un élargissement du polygone de sustentation et une flexion des genoux. Le versant psychologique se manifeste par la confrontation du sujet âgé face à ses propres limites corporelles. Cette confrontation entraîne une perte de confiance en soi, une dévalorisation et un sentiment d'insécurité.

Les chutes et leurs conséquences physiques et psychologiques peuvent être à l'origine du développement d'affects dépressifs et/ou d'épisodes confusionnels. En effet, dans le cas d'un syndrome dépressif chez la personne âgée, « il se produit une modification de son état psychique parfois à la suite d'un traumatisme, (...) tels qu'une chute ou un choc psychologique. »⁴⁷. Il se caractérise par « le sentiment de vide intérieur et corporel (...). »⁴⁸. Le syndrome confusionnel est marqué par « une baisse de l'efficacité intellectuelle(...), la désorientation, les troubles de la vigilance (...), l'agitation de la confusion mentale. »⁴⁹. Selon P. ANDRE, le syndrome confusionnel peut être la conséquence, entre autres, de situations de stress et d'hospitalisation.

Ainsi le syndrome post-chute affecte le sujet âgé dans son enveloppe psychocorporelle. Comme l'enveloppe corporelle fait défaut lors de l'expérience de chute, le corps est atteint dans son intégrité et sa cohésion, et l'appareil psychique de la personne se trouve de ce fait perturbé.

⁴⁷ G.FERREY, G. LE GOUES, 1989, p. 126

⁴⁸ *Ibid.* p.75

⁴⁹ P.ANDRE, 2006, p. 159

2.5.3. Tétraplégie à la suite d'une fracture du rachis

Mme A., 77 ans, réside dans un EHPAD suite à une fracture du rachis cervical C4 à C7 entraînant une tétraplégie avec conservation des possibilités de sensibilité au toucher, au chaud ou au froid. Mme A. se trouve en fauteuil et est dépendante pour tous les soins de la vie quotidienne. Elle présente une « carapace » tonique marquant une importante hypertonie.

La tétraplégie est une paralysie, perte de la motricité volontaire, des quatre membres causée habituellement par une lésion de la moelle épinière et cervicale. Elle peut être complète, caractérisée par l'absence totale de sensibilité ou de motricité en dessous de la lésion, ou bien incomplète avec la persistance d'une sensibilité ou d'une motricité volontaire en dessous de la lésion.

Le schéma corporel et l'image de la personne âgée tétraplégique se trouve alors perturbés. Privé par l'immobilité motrice et de l'ensemble des sensations kinesthésiques, tactiles, proprioceptives, le schéma corporel va se déstructurer. Comme dans le cas de la sclérose en plaque, le corps, perçu défaillant, peut être atteint dans sa cohésion corporelle ce qui engendre des perturbations psychiques et une perte de l'estime de soi. Une mise à distance du corps peut alors s'opérer ainsi qu'un retrait relationnel. En effet, « lieu de soins, et de rééducations, objet d'examen et de manipulations, détruit, mutilé, atteint d'un handicap ou subissant les modifications notables, douloureuses et invalidantes liées au vieillissement, le corps si familier devient étranger. »⁵⁰. Le sujet est confronté à une apparence qui lui est imposée par le handicap, le vieillissement marquant de ce fait une discordance entre apparence et intériorité. Ainsi le sujet peut avoir recours à des mécanismes de clivage corps-psyché : « De ce corps impossible, inacceptable, il faut se détacher, et on observe alors un effet de dédoublement, où le sujet se détache de ce corps, dans une stratégie de survie psychique. Ce clivage est nécessaire lorsqu'il s'agit par exemple de livrer son corps aux médecins pour les soins. »⁵¹. En outre, E. BICK rapproche le concept de « seconde peau musculaire »⁵² à la carapace tonique construite par certaines personnes dans le cas d'un manque d'enveloppe corporelle. L'hypertonie peut créer ainsi une enveloppe tonique contenant venant renforcer le sentiment d'exister et de solidité.

Ainsi, l'enveloppe et l'intégrité psychocorporelle du sujet âgé présentant une tétraplégie et une hypertonie importante, sont mises à l'épreuve.

⁵⁰ P. ANCET *et al.*, 2010, p.28

⁵¹ *Ibid.* p. 29

⁵² E.BICK citée par M.BRUCHON, 2004, p.25

2.5.4. La fin de vie

Mme G., 87 ans, se trouvait en fin de vie, dans son stade final, et était alitée. Je l'ai rencontré lors de deux séances de psychomotricité avant son décès.

Le vécu psychique de la maladie et de la fin de vie est marqué par la souffrance du sujet face à la mort. L'identité psychocorporelle de la personne est atteinte. Le schéma corporel et l'image du corps de la personne âgée sont altérés. Ainsi la fin de vie et « la maladie- avec ces modifications physiques, ces sensations nouvelles, cet affaiblissement-, résonne de toute sa nouveauté et de son étrangeté au sein du schéma corporel. (...) L'un n'allant pas sans l'autre, l'image du corps dans ses multiples aspects, qu'il s'agisse de la représentation de soi, du narcissisme, des enveloppes psychiques, se trouve déstructurée et provoque un ébranlement identitaire. »⁵³. De plus, la perception du temps est modifiée. La « rupture de la temporalité participe, à la confusion identitaire, notamment par l'atteinte de l'image du corps »⁵⁴. En effet, l'image du corps « scelle notre lien avec le temps, est liée au sujet et à son histoire, et est le support du narcissisme. »⁵⁵. Le sujet, en fin de vie, est affaibli et la communication se fait progressivement sur un mode non-verbal.

De plus, la douleur peut être omniprésente dans la fin de vie. La douleur, selon l'Association internationale pour l'étude de la douleur, est une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire, réel ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage. »⁵⁶. Les répercussions psychomotrices de la douleur sont nombreuses, le fond tonique est modifié et le sujet peut être dans une attitude de repli, centré sur lui-même. L'entrée en relation est difficile tant sur le plan verbal que corporel. Le corps n'est plus que douleur et l'identité psychomotrice de la personne est ébranlée.

Ainsi tous ces éléments, accompagnant la fin de vie, mettent à rude épreuve la cohésion de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée.

Dans cette partie, nous avons pu voir comment certains événements ou pathologies, ajoutés au vieillissement, peuvent atteindre le sujet dans son intégrité psychocorporelle. Le sujet, dans la maladie et le vieillissement, perd son sentiment d'unité mais également ce que W.D.WINNICOTT nomme le « sentiment de continuité d'existence ». L'enveloppe corporelle devient défaillante et le psychique du sujet n'est plus contenu.

Il existe bien entendu d'autres événements et pathologies de l'enveloppe psychocorporelle. Mais j'ai choisi de cibler mon mémoire sur les éléments développés précédemment, en lien avec ma clinique.

⁵³ M.GUIOSE, 2007, p.41

⁵⁴ *Ibid.* p. 42

⁵⁵ F.DOLTO citée par M. GUIOSE, *Ibid.*

⁵⁶ Association internationale pour l'étude de la douleur citée par M.GUIOSE, *Ibid.*

Afin de tenter de soutenir l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle, il me semble important de renouer avec l'expérience d'avoir été contenu physiquement et psychiquement. De ce fait, « le toucher, indispensable au jeune enfant, l'est autant à la personne âgée [et] il apparaît aussi humanisant au début de la vie qu'en fin de vie »⁵⁷.

3. Le toucher

3.1. La peau et ses fonctions

La peau provient du même tissu embryonnaire, l'ectoderme, que le système nerveux et les organes sensoriels et « le sens du toucher, celui qui est le plus étroitement associé à la peau, est le premier à se développer chez l'embryon humain. »⁵⁸. La peau est une surface sensible la plus étendue du corps humain qui contient un nombre considérable de récepteurs sensoriels. La peau, système de plusieurs organes de sens, « est elle-même en étroite connexion avec les organes des sens externes et avec les sensibilités kinesthésique et d'équilibration. »⁵⁹. De plus, elle assure également d'autres fonctions, telles que l'entretien du tonus, la stimulation de la respiration, la circulation etc... En somme la peau « forme la base, la toile de fond de l'ensemble des perceptions et expériences du sujet. »⁶⁰. Le toucher, lui, est un des cinq sens correspondant à la sensibilité cutanée.

Dans son livre *La peau et le toucher*, A. MONTAGU définit quatre fonctions physiologiques de la peau. La peau est avant tout un organe sensoriel. En effet, elle est très sensible et réagit à tout changement provenant de l'environnement externe. Par ses récepteurs sensoriels, la peau « perçoit trois formes de sensations : la sensation tactile (sensibilité à la pression, la vibration et la vitesse), la sensation thermique informant de la température ambiante et la sensation douloureuse (...). »⁶¹. La peau est un organe de protection. Ainsi, elle est une véritable barrière qui « protège les parties qu'elle recouvre contre les agressions mécaniques et les radiations et évite l'intrusion de substances et de corps étrangers. »⁶². En outre, la peau un organe métabolique et un régulateur thermique. Elle est également un organe d'échange en étant une membrane semi-perméable, frontière entre l'intérieur et l'extérieur du corps, assurant les échanges respiratoires et thermiques.

⁵⁷ CH. LEFEVRE, 2002, p.11

⁵⁸ A. MONTAGU, 1979, p. 9

⁵⁹ D.ANZIEU, 1985, p. 36

⁶⁰ J.SAVATOFSKI ; P.PRAYEZ, 1999, p. 137

⁶¹ S. CARRIE-MILH, 2009, p.69

⁶² A.MONTAGU, 1979, p. 11

La peau, avec le vieillissement, subit des métamorphoses. Elle s'amincit, se dessèche et des taches, des rides apparaissent.

3.2. Toucher, psychomotricité et personnes âgées

Le vieillissement et les images que la société lui donne participent à la diminution des contacts tactiles des personnes âgées. En effet, le sujet âgé étant peu touché, son enveloppe corporelle devient un contenant aux limites devenues floues. Il est atteint dans son intégrité psychocorporelle. Le Moi-peau ne peut remplir ses fonctions de cohésion corporelle, de limites et de moyen de communication.

A. MONTAGU écrit : « La perte du contact avec le corps aboutit à la perte du contact avec la réalité. L'identité personnelle n'a de substance et de structure que pour autant qu'elle est fondée sur la réalité des sensations du corps »⁶³. Ainsi, le toucher va contribuer, comme nous l'avons vu précédemment, au soutien de l'enveloppe psychocorporelle du sujet âgé. La psychomotricité et la médiation par le toucher, offre une approche globale du sujet et participe à ce soutien psychocorporel.

3.2.1. Le toucher et le dialogue tonique

Le dialogue tonique, notion décrite par H. WALLON et développée par J. de AJURIAGUERRA, est mis en jeu lors du toucher. L'écoute corporelle du thérapeute et sa faculté d'accorder son tonus permet d'accompagner le sujet âgé d'un état tonique vers un autre. Ainsi, « Par le biais du toucher, le thérapeute peut directement montrer la présence d'une tension corporelle ; il peut positionner le patient d'une manière différente pour illustrer des possibilités nouvelles ; il peut directement l'aider à relâcher une retenue musculaire (...) on l'utilise [le toucher] pour faciliter le développement du soi corporel d'un patient par le biais de la sensation, de la conscience immédiate, du mouvement et de la posture. »⁶⁴. Le toucher thérapeutique peut favoriser une détente physique et psychique se caractérisant par une baisse de l'état tonique, un relâchement neuromusculaire. La personne âgée peut alors être à l'écoute de son corps et être pleinement dans le moment présent, si les conditions le permettent (absence de douleurs, disponibilité, relation de confiance...).

⁶³ A.MONTAGU, 1979, p.155

⁶⁴ J.KEPNER, 1998, p.88

3.2.2. Le toucher et le schéma corporel

Le schéma corporel se construit tout au long de la vie. Certains événements ou pathologies du vieillissement, mais aussi l'alitement ou la restriction des mouvements entraînent une déstructuration du schéma corporel. Le toucher thérapeutique va tenter de réunifier celui-ci en apportant la sensation d'enveloppement, de contenance et de solidité. Il « peut permettre de réveiller la mémoire corporelle, de libérer des émotions retenues depuis longtemps, de réorganiser la structure corporelle, et partant, de modifier la relation entre le patient et sa vie. »⁶⁵. La mémoire corporelle du sujet âgé est ainsi réactivée. En effet, la mémoire est à la fois psychique, corporelle, sensorielle et émotionnelle. M. SERRES écrit : « La peau est une variété de contingence (c'est-à-dire tangence commune entre le dedans et le dehors, le sentant et le senti, le corps et la psyché, le corps et le monde). La peau notre mémoire et notre histoire, parchemin de nos expériences »⁶⁶. Ainsi, par la prise de conscience du corps dans sa globalité et grâce à l'apport de nouvelles sensations agréables et structurantes, le corps du sujet âgé est ressenti de nouveau comme un repère stable et solide.

3.2.3. Le toucher et l'image du corps

Chez un sujet âgé, l'image du corps est altérée. Les épreuves du temps, les accidents, ou la maladie peuvent entraîner un désinvestissement psychocorporel de la personne. Le corps est perçu défaillant et une baisse de l'estime de soi est ressentie. Le toucher apporte à la personne vieillissante la possibilité de renouer les liens avec son corps d'une manière différente. Ainsi, le sujet peut réinvestir son corps comme lieu de plaisir et reprendre confiance en soi. Cette fonction revalorisante du toucher permet à la personne âgée de retrouver une image du corps moins dégradée.

3.2.4. Le toucher et la communication

Le toucher permet « une prise de conscience, une découverte de son corps, puis peu à peu une maîtrise de la relation à l'autre ; d'abord avec le thérapeute puis avec les autres dans son environnement habituel »⁶⁷. La rencontre tactile éveille à la communication non-verbale. La communication non-verbale est « l'ensemble des moyens de communication existant entre les individus vivants n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés

⁶⁵ J.KEPNER, 1998, p. 89

⁶⁶ M.SERRES cité par F.CABROL, 2006, p.80

⁶⁷ M. THIVEAUD, 2000, p.14

sonores »⁶⁸ Elle s'établit aussi bien par le dialogue tonico-émotionnel que par le regard et la voix accompagnant le toucher thérapeutique. Toucher, c'est avant tout aller à la rencontre de l'autre, objet privilégié de communication. Ainsi, le toucher est un support de communication entre le thérapeute et la personne âgée mais il est également « un outil qui permet au patient de développer sa conscience et de s'approprier son être corporel et sa manière d'entrer en contact avec son environnement. »⁶⁹

Comme nous venons de l'aborder, le toucher est une médiation riche pour le psychomotricien. Elle permet d'entrer en relation avec la personne âgée, via le dialogue tonique, même si celle-ci ne peut utiliser le langage pour s'exprimer. Le psychomotricien est attentif aux manifestations corporelles du sujet (tonus, mimiques, regards, respiration etc...) et aussi à ses ressentis (détente, retrait, douleur etc...). Cette médiation favorise ainsi la conscience du corps et le rassemblement, et permet de renouer le lien corps-psyché. C'est en agissant par le biais du corps, que le psychomotricien, via le toucher, accompagne le sujet âgé vers une réappropriation de l'unité psychocorporelle, du sentiment de soi.

3.3. Toucher et fin de vie

M. GUIOSE donne quatre indications d'une intervention psychomotrice auprès de personnes en fin de vie : le soin de confort, le soin antalgique, les troubles du schéma corporel et favoriser la communication. Il écrit : « Avant tout, l'indication psychomotrice est « un soin de confort » : aider le patient à retrouver une perception positive de lui-même en participant aux retrouvailles d'une harmonie psycho-corporelle mise à mal (...) »⁷⁰.

Le toucher psychomoteur en fin de vie vise à redonner un sentiment d'enveloppe, d'unité psychocorporelle à la personne mourante. On ne s'intéresse pas uniquement à un corps mais à la personne dans sa globalité. La qualité du toucher, dans son intention et sa disponibilité tonico-émotionnelle, permet au sujet de se sentir un être, un corps sujet et non « corps objet ». Mobiliser la personne, via le toucher et la parole, l'aide à se sentir vivante. Ainsi, «Être dans son corps, c'est moins souffrir de lui, mais surtout s'approprier soi-même. »⁷¹.

La plupart du temps, la douleur accompagne la fin de vie. Comme nous l'avons vu précédemment, la douleur entraîne des répercussions psychomotrices. Avant un toucher thérapeutique, il est indispensable de comprendre la douleur du patient et de favoriser une installation la moins douloureuse possible. Le toucher, dans des conditions favorables, peut

⁶⁸ J.CORRAZE, 1980, p.15

⁶⁹ J.KEPNER, 1998, p.93

⁷⁰ M.GUIOSE, 2007, p.22

⁷¹ P. ANCET *et al.*, 2010, p.86

être apaisant et diminuer la douleur. « Le toucher physique (...) est alors tout à fait recommandé car les influx nerveux remontant l'information tactile inhibent la douleur. »⁷².

De plus le toucher, moyen de relation essentiel pour entretenir le sentiment de vie, permet d'établir une communication non verbale entre le thérapeute et le patient. Cette communication, établie par le dialogue tonico-émotionnel, s'accompagne également du regard et de la parole du thérapeute. En effet, le psychomotricien utilise les enveloppes tactile, visuelle et sonore afin d'« envelopper » et de contenir lui-même la personne pour qu'elle renoue l'expérience d'être contenue physiquement et psychiquement. Le toucher tend vers une sensation d'unité psychocorporelle en agissant sur le schéma corporel et l'image du corps du sujet mourant.

Il est important de travailler l'enveloppe psychocorporelle au seuil de la mort car cela permet à la personne mourante d'être en relation avec l'autre et de diminuer l'angoisse de mort par un accompagnement tant corporel que psychique. De plus, c'est par et grâce au regard de l'autre que l'on se sent exister et reconnu en tant qu'être à part entière. L'éprouvé d'une intégrité psychocorporelle, à ce stade final, permet ainsi d'exister en tant que sujet jusqu'au bout de la vie.

3.4. Les différents types de toucher

Les pratiques corporelles du psychomotricien impliquant le toucher sont diverses (contacts de la peau, portages, toucher-relaxation, enveloppements, shiatsu...) et confèrent au toucher différentes qualités. Ainsi, en psychomotricité, il existe différentes approches du toucher que l'on peut utiliser avec les personnes âgées. J'ai choisi de nommer toucher thérapeutique, l'ensemble de ces approches utilisant le toucher comme médiation. Je développe ainsi, dans cette partie, trois approches du toucher thérapeutique qui m'ont accompagnée tout au long de ma pratique auprès des personnes âgées.

3.4.1. Le toucher-massage psychomoteur

Dans ma pratique clinique, j'utilise le terme toucher-massage psychomoteur afin de le différencier de mes autres approches. Il se réalise dans un cadre spatial et temporel défini et se place « dans un contexte spécifique qui comprend un patient particulier [...] et une relation propre aux deux personnes qui la partagent [...] »⁷³. De plus, lors du toucher-massage, « ce n'est pas « un corps » que nous touchons, mais bien le soi de cette personne,

⁷² M. GUIOSE, 2007, p. 38

⁷³ J.KEPNER, 1998, p.96

qui entre en contact avec notre propre soi. De la sorte, le toucher cesse d'être un simple événement mécanique et devient un processus d'interaction et de communication. »⁷⁴.

Le toucher-massage psychomoteur prend en compte la globalité du corps de la personne âgée et permet la conscience corporelle et l'intégration des sensations. Il favorise l'unité psychocorporelle du sujet âgé en proposant un contact contenant, enveloppant et structurant. La verbalisation des différentes parties du corps touchées permet une reconnaissance des différents segments corporels et contribue à la reconstruction du schéma corporel. Le toucher-massage permet aussi un relâchement neuromusculaire et l'émergence de sensations nouvelles et agréables.

En gériatrie, j'utilise une huile afin de faciliter les différents mouvements du toucher-massage. Le toucher s'adaptera en fonction de la position de la personne, assis ou en décubitus dorsal, et de ses possibilités ou non de mouvements. Le contact est lent et minutieux et peut s'attarder au niveau des extrémités et des articulations. Il peut s'agir aussi de pressions légères, glissées, accompagnées ou non de quelques mobilisations passives en veillant à protéger les articulations. L'utilisation de cette technique chez la personne âgée demande de prendre en compte ses douleurs, ses réticences et ses ressentis.

3.4.2. Le toucher-relaxation

Il existe de nombreuses techniques de relaxation mais quelle que soit la technique utilisée auprès d'un patient, « il faudra [...] décider de changer ou d'adapter la méthode au cours de route parce que la connaissance du patient dans sa singularité s'est approfondie »⁷⁵ ou bien parce que la méthode, à un moment précis, ne convient plus. Ainsi, les séances de toucher-relaxation ne suivent pas un protocole précis mais elles sont centrées sur la personne et orientées en fonction du projet de soin.

Dans le cadre de ma pratique, j'utilise la méthode de relaxation activo-passive de H. WINTREBERT, notamment les mouvements passifs des membres, en l'adaptant aux possibilités de la personne et à l'objectif thérapeutique. Une séance de toucher-relaxation auprès du sujet âgé peut débuter par une aide à l'installation puis par l'inventaire des points d'appuis du corps et continuer par des contacts en pressions dessinant les limites corporelles. Différentes mobilisations passives effectuées par le psychomotricien, « mobilisations lentes, régulières et monotones »⁷⁶, peuvent être réalisées au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Elles mettent en jeu le mouvement lent et global du corps qui peut éventuellement être synchronisé avec la respiration. Lors des mobilisations passives, le soignant doit être

⁷⁴J.KEPNER, 1998, p.92

⁷⁵M. GUIOSE, 2007, p.9

⁷⁶*Ibid.* p. 25

attentif aux variations toniques de la personne âgée ainsi qu'à son propre ajustement tonique afin d'entretenir la dynamique du dialogue tonique. Ainsi, le thérapeute doit avoir une attitude bienveillante afin d'être à l'écoute du patient. Un temps de verbalisation, si celui-ci est possible, clôture la séance.

En outre j'utilise également les massages-relaxant du visage et de la nuque. En effet, les personnes âgées ont souvent des tensions corporelles au niveau de la nuque. En essayant de les diminuer, le massage-relaxant permet progressivement une détente neuromusculaire se propageant le long de l'axe corporel. Suite à un massage-relaxant du visage, les traits de celui-ci se détendent et les manifestations corporelles de la détente apparaissent. Ainsi, « le massage relaxant peut être apaisant. »⁷⁷, mais également « contenant, enveloppant »⁷⁸.

Dans le cas de la fin de vie, des massages-relaxant du visage et des mains peuvent être réalisés. Cependant, dans certains moments de douleurs importantes ou d'impossibilité de contact en profondeur, un toucher thérapeutique par simple contact au niveau des mains, associé au regard et parfois à la voix du psychomotricien, est souhaitable.

« Le massage en relaxation enveloppe tout le champ affectif [de la personne]. Le toucher-touchant du massage se place à la marge de l'écriture sensorielle sur la peau. Soutenu par le toucher de la voix, du regard, de la parole, du silence, il favorise dans le même temps le regard intériorisé de ces mêmes images : sons, mots, peau, silence... »⁷⁹.

Comme tout début de toucher thérapeutique, il s'avère important de prévenir le patient du contact, par la main ou par l'intermédiaire de médiateurs, ainsi que de nommer les différentes parties du corps touchées. De plus, il est nécessaire d'établir un cadre clair et précis avant la séance, le toucher doit être bien explicité lors des mobilisations. Le toucher-relaxation amène progressivement le patient à une prise de conscience de ses tensions corporelles et psychiques grâce à un toucher contenant et enveloppant. Il permet à la personne âgée de ressentir une décontraction neuromusculaire possible grâce aux mouvements passifs ou aux massages-relaxant, et de prendre conscience de son corps, de ses limites.

3.4.3. Le toucher et enveloppement sec

J'ai pu assister et participer à deux séances d'enveloppement sec auprès d'une personne âgée. L'enveloppement sec se différencie de l'enveloppement humide, appelé « packing », où le corps du sujet est serré d'une enveloppe humide et froide. Dans le cas d'une séance d'enveloppement sec, le sujet âgé est allongé et son corps est enveloppé dans des draps secs laissant la tête en dehors. A la suite de l'enveloppement, les deux thérapeutes

⁷⁷ M. GUIOSE, 2007, p. 39

⁷⁸ J.SARDA, 2002, p.92

⁷⁹ *Ibid.* p.91

effectuent ensemble, de manière symétrique et coordonnée, un toucher thérapeutique. Il peut s'agir dans un premier temps de frictions corporelles puis de percussions osseuses le long des membres, du thorax et du crâne, et enfin de pressions glissées. Les différentes parties du corps sont nommées. Ces différents touchers permettent de ressentir la solidité de la structure, la surface enveloppante de la peau ainsi que les limites corporelles. Par l'intermédiaire des sensations apportées au sujet sur l'ensemble du corps, le psychomotricien vise à soutenir l'enveloppe psychocorporelle du sujet âgé. D. ANZIEU écrit : « le pack offre des « enveloppes de secours » structurantes, qui prennent la place, pour un temps, [des] enveloppes pathologiques (...) »⁸⁰. De plus, le toucher, qui est soutenu par la parole et le regard des thérapeutes, va envelopper le sujet à la fois physiquement et psychiquement et poser les limites, celles entre le dedans et le dehors, entre moi et l'Autre.

⁸⁰ D. ANZIEU, 1985, p. 136

PARTIE CLINIQUE

1. Le cadre institutionnel

1.1. L'établissement

L'institution dans laquelle se déroule mon stage est un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), comportant également un accueil de jour, situé en région parisienne. L'EHPAD peut accueillir soixante-sept personnes en hébergement dont trois personnes en hébergement temporaire ainsi que dix personnes par jour en accueil de jour.

La résidence accueille des personnes âgées dépendantes tant sur le plan physique que psychique. Les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont les différents types de démences, la maladie de Parkinson, la sclérose en plaque, le syndrome de glissement, la perte d'autonomie sans détérioration mentale, etc... De plus, l'établissement peut accueillir des personnes mourantes et permettre ainsi un accompagnement de fin de vie.

L'établissement principal est composé d'un rez-de-chaussée, d'un sous-sol et de deux étages. Le rez-de-chaussée comprend les bureaux administratifs, l'infirmierie, quelques chambres de résidents, deux salons ainsi que la salle à manger. Le premier étage est constitué de chambres des résidents et des salons, de la salle de psychomotricité, d'une salle « aqua sens » où se déroulent entre autre les bains thérapeutiques, ainsi que d'un large couloir où sont installés les appareils de kinésithérapie. Le second étage comprend essentiellement des chambres des personnes âgées.

1.2. Le personnel

L'équipe de l'institution est pluridisciplinaire et l'écoute et l'entraide entre les différents corps de métier sont constantes et indispensables au bon fonctionnement de l'établissement et au bon accompagnement de chaque résident. Elle est composée d'une directrice, du personnel du pôle soin et du pôle hébergement.

Le pôle soin se compose d'un responsable du pôle, d'un médecin coordonnateur, de deux infirmières, de quatorze aides-soignantes (AS) et aides médico-psychologique (AMP) de jour ainsi que de deux AMP ou AS de nuit, chacune accompagnée d'une auxiliaire de vie. Une ergothérapeute est présente dans l'établissement à 40% ainsi qu'une psychomotricienne exerçant à 90%.

Le pôle hébergement comprend un responsable du pôle, un responsable hôtelier, neuf agents de service hospitalier et d'hébergement (ASH), deux techniciens de

maintenance, une lingère et une secrétaire. Une psychologue travaille dans l'institution à 50% ainsi qu'une animatrice, présente à temps plein. Cette équipe est complétée par des intervenants extérieurs. Les médecins, kinésithérapeutes et orthophonistes sont au libre choix des résidents selon leurs besoins. Une pédicure podologue et une coiffeuse proposent leurs services quelques jours dans la semaine. Le service de restauration est proposé par une société extérieure.

1.3. Projet de soins et de vie

Le projet est réactualisé au fil des différentes réunions d'équipe. Lors de l'entrée en institution d'une personne âgée, une évaluation gérontologique est réalisée. De plus, une grille d'habitudes de vie est remplie afin que le personnel connaisse mieux la personne. Ces renseignements permettent d'établir différents projets dans le but de respecter la personne et de maintenir son autonomie. Un plan de soins est élaboré pour chaque résident. Il comprend tous les soins nécessaires à la personne au fil de la journée et de la nuit et permet de respecter les désirs des personnes et de leur prodiguer les soins les mieux adaptés.

Les réunions d'équipe comprennent les transmissions du matin, où sont abordés l'état général des résidents et les dispositions immédiates à mettre en place, ainsi qu'une réunion hebdomadaire concernant la coordination des soins pour les résidents de l'EHPAD et de l'accueil de jour. Il y a également une réunion hebdomadaire de synthèse et/ou contrat d'accompagnement des personnes âgées.

1.4. La psychomotricité dans l'institution

L'accompagnement psychomoteur d'un résident se fait suite à une demande spécifique de la part du médecin, de l'équipe, de la famille ou du résident lui-même. Tout accompagnement psychomoteur est discuté en réunion d'équipe et est validé par une prescription médicale réalisée par le médecin coordonnateur. De plus, des comptes-rendus sont effectués, après chaque séance de psychomotricité, pour assurer le suivi du résident.

Suite à une demande d'accompagnement, un bilan psychomoteur est réalisé. En fonction des résultats et observations, une prescription médicale ciblée est faite. Selon les capacités du résident et la relation établie avec lui, le bilan peut être de deux formes : un bilan d'observation ou bien un bilan psychomoteur formel. L'évaluation psychomotrice évalue avant tout les possibilités et les compétences de la personne âgée ainsi que les éventuelles difficultés rencontrées, à un moment donné. Que ce soit par l'observation ou à travers différents tests, l'évaluation psychomotrice vise l'appréciation des capacités neuropsychologiques (praxie, gnosie, langage, mémoire), du schéma corporel et de l'image

du corps du sujet âgé mais aussi de son tonus, de sa structuration spatio-temporelle, ainsi que de ses possibilités de coordinations dynamiques générales et de communication.

Au regard des conclusions du bilan et avec l'accord de la personne, un projet thérapeutique peut être envisagé. Ainsi, une ou plusieurs modalités d'accompagnement psychomoteur sont proposées. Les indications et les modes d'intervention en psychomotricité à l'EHPAD sont variés : accompagnement de fin de vie, prévention des chutes, stimulations cognitives, réinvestissement psychocorporel, aide à la communication par les moyens de communication non verbale spontanée ou par code de communication, médiation animale, repas thérapeutiques, bains thérapeutiques, toucher thérapeutique, etc...La psychomotricienne peut également être amenée à travailler en co-thérapie avec d'autres professionnels de l'institution. En outre, chaque séance de psychomotricité est définie par un cadre précis (le lieu, le jour, l'heure et la présence du thérapeute, du stagiaire ou encadrants et de la personne). Ce cadre thérapeutique est indispensable car il représente un repère pour le résident et permet de soutenir l'alliance thérapeutique.

2. Le projet de suivi en psychomotricité

Dans le cadre de ma pratique en tant que stagiaire, c'est principalement à travers la médiation du toucher thérapeutique que j'ai pu aller à la rencontre des personnes âgées.

Ainsi, j'ai participé aussi bien à la continuité de séances mises en place par la psychomotricienne avant mon arrivée qu'à l'établissement d'un projet thérapeutique et sa réalisation. En outre, lors de la mise en place d'un projet thérapeutique, la psychomotricienne explique à la personne concernée les objectifs thérapeutiques et ce qu'elle peut lui apporter par rapport à ses difficultés de la vie quotidienne. Le sujet âgé pourra alors plus facilement s'engager dans le dispositif thérapeutique proposé, qui prendra sens pour lui.

Durant mon stage, la médiation du toucher thérapeutique est proposée lors d'un accompagnement individuel selon quatre cadres thérapeutiques différents possible.

2.1. Toucher thérapeutique suite à un bain thérapeutique

Le bain thérapeutique d'une personne âgée se réalise dans la salle « aqua sens » de l'établissement, une fois par semaine, en présence de la psychomotricienne et de moi-même. Le bain thérapeutique sollicite l'éveil de la sensorialité tout en permettant un soin antalgique et relaxant du fait de ses propriétés thermiques et décontractantes. Le toucher-massage, réalisé après celui-ci, favorise la continuité de cet état de bien-être et de disponibilité tout en soutenant l'enveloppe psychocorporelle du sujet. La personne est

installée sur le lit, dévêtue avec une serviette recouvrant l'ensemble de son corps excepté la tête et les pieds, le plus souvent en décubitus dorsal, dans une position la plus confortable possible. Une enveloppe sonore et olfactive accompagne la séance. Généralement, je prends tout d'abord contact au niveau de l'épaule de la personne en étant attentive à sa respiration. Puis je réalise un toucher-massage psychomoteur, au niveau des membres supérieurs et des membres inférieurs, en nommant chaque partie du corps mobilisée. Lors du toucher-massage, j'utilise la paume de mes mains ainsi que la pulpe de mes doigts afin de favoriser un toucher contenant, ou bien l'ensemble de mes deux mains pour un toucher plus enveloppant. Quelques mobilisations passives peuvent accompagner le toucher-massage, notamment au niveau des articulations des membres supérieurs. En fonction de ce que je reçois par le dialogue tonico-émotionnel, je peux adapter la façon de mobiliser la personne, moduler mon tonus, ou bien arrêter un instant la mobilisation et ainsi verbaliser ce que je perçois afin de donner du sens aux éprouvés. La séance se termine généralement par un toucher enveloppant par pressions le long des limites corporelles. Un temps de verbalisation pendant ou après le toucher thérapeutique est possible, si la personne possède la communication verbale. Puis, la personne âgée est installée en fauteuil et est raccompagnée dans le lieu de vie.

2.2. Séance de toucher thérapeutique en salle

Dans le cas d'une impossibilité de réaliser la séance de bain thérapeutique, une séance de toucher thérapeutique peut être réalisée dans la salle « aqua sens » ou bien dans la salle de psychomotricité. Cependant si la séance a lieu dans la salle de psychomotricité, lieu différent qu'habituellement, il est nécessaire de prendre en compte les difficultés possibles que peut rencontrer la personne dans ce changement de cadre et ainsi prendre en compte son ressenti. Les deux personnes âgées, ayant un accompagnement psychomoteur en bain et toucher thérapeutiques, possèdent un fauteuil roulant. De ce fait, je dois adapter ma façon de procéder en fonction de l'installation de la personne, allongée en salle « aqua sens » ou bien installée au fauteuil en salle et de ses possibilités relationnelles à ce moment. Un temps d'installation est proposé au début afin d'accompagner la personne vers la posture la plus confortable. Un toucher-relaxant par des mobilisations passives peut être réalisé ainsi qu'un toucher-massage psychomoteur tout en permettant une topographie corporelle.

2.3. Toucher thérapeutique en séance d'enveloppement sec puis de relaxation

Les séances d'enveloppement sec et de relaxation ont lieu dans la salle « aqua sens ». Dans le cas d'une séance d'enveloppement sec, un protocole bien précis est mis en place, comme vu précédemment⁸¹. Le cadre contenant et l'instauration d'une continuité de l'accompagnement permettront un cheminement vers une séance de relaxation. Celle-ci, présentée auparavant, peut débuter par un toucher-relaxant (mobilisations passives, pressions corporelles...). Suivant l'évolution des séances, des exercices psychomoteurs tonico-émotionnels peuvent être introduits : exploration des variations toniques de contraction et détente d'une partie du corps par un toucher indirect via des médiateurs, la balle par exemple ; des exercices de respiration accompagnés par un toucher direct (main sur le plexus solaire de la personne) ou indirect via une balle. La verbalisation pendant et/ou après la séance est possible et donne ainsi de nombreuses informations quant au vécu de la personne et permet ainsi d'ajuster la pratique psychomotrice.

2.4. Toucher thérapeutique lors d'un accompagnement de fin de vie

Une séance de toucher thérapeutique, lors d'un accompagnement de fin de vie, se déroule dans la chambre de la personne qui est alitée. Selon le mode d'intervention (aide à la toilette, confort et installation, etc...), il s'agit tout d'abord d'établir une relation avec la personne ainsi qu'une accroche du regard. Puis peuvent être réalisés un toucher-relaxant du visage, après un soin par exemple, ou bien un toucher par simple contact au niveau de la main lors de la toilette. Le psychomotricien « touche » la personne par le regard et également par la voix en expliquant calmement les soins à venir et en mettant des mots sur ses éprouvés.

Quel que soit le cadre de la séance de toucher thérapeutique, celui-ci tend vers un soutien de l'intégrité psychocorporelle du sujet âgé. Il agit entre autres sur la régulation tonico-émotionnelle via le relâchement neuromusculaire, sur l'éveil de la mémoire sensorielle ainsi que l'intégration du schéma corporel et des éprouvés corporels, le tout réalisé dans une relation à soi et à autrui.

⁸¹ Cf. *supra* p.38

3. Présentation des cas cliniques

3.1. Mme G.

3.1.1. Présentation et Anamnèse

Mme G. était âgée de 87 ans lors de notre rencontre. Elle résidait depuis deux ans au sein de l'EHPAD en raison d'une aggravation de sa dépendance et d'un rapprochement familial. Avant son arrivée à l'institution, Mme G. vivait seule, son mari étant décédé, et entourée de nombreux animaux. Son intégration au sein de la résidence fut difficile.

Mme G. fut suivie en psychomotricité en séances individuelles autour de la communication et de la relation par la médiation animale ainsi qu'en repas thérapeutiques.

3.1.2. Lecture psychomotrice

Je rencontre pour la première fois Mme G. alors qu'elle se trouve en fin de vie, alitée depuis plusieurs jours dans sa chambre ne pouvant ni boire ni manger. Mme G. se positionne dès qu'elle le peut sur le côté en posture de repli vers l'axe du corps, les jambes fléchies et le dos en enroulement. Elle présente de nombreuses escarres au niveau des points d'appuis et de la hanche. Sa peau est toute fine, extensible laissant apparaître les os. Un traitement pour la douleur a été mis en place ainsi qu'une perfusion pour la réhydratation.

Les changements de position sont nécessaires afin de limiter les atteintes de l'intégrité de la peau mais génèrent de fortes douleurs. Dans ces moments, Mme G. présente une grande hypertonicité réactionnelle. Cette dernière diminue au sommeil ou lors des séances de toucher thérapeutique, favorisant un apaisement psychocorporel.

Mme G. s'exprime via la communication non verbale, essentiellement par le regard, la posture et les mimiques. Les manifestations douloureuses sont accompagnées d'une crispation au niveau du visage, d'un recrutement tonique et de vocalisations telles que des gémissements.

3.1.3. Projet thérapeutique et médiation choisie

Le projet thérapeutique tend à accompagner Mme G. vers la fin de vie en favorisant la continuité de la relation, l'apaisement de la douleur et la réduction de l'appréhension face aux soins. Ainsi, un accompagnement à la toilette accompagné d'un toucher thérapeutique a été mis en place afin d'agir sur la régulation tonico-émotionnelle et le sentiment d'enveloppe en donnant des éprouvés corporels agréables pour que Mme G. puisse percevoir le contact autrement qu'intrusif et douloureux.

3.1.4. Evolution de l'accompagnement psychomoteur

La psychomotricienne et moi-même arrivons dans la chambre de Mme G. pour une aide à la toilette réalisée au lit avec l'aide-soignante. Mme G. est très fatiguée et douloureuse. La psychomotricienne vient auprès de Mme G. pour lui expliquer la raison de notre venue et qu'à tout moment elle peut lui prendre la main afin d'exprimer sa douleur. Avant chaque mobilisation et transferts de positions, la psychomotricienne verbalise à Mme G. ce qu'il va se passer et lui explique la manière dont elle peut participer au transfert. Mme G. anticipe quelque fois la douleur avant les mobilisations. La psychomotricienne prend contact au niveau de la main de Mme G. et la rassure. Mme G. serre la main de la psychomotricienne en accrochant son regard. Les paroles, le regard et le toucher de la psychomotricienne apaisent Mme G. Je comprends ainsi l'importance de la verbalisation et de la présence contenante du thérapeute pour diminuer l'appréhension. Durant la toilette, je reste auprès de Mme G. en veillant également à son confort et en étant attentive aux réactions corporelles témoignant un mal-être. Après la toilette, la psychomotricienne et moi-même proposons à Mme G. un toucher-massage contenant et enveloppant afin de retrouver une sensation plus agréable après les soins intrusifs et douloureux. Ainsi nous commençons par masser, de façon coordonnée, les mains de Mme G. puis ses bras ainsi que ses jambes. J'adapte mon toucher en fonction de ce que je perçois par le dialogue tonico-émotionnel, et je veille à faire attention aux parties du corps qui sont « abîmées » ou les plus douloureuses. Le toucher réalisé sur les deux hémicorps simultanément permet de renouer avec un sentiment d'enveloppe, d'unité corporelle. Puis la psychomotricienne termine par un massage-relaxant du visage. Au cours du toucher thérapeutique, Mme G. est attentive à ce qui se passe et est en relation, malgré la fatigue et la douleur omniprésentes. La psychomotricienne et moi-même accompagnons Mme G. vers une installation la plus confortable possible : allongée sur le côté avec un coussin entre les deux jambes, afin de limiter les points d'appuis, et un deuxième contre le dos afin de prolonger la sensation d'être contenue. Mme G. semble apaisée et est endormie lorsque nous partons.

Lorsque je revois Mme G., son état de santé s'est aggravé. Elle est très douloureuse et est gênée au niveau de la respiration. Elle présente des marbrures sur les pieds et les mains avec des escarres de grandes tailles. La psychomotricienne et moi-même réalisons le matin un accompagnement à la toilette ainsi qu'une aide à l'installation de confort. Mme G. anticipe peu la douleur si tout est verbalisé. Elle est en relation pendant de très courts instants du fait de l'intensité de la douleur. Le toucher est avant tout un simple contact au

niveau de la main lors de la toilette, accompagné de l'enveloppe sonore des mots de la psychomotricienne et de moi-même et de l'enveloppe olfactive via un diffuseur d'odeurs.

Nous revenons dans l'après-midi, Mme G. est épuisée. Sa respiration est de plus en plus forte et discontinue lors des transferts de position. La psychomotricienne réalise une installation plus confortable afin de permettre une respiration plus sereine ainsi que de limiter les points d'appuis. Pendant ce temps, je garde le contact avec Mme G. par ma main posée sur son épaule ou sur sa main, par mon regard et ma voix. Puis j'effectue un massage de la main. Une relation via le dialogue tonico-émotionnel est possible, et Mme G. y est réceptive. En effet, la douceur du massage ainsi que nos échanges de regards semblent lui procurer un moment de mieux-être et d'apaisement momentané.

Les séances ont alors pour finalité de contenir Mme G. corporellement et psychiquement par notre présence afin qu'elle puisse se sentir « être » et limiter les angoisses qu'elle peut percevoir (liées au manque d'air, à la mort...). Mme G. reprend progressivement une respiration plus posée, mais toujours discontinue. Avant de quitter la chambre, je pose ma main sur son épaule afin de marquer la fin de la séance et de la préparer à la séparation. Je ne reviendrai que dans plusieurs jours. Mme G. décédera le lendemain en fin de journée.

3.2. Mme A.

3.2.1. Présentation et Anamnèse

Mme A. est âgée de 77 ans et est mariée. Elle arrive à l'EHPAD en février 2009 suite à une altération de l'état général après des chutes au domicile. En effet, Mme A. en 2008, a eu une fracture du rachis cervical entraînant une tétraplégie. Elle se trouve en fauteuil et est dépendante pour tous les soins de la vie quotidienne.

Mme A. dispose d'un accompagnement psychomoteur d'une fois par semaine en bain thérapeutique et toucher thérapeutique. Elle est également suivie en kinésithérapie trois fois par semaine.

3.2.2. Evaluation psychomotrice : bilan d'observation

Ne pouvant effectuer de bilan psychomoteur « classique », j'ai pu réaliser, au fil des séances, un bilan d'observation aussi complet que possible. Mme A. se trouve en fauteuil et reste la plupart du temps mutique, les yeux fermés et en retrait de la vie sociale. Toutefois elle semble repérer les personnes et les lieux qui font sens pour elle, acceptant difficilement le changement.

Le tonus

Mme A. présente une « carapace » tonique marquée par une importante hypertonicité générale. Elle ne peut profiter que de très peu de moments de relâchement neuromusculaire en dehors des périodes d'endormissement ou lors des séances de toucher thérapeutique pendant lesquels elle conserve néanmoins un tonus de fond élevé. Cet état tonique s'accompagnant de postures vicieuses est source de tension et de douleur. De plus Mme A. présente des myoclonies⁸² de l'ensemble du corps de fréquence et d'intensité variables. Mme A. possède des possibilités d'adaptation tonique si elle est accompagnée verbalement et kinesthésiquement, lors de l'habillage par exemple.

Evolution posturale et motrice

Mme A. présente une tétraplégie avec conservation des possibilités de sensibilité au toucher, au chaud ou au froid et de peu de mouvements volontaires. Son vécu corporel est la plupart du temps subi à travers les mobilisations induites par autrui. Installée assise au fauteuil, Mme A. maintient ses deux bras serrés contre son corps, les mains fermées et la tête en extension. Le maintien de l'axe du corps est difficile. En décubitus dorsal, elle garde la posture « semi assise » qu'elle avait dans son fauteuil, avec flexion des genoux et de la hanche, nécessitant des coussins afin de permettre un appui. Le bras droit de Mme A. est en extension, le coude légèrement fléchi et les possibilités de flexion sont minimales. Le bras gauche est marqué par une importante flexion et une hypertonie. Le relâchement neuromusculaire est possible après une séance de toucher thérapeutique. En fin de séance, les deux bras peuvent être posés sur le plan du lit, détendus, les mains restant semi-fléchies mais relativement souples lors du toucher-massage.

Moyen de communication

Mme A. entre en relation grâce à la communication non verbale. Elle s'exprime surtout par les mimiques et le dialogue tonico-émotionnel ainsi que par des petits sons ou quelques mots et quelque fois par le regard. Ce moyen de communication permet d'ajuster ses gestes lors des séances de toucher thérapeutique. Mme A. peut exprimer la douleur, la gêne et le soulagement en fonction de ses ressentis (mimiques de douleurs, de détente, intensité du regard...). Lors de situations relationnelles inhabituelles ou difficiles, Mme A. réagit en recrutant son tonus ainsi qu'en accentuant son regard et en exprimant oralement (jargon) son mécontentement. Cependant si une relation de confiance est établie, et dans le cadre d'un toucher thérapeutique, Mme A. tend vers une diminution de son hypertonicité et de son niveau de vigilance. Ainsi, sa distance interpersonnelle se modifie en fonction de la qualité de la relation.

⁸² Contraction musculaire rapide, involontaire et de faible amplitude d'un ou de plusieurs muscles

3.2.3. Projet thérapeutique et médiation choisie

Le projet initial de psychomotricité est d'atténuer certaines douleurs et raideurs corporelles tout en aménageant un temps de rencontre privilégié. De plus, les séances de toucher thérapeutique visent à favoriser la sensation d'unité du schéma corporel de Mme A. par la constitution d'une enveloppe corporelle plus solide, de l'éveiller à la communication et de lui permettre de renouer progressivement avec son intégrité psychocorporelle.

3.2.4. Evolution de l'accompagnement psychomoteur

Lorsque je rencontre Mme A. la première fois, la psychomotricienne et moi-même allons la chercher pour sa séance de bain suivie de toucher thérapeutique. Mme A. semble endormie, ses deux bras sont serrés contre elle et son corps est marqué d'une grande hypertonie. La psychomotricienne lui explique que c'est l'heure de sa séance et me présente. Mme A., les yeux toujours fermés, est attentive à ce qu'on lui dit et semble acquiescer par un haussement de sourcil. Les transferts du fauteuil au lit de la salle requièrent l'utilisation d'un lève-personne. La sensation du filet et celle d'être soulevé ne doit pas être agréable, favorisant ainsi le sentiment d'être un « corps objet ». Ce moment peut mettre à mal le sentiment de contenance corporelle. C'est pourquoi lors de chaque transfert ou mobilisation, il est nécessaire de verbaliser à Mme A. ce qui va se passer, de la rassurer et de garder un contact corporel. Puis suite au bain et à l'installation au lit avec une couverture recouvrant le haut du corps jusqu'aux jambes, un toucher thérapeutique est réalisé par la psychomotricienne. Au fur et à mesure du toucher-massage, Mme A. est éveillée, ouvre les yeux et l'expression de son visage semble montrer un bien-être. De plus, l'hypertonie diminue progressivement. En outre, j'ai pu ressentir par moment, notamment lors du bain thérapeutique, que Mme A. était un peu gênée de ma présence, exprimant de la pudeur. Une serviette a été mise afin de préserver son intimité. Ainsi lors du bain comme lors du toucher, je reste à côté de Mme A. en gardant une distance suffisante pour ne pas lui sembler intrusive et tout en étant attentive à ses manifestations psychocorporelles.

Au fur et à mesure de nos rencontres et de l'établissement de petits rituels permettant à chacune de trouver sa place dans la séance, une relation s'établit, nous permettant à Mme A. et à moi-même de nous sentir plus à l'aise. Ainsi, la psychomotricienne me laisse prendre la relève pour les séances de toucher thérapeutique. Progressivement mon toucher évolue dans le sens où il s'adapte de plus en plus à ce que je perçois par l'échange tonico-émotionnel. Une confiance s'instaure alors et Mme A. se

trouve de plus en plus en relation pendant les séances et peut modifier sa tonicité lorsque je l'accompagne verbalement et corporellement.

Lorsque la séance de bain n'est pas possible (raisons institutionnelles, imprévus, état de santé de Mme A...), je réalise seule la séance de toucher thérapeutique. Au début, la transition du changement de thérapeute fut marquée par un temps d'adaptation mettant à l'épreuve mes capacités d'ajustement et d'écoute. En effet, lors d'une première séance réalisée en salle de psychomotricité, Mme A. a pu exprimer son refus d'être touchée. Le récit de cette séance et les questionnements qui me sont apparus seront développés plus précisément dans la partie discussion de mon mémoire. J'ai pu me rendre compte de l'impact du cadre thérapeutique et de l'importance de la fonction contenante du thérapeute quant à l'accompagnement de Mme A. Les séances suivantes s'inscrivent alors dans une continuité de relation et d'écoute tonico-émotionnelle. L'alliance thérapeutique s'annonce et s'installe progressivement.

A partir du mois de février, l'accompagnement psychomoteur de Mme A. évolue. En effet, suite à une réunion et à la validation par le médecin coordonnateur, les séances de bains thérapeutiques, se voulant transitoires vers un autre accompagnement, sont suppléées par les séances de toucher thérapeutique. En effet, le bain visait à diminuer les douleurs et les raideurs corporelles afin de faciliter, entre autres, les moments de mobilisation du quotidien sans générer de fortes douleurs. Cependant, les transferts pour le bain thérapeutique sont de plus en plus épuisants pour Mme A. Au début, les séances de toucher n'étaient pas suffisantes et le bain nécessaire. Le bain a contribué à l'instauration d'une relation de confiance entre Mme A. et moi-même tout en permettant à Mme A. d'apprécier, dans de bonnes disponibilités, le toucher thérapeutique. Maintenant le bain est relayé par les séances de toucher qui permettent également une détente psychocorporelle sans les inconvénients des nombreuses mobilisations. Mme A. y est très réceptive.

Les séances de toucher thérapeutique demeurent assez différentes selon les jours et l'état de santé de la résidente. Toutefois, le cadre de la séance et ce qui l'entoure demeurent constants. Je vais chercher Mme A., après sa séance de kinésithérapie. Je m'annonce en lui parlant, en posant ma main sur son épaule et je lui rappelle que c'est l'heure de la séance. Une fois les transferts réalisés, j'essaie de permettre une installation au lit la plus confortable possible pour Mme A. en fonction de ce que je peux observer de sa posture ou des tensions corporelles. Je place souvent un coussin sous ses genoux et sous sa tête afin qu'elle puisse avoir un appui. Une musique douce, régulière accompagne le toucher afin de faciliter la détente et de masquer les bruits provenant du couloir.

Je m'installe à côté de Mme A. et je verbalise que je vais commencer par poser ma main sur une de ses épaules. Le contact dure quelques instants afin que nous prenions conscience de l'une et de l'autre. Ensuite je commence par un toucher-massage enveloppant sur la globalité de son membre supérieur, de l'épaule jusqu'aux doigts de sa main, en accompagnant de quelques mobilisations passives au rythme de sa respiration. Je réalise alors un mouvement ascendant sur son inspiration et un mouvement descendant sur son expiration. Je masse les différentes parties de son membre les unes après les autres en nommant chaque partie et articulation. Puis je procède de la même manière avec le deuxième membre. Ce toucher, en fonction de sa respiration, ainsi que la régularité des gestes semblent l'apaiser. Le toucher thérapeutique entraîne progressivement un relâchement musculaire. L'hypertonie de ses membres diminue, laissant place petit à petit à un état plus détendu. Son bras gauche, continuellement en hypertonie et en flexion, se détend progressivement permettant une mobilité vers l'extension. Les doigts de sa main se détendent légèrement lors du toucher global puis un peu plus lors du massage de la main. Sa main s'entre ouvre alors et devient plus souple, moins crispée. Son visage se détend également, ses traits sont moins tirés. Je reprends après chaque segment par des touchers pressions et je termine en reprenant un toucher global. Ce dernier temps a pour finalité la réunification corporelle. Dans cette même progression, je réalise le toucher-massage des deux jambes, en insistant sous les genoux, quand cela est possible. Mme A. ayant les deux jambes fléchies, il est souvent difficile dans un premier temps de toucher sa jambe droite. Mais une fois le toucher-massage du haut du corps réalisé, Mme A. parvient à se relâcher et une détente au niveau des jambes est visible et de ce fait le toucher est possible, sans rétraction. Ensuite, je réalise un massage des pieds, particulièrement apprécié par Mme A. En effet, lorsque je commence le massage des jambes, Mme A. bouge ses pieds. Je me questionne, est-ce une demande, ou un mouvement réflexe? Puis lorsque je commence le massage des pieds, son visage devient plus expressif (élévation de ses sourcils et esquisse d'un sourire). Je comprends que cela lui procure du bien-être. Mais s'agit-il d'un ressenti agréable, ou le fait de sentir ses pieds, qui la plupart du temps, sont immobiles? Progressivement, sa respiration devient plus calme, posée et régulière. Par moment, elle peut prendre de grandes inspirations suivies d'un soupir et d'une détente du visage.

Le toucher thérapeutique lui offre ainsi l'occasion de ressentir une limite de son corps, une enveloppe protectrice. Il se veut le plus contenant et enveloppant possible afin de favoriser un sentiment de sécurité et d'intégrité corporelle. Une régulation tonique est visible, permettant une détente et la diminution de la « carapace tonique ». Ainsi un jour, après une séance d'étirements en kinésithérapie, Mme A. est très hypertonique, crispée au niveau du visage. Elle s'exprime par des gémissements et garde les yeux grands ouverts.

Au fur et à mesure de la séance de toucher thérapeutique, les traits de son visage se détendent et la raideur corporelle diminue. Elle ferme les yeux et finit par s'endormir. Je m'aperçois que le toucher contenant dans une relation de confiance permet un relâchement tonique et un apaisement psychique.

Parfois la détente n'est pas possible. Mme A. reste en hypertonicité globale. En effet, lorsque les myoclonies sont plus fortes qu'en temps normal, elles entraînent un recrutement tonique assez élevé et des positions inconfortables des membres supérieurs et inférieurs. De même lorsque Mme A. est gênée au niveau des voies respiratoires et tousse beaucoup.

Dans ces moments je verbalise ce que je peux percevoir via le dialogue tonico-émotionnel de ses tensions corporelles et de ses ressentis désagréables en mettant des mots dessus afin de donner du sens aux éprouvés de Mme A. Le toucher contenant permet de tendre vers une posture plus confortable. Mais la détente neuromusculaire reste partielle. Lors de ces moments, je perçois qu'elle ne souhaite pas être dans un toucher trop présent. Ainsi, je pose mes mains sur ses épaules afin de garder le contact. Puis une fois la toux ou les myoclonies passées, j'effectue quelques pressions glissées le long de ses bras. Un relâchement tonique progressif est possible avec un accompagnement corporel et verbal. Mme A. semble attentive à mes paroles, son visage est expressif et elle peut continuer d'abaisser son tonus si elle est guidée.

La médiation du toucher thérapeutique a permis que s'établisse un dialogue corporel et émotionnel entre Mme A. et moi-même. En effet, sans langage oral à valeur de communication, il a fallu se rencontrer et instaurer une relation d'une manière différente, via la communication non verbale. Cette médiation lui permet de profiter d'un ressenti sensoriel différent, l'incitant ainsi à prendre conscience de son corps et de ses limites, de sa propre enveloppe psychocorporelle et de l'existence de l'autre. Ainsi, l'hypertonie de Mme A., enveloppe tonique venant combler le manque de contenance, diminue progressivement au cours du toucher et une enveloppe corporelle plus unifiée se dessine. Mme A., en retrait de la vie sociale, trouve les moyens de s'exprimer dans une relation de confiance favorisant de ce fait le sentiment continu d'existence indispensable à la communication avec le monde extérieur.

3.3. Mme M.

3.3.1. Présentation et Anamnèse

Mme M. est âgée de 73 ans lorsque je la rencontre. Elle réside dans l'EHPAD depuis avril 2009 et est atteinte de la sclérose en plaque. Lors de nos rencontres, Mme M. parle beaucoup avec tristesse de son mari ainsi que de son fils unique décédés tous les deux. Mme M. a une sœur, qui a deux enfants, mais qu'elle voit rarement. Elle travaillait dans le milieu pharmaceutique et aime particulièrement les animaux.

Sur le plan médical, Mme M. a eu un cancer du sein gauche en 2007 et a développé un syndrome dépressif. Mme M. se trouve en fauteuil et présente une paraplégie ainsi qu'une paralysie du bras gauche. Elle est dépendante du personnel soignant pour tous les soins de la vie quotidienne.

Mme M. est suivie en psychomotricité deux fois par semaine, en atelier « mémoires » ainsi qu'en séance de bain et toucher thérapeutique.

3.3.2. Evaluation psychomotrice : bilan d'observation

Mme M. se trouve en fauteuil, et en fonction de l'évolution de la maladie, son état de santé alterne entre des périodes où la douleur et la fatigue prédominent et des moments plus stables où Mme M. est de ce fait plus disponible corporellement et psychiquement.

Le tonus

Mme M. présente une hypotonie de l'axe, une paraplégie et une paralysie du bras gauche avec conservation de la somesthésie. La tonicité de ses membres varie en fonction des situations, avec prédominance de l'hypertonie. Les mobilisations passives sont régulièrement confrontées à une résistance massive avec une rétraction musculaire des membres inférieurs, de type réflexe. Mme M. possède des capacités de relâchement musculaire si elle est guidée verbalement et corporellement. La mobilisation passive des membres inférieurs met en évidence des raideurs musculaires et une amplitude restreinte de toutes les articulations, un peu moins prégnantes au niveau du membre inférieur gauche. La mobilisation passive du membre supérieur gauche montre une résistance à la flexion et une élévation de faible amplitude. Pour le membre supérieur droit, les mouvements d'abduction/adduction et de flexion sont possibles. En actif, Mme A. peut, de façon volontaire, élever son bras droit de quelques centimètres.

Evolution posturale et motrice

Mme M. présente un « avachissement » de l'axe et de la posture avec l'apparition de positions vicieuses. En effet, installée au fauteuil, l'axe ne semble pas porteur. De plus, le bassin glisse vers l'avant du fauteuil en cours de journée. Un nouveau fauteuil, plus

adapté, permet une posture relativement droite. Mme M. a tendance à être en appui sur le côté droit, les genoux orientés vers la droite. Ses membres supérieurs sont le long du corps et les mains fermées sur les genoux. Seul le bras droit possède certaines capacités de motricité volontaire, malgré une faible amplitude articulaire de chaque articulation. En outre, le fait de ne pas pouvoir modifier sa posture à sa guise frustrer Mme M. car elle ne peut atténuer les douleurs.

Moyen de communication

Mme M. s'exprime via la communication verbale. Elle peut parler spontanément de ses ressentis et de son passé pendant la séance. Mme M. s'exprime également par la communication non verbale (mimiques, regard, réactions tonico-émotionnelles...).

Capacités neuropsychologiques

J'ai pu faire passer à Mme M. le test « MMSE » (sauf les items évaluant les praxies), le test des « 5 mots de Dubois » et le test de « l'horloge » adapté (support plastifié où les chiffres et les aiguilles sont à « scratchés » sur le modèle) afin d'apprécier ses capacités neuropsychologiques, d'orientation temporo-spatiale, de compréhension et d'attention et d'observer les stratégies de fonctionnement utilisées. L'évaluation demande à Mme M. beaucoup de concentration et d'attention. Elle présente de bonnes capacités de mémorisation, de compréhension et d'orientation spatio-temporelle. Cependant, du fait de sa fatigue et de ses douleurs, son attention est fluctuante, générant des difficultés de raisonnement.

3.3.3. Projet thérapeutique et médiation choisie

Mme M. a tendance à mettre à distance son corps qu'elle ne trouve pas « à la hauteur de ses attentes ». Les seuls moments où elle ne peut le mettre « à l'écart », ce sont lors des soins et des douleurs. Une séance de toucher thérapeutique, précédé d'un bain thérapeutique, a été mis en place une fois par semaine. Le projet thérapeutique vise à soutenir l'enveloppe psychocorporelle de Mme M. afin de favoriser un réinvestissement corporel en tenant compte de la réalité de la maladie. De plus, il s'agit de l'accompagner vers un vécu corporel différent de son vécu douloureux en favorisant une conscience corporelle contenue et unifiée.

3.3.4. Evolution de l'accompagnement psychomoteur

La première fois que je rencontre Mme M., la psychomotricienne et moi-même venons vers elle pour la prévenir de sa séance. La psychomotricienne me présente et Mme M. accepte que je vienne à ses séances. Elle est douloureuse et présente des postures antalgiques. Lors de la séance, Mme M. exprime que la musique douce ne lui convient pas,

ainsi nous convenons avec elle que les chansons de Sardou accompagneront désormais les séances. Mme M. est en relation, et fredonne quelques chansons. Lors du bain, la détente neuromusculaire est visible (visage détendu, diminution des raideurs corporelles et relâchement des sphincters). Cependant Mme M. verbalise qu'elle est douloureuse ce jour. Après le bain, et suite à une installation sur le lit, la psychomotricienne réalise un toucher-massage de l'ensemble du corps. Mme M. s'exprime au cours de la séance tout en gardant une certaine réserve, probablement due à ma présence. Lors de la deuxième rencontre, Mme M. parle beaucoup plus, de son vécu au quotidien, son passé et sa maladie. Elle me dit qu'elle aime particulièrement les animaux « qui eux ne jugent pas » et me parle de son fils, décédé. Une relation de confiance se construit alors où chacun a sa place. Ainsi, assez rapidement, je relaie la psychomotricienne pour le toucher thérapeutique.

Les séances de toucher thérapeutique demeurent assez différentes selon les jours et l'état de santé de Mme M. En effet, en fonction de son état de fatigue et de douleur, les séances de toucher thérapeutique ont plus ou moins un impact sur la détente tonico-émotionnelle. De plus, lorsque Mme M. est extrêmement fatiguée voire somnolente avant la séance ou bien après le bain, la séance de toucher thérapeutique n'a pas lieu.

Néanmoins, lors des périodes plus « actives », Mme M. est beaucoup plus présente dans la relation et est disponible psychologiquement pour la séance. Les séances de toucher lui procurent un moment de calme et de détente. Cependant des pics de douleurs peuvent apparaître pendant la séance. Il s'agira alors d'accompagner Mme M. vers une installation la plus confortable possible ainsi qu'un ressenti corporel moins douloureux via le toucher-massage.

Avant chaque séance, je vais chercher Mme M. au salon. Je m'annonce en lui parlant, en posant ma main sur son épaule et je lui rappelle que c'est l'heure de sa séance. Tout en allant jusqu'au premier étage, je décris le chemin au fur et à mesure afin de lui apporter un repérage spatial. Les transferts du fauteuil au lit de la salle « aqua sens » se font via le lève personne. Un diffuseur d'odeurs et de la musique de M. Sardou, apaisants pour Mme M., enveloppent la séance. Puis après le bain thérapeutique, qu'elle apprécie particulièrement, je l'accompagne vers une installation en décubitus dorsal sur le lit avec des coussins permettant des appuis et je pose une couverture afin de la réchauffer. Puis je réalise un toucher enveloppant sur la globalité de son corps. Le toucher-massage est réalisé sur les différentes parties de ses membres les unes après les autres en concluant par un toucher global. Je peux terminer par un massage du visage, apprécié par Mme M, permettant un relâchement des tensions localisées au visage. Pendant cette communication infra-verbale, j'établis avec elle un dialogue relationnel en m'adaptant à ses moindres

changements toniques, posturaux ou à ses demandes verbales dans une relation de confiance. Je verbalise toujours les différentes parties du corps que je suis en train de toucher afin que Mme M. se réapproprie son corps dans une globalité. Progressivement, la respiration de Mme M. devient plus posée, profonde. Les mobilisations passives des membres supérieurs permettent un abaissement du tonus de fond. Toutefois, ils peuvent s'accompagner parfois d'une hypertonie oppositionnelle suivie d'un relâchement tonique lors des mouvements plus lents et progressifs. Mme M. anticipe par moments les mouvements lorsque je verbalise le mouvement que je vais réaliser. En outre, lors du toucher-massage des membres supérieurs, son bras gauche se trouve en flexion et présente de la spasticité et la main est crispée. L'abaissement de cette hypertonicité est difficile, toutefois le massage de la main permet une détente de celle-ci et des doigts. Au fur et à mesure du toucher, les signes de la détente apparaissent. Mme M. garde le plus souvent les yeux ouverts puis les ferme progressivement, ses mains peuvent s'entre-ouvrir après le toucher-massage, son visage devient moins tiré et je peux observer un abaissement tonique.

Par moments, Mme M. présente des rétractions, « mouvements réflexes » (terme employé par elle) au niveau des jambes, entraînant une flexion vers le tronc. Mme M. verbalise à ce moment qu'elle n'a pas de douleurs mais que « ce réflexe arrive des fois ». Suite à celui-ci, j'accompagne Mme M. vers une diminution du tonus en travaillant sur la respiration ainsi qu'en verbalisant le fait que ses jambes vont progressivement se détendre et reposer sur le coussin. Ces mouvements diminueront progressivement au fil des mois.

Lorsque Mme M. se trouve dans une période « moins active » due à sa maladie, elle est le plus souvent épuisée et douloureuse. Mme M. est moins présente psychologiquement, regardant la psychomotricienne et moi-même par moments. Lors d'une séance, Mme M. dit qu'elle a mal au ventre. Le toucher thérapeutique est essentiellement un contact au niveau du ventre avec quelques mouvements circulaires sur celui-ci ainsi qu'un toucher-massage des membres inférieurs, douloureux. Ce toucher permettra un apaisement temporaire de la douleur, verbalisé par Mme M.

La semaine suivante, Mme M., toujours fatiguée, est douloureuse surtout au talon gauche. La douleur s'exprime corporellement par des raideurs au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Les transferts sont difficiles et coûteux en énergie pour Mme M. Cependant, elle peut accompagner le mouvement si elle est guidée verbalement et kinesthésiquement ainsi qu'en mentalisant le mouvement à effectuer. Le travail sur la respiration, dans ces moments-là, est un support pour l'amorce du mouvement. Le toucher-massage au niveau des membres inférieurs est parfois difficile et source de rétractions. Ainsi, j'adapte mon toucher, par pressions glissées en utilisant la paume de ma main. Je verbalise alors ce que je perçois via le dialogue tonique afin de mettre du sens sur les

éprouvés de Mme M. Cette mise en mots permet à Mme M. de prendre conscience de ses tensions et de pouvoir adapter sa tonicité.

Lors d'une impossibilité de faire le bain, celui-ci est relayé par une séance de toucher thérapeutique. Ainsi un jour, Mme M. accepte de venir en séance avec moi même s'il n'y a pas le bain. Puis au cours de la séance, elle s'endort. Je me demande alors si je dois maintenir la séance lorsque la personne dort. Je décide ainsi de verbaliser à Mme M. que je préfère arrêter la séance, et Mme M., somnolente, accepte.

Il est arrivé que Mme M. soit mal installée dans son fauteuil en ayant une posture antalgique. La séance de toucher au fauteuil ne pouvait permettre une détente du fait des douleurs liées à l'installation. La mobilisation des jambes, très douloureuses, entraînait un recrutement tonique de tout le corps et une rétraction de la jambe gauche. J'ai pu adapter ma pratique du toucher pour favoriser une meilleure posture afin de diminuer si possible le seuil douloureux.

En outre, Mme M. verbalise peu sur ses ressentis lors de la séance, la fatigue et la douleur étant au premier plan. Cependant, elle peut dire que les séances de bain et de toucher lui font du bien. De plus, au fil des séances, Mme M. fait des demandes lors du toucher-massage, par exemple en me demandant d'insister sur le dessous du pied, là où elle a mal par moment. Suite au toucher-massage de ses pieds, Mme M. peut me dire qu'elle ressent mieux ses pieds après. L'instauration d'une relation de confiance lui a permis au cours des séances d'exprimer ses angoisses et son désespoir face à sa maladie.

Les séances demeurent avant tout pour Mme M. un moment privilégié de relation lui offrant la possibilité de renouer avec une perception de son corps plus solide et des ressentis plus agréables. D'ailleurs Mme M. peut verbaliser en fin de séance la détente et le bien-être après la séance, malgré la douleur qu'elle peut subir par moment. Ainsi, lorsque je touche Mme M. je l'aide à prendre conscience de ses limites corporelles et d'une représentation du corps plus unifié par un toucher enveloppant. La séance de toucher vise à l'accompagner au fur et à mesure de l'évolution de sa maladie, tant du point de vue corporel que psychique.

3.4. Mr C.

3.4.1. Présentation et Anamnèse

Mr C. est âgé de 92 ans. Il arrive au sein de l'EHPAD en juillet 2012 après à une hospitalisation pour plusieurs chutes au domicile. Suite à l'expérience traumatisante de la chute, Mr C. a développé un syndrome post-chute marqué par un syndrome dépressif avec quelques épisodes confusionnels. Mr C., après avoir obtenu son certificat d'études, travailla en tant qu'électricien et se maria. Il perdit sa femme en 2003 et s'occupa seul de sa fille, handicapée. Cette dernière, âgée d'une soixantaine d'années, réside également dans l'institution.

Sur le plan médical, Mr C. possède un pace maker depuis 1994, et présente une hypertension artérielle.

Mr C. est suivi en psychomotricité en raison de trois fois par semaine : en atelier « mémoires », en prévention des chutes ainsi qu'en séance de relaxation. Il se rend également à des séances de kinésithérapie plusieurs fois par semaine.

3.4.2. Evaluation psychomotrice : bilan psychomoteur

Mr C. s'exprime verbalement et possède la plupart du temps un discours adapté. Il a une bonne connaissance de son schéma corporel, toutefois il sous-estime ses possibilités et compétences motrices. Mr C. se dévalorise souvent et a peur de rechuter. Il souffre d'anxiété, d'une forte fatigabilité et de fréquentes crises d'angoisse.

Mr C. présente un MMSE de 20/30 mettant en évidence un déficit cognitif léger. En effet, il possède des difficultés d'orientation temporelle avec une assez bonne orientation spatiale. La motricité fine est contrainte du fait du manque d'habiletés digitales. Mr C. a de bonnes capacités mnésiques, avec un score de 10/10 au test des « 5 mots de Dubois » entre autres, ainsi qu'une bonne capacité d'attention et de concentration lors de la passation. Toutefois, il est nécessaire de rappeler le matin à Mr C. que c'est le jour de sa séance de psychomotricité et de préciser l'heure car sinon il peut ne pas s'en souvenir, ou bien ne pas savoir à quel moment dans la semaine.

Mr C. se déplace en déambulateur lors des longs trajets du quotidien, mais ne l'utilise pas pour des courts trajets. Lors de la passation du Tinetti dynamique et statique, Mr C. le laisse de côté. Il présente des difficultés dans les coordinations statiques et dynamiques, en lien avec son syndrome post-chute. Mr C. verbalise spontanément sa peur de chuter et que la présence de l'autre, près de lui, le rassure. Le passage de la position assise à debout est laborieux. Il se penche vers l'avant, s'aide de ses bras pour se tracter et pousse avec ses mains sur les accoudoirs de la chaise puis il appuie sur ses genoux. Il faut

du temps afin que Mr C. recrute suffisamment de tonicité au niveau de ses membres inférieurs pour se lever. La marche se fait à petit pas, l'amplitude du mouvement est faible avec un élargissement du polygone de sustentation. Les troubles posturaux lors de la marche sont visibles : projection du tronc vers l'arrière, difficulté d'élévation du regard, genoux en flexion et cyphose dorsale. Mr C. possède des difficultés dans l'équilibre statique yeux fermés ainsi qu'après un tour de 360°. De plus, il a des difficultés à s'asseoir de façon harmonieuse. Il peut ainsi s'aider de ses bras pour s'asseoir progressivement ou bien, lorsque l'exercice précédent lui a demandé trop d'efforts physiques ou psychiques, Mr C. se « laisse aller » vers le fauteuil.

Mr C. possède un tonus de fond assez élevé ainsi qu'une hypertonie d'opposition lors de la mobilisation passive traduisant des difficultés de relâchement neuromusculaire. Au fur et à mesure des séances de toucher thérapeutique en relaxation, Mr C. développe des capacités de régulation tonico-émotionnelle.

3.4.3. Projet thérapeutique et médiation choisie

Mr C. présente une forte anxiété marquée par des crises d'angoisse. Lors de la réunion paramédicale de septembre, un suivi en psychomotricité a été validé par le médecin coordonnateur, soit deux séances d'enveloppement sec puis des séances de relaxation. Le projet thérapeutique tend à favoriser, via le toucher thérapeutique, le sentiment d'unité psychocorporelle. Cet accompagnement visera à canaliser les émotions de Mr C., à limiter les crises d'angoisse en offrant un cadre contenant où Mr C. puisse mettre du sens sur ses éprouvés corporels et renouer avec un sentiment d'estime de soi.

3.4.4. Evolution de l'accompagnement psychomoteur

Lorsque je rencontre Mr C. pour la première fois, c'est dans le cadre d'une séance de prévention chute en groupe. Mr C. est très anxieux pendant les exercices proposés. Il est très angoissé à l'idée de se lever de sa chaise et de rester quelques instants en équilibre debout. Il a les larmes aux yeux, et sa respiration devient difficile. Il exprime la peur de la chute et dit tout tremblotant « je ne peux pas ». La psychomotricienne adapte la séance et propose de travailler via la danse. Au fur et à mesure, Mr C. est plus à l'aise, sourit et effectue des grands pas glissés. Le besoin de contenance physique est perceptible.

Puis je rencontre Mr C. dans le cadre de deux séances d'enveloppement sec, qui ont été mise en place afin de limiter ses crises d'angoisse et de canaliser ses émotions notamment suite à un moment d'agressivité envers un autre résident, car il s'était senti persécuté. La psychomotricienne et moi-même allons lui proposer de venir en séance. Nous lui expliquons le but de la séance d'enveloppement en lien avec ses difficultés du

quotidien. Mr C., avec une voix très aigue et fluette, accepte tout de suite et nous nous dirigeons vers la salle « aqua sens ». Sa marche se fait à petits pas avec peu d'aisance.

Un cadre ainsi qu'un protocole bien précis sont mis en place, permettant de ce fait une atmosphère calme et enveloppante. Mr C. est installé en décubitus dorsal sur le lit et nous lui expliquons comment va se dérouler l'enveloppement. Nous verbalisons qu'à tout moment il peut s'exprimer et arrêter la séance. Nous procédons à l'enveloppement avec les deux couches de draps. Mr C. choisit de garder ses bras le long de son corps. Dès le début, il semble à l'aise et ferme ses yeux à moitié. La psychomotricienne verbalise ce qu'il va suivre : contact au niveau de l'épaule puis frictions corporelles, percussions osseuses et pressions glissées, effectuées simultanément sur les deux hémicorps le long des membres, du thorax et du crâne. Au fur et à mesure de notre toucher, nous nommons les différentes parties du corps de Mr C. et à la fin de chaque étape, nous gardons toujours un contact de notre main sur son épaule. Au cours du toucher, Mr C. semble attentif et verbalise spontanément pendant toute la séance. Il s'interroge sur ce qu'il doit ressentir, puis exprime de la chaleur, et raconte, à la psychomotricienne et moi-même, un événement récent qu'il l'a inquiété tout en étant serein, sans avoir une parole teintée d'un flot d'émotions. Sa voix est plus posée et moins aigue. Puis au fur et à mesure qu'on enlève les couches de drap, Mr C. verbalise plusieurs fois qu'il respire mieux, « que ça circule ». Je m'aperçois, au fil des séances, que la respiration est une chose très importante pour lui. Après une mise en éveil, par des mobilisations actives, des différentes parties du corps, Mr C. retrouve une position verticale. Je le raccompagne vers le salon, Mr C. se déplace avec son déambulateur et semble mieux tenir son axe, sa marche est plus harmonieuse et son visage est plus détendu.

Pendant le week-end qui a suivi, Mr C. a eu une crise d'angoisse et a manifesté de l'agressivité. Le lundi, la psychomotricienne a réalisé une séance d'enveloppement sec. Je peux lire dans les transmissions que Mr C. était très hypertonique ce jour-là, marqué d'une agitation psychomotrice avec une hyperventilation et un sentiment de persécution (conflit avec un résident). Il accepte de venir en séance, en fauteuil, car il ne pouvait pas se tenir debout. Le début de la séance se fit en fauteuil, car il voulait réguler sa respiration. Mr C. accepte l'enveloppement, cela semble le rassurer. La tension corporelle diminue au fil de celui-ci. Il verbalise qu'il se sent beaucoup mieux, sauf au niveau du ventre, « trop serré ». Puis il a pu dire « je suis oppressé, enlevez les draps ». Une fois retirés, et après discussions, Mr C. semble être constipé ce qui le contrarie. Suite à un toucher-massage abdominal, il se dit « soulagé ».

Je revois ainsi Mr C. lors de sa troisième séance d'enveloppement sec. En effet, avec la psychomotricienne, nous avons décidé d'en réaliser encore une afin de redonner un

cadre plus serein et contenant associé à l'enveloppement, et non d'associer la salle et la séance d'enveloppement à un phénomène de crise, d'angoisse. Mr C. vient avec grand plaisir. Le cadre, la salle ont un effet apaisant et contenant. Mr C. a le visage détendu et sourit. Je lui explique le déroulement de la séance. Le protocole est identique au premier enveloppement. Après les frictions, il verbalise de la chaleur, et ferme à moitié ses yeux. Son tonus s'abaisse progressivement. Puis je lui dis qu'on va commencer à enlever la première couche, puis la seconde. Il note la différence de chaleur et peut dire que sa respiration est « débloquée ». Je pose ma main sur son plexus solaire et l'accompagne dans le mouvement de sa respiration. Celle-ci était surtout abdominale au début puis elle gagne également la région du thorax. Ainsi, lors de cette séance, Mr C. s'exprime tout du long, en verbalisant les différences de sensations qu'il ressent avant et après. Une fois les « couches » enlevées, il peut nous dire qu'il ressent mieux toutes les parties de son corps, « comme si j'étais encore recouvert par le drap, comme si j'étais dans une boîte à sardines ». Nous l'accompagnons ainsi dans la verbalisation de ses éprouvés et dans la perception de son enveloppe corporelle. Sur le chemin du retour à sa chambre, Mr C. exprime qu'il est engourdi au niveau des genoux, « comme si je me réveillais ». Progressivement sa marche devient fluide, Mr C., souriant, me dit à la semaine prochaine.

La semaine suivante, je vais à la rencontre de Mr C. pour lui expliquer l'évolution de l'accompagnement vers une séance de relaxation, de détente. Il accepte volontiers. Une fois arrivé dans la salle, Mr C. choisit de s'installer en position décubitus dorsale sur le lit. Une fois allongé, il ferme directement ses yeux à moitié. Le cadre a un effet apaisant et enveloppant pour Mr C., dans la continuité des séances d'enveloppement. Je propose à Mr C. d'être attentif aux différents points d'appuis de son corps sur le lit, en verbalisant les différentes parties de son corps. Puis je lui explique que je vais réaliser quelques mobilisations passives de ses membres supérieurs et inférieurs. Je prends contact au niveau de son épaule et commence les mobilisations de ses membres supérieurs (élévation/abaissement, abduction/adduction). Mr C. se détend progressivement, je peux sentir qu'il « donne du poids », se fait lourd notamment lors des mobilisations passives de son bras droit. Lors de ces mouvements, je suis attentive à ses variations toniques ainsi qu'à mon propre ajustement tonique afin d'entretenir la dynamique du dialogue tonique. Un abaissement tonique de l'ensemble du corps est visible, avec cependant un recrutement tonique lors du mouvement d'abduction de sa jambe droite. Puis je conclus par un toucher enveloppant par pressions, sur les différentes parties du corps mobilisées, afin de dessiner les limites corporelles. Enfin, j'invite Mr C. à faire sa reprise en lui proposant de réaliser seul quelques mouvements en commençant par les extrémités puis en remontant vers l'axe du corps. Un temps de verbalisation est proposé. A la fin de la séance, Mr C. est un peu

endormi. Il peut verbaliser que sa respiration est plus profonde et « qu'on sent mieux le corps ».

Je viens chercher Mr C. pour sa deuxième séance de relaxation. Il se souvenait qu'il avait une séance mais il ne savait plus quand. En le questionnant sur la semaine précédente, Mr C. se souvient qu'il était allongé, du lieu et me montre la direction. Dans la salle, Mr C. me parle des moments qui sont sources d'anxiété pour lui : le quotidien, les ennuis d'argent, s'occuper de sa fille... et dit « je suis stressé... et c'est bloqué » en me montrant la région de son torse, de sa respiration. Je lui rappelle que cette séance vise à diminuer les tensions corporelles qu'il peut ressentir et à prendre conscience de l'ensemble de son corps dans une globalité. Puis je lui rappelle le déroulement de la séance, dans la continuité de la semaine dernière. Mr C. reste très attentif pendant la durée de la séance et garde la plupart du temps les yeux ouverts. Je peux percevoir lors des mobilisations de ses membres supérieurs une hypertonicité oppositionnelle qui diminue un peu au fil des mouvements lents. Mr C. accompagne les mouvements. Je perçois une différence de tonicité entre le haut du corps, tendu comme s'il « retenait son poids », et le bas du corps, plus relâché. Pendant les mobilisations de ses membres inférieurs, Mr C. verbalise que sa jambe gauche est plus lourde et plus facile à mobiliser et soulever que sa jambe droite. Pour ma part, j'ai pu percevoir qu'il accompagne le mouvement lorsque j'élève sa jambe droite. De plus, je dois initier un toucher-pression vers le bas afin que la jambe droite puisse redescendre se poser sur le coussin sinon elle reste « suspendue ». En outre, Mr C. respire de manière un peu rapide et peu profonde. Je propose ainsi un exercice de conscience de la respiration. Mr C. module alors sa respiration, qui se propage du thorax vers l'abdomen. Lors du moment de verbalisation, Mr C. exprime qu'il sent mieux ses jambes, « plus légères » ainsi que les doigts de sa main. En outre, il verbalise à la fin que la position allongée « l'engourdit et l'endort ». Nous convenons pour la prochaine fois de trouver une autre installation plus adaptée.

Ainsi, l'installation au fil des séances s'est modifiée. Tout d'abord, une installation semi-assise sur le lit agrémentée de coussins sous les genoux a été réalisée. Puis elle a laissé place à la posture assise, sur une chaise confortable, et à une relaxation plus dynamique.

En outre, l'état de santé de Mr C. oscille entre des périodes où son anxiété est présente mais sans pour autant évoluer vers une crise d'angoisse et des périodes où l'angoisse est telle, qu'il ne peut rien « maîtriser ». Ainsi pendant une séance, suite à un travail de mouvements des bras en accord avec la respiration, Mr C. respire fortement et après un moment, il verbalise qu'il respire moins bien. Sa respiration s'accélère et je

perçois une montée d'angoisse chez Mr C. Ses bras commencent à trembler, son regard devient un peu vague et il verbalise qu'il a peur de tomber, alors qu'il se trouve assis sur une chaise avec accoudoirs. Je l'accompagne alors verbalement et je m'adapte en fonction de ce que je perçois de la situation. Je propose alors à Mr C. d'être contenu corporellement. Je viens l'envelopper physiquement au niveau de son dos avec mes bras tout en gardant un contact avec une de ses mains. Puis, Mr C. verbalise qu'il ne ressent plus ses mains. Je lui propose spontanément une balle à picots dans chacune de ses mains afin de l'aider à les ressentir. Mr C. est très attentif aux sensations de ses mains et verbalise qu'il ressent mieux sa main droite. Il fait des pressions avec les balles, ce qui semble l'apaiser. Progressivement, les tremblements diminuent, la respiration devient plus posée. Puis je lui propose des petits mouvements des mains tout en l'accompagnant dans la mise en mots de ses éprouvés. L'apport d'informations proprioceptives et kinesthésiques semble permettre une prise de conscience du corps, de l'enveloppe corporelle, ce qui impacte sur le psychisme. Il a pu verbaliser à la fin qu'il avait « des soucis » et que maintenant il voit mieux, « moins flou qu'avant ». La séance se termine, je raccompagne Mr C. dans le salon, il désire se reposer dans sa chambre. Le fait que j'ai pu adapter ma pratique psychomotrice via l'écoute ainsi que ma bienveillance ont renforcé l'alliance thérapeutique. Lors des séances suivantes Mr C. prend de plus en plus de temps avant le début de la relaxation pour parler de ses ressentis. Il me semble qu'une relation de confiance s'établit petit à petit. Quant à moi je prends plus confiance et j'arrive de plus en plus à adapter la séance par rapport à mon observation psychomotrice.

Ainsi, suivant l'évolution des séances, j'ai pu intégrer des exercices psychomoteurs tonico-émotionnels tout en conservant un temps initial de prise conscience des appuis du corps et un toucher final enveloppant afin de réunifier l'ensemble du corps et de dessiner les limites corporelles. La prise de conscience de la respiration via un ballon sur la région abdominale ou thoracique permet à Mr C. de percevoir le mouvement respiratoire ce qui permet une respiration plus posée qu'en début de séance. De plus j'ai pu proposer un travail sur le souffle, via un foulard à faire onduler, et sur la libération de sons. Les effets relaxant de la respiration permettent à Mr C. d'améliorer ses capacités attentionnelles et perceptives et de réguler son anxiété. Il exprime d'ailleurs en fin de séance : « je devrais peut-être faire de la respiration le soir avant de dormir ». De plus, l'exploration des variations toniques de contraction et de détente d'une partie du corps par des mouvements ou par un toucher indirect via des médiateurs (balle, sacs lestés...) permet à Mr C. d'affiner ses sensations et de percevoir les différences avant/après et celles entre les différentes parties du corps. Ainsi, après un travail avec les sacs lestés, Mr C. décrit de la lourdeur puis de la légèreté au niveau de sa jambe droite qui se diffuse jusqu'aux orteils.

De plus, lorsque j'ai enlevé le sac au niveau de son épaule, Mr C. a verbalisé avec grand soulagement : « c'est comme si on enlevé un poids ». Une stimulation plantaire via différentes balles permet également à Mr C. une prise de conscience de l'ensemble du pied en lien avec la marche. En étant attentif à ce qu'il ressent, Mr C. tend vers un réinvestissement corporel.

Vers la fin du mois décembre, je note une évolution dans l'accompagnement de Mr C. Il a une meilleure conscience de son enveloppe corporelle ainsi qu'une verbalisation plus riche. Il peut verbaliser, à la fin d'une séance qu'il se sent mieux et « que cela lui a rassemblé tout le corps et ses idées ».

Début février, Mr C. arrive en séance en étant très confus et en se sentant persécuté. Il me raconte sa nuit agitée en mélangeant cauchemars et réalité, tout en disant « on me drogue ». Son discours est difficile à comprendre. Les signes du début de sa crise d'angoisse apparaissent, je lui propose deux balles qu'il attrape et presse tout de suite tout en l'enveloppant par mes mots et mon regard. A la fin de la séance, Mr C. est moins anxieux et part en souriant. Suite à une discussion avec ma maitre de stage, nous convenons d'informer le médecin coordonnateur de l'état de santé de Mr C. et de proposer une séance d'enveloppement afin de soutenir l'unité psychocorporelle, ce qui a été validé. Mr C. accepte la séance et se souvient des autres enveloppements lorsque je lui rappelle le déroulement. Mr C. s'allonge directement mais avec difficultés, dues à ses raideurs corporelles importantes. Il ferme les yeux dès la première couche, sa respiration est calme. Mr C. verbalise qu'il a froid aux genoux, sensation qui disparaîtra après les frictions corporelles. En fin de séance et lorsque je le raccompagne, Mr C. verbalise qu'il se sent mieux et il est étonné d'avoir ressenti du froid aux genoux pendant la séance. Il dit également « avoir oublié ses soucis ».

Les semaines suivantes, les séances de relaxation reprennent leur continuité. Ainsi, la prise de conscience de l'unité corporelle et des sensations éprouvées, la mise en mot de l'angoisse et l'émergence des émotions agréables suite au relâchement tonique, permettent une régulation de l'anxiété de Mr C. qui semble mieux « habiter » son corps.

DISCUSSION

1. Toucher thérapeutique et enveloppe psychocorporelle

1.1. Toucher, Moi-peau et personnes âgées

D. ANZIEU, dans son ouvrage, met en parallèle les fonctions de la peau et celles du Moi-peau, développées dans la première partie de ce mémoire⁸³.

La notion de Moi-peau me paraît essentielle dans le cadre de ma réflexion, car le corps et la psyché sont unifiés par la médiation corporelle du toucher. En effet, « les communications primaires tactiles vont former le socle sur lequel viendront ultérieurement s'étayer le Moi et les fonctions psychiques secondaires. »⁸⁴. De plus, « de la qualité de la communication tactile [...] dépendent les réponses émotionnelles et psychomotrices que l'enfant apprend. »⁸⁵

Je choisis maintenant de développer cinq des huit fonctions du Moi-peau qui me paraissent les plus pertinentes dans ma pratique avec la médiation du toucher auprès des personnes âgées.

La fonction maintenance, exercée par le Holding maternel, assure le maintien du psychisme en état de fonctionner et le corps de l'enfant dans un état d'unité et de solidité. Ainsi, « En touchant au corps, on touche à ce qu'il produit psychiquement : émotions, retour ou naissance des éprouvés sensoriels, sentiments, pensées. »⁸⁶

De ce fait, lorsque je réalise un toucher thérapeutique auprès d'une personne âgée, je lui donne la possibilité de sentir son unité corporelle et sa cohésion psychique. Le corps devient alors un repère solide et permanent.

Un jour, Mme M. est très confuse lorsqu'elle parle aux différents membres du personnel. En effet, elle est persuadée que son mari vient de mourir et veut le rejoindre. Bien qu'elle reconnaisse qu'il est décédé une vingtaine d'années plus tôt, Mme M. semble très préoccupée et angoissée. Elle accepte tout de même de venir à sa séance de bain suivie de toucher thérapeutique. Pendant le toucher, Mme M. parle de son mari et je l'invite à poursuivre l'expression de ses souvenirs. Je perçois que Mme M. est disponible pour se recentrer sur ses sensations corporelles, ainsi je l'accompagne tout au long du toucher dans la verbalisation de ses éprouvés. Elle peut me dire qu'elle « sent mieux » son corps et que

⁸³ Cf. *supra*, p.18

⁸⁴ J.SAVATOFSKI ; P.PRAYEZ, 1999, p. 138

⁸⁵ A.MONTAGU, 1979, p. 169

⁸⁶ J.SARDA, 2002, p.91

le toucher lui a fait du bien. A la fin de la séance, Mme M. possède un discours adapté à la situation, plus du tout confus. Elle semble beaucoup plus sereine et pense à ce qu'elle va faire dès à présent. Est-ce le bain, le toucher ou les deux réunis qui ont permis une réappropriation corporelle et psychique plus en lien avec la réalité ? Mon toucher contenant et enveloppant, ma présence psychocorporelle et mon écoute ont sûrement favorisé un cadre permettant à Mme M. de pouvoir s'exprimer et de renouer avec une cohésion psychique et corporelle plus stable et plus en lien avec la réalité.

La fonction de contenance, exercée par le Handling maternel, assure l'établissement d'une enveloppe corporelle et psychique permettant au Moi-peau de devenir contenant des représentations psychiques.

Les différentes pratiques de toucher thérapeutique que j'utilise en séance, associées à ma voix et à mon regard, favorisent la sensation d'enveloppe. Le toucher en lui-même permet également la sensation de limites corporelles et de contenance. En effet, « il peut être contenant avec la prise de conscience d'un dehors et d'un dedans (enveloppes externes et internes), avec le ressenti de la surface, du volume et de l'intérieur du corps. »⁸⁷

La fonction d'individuation du Soi apporte à la personne âgée le sentiment d'être unique et d'avoir la conscience de ses propres limites corporelles. Le toucher, avec les personnes âgées, permet la différenciation entre soi et l'autre, et renforce la sensation de peau-propre. Mme A. est le plus souvent fermée à la relation, dans une « carapace tonique » et les différents déplacements au fauteuil et mobilisations lui sont imposés. Ses limites corporelles peuvent ainsi devenir floues. Le toucher thérapeutique tend à renforcer la délimitation de son corps propre ainsi que le Moi corporel et psychique.

La fonction d'intersensorialité, où « le Moi-peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures, et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile. »⁸⁸

Le toucher thérapeutique fournit un éveil sensoriel grâce aux informations tactiles, proprioceptives et kinesthésiques qu'il véhicule. Ainsi, « Ces diverses stimulations affinent les perceptions corporelles qui vont d'abord être éprouvées, intégrées puis mémorisées par le patient afin de constituer et enrichir son registre sensoriel. »⁸⁹

Lorsqu'une grande partie de la journée, une personne âgée est installée dans son fauteuil, comme Mme A. ou Mme M., les possibilités de mobilité sont réduites et la sensibilité superficielle et profonde s'avèrent diminuées. Le toucher va apporter diverses

⁸⁷ S. CARRIE-MILH, 2009, p.102

⁸⁸ D.ANZIEU, 1985, p. 127

⁸⁹ S. CARRIE-MILH, 2009, p.102

sensations proprioceptives et kinesthésiques et ainsi tendre vers une consolidation de leur schéma corporel.

La fonction d'inscription des traces, où le Moi-peau sert de support à l'inscription des traces sensorielles et tactiles faisant résonance aux expériences vécues. Ainsi, progressivement, le sujet «doit apprendre à développer la sensibilité inhérente à la peau. La réussite ou l'échec de cet apprentissage dépend presque entièrement des sensations cutanées que l'individu a pu vivre durant son enfance et sa petite enfance. »⁹⁰

Le toucher en thérapie psychomotrice amène le sujet âgé à faire appel à sa mémoire corporelle tout en favorisant l'intégration de nouvelles sensations et permet de renouer avec l'expérience d'une enveloppe corporelle plus fiable. Au cours des séances de relaxation, il est arrivé que Mr C. ne se rappelle plus ce qui a été effectué d'une semaine à l'autre, notamment lorsqu'il s'avère angoissé. Cependant lorsqu'on reprend des exercices faits auparavant, tels que le travail sur la respiration avec un contact de la balle sur son thorax ou bien le passage d'une balle précise le long de sa silhouette, la mémoire corporelle de Mr C. s'éveille. Il se rappelle du contexte ou simplement de la texture utilisée. Ce retour à des sensations éprouvées et connues semble l'apaiser d'un point de vue corporel et psychique.

Ainsi, le toucher thérapeutique « lorsqu'il fait retrouver à l'individu la sensation d'une unité corporelle, revoie donc à la fois physiologiquement et affectivement à ce corps premier, entouré par celui de la mère [...] »⁹¹ ainsi qu'aux processus psychiques qui y sont associés. L'enveloppe psychocorporelle du sujet âgé est donc au cœur de cette réflexion.

1.2. Les trois fonctions thérapeutiques du toucher⁹² en lien avec la thérapie psychomotrice

1.2.1. Fonction de réparation

Elle s'appuie sur l'idée de carence de l'entourage familial au début de la vie, où le sujet éprouve un sentiment d'abandon et de frustration. Cet état « renvoie à la dépression, à la perte d'objet, aux défaillances précoces, etc. »⁹³. Le toucher a donc une fonction de « maternage », de « réparation des carences précoces ».

Nous pouvons ainsi mettre en parallèle l'enveloppe maternante et l'enveloppe thérapeutique dans la pratique du toucher en thérapie psychomotrice. En effet, nous avons

⁹⁰ A.MONTAGU, 1979, p. 115

⁹¹ F. VINIT, 2007, p.128

⁹² P. PRAYEZ cité par M. GUIOSE, 2007, p.104

⁹³ M. GUIOSE, 2007, p. 104.

vu l'importance des expériences corporelles et psychiques que la mère offre à son enfant pour la bonne constitution de son enveloppe psychocorporelle. La relation psychomotrice en alliant « toucher-peau-tonus et émotion, forme une relation thérapeutique particulière entre le psychomotricien et son patient. Ainsi se construit au fil du temps de la prise en charge une histoire tonico-émotionnelle.»⁹⁴

Il est arrivé que Mr C. soit angoissé et « décontenancé » au début d'une séance. Lors de ces moments, j'accueille ses maux avec bienveillance et lui offre un soutien corporel, par l'enveloppement de son propre corps par mon toucher contenant ou bien par la pression d'une balle entre ses mains, ce qui le rassure particulièrement. Je mets également des mots sur ce qui est vécu. Un temps est nécessaire avant que Mr C. ne parvienne à s'apaiser. J'adapte le reste de la séance en fonction de ce qu'il exprime verbalement et corporellement. Il s'agit d'un exemple où « [...] la spécificité de la clinique psychomotrice convoque de manière tout à fait particulière les diverses modalités interactives et multi-référentielles qui déterminent ailleurs [cette] relation mère-enfant : le contact, l'implication interactive, le non-verbal, le sensori-moteur et le tonico-émotionnel [...] »⁹⁵

Le psychomotricien offre ainsi au sujet âgé les moyens de renouer avec une enveloppe psychocorporelle plus unifiée. En effet sa présence, en étant à la fois corporelle, tactile, sonore, visuelle et psychique permet la constitution « d'enveloppes » assurant la maintenance et la contenance du psychisme du sujet.

1.2.2. Fonction de communication émotionnelle

Elle est en lien avec la notion de communication non verbale dans un contact pré-langagier. « Cette communication émotionnelle permettrait au patient de retrouver des traces de conflits archaïques inscrites dans le système émotionnel, et non encore accessible au système discursif. »⁹⁶

Le toucher, par la mise en jeu du dialogue tonico-émotionnel, renvoie à cette première communication qu'est l'échange émotionnel. Ainsi la relation thérapeutique « confronte chacun à ses propres émotions en résonance à celles d'autrui.»⁹⁷ En effet, « on ne peut toucher autrui sans être touché soi-même »⁹⁸ Cette phrase dénote bien le fait que lorsque nous nous trouvons, en tant que psychomotricien, dans une relation corporelle

⁹⁴ C. POTEI *et al.*, 2000, p.74.

⁹⁵ F. JOLY citée par M. BRUCHON, 2004, p.64.

⁹⁶ M. GUIOSE, 2007, p. 104

⁹⁷ J. SAVATOFSKI, P. PRAYEZ, 1999, p.123.

⁹⁸ *Ibid.* p. 126

et psychique avec un patient, cela fait résonance à notre vécu, nos émotions et notre histoire.

Lors de l'accompagnement de fin de vie auprès de Mme G., et notamment pendant la deuxième séance, la douleur exprimée par Mme G. est perceptible lors de la toilette et des soins infirmiers. Le contexte émotionnel est très fort. Pendant quelques instants, je suis à l'écoute de mes propres ressentis, puis je perçois à partir de ce moment que je peux rester dans la chambre auprès de Mme G. et l'accompagner si possible jusqu'à un apaisement. Je lui propose ma main afin qu'elle ait un soutien corporel et qu'un dialogue œil-à-œil et tonico-émotionnel s'établisse. Je suis disponible corporellement et émotionnellement, mon toucher se veut contenant et enveloppant. Il a été toutefois important de faire un « débriefing » en fin de journée avec la psychomotricienne afin de mettre des mots sur ce vécu et sur mes ressentis.

1.2.3. Fonction d'érogénèse contenantante

Chez l'homme, les différents niveaux de sexualité sont intriqués : de la sexualité pré-génitale et archaïque à une sexualité génitale œdipienne. Le corps est de ce fait investi de libido et « lorsqu'on touche nous ne savons pas quel en sera l'écho émotionnel, quelle strate de la vie psychique va s'animer »⁹⁹ P. PRAYEZ parle de l' « intention juste »¹⁰⁰ nécessaire à l'exercice du thérapeute exerçant le toucher où celui-ci doit évacuer la dimension surexcitante pour garder que l'aspect sécurisant et tendre. Elle s'exprime au travers du langage corporel du thérapeute dans son engagement tonique, postural et gestuel.

Avant un suivi en toucher thérapeutique, un cadre de séance est établi, tant temporel que spatial. J'explique également au patient l'objectif thérapeutique en lien avec ses difficultés du quotidien afin qu'il soit acteur de son accompagnement. De plus, le toucher est toujours bien explicité lors des séances. Je préviens ainsi le patient du contact et je nomme les différentes parties du corps touchées. Je guide la personne afin qu'elle soit attentive à ce qu'elle ressent et si cela est possible mette des mots sur ce vécu. Je veille à ce que mon toucher soit précis, contenant et enveloppant et non ambigu ou hésitant. Je porte également attention à la qualité expressive de ma posture et la réajuste en fonction du dialogue tonico-émotionnel mis en jeu.

En outre, il est essentiel de distinguer l'érotisation de l'érogénèse. Dans l'érotisation¹⁰¹, la sollicitation vise à élever le niveau d'excitation jusqu'à déclencher la

⁹⁹ M. GUIOSE, 2007, p. 104

¹⁰⁰ P. PRAYEZ cité par M. GUIOSE, 2007, p.105.

¹⁰¹ M. GUIOSE, 2007, p.106

recherche de la décharge libidinale contrairement à l'érogénèse où il s'agit d'un toucher qui renvoie à la construction même du corps érogène. Dans le cadre de ma pratique, le toucher favorise « l'accès à la communication émotionnelle et à l'archaïque [...] et maintient l'érotisation dans des limites contenantantes [...] »¹⁰².

La pratique du toucher thérapeutique en séance de psychomotricité repose sur un cadre thérapeutique précis, tant pour le patient que pour le thérapeute, et est marquée par une présence juste et adaptée du toucher. C. POTEL énonce certaines règles garantissant au toucher sa valeur de médiation symboligène¹⁰³ De ce fait, le toucher ne concerne que certaines parties du corps en excluant les parties intimes, sexuelles et il ne doit pas être amalgamé avec le « donner de la satisfaction » ni devenir source de pouvoir sur l'autre. De plus, le toucher thérapeutique, par sa propriété enveloppante et contenantante, tend vers une unification de l'enveloppe corporelle et psychique du sujet. Cependant le psychomotricien « ne doit pas nier le caractère érogène et ambigu du toucher [...] [car] malgré nos compétences et nos hypothèses par rapport à la relation thérapeutique, lorsque nous touchons au corps de l'autre, il est impossible de savoir réellement ce que le patient ressent et donc ce que nous provoquons en lui. »¹⁰⁴

Ainsi « la garantie d'une sécurité « psychique » portée par le thérapeute, aussi importante pour lui que pour le patient, va limiter, éviter les effets de séduction qui pourraient naître d'un rapproché corporel. »¹⁰⁵ Ce n'est possible que si le thérapeute porte un regard intérieur sur lui-même en étant attentif à ses propres ressentis.

1.3. Cheminement vers un soutien et une mise en sens de l'éprouvé corporel

Le psychomotricien, par sa disponibilité corporelle et psychique ainsi que par la qualité de son toucher, permet de donner du sens aux éprouvés du sujet. Selon C. POTEL, cette capacité « d'impression et d'expression » du psychomotricien est à rapprocher de la fonction contenantante de la mère. Cette dernière possède une grande capacité à être en relation avec son enfant et « sait entendre et décrypter son discours infraverbal et y mettre suffisamment de sens et d'émotion pour que s'instaure progressivement un véritable dialogue. »¹⁰⁶

Le thérapeute semble lui aussi revêtir une fonction contenantante. Le sujet âgé « exprime sa souffrance par le langage du corps [et] c'est au travers de ce qui est émis et de ce qui est reçu par les corps en présence que se mettra en place un réel échange tonico-

¹⁰² M. GUIOSE, 2007, p.106

¹⁰³ C. POTEL *et al.*, 2000, p.128

¹⁰⁴ S. CARRIE-MILH, 2009, p.204-205

¹⁰⁵ C. POTEL *et al.*, 2000, p.127

¹⁰⁶ *Ibid.* p.76

émotionnel entre le psychomotricien et le patient [...] En ce sens, la finalité de la thérapie psychomotrice va permettre le passage de l'éprouvé corporel au ressenti. »¹⁰⁷

Lorsque j'effectue un toucher thérapeutique, j'offre au sujet âgé un ensemble de sensations qui vont être plus ou moins bien perçues et ressenties. Afin d'en faciliter la représentation et l'accès à la symbolisation, je laisse place à la verbalisation et l'expression des éprouvés corporels tout au long de la séance. Ainsi « le psychomotricien soutient et aide donc le sujet dans l'élaboration psychique et progressive de son vécu corporel : le ressentir, le reconnaître, le nommer, se le représenter par des images, un dessin... puis par des mots. »¹⁰⁸

Au fil de l'accompagnement de Mr C., j'ai pu remarquer que le temps de verbalisation demeure nécessaire pour lui, et ce dès le début de la séance. Il peut ainsi exprimer spontanément dans quel état émotionnel il se trouve ou bien exposer les difficultés rencontrées au quotidien depuis la séance dernière. En outre, il est arrivé que Mr C. soit « envahi » par ses émotions en relatant un événement du quotidien qui a été une source d'angoisse pour lui. Ainsi, j'offre un espace d'écoute contenant, tout en ajustant ma pratique psychomotrice en fonction de son vécu du moment. Mr C. semble être sensible à ce dispositif et parvient à « s'autoréguler » corporellement et émotionnellement. De plus Mr C. verbalise tout au long de la séance, je le soutiens dans cette mise en mots sur ce qui a été vécu sur le plan tonique, sensoriel et émotionnel. Je peux également lui proposer en fin de séance des supports d'aide à la verbalisation, tels que des photos d'images.

Lors des séances de toucher thérapeutique auprès de Mme M., je l'accompagne vers une prise de conscience de ses possibilités de sensations et de perception mais également des éventuelles tensions que je peux percevoir. Lors d'une séance où Mme M. était particulièrement douloureuse et hypertonique, elle a pu exprimer ses angoisses face à sa maladie « épouvantable » et l'envie de retrouver son mari et son fils, tous deux décédés. J'accueille alors son ressenti et je l'accompagne dans la mise en mots de ses éprouvés à travers ma présence et mon toucher afin de permettre une contenance corporelle et psychique permettant une cohésion psychocorporelle. En effet, au fil du toucher, Mme M. a pu me raconter des souvenirs agréables avec son fils et son mari et ainsi abaisser en partie son tonus. Elle a pu également me guider sur ce qu'elle voulait à ce moment (un toucher-massage au niveau de son visage). Tonus et émotions étant intimement liés, Mme M. semble plus apaisée après la séance. Cette écoute et ce toucher enveloppant visent à contenir les angoisses et à renforcer le sentiment de solidité du schéma corporel tout en permettant un vécu corporel plus agréable.

¹⁰⁷ C. POTEI *et al.*, 2000, p.127

¹⁰⁸ S. CARRIE-MILH, 2009, p.213

Ainsi, le thérapeute écoute et accompagne le patient tant corporellement que psychiquement vers un travail de représentation, de mise en sens de l'éprouvé corporel. Le sujet peut alors s'approprier son vécu et ses émotions grâce au travail de mise en sens et passer d'un espace personnel à celui de la rencontre, indispensables au sentiment d'individuation. La dimension psychocorporelle de ce travail thérapeutique permet ainsi au sujet âgé de renouer les liens entre soma et psyché.

Cependant lorsque la verbalisation et la communication verbale ne sont plus possibles, le thérapeute est toujours présent pour contenir le patient en donnant du sens et en mettant lui-même des mots sur ce qu'il peut percevoir des éprouvés corporels du sujet. Ainsi lors de l'accompagnement de Mme A. et de celui de Mme G., j'ai pu revêtir la capacité contenante du psychomotricien et poser des mots en lien avec ce qui est vécu lors du dialogue tonico-émotionnel, afin d'étayer le travail de toucher thérapeutique. En effet, pour Mme G. cela a été primordial pour qu'elle puisse se sentir comprise dans sa souffrance. J'ai pu ainsi verbaliser que je comprenais qu'elle était douloureuse et je l'ai accompagnée dans la gestion de ses peines corporelle et psychique. Cette relation lui a permis de pouvoir réguler son tonus afin de participer aux mobilisations tout en abaissant sa souffrance morale, apaisant un peu sa souffrance corporelle. Pour Mme A., le fait que je mette des mots sur ce que je perçois est vecteur de communication infra-verbale. En effet, Mme A. est attentive à mes paroles et peut s'exprimer corporellement et ce, à fonction de réponse lorsque j'émetts une hypothèse, par exemple. Ainsi lors d'un toucher-massage du pied gauche, je remarque que son visage est détendu et que son pied droit remue vers celui de gauche, comme si ce dernier demandait à être lui-même touché. Je verbalise alors ce que je distingue et lui demande ainsi si cela est correct. Mme A. soulève alors ses sourcils d'une manière expressive que je comprends comme un acquiescement. Je procède de ce fait au toucher-massage du pied droit. Cependant la communication non verbale « peut seulement indiquer qu'il y a une joie ou une perturbation, un trouble [...] il convient d'en rester à une hypothèse d'interprétation, celle-ci ne pouvant jamais être complètement vérifiée. »¹⁰⁹

1.4. Lorsque le corps est ressenti comme « corps étranger »

Au fur et à mesure de ma réflexion, je montre combien le vieillissement, ses conséquences et ses pathologies modifient le corps vécu du sujet âgé et l'intégrité de son enveloppe psychocorporelle. La notion de corps vécu fait le lien entre le soma et la psyché. Il est le « lieu de contact avec le monde qui nous entoure, réservoir de possibilités motrices

¹⁰⁹ P. ANCET, *et al.*, 2010, p.5

ressenties [...] [et] notre corps est une unité qui ne se segmente que dans la douleur ou dans la souffrance psychique. »¹¹⁰

Le corps peut être perçu malléable, défaillant et aux limites devenues floues. Le sujet peut alors ressentir un sentiment d'insécurité interne ce qui engendre des réactions de défense telles que le désinvestissement corporel, l'hypertonie comme moyen d'exister ou des comportements mettant le corps en premier plan. Le sujet peut développer de ce fait un sentiment d'étrangeté vis-à-vis de ce corps qui lui fait défaut, mettant à mal le sentiment continu d'existence.

Mr C. est confronté à une perte des états corporels et psychiques. Les expériences de chutes, révélant ses limites corporelles, ont engendré une insécurité psychocorporelle marquée par un corps vécu qu'il ne peut « maîtriser » et en proie aux crises d'angoisse.

Mme M., dans son discours et son attitude corporelle, met à distance son corps dont elle a une vision négative. Elle est parfois dans le déni de sa pathologie, de ses incapacités et peut verbaliser pendant la séance : « après j'irai marcher » ou « je veux partir, prendre ma voiture ». De plus, le fait de rester au fauteuil toute la journée sans pouvoir se mobiliser ne lui donne que peu l'occasion de sentir son corps. Ainsi, sa perception de son enveloppe corporelle est affaiblie et son image du corps est atteinte, témoignant d'une « discordance entre apparence et intériorité, car il y a désaccord entre l'apparence extérieure, l'image de soi que le sujet porte à l'intérieur de lui-même et l'image telle qu'elle apparaît dans le miroir ou dans le regard de l'autre, avec toutes les représentations sociales qui y sont attachées. »¹¹¹

Une mise à distance du corps peut alors s'opérer mais aussi un retrait relationnel. Ainsi le sujet « subit un corps qui a perdu l'attitude existentielle caractéristique de « l'être-au-monde » : celle d'être tourné vers son environnement [...] »¹¹² Mme A. se trouve dans une « carapace tonique » et reste la plupart du temps mutique et fermée à la relation visuelle. La communication est alors entravée. Cependant lorsque la situation est insupportable pour elle ou au contraire lorsqu'elle se trouve en confiance, Mme A. peut se faire comprendre de manière non verbale et peut aussi, quelques fois, trouver la force de produire des sons à valeur expressive ou dire un mot.

Le corps peut être également vécu comme instrumentalisé, « corps objet de soin », où « le patient nécessite un « corps de substitution » (celui du soignant) pour les gestes les plus élémentaires de son quotidien »¹¹³ Ce sentiment d'extrême vulnérabilité peut être mis en parallèle avec la dépendance totale du début de la vie. Ainsi le sujet peut se « détacher »

¹¹⁰ P. ANCET, *et al.*, 2010, p.10

¹¹¹ KORFF-SAUSSE S. cite par P. ANCET, *et al.*, 2010, p.23

¹¹² F. VINIT, 2007, p.55

¹¹³ *Ibid.*, p.133

de son corps dans le but de maintenir son psychisme. « Il s'agit alors d'une stratégie qui permet d'accepter des traitements déplaisants, douloureux, humiliants, au moyen d'un détachement, mais qui reste partiel et momentané »¹¹⁴

Ce mécanisme peut alors être employé lors de toutes mobilisations du quotidien via le lève-personne, réalisées auprès de Mme A. et de Mme M. En effet, lors des transferts via le lève-personne pour aller dans la salle « aqua sens », je peux remarquer un changement dans la présence tonique, posturale et psychique de Mme M. Elle parle de façon spontanée avant et pendant la séance, mais lors des transferts, elle ne parle que très peu et son adaptation tonico-posturale est entravée.

Ce recours peut aussi être utilisé en fin de vie, lors des soins douloureux et invasifs que Mme G. a pu vivre et où la présence corporelle et psychique du thérapeute sont indispensables. En effet, sa souffrance était telle que son visage était crispé, son corps rigide et son regard semblait être dans le « vague ». Le support corporel et psychique que j'ai pu lui proposer a facilité le retour à une présence dans la relation où Mme G. a pu s'exprimer aussi bien via le canal visuel que corporel.

Ainsi, face à un corps ressenti comme « étranger », comment la personne âgée peut-elle renouer avec un corps vécu ?

Le toucher thérapeutique, que j'ai pu effectuer durant mon stage, offre l'expérience de renouer avec l'intégrité psychocorporelle et permet une véritable relation tonico-émotionnelle tout en redonnant à la personne sa place de sujet. « Ce recouvrement par le corps de l'autre, par « l'éprouvé » d'une limite et d'un contour, semble alléger l'effraction générée par la maladie et l'angoisse de son évolution. C'est en effet l'existence d'une frontière corporelle suffisamment stable qui permet la rencontre avec l'autre [...] »¹¹⁵

Le toucher thérapeutique, en agissant sur le Moi-peau, redonne au corps des limites plus fiables. Elles « viendraient ainsi « réalimenter » le corps en origine, comme si, par le fait d'en prendre soin, elles lui redonnaient une consistance abîmée par la maladie et faisaient revenir dans l'imaginaire et le vécu du patient quelque chose de l'apaisement du corps originaire. »¹¹⁶ J'ai pu voir l'impact de cette médiation et de la présence du psychomotricien lors de l'accompagnement à la toilette de Mme G. où l'apaisement psychique était visible, permettant un véritable dialogue entre deux sujets distincts et reconnus. En effet le toucher-massage de sa main, le simple contact ou l'accompagnement bienveillant de la part de la psychomotricienne et de moi-même ont permis une réduction de l'appréhension et une meilleure régulation tonique lors de soins invasifs.

¹¹⁴ P. ANCET, *et al.*, 2010, p.29

¹¹⁵ *Ibid.* p. 134

¹¹⁶ F. VINIT, 2007, p.138

1.5. Support de la relation et de l'identité

L'identité est définie comme « l'expérience propre à un sujet de se sentir exister et reconnu par autrui en tant qu'être singulier mais identique dans sa réalité physique, psychique et sociale [...] l'identité est un processus actif, affectif et cognitif de représentation de soi dans son entourage associé à un sentiment subjectif de permanence. »¹¹⁷ Pour M. PERSONNE l'identité est faite de plusieurs identités formant une unité et son évolution est dynamique au cours de la vie. Elle est « la résultante d'une construction cognitivo-affective, faite de sensations, émotions, sentiments, comme de traitements sur soi et les autres [...] et s'élabore avec et à travers autrui [...] et s'enracine dans l'action. »¹¹⁸ Afin que s'élabore l'identité personnelle propre à chacun, il est indispensable de se sentir reconnu comme unique appartenant à un groupe. Ainsi « avoir une identité, c'est donc être reconnu par soi et les autres dans ses capacités, ses qualités, etc. Ce besoin de reconnaissance sociale et personnelle serait d'autant plus fort que les personnes se sentent en position d'insécurité, d'infériorité, d'exclusion. »¹¹⁹

Le schéma corporel et l'image du corps du sujet âgé, dans le cas de pathologies ou de la fin de vie se trouvent altérés, impactant ainsi les échanges relationnels et le psychisme du sujet. L'unité psychocorporelle du sujet âgé est mise à mal. « Face à ce potentiel effondrement identitaire, la présence du tiers, la médiation par autrui est plus que jamais nécessaire. »¹²⁰ Ainsi, le toucher thérapeutique, par les stimulations tactiles qu'il permet ainsi que par ses diverses propriétés développées précédemment, est un outil puissant de communication et tend à améliorer l'estime de soi du sujet. Il s'agit de « permettre à la personne de s'éloigner d'une impression d'étrangeté, de non-continuité au niveau identitaire [...] [et] le toucher peut participer à maximiser la communication et l'adaptation ainsi que réduire un déclin. »¹²¹

Au fil des séances, Mr C. s'investit de plus en plus et l'alliance thérapeutique facilite l'émergence de ses émotions et ressentis. Après une séance de relaxation et toucher thérapeutique, il semble mieux ancrer dans son corps ce qui est visible au niveau de sa posture, plus à la verticale, mais aussi au niveau de sa communication verbale où il est plus disponible aux échanges avec autrui. De plus, la continuité du cadre des séances, mon écoute « revalorisante » et le fait qu'il soit acteur de son accompagnement facilitent la prise de conscience de ses capacités et la confiance en lui.

¹¹⁷ R. DORON, F. PAROT, 1991, p.360

¹¹⁸ M. PERSONNE *et al.*, 2011, p.23-24

¹¹⁹ *Ibid.* p. 25

¹²⁰ *Ibid.* p.42

¹²¹ *Ibid.* p.29

Le toucher thérapeutique auprès des personnes âgées que j'accompagne tend vers le renforcement du sentiment d'être soi et d'être au monde, dans la relation.

Le psychomotricien apporte de ce fait un support thérapeutique où le sujet peut cheminer vers une réconciliation avec soi-même. « Face à ce corps qui lâche, autrui devient plus que jamais nécessaire parce que son être même, par le regard, les mots, les gestes, l'attention et l'empathie, peut donner l'occasion d'infimes renouvellements des perceptions spatiales et relationnelles. »¹²² Ainsi « participer à, continuer à nourrir l'identité des âgés, tout en favorisant leur estime d'eux-mêmes, est une nécessité afin que l'identité continue son chemin. »¹²³

2. Les limites du toucher thérapeutique

2.1. La douleur

La douleur intense et durable « désorganise l'appareil psychique, menace l'intégration du psychisme dans le corps, affecte la capacité de désirer et l'activité de penser [...], menace de détruire la structure même du Moi-peau [...] »¹²⁴ La douleur touche le sujet dans son identité psychocorporelle et peut ainsi entraîner des modifications corporelles plus ou moins durables.

Mme M. souffre de nombreuses douleurs qu'elle verbalise souvent, en majeure partie du fait de sa sclérose en plaque. Certains jours sont plus douloureux que d'autres, allant de la sensation d'engourdissement à des douleurs intenses localisées aux membres inférieurs notamment. Mme M. verbalise souvent une sensation de mieux-être après les séances de bain thérapeutique suivi du toucher-massage. Si les douleurs ne disparaissent pas, leur perception semble plus diffuse et moins intense. Cependant il est arrivé que Mme M. soit très douloureuse pendant une séance, au niveau d'une escarre au talon gauche, engendrant une raideur importante de tous ses membres et un repli corporel. Les transferts lui étaient de ce fait très pénibles. J'ai dû adapter mon toucher au cours de la séance car le toucher-massage au niveau des membres inférieurs était inadapté et provoquait des recrutements toniques et non une détente. J'ai donc réalisé un toucher contenant par pressions sur les deux jambes avec la paume de mes mains, ce qui ne provoquait pas de manifestations douloureuses. A la fin de la séance, Mme M. présentait toujours une sensation douloureuse majorée par l'installation au fauteuil nécessitant un transfert. Cet

¹²² M. PERSONNE *et al.*, 2011, p.46

¹²³ *Ibid.* p.28

¹²⁴ D. ANZIEU, 1985, p.227-228

événement m'a permis de distinguer une des limites de la médiation, car le toucher n'a pas diminué la douleur physique. Cependant, pendant et après la séance, Mme M. semble plus dans la relation à l'autre et peut « délaissier » le surinvestissement de la zone douloureuse pour parler avec la psychomotricienne et moi-même. La douleur psychique semble être un peu atténuée.

En outre, une personne algique peut élargir son espace personnel, sa « bulle », diminuant ainsi la possibilité de relation verbale et surtout corporelle avec autrui. En effet, le corps change sous l'effet de la douleur et ses répercussions rendent difficile le rétablissement de la relation entre son corps propre et celui de l'autre. Mme D. est une résidente de l'EHPAD que je n'ai vue qu'une seule fois. Auparavant, les séances de toucher avec la psychomotricienne lui apportaient un espace de rencontre et de détente psychocorporelle. Mais maintenant le simple fait de toucher son corps provoque des spasmes, une hypertonie réactionnelle ainsi que des douleurs. Le toucher est donc irréalisable.

2.2. Le refus

Lorsqu'on approche le corps de l'autre, sa bulle protectrice, « il est nécessaire d'y entrer avec toute la prudence et le respect nécessaires sous peine d'exercer une violence qui s'ignore [...] »¹²⁵ En effet, lors d'un toucher thérapeutique, il est important de veiller à ce que la personne soit en mesure psychiquement et corporellement de le recevoir. La dimension relationnelle est importante, ainsi que le sentiment de confiance.

Le début de l'accompagnement de Mme A., en toucher thérapeutique, a été pour moi un vecteur d'adaptation et de remise en question. En effet, lors d'une séance de fin octobre, je suis amenée à réaliser seule la séance de toucher dans la salle de psychomotricité et non dans la salle « aqua sens » comme habituellement. J'énonce à Mme A. qu'il n'y a ni la psychomotricienne ni le bain ce jour mais que je lui propose une séance de détente via le toucher. Je la préviens du contact de ma main sur la sienne. Je débute par un toucher contenant le long de son membre supérieur en verbalisant les parties du corps. Mme A., habituellement les yeux fermés, les ouvre et les gardera ouverts pendant la séance, fixant par moment la fenêtre au plafond. Je perçois à ce moment, par le dialogue tonico-émotionnel et par son attitude corporelle, que quelque chose la dérange. Je verbalise ainsi ce que je semble comprendre et Mme A. hausse les sourcils, rapproche ses bras vers elle comme un mouvement de recul et « marmonne ». L'expression de son visage m'interpelle, est-elle douloureuse ? Ou bien est-ce ma présence qui la dérange ou le toucher qui est trop difficile ? Je me demande à ce moment si je dois continuer ou non la

¹²⁵ P. ANCET, *et al.*, 2010, p.131

séance, si je dois lui laisser un peu de temps ou si elle ne désire tout simplement ne pas être touchée. Puis je verbalise ce que je perçois et je cherche une accroche du regard. Par le biais de l'enveloppe sonore via ma voix et de mon regard, j'essaie de la contenir psychiquement autant que possible en donnant du sens à ses éprouvés. Je continue quelques instants, puis je verbalise la fin de la séance et la raccompagne au salon. En échangeant avec la psychomotricienne, j'ai appris que Mme A. n'apprécie pas les changements de manière générale. Ainsi le fait que le cadre de la séance soit différent (absence de la psychomotricienne, lumière plus forte du jour, le toucher sans le bain thérapeutique au préalable...) et le fait que j'ai été par moment déstabilisée, ont été difficilement supportable pour elle. Avoir verbalisé que je comprenais que ce changement pouvait être difficile pour elle a, me semble-t-il, favorisé un sentiment de confiance en devenir. En effet, lors de la séance suivante, je me présente à nouveau à Mme A., et lui explique bien le cadre de la séance (les changements) et que la psychomotricienne et moi-même avons convenu que je continue la séance mais qu'elle peut à tout moment décider de l'interrompre. Pendant la séance, Mme A. est plus disponible dans la relation tonico-émotionnelle et le toucher, via les mobilisations passives et les pressions, est possible sans manifestation de refus. De mon côté, je suis plus à l'aise dans ce que je propose ainsi que dans mes paroles, je suis beaucoup plus à l'écoute de ses réactions tonico-émotionnelles. Elle se trouve en relation et est attentive à mes paroles, soulève de façon expressive ses sourcils lorsque je verbalise que son visage semble détendu, par exemple. Mme A. présente des myoclonies en fin de séance ce qui provoque une élévation de son tonus et une sensation désagréable visible par ses mimiques. Je préfère verbaliser ce que je perçois ainsi que la fin de séance et lui laisser un temps de « repos » avant de la raccompagner. Ainsi le fait d'avoir pris en compte ses messages corporels à valeur de communication a me semble-t-il renforcé son sentiment d'individuation et d'être entendue comme sujet à part entière. Ce moment de l'accompagnement a été source de changements et fut porteur d'une alliance thérapeutique plus tangible.

« La situation de dépendance entraîne en effet une extrême attention à la subtilité de la relation et à la manière dont celui qui approche est présent ou non dans ses gestes et dans sa voix, écoutant ou non la réponse ou les réactions de la personne aidée [...] »¹²⁶ Par conséquent, « la responsabilité de l'approchant est de repérer quel type de vécu résulte de son approche, de prendre conscience de son éventuelle imprudence et de créer les conditions d'un changement. »¹²⁷ Cette réflexion m'a amenée à me pencher vers les

¹²⁶ P. ANCET, *et al.*, 2010, p.132

¹²⁷ *Ibid.*

notions de proximité et de distance relationnelle, développées quelques pages ultérieurement.¹²⁸

2.3. La régression

La régression renvoie à un stade antérieur affectif et mental et « désigne le retour du sujet à des étapes dépassées de son développement (stades libidinaux, relation d'objet, identifications, etc.). »¹²⁹ Le phénomène du vieillissement et de ses pathologies semble renvoyer à l'aspect régressif reflétant un état de dépendance psychocorporelle du sujet âgé à autrui. Le schéma corporel et l'image du corps sont altérés et la personne semble n'avoir plus conscience de sa corporéité. Mr C. a vécu des expériences de chute qui ont fragilisé sa conscience corporelle et son autonomie. De plus il est arrivé à Mr C., angoissé, de se sentir persécuté par autrui, témoignant de ses limites corporelles et psychiques devenues floues. En outre, le toucher thérapeutique peut favoriser un état régressif car « le fait de toucher va réveiller tout le champ des fantasmes [...] il est donc important que ce temps du « toucher » lors des mobilisations soit bien explicité. »¹³⁰ La régression peut alors faire retour à des étapes du développement psychoaffectif antérieures du patient mais aussi renvoyer à l'état de dépendance de la vieillesse.

Comme les contacts corporels renvoient à l'aspect archaïque et régressif, le toucher en psychomotricité, peut être vécu comme une expérience déstabilisante. Cependant, Selon V. DEFIOLES-PELTIER, la régression peut être thérapeutique. En effet, il s'agit d'un accompagnement thérapeutique où « le thérapeute, en fonction de son empathie, suivra le patient dans sa régression en lui offrant une possibilité de relation objectale dans le registre tonico-émotionnel [...] »¹³¹ Ainsi, Mr C. a pu vivre, lors de l'enveloppement sec, un épisode régressif dans un contexte thérapeutique. Ces expériences psycho-sensori-motrices ainsi que le travail sur la prise de conscience de l'enveloppe corporelle et du système respiratoire ont favorisé le soutien de son enveloppe psychocorporelle. En effet, « l'enveloppe fournie par le thérapeute au cours de la phase de régression va progressivement s'amenuiser dans l'espace relationnel, car le patient va retrouver sa propre enveloppe psychocorporelle. »¹³² Mr C. a pu exprimer des demandes en séance, telles qu'une nouvelle installation, et a su prendre une place active dans son accompagnement.

¹²⁸ Cf. *Infra*, p.81

¹²⁹ T. LEMPERIERE *et al.*, cités par V. DEFIOLES-PELTIER, 2010, p.255

¹³⁰ M. THIVEAUD, 2000, p.13

¹³¹ V. DEFIOLES-PELTIER, 2010, p.259

¹³² *Ibid.*, p.267

En effet, au fil des séances, je me suis aperçue que Mr C. devait être plus « actif » lors de la séance de relaxation, tant au niveau de l'installation, que dans les différents types de pratique de toucher thérapeutique proposés et la mise en mots. Au début de l'accompagnement Mr C. était très à l'écoute de ses sensations corporelles nouvelles expérimentées lors des séances d'enveloppement sec puis de mobilisations passives. Au fur et à mesure des séances et de l'intégration de ses sensations, il me semble que d'autres expériences moins « passives » et nouvelles étaient importantes car Mr C. se sentait engourdi et endormi après la séance. Peut-être était-ce une réaction psychocorporelle face à la passivité ou bien aux sensations archaïques vécues en séance? Ainsi la posture décubitus dorsale et les mobilisations passives nécessaires en début d'accompagnement ont laissé place à la posture assise, sur une chaise confortable, et à une relaxation plus dynamique. L'ajustement de la pratique thérapeutique a permis que l'expérience « régressive » soit intégrée et transformée comme support psychocorporel afin que Mr C. puisse retrouver les bases d'un corps vécu et le sentiment « d'être en relation ».

2.4. La temporalité

Comme nous l'avons vu tout au long de ce mémoire, le toucher thérapeutique lorsqu'il est contenant et enveloppant tente de soutenir l'enveloppe psychocorporelle du sujet âgé. Mais peut-il la maintenir de façon constante et durable ? Pour Mr C. je dirais que le maintien de sa cohésion psychocorporelle dépend de son état psychique du moment. En effet, une séance de toucher thérapeutique suite à une forte anxiété permet de renouer avec l'intégralité de son corps et d'apaiser son angoisse. Cependant cet effet bénéfique peut être de courte durée et ainsi être transposé dans la journée mais diminuer au cours des jours suivants. C'est ainsi qu'oscillent les périodes plus « sereines » et des périodes où l'angoisse est telle, que Mr C. se trouve « décontenancé ».

De plus, après une séance de toucher-massage auprès de Mme M., ses douleurs ou ses angoisses peuvent être diminuées. Elle peut verbaliser le bien-être en fin de séance mais les douleurs et les tensions peuvent plus ou moins rapidement reprendre leur place en fonction de tout événement du quotidien.

Je pense également à Mme G. auprès de laquelle j'ai eu l'occasion de faire une séance de détente à travers le toucher thérapeutique et la présence bienveillante de la psychomotricienne et de moi-même. A la suite de cette séance, elle semblait apaisée et plus détendue, les signes de tensions présents sur son visage au début de la séance se sont estompés. Mais son état de souffrance corporelle et psychique peut réapparaître rapidement, lors de difficultés respiratoires et/ou de l'émergence d'angoisses de toutes sortes, par exemple.

Ainsi il s'avère important, selon moi, de permettre une continuité de l'accompagnement de la personne afin de l'aider à renouer, et ce à plusieurs reprises, avec un sentiment de cohésion psychocorporelle, permettant si possible une intégration de ce qui a été vécu lors du travail thérapeutique.

3. Le toucher thérapeutique : rencontre entre deux sujets

3.1. Proximité et distance relationnelle

Le toucher implique une proximité corporelle entre deux personnes : celle qui touche et celle qui est touchée.

E. T. HALL¹³³ a développé le concept de distance, de bulle imaginaire que possède l'homme autour de soi, dépendant de la situation socio-culturelle de chacun. Il distingue ainsi quatre distances relationnelles. La distance publique (entre 3,60 et 7,50 mètres) est celle des discours ou des cérémonies officielles dans lesquelles on perçoit l'essentiel de la communication non verbale de l'orateur, par ses gestes et sa posture. La distance sociale (entre 1,20 et 3,60 m) est rencontrée par exemple lors des réunions informelles où la perception de la présence de l'autre est plus nette, nécessitant une voix légèrement élevée, mais ne permettant pas l'emprise physique sur la personne. La distance personnelle (entre 0,45 et 1,25 m) est celle des contacts proches ou amicaux dans lesquelles on voit précisément le visage de l'autre sans distinguer son corps en entier, qui ne nécessite aucun effort de la voix et permet d'avoir une emprise physique sur lui. Enfin la distance intime (moins de 0,45 m) désigne l'espace du réconfort, de la lutte ou des relations sexuelles. La communication non verbale, l'odorat et le sens du toucher l'emportent sur la parole.

Lors d'une séance de toucher thérapeutique, il est nécessaire de passer par ces différentes situations. En effet je commence par aller à la rencontre de la personne, en frappant à la porte de sa chambre et en demandant s'il est possible d'entrer mais aussi en m'adressant à elle via les canaux de communication auditifs et visuels, afin de respecter la distance sociale. Puis je me rapproche de la personne pour échanger dans une distance proche de la distance personnelle et ainsi observer plus précisément son état postural, ses mimiques, etc. La confiance ainsi établie, l'entrée en relation plus intime par l'intermédiaire du toucher thérapeutique est possible et ce, comme mode de

¹³³ E.T. HALL, 1971, p.147-157

communication privilégiée. De ce fait, « la rencontre thérapeutique a lieu dans une sphère qui est celle de la protection, [...] de la communication intime. »¹³⁴

La proximité nécessite ainsi une juste distance relationnelle mais aussi affective qui désigne « l'engagement affectif dans une approche d'autrui circonspecte et respectueuse des secrets de son intimité, c'est-à-dire sans prétention de maîtrise et de contrôle sur lui [...] l'autre est soutenu et accompagné physiquement et psychiquement mais il reste libre. »¹³⁵

Le toucher en thérapie psychomotrice induit de ce fait une réciprocité d'une présence à soi et d'une présence à l'autre en tant qu'il nous touche. « L'expérience du toucher est donc à comprendre comme un « se laisser éprouver » à la fois actif (je suis en train de ressentir quelque chose de l'autre) et passif (je suis « ressenti » par l'autre et me sens être ressenti). »¹³⁶ Le patient peut se sentir « rencontré personnellement dans son être et non dans son image : il s'ensuit un vécu de confiance en soi, d'assurance ou de réassurance, pas seulement narcissique, ouvrant peu à peu à la joie partagée d'être là ensemble. »¹³⁷

Pendant « la délicatesse du soignant consiste à gérer l'approche tactile avec une mise à distance verbale qui accompagne ce toucher intime pour le rendre social [...], le toucher est alors professionnel et vécu comme non dangereux. »¹³⁸ Ainsi je me suis aperçue de l'importance de la mise en mots accompagnant le toucher thérapeutique auprès de Mme A. dans l'établissement de l'alliance thérapeutique et du sentiment de confiance, comme vu précédemment.

3.2. Mes propres ressentis corporels et émotionnels

Durant mon stage, il m'est souvent arrivé d'être attentive à ce que je pouvais ressentir intérieurement, mes propres sensations corporelles et émotionnelles. En effet, « nos émotions sont particulièrement sollicitées quand nous rencontrons un être dans une relation de peau, une relation faite d'intuition. »¹³⁹

Lors d'une séance, Mr C. est particulièrement angoissé. Il tente de me parler mais ses mots ne sortent pas facilement et il semble « perdu », fermant ses yeux. Puis son corps se met à trembler, notamment ses bras qu'il lève devant lui. Pendant un instant je perçois en moi son mal-être me toucher et je me sens « impuissante » face à sa détresse. Quelques

¹³⁴ J. SAVATOFSKI, P. PRAYEZ, 1999, p.123

¹³⁵ P. ANCET, *et al.*, 2010, p.135

¹³⁶ F. VINIT, 2007, p.34

¹³⁷ P. ANCET, *et al.*, 2010, p.135

¹³⁸ M. GUIOSE, 2007, p.95

¹³⁹ C. POTEL *et al.*, 2000, p.128

secondes ont été nécessaires pour me recentrer et mettre à distance l'angoisse véhiculée afin de pouvoir l'accompagner vers un apaisement. Je lui propose alors intuitivement un toucher contenant pour favoriser la sensation d'enveloppe corporelle, ajoutée à celle visuelle et sonore afin de le contenir, ce qui l'apaisera visiblement. Cette séance m'a beaucoup marquée car elle fut riche en émotions et m'a demandé de l'adaptation afin de ne pas me laisser « envahir » par l'angoisse de Mr C. De plus lors de la séance de toucher thérapeutique auprès de Mme A., relatée précédemment¹⁴⁰, j'étais assez déstabilisée face à la situation, devant ses grands yeux ouverts, son hypertonie au contact et son refus apparent d'être touchée.

Mais au fil de mon stage, j'ai appris à prendre du recul, à ne pas me laisser envahir par mes émotions ainsi qu'à m'adapter et trouver la « juste distance ». Il a été important de pouvoir parler à la psychomotricienne de mes ressentis afin de me détacher émotionnellement et de réfléchir ensemble à un ajustement possible de l'accompagnement. De plus, une éventuelle participation à des groupes d'analyse des pratiques entre professionnels serait un soutien supplémentaire pour le psychomotricien. Suite à ces réflexions, je me suis alors penchée sur les notions d'empathie et de contre-transfert.

3.2.1. L'empathie

L'empathie est une « perception du cadre de référence interne d'une personne avec précision et dans ses composantes et significations émotionnelles, de façon à les ressentir comme si l'on était cette personne, mais sans jamais oublier le comme si. [...] Être presque l'autre, sans être l'autre et sans cesser d'être soi-même »¹⁴¹

Le psychomotricien revêt une attitude d'empathie psychique et tonique afin d'être parfaitement à l'écoute du patient et que s'élabore une « dyade relationnelle ». Il « saura « décoder » les messages, les appels toniques, verbaux du patient qui ne sont que des manifestations d'un désir d'être, d'exister dans un mieux-être »¹⁴²

Ainsi c'est à travers le tonus, vecteur des émotions, que le psychomotricien peut amener la personne à prendre conscience de son enveloppe corporelle et de ses éventuelles tensions et s'ajuster à elle. Lors des séances de toucher thérapeutique j'ai tenté de décoder, via la communication non verbale et à travers mon ressenti, les signes de détente ou bien de mal-être des patients afin de m'ajuster du point de vue tonique, postural et verbal mais aussi en adaptant ma pratique.

¹⁴⁰ Cf. *supra*, p.77

¹⁴¹ C. ROGERS cité par M.GUIOSE, 2007, p.102

¹⁴² M. THIVEAUD, 2000, p.15

V. DEFIOLLES-PELTIER parle « d'empathie tonique »¹⁴³ pour désigner la sensibilité du thérapeute aux modifications tonico-émotionnelles de la personne et de son ajustement via le dialogue tonique. Il s'agit ainsi « par une mise en éveil de la sensibilité sensorielle et tonique du psychomotricien, d'être en disponibilité pour recevoir les émotions ou plutôt le vécu du patient, dans le but de lui offrir le maximum de possibilités d'échanges. »¹⁴⁴ Il m'est arrivé d'être tellement à l'écoute lors du contact tonico-émotionnel auprès de Mme A. que je me suis surprise à avoir une réaction tonique inattendue, telle qu'un sursaut en même temps qu'elle. J'ai ensuite mis des mots sur ce qui venait de se passer. Ainsi « en livrant ses difficultés à laisser émerger la communication, le psychomotricien ne sera pas perçu comme un être tout-puissant. »¹⁴⁵

Il me semble qu'il est nécessaire, en tant que thérapeute, d'être à l'écoute de ses propres ressentis tout en entrant en résonance avec le vécu du patient, tant physiquement que psychiquement, afin de s'ajuster au mieux à ses besoins.

Ainsi « recevoir le vécu corporel de l'autre ne signifie pas pour autant perdre ses propres limites, c'est pourquoi ce type de travail nécessite un professionnel bien « entier », c'est-à-dire conscient de ses possibilités émotionnelles [...], peut-être pourrait-on parler de contre-transfert tonico-émotionnel ? »¹⁴⁶

3.2.2. Le contre-transfert en thérapie psychomotrice

Le transfert « désigne, en psychanalyse, le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation analytique ; il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué. »¹⁴⁷ Quant au contre-transfert, il désigne « la relation (et les mouvements affectifs qui l'accompagnent) qui s'établit dans l'autre sens, c'est-à-dire du soignant vers le soigné. »¹⁴⁸

Il est à noter qu'il existe des éléments transférentiels et contre-transférentiels en thérapie psychomotrice. En effet, la rencontre thérapeutique, médiatisée à partir d'un échange tonico-émotionnel, « nous implique dans un vrai échange : un mouvement de soi vers l'autre, et inversement. C'est une relation thérapeutique qui s'établit entre deux partenaires, impliquant transfert et contre-transfert. »¹⁴⁹ Cependant cette relation

¹⁴³ V. DEFIOLLES-PELTIER, 2010, p.180

¹⁴⁴ *Ibid.* p.181

¹⁴⁵ *Ibid.* p.182

¹⁴⁶ *Ibid.* p.182-183

¹⁴⁷ J. LAPLANCHE et J-B. PONTALIS, 1967, p.462

¹⁴⁸ P. ANDRE, 2006, p.263

¹⁴⁹ F. CABROL, 2006, p.124

transférentielle et contre-transférentielle « ne se situe pas sur le même registre que celle qui est engagée dans une psychothérapie ou dans une analyse [...] la communication verbale n'est pas impliquée de la même manière et il n'y a pas une interprétation de contenus psychiques. »¹⁵⁰ Ce sont les outils du psychomotricien, tels que le toucher, le tonus et le regard, qui vont être les médiateurs privilégiés de la rencontre. En effet lorsque j'effectue un toucher thérapeutique auprès d'une personne âgée, je suis imprégnée du dialogue tonique mis en jeu et je m'ajuste corporellement en me positionnant de manière à être à la fois semblable et différente de la personne.

En tant que psychomotriciens, « nous sommes des thérapeutes du corps, mais nous avons notre mot à dire, le mot émotionnel, le mot de la rencontre de deux tensions. C'est l'ajustement tonique et sensoriel qui a valeur de parole structurante. »¹⁵¹ Ainsi « lorsque nous avons conscience de notre contre-transfert, nous allons répondre par des propositions de travail sensoriel et tonique [...] Nos réponses ne sont pas le fruit du hasard ou de vagues techniques applicables à n'importe quelle situation : elles correspondent à l'analyse de notre éprouvé émotionnel [...] »¹⁵²

Le psychomotricien est toujours au plus près des émotions et ressentis du patient, tant corporels que psychiques. Il doit avoir ainsi conscience de son propre vécu afin de ne pas être submergé par celui du patient. C'est un « travail sur notre manière d'être qui suppose de découvrir ce qui en nous fait obstacle et résistance à être là pour l'autre »¹⁵³ Par conséquent, lorsqu'une relation thérapeutique s'établit auprès d'une personne âgée, le psychomotricien doit pouvoir analyser son propre vieillissement et « là où il se trouve dans ce processus, pour être lucide sur ses propres peurs, ses propres questionnements ; alors seulement, pourra s'ouvrir un espace d'écoute, sans projection, où cette personne-là, en face de nous, nous dit sa vie, ses perspectives à elle, ses angoisses à elle.»¹⁵⁴ Nous pourrons ainsi entendre et reconnaître les aléas du vieillissement et de la maladie. La personne âgée se sentira alors reconnue et soutenue dans son identité psychocorporelle.

¹⁵⁰ F. CABROL, 2006, p.124

¹⁵¹ S. ROBERT-OUVRAY, 2002, p. 66-67

¹⁵² *Ibid.* p.65

¹⁵³ P. ANCET, *et al.*, 2010, p.135

¹⁵⁴ *Ibid.* p.61

3.3. Coordination du personnel soignant lors d'un accompagnement en fin de vie

Au cours de mon stage, je me suis rendue compte de l'importance d'un accompagnement pluridisciplinaire dans le cadre d'une fin de vie. En effet, la psychomotricienne et moi-même avons été amenées à participer au déroulement de plusieurs toilettes et de soins médicaux.

Suite à l'accompagnement de Mme G., je me suis intéressée à la spécificité du psychomotricien ainsi que au rôle de chaque membre du personnel soignant lorsqu'une personne se trouve en fin de vie. J'ai aussi pu participer à l'accompagnement de Mme L. ainsi que de Mme N.

La présence de la psychomotricienne est à l'origine soit de sa propre proposition d'aide soit d'une demande de la part de l'équipe soignante (aides-soignantes, infirmières, etc.). En effet, les mobilisations et les transferts peuvent être sources de douleurs intenses, ce qui rend les soins médicaux et la toilette particulièrement difficiles pour la personne et les soignants. Un traitement antalgique est le plus souvent donné à la personne mais l'appréhension du soin est omniprésente.

La psychomotricienne, en arrivant dans la chambre de la personne, effectue une lecture psychomotrice afin d'observer la posture, le tonus et l'état douloureux en premier ordre. Son observation permet de distinguer à quel moment le sujet souffre lors de la toilette ou du soin, mais aussi comment il investit son corps et sa relation à l'autre. Elle pourra par la suite amener la personne vers une posture la plus confortable possible en tenant compte de ses possibilités d'ouverture corporelle et des éventuelles atteintes de l'intégrité de la peau. Ce projet se fait avec l'aide des soignants présents afin de réfléchir ensemble aux moyens dont l'équipe dispose pour tenter d'adapter au mieux la toilette ou le soin. Chaque professionnel apporte alors sa spécificité et le patient peut être ainsi considéré dans sa dimension globale. Cet accompagnement doit être le plus humain possible, dans le partage, jusqu'au dernier jour de vie de la personne.

Un cadre d'intervention est nécessaire pour garantir le bon déroulement de la toilette ou d'un soin et permettre une coordination entre le personnel soignant où chacun détient sa place. Lors d'un soin médical par exemple, la psychomotricienne est présente pour faire le lien entre le patient et le personnel et tente d'apporter un vécu plus positif. En effet, elle verbalise avant, pendant et après le soin afin de diminuer l'appréhension et permettre une anticipation psychique du soin intrusif. Elle apporte également un enveloppement sonore par ses paroles rassurantes, visuel par son « dialogue œil à œil »

ainsi que par son toucher thérapeutique. La psychomotricienne s'intéresse donc à l'aspect relationnel de ce temps de rencontre et d'accompagnement tonico-émotionnel. Elle est accompagnée de l'aide-soignante afin d'aider lors des transferts et de fournir un appui pour préserver une posture la moins douloureuse possible pour le soin à venir. Ce dispositif facilite les soins de l'infirmière (traitement des escarres, pansements, etc.) et lui permet de se sentir moins « intrusive » dans les soins qu'elle prodigue. Il s'avère donc primordial d'être « articulés les uns aux autres avec le plus d'harmonie possible pour créer le moins de ruptures dans l'appui corporel et psychique susceptible de soutenir [la personne], la contenir. »¹⁵⁵ De plus, le soignant, en tant qu'individu à part entière, doit « intégrer dans la relation ce corps différent et qui le renvoie pourtant à son propre devenir, pour accéder à ce qui est commun aux deux sujets : l'échange, le partage sur le plan cognitif et émotionnel, le plaisir corporel. »¹⁵⁶

La psychomotricienne peut être présente lors de plusieurs toilettes mais elle peut aussi revêtir la fonction de « messagère » pour faire partager, au reste de l'équipe soignante, les réflexions afin de les poursuivre. De ce fait, « ce travail sur les interactions au cours de la toilette et la réflexion qui en émerge constituent les bases nécessaires pour tenter de rétablir et faciliter la communication avec le patient au cours de sa toilette et autour de lui (en équipe) »¹⁵⁷

En outre dans certaines situations, un accompagnement au plus proche de « l'idéal » auprès des personnes en fin de vie ne peut être réalisé. En effet, les soignants ont la plupart du temps des contraintes temporelles. « Sans doute faut-il parer au plus pressé, atténuer les souffrances insupportables du malade, combattre l'infection, éliminer les symptômes [...] mais de même notre présence et gestes chaleureux, faits d'attention, de disponibilité, seront dans bien des cas non un luxe, mais l'énergie nécessaire qui permettra à la personne de mieux lutter contre sa maladie et sa souffrance. »¹⁵⁸ Il s'agit alors de pouvoir s'organiser et se relayer entre collègues afin de maintenir cet accompagnement indispensable.

Je pense que Mme G., Mme L. et Mme N. ont pu, avec le soutien de toute l'équipe, continuer à exister malgré tout et peut être reconstruire quelques repères corporels et psychiques structurants, sur lesquels elles ont pu s'appuyer et ainsi prendre conscience d'une image corporelle autre que celle de la douleur, par exemple. En effet, « fragilisé par l'expérience d'un corps morcelé sous la douleur, [...] le patient est contraint de « s'appuyer » sur la présence de l'autre. Le soignant occuperait ainsi une fonction de

¹⁵⁵ F. LE ROUX, 2002, p.21

¹⁵⁶ F. PITTERI in C. POTEL *et al.*, 2000, p.295

¹⁵⁷ F. LE ROUX, 2002, p.22

¹⁵⁸ J.SAVATOFSKI, P. PRAYEZ, 1999, p.7

soutien pour le patient : appui physique (par le fait même de prendre des parties du corps dans ses mains, parfois de les porter à la place du malade) et étayage psychologique (en jouant le rôle d'un corps de substitution). »¹⁵⁹ Ainsi l'enveloppe institutionnelle, regroupant la psychomotricienne et tout le personnel en contact avec Mme G., Mme L. et Mme N., a contribué au soutien de leur enveloppe psychocorporelle.

¹⁵⁹ F. VINIT, 2007, p.133-134

CONCLUSION

A travers l'accompagnement de quatre personnes âgées et ce pendant plusieurs mois, j'ai pu percevoir à quel point le vieillissement et ses aléas entraînent des remaniements corporels et psychiques. Ainsi, je pense que le sujet âgé est confronté à une mise à mal de son enveloppe psychocorporelle, rendant difficile la relation à soi et à autrui.

Au fil de mon stage et de ma réflexion, j'ai affiné ma compréhension du lien permanent qui existe entre le corps et la psyché. Et c'est à travers le toucher thérapeutique que j'ai rencontré et accompagné les personnes âgées qui, petit à petit, m'ont accordé leur confiance.

Ainsi, si le toucher possède une telle importance dans notre vie, que nous soyons enfant, adulte ou âgé, en permettant de ressentir à nouveau ce besoin d'être contenu et enveloppé, il semble être une médiation tout à fait appropriée à notre pratique de psychomotricien. En effet, par son toucher, le psychomotricien offre au sujet âgé la sensation d'être écouté et pris en compte en tant qu'individu à part entière. De plus, le toucher thérapeutique permet de rassembler la psyché et le soma en réunifiant le schéma corporel et en étayant l'image du corps de la personne, tout en l'éveillant à la communication et à l'échange non verbal. De ce fait, il permet à la personne âgée de renouer avec son Moi corporel et son Moi psychique et de soutenir ainsi son enveloppe psychocorporelle.

Cette année fut pour moi révélatrice quant à ma future pratique de psychomotricienne. En effet, je souhaite poursuivre mon cheminement auprès des personnes âgées tout en enrichissant ma pratique du toucher thérapeutique. J'aimerais m'orienter vers différentes formations qui viendront affiner mon sens du toucher, notamment celle du shiatsu¹⁶⁰ pour l'ouvrir si possible à la population gériatrique.

¹⁶⁰ Discipline énergétique de détente consistant en des étirements et des pressions appliqués sur l'ensemble du corps.

BIBLIOGRAPHIE

AJURIAGUERRA J., *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson, 1970.

ALBARET J.M., GIROMINI F., SCIALOM P. *et al.*, *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Marseille, Solal, 2011.

ANCET P., BERNARD A., COHIER-RAHBAN V. *et al.*, *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*, Paris, Dunod, 2010.

ANDRE P. (2006), *Psychiatrie de l'adulte*, Paris, Hdf, 2011.

ANZIEU D. (1985), *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod, 1995.

BLANC M. (2012), « Une étrange incorporation... » : *Le toucher thérapeutique comme reconstituant d'une identité clivée auprès de patients douloureux chroniques*, Mémoire DE de psychomotricité, Université Paris VI.

BRUCHON M. (2004), Une histoire de liens, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°138, p.10-26.

CABROL F. (2006), De bois, de bois, je suis une marionnette...et je deviens petit garçon, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°146.

CAMBIER J., MASSON M., DEHEN H., MASSON C. (1972), *Neurologie*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2012.

CARRIE-MILH S., *La pratique du Shiatsu en thérapie psychomotrice*, Paris, Vernazobres-Grego, 2009.

COLLEGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS DE GERIATRIE, Le vieillissement humain, *in Corpus de Gériatrie*, 2000.

CORRAZE J. (1980), *Les communications non verbales*, Paris, Puf, 1996.

- DEFIOLLES-PELTIER V., *les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, Paris, Vernazobres-Grego, 2010.
- DOLTO F., *L'image inconsciente du corps*, Paris, du seuil, 1984.
- DORON R., PAROT F. (1991), *Dictionnaire de psychologie*, Paris, Presses universitaires de France, 1998.
- FERREY G., LE GOUES G. (1989), *Psychopathologie du sujet âgé*, Paris, Masson, 1995.
- GUIOSE M. (2007), *Relaxations thérapeutiques*, Paris, Hdf, 2009.
- GUIOSE M., *Soins palliatifs et psychomotricité*, Paris, Hdf, 2007.
- HALL E.T., *La dimension cachée*, Paris, du Seuil, 1971.
- HOUZEL D. (2005), *Le concept d'enveloppe psychique*, Paris, In press, 2010.
- JUHEL J.C., *La psychomotricité au service de la personne âgée*, Lyon, Pul et chronique sociale, 2010.
- KEPNER J., *Le corps retrouvé en psychothérapie*, Paris, Retz, 1998.
- LAPLANCHE J. et PONTALIS J.-B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, 2004.
- LEFEVRE CH., *le corps en fin de vie : apport psychomoteurs dans les soins palliatifs, entretiens de Bichat*, 2002.
- LE ROUX F. (2002) Souffrances corporelles et limites de la communication verbale, Quand la toilette se passe mal, *Expansion Scientifique Française*, Paris, p.20-23.
- MONTAGU A., *La peau et le toucher, Un premier langage*, Paris, Seuil, 1979.
- PERSONNE M. et al., *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*, Toulouse, Eres, 2011.

POTEL C. *et al.* (2000), *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, Paris, In press, 2008.

ROBERT-OUVRAY S. (2002), *Intégration motrice et développement psychique*, Paris, Desclée de brouwer, 2010.

ROBERT-OUVRAY S. (2002), Le contre-transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°132, p.62-67.

SARDA J. (2002), Le toucher en thérapie psychomotrice, *Enfances et Psy*, n°20, p.86-95.

SAVATOFSKI J., PRAYEZ P. (1999), *Le toucher apprivoisé*, Paris, Lamarre, 2009.

SIMERAY F. (1983), Psychomotricité et gériatrie, *Thérapie Psychomotrice et recherches*, n°59, p. 5.

THIVEAUD M. (2000), Le toucher, un parcours théorique !, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°121, p.5-10.

THIVEAUD M. (2000), Le toucher en thérapie de relaxation psychomotrice, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°121, p.12-15.

VINIT F., *Le toucher qui guérit, du soin à la communication*, Paris, Belin, 2007.

WALLON H. (1949), *Les origines du caractère chez l'enfant*, Paris, PUF, 1987.

WINNICOTT D.W. (1956), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Pbp, 1980.

WINNICOTT D. W., *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975.

YZERMAN M. (2011), *Toucher le corps abîmé : le toucher comme médiation psychomotrice auprès de patients présentant une atteinte somatique*, Mémoire DE de psychomotricité, Université Paris VI.

Résumé

Le vieillissement est un processus inéluctable du cheminement de la vie. La personne âgée est confrontée à différents remaniements tant physiques que psychiques auxquels peut s'ajouter une éventuelle maladie. La cohésion de son enveloppe psychocorporelle semble ainsi mise à rude épreuve. Dans cet écrit je présente ma pratique du toucher thérapeutique qui, par ses diverses propriétés et son approche globale, va tenter de soutenir l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle du sujet âgé. Si le toucher auprès de la population vieillissante est souvent mis à l'écart dans notre société, il demeure une médiation riche pour le psychomotricien.

Mots-clés

Enveloppe psychocorporelle, Communication non-verbale, Personnes âgées, Psychomotricité, Relation, Toucher thérapeutique.

Summary

Ageing is an unavoidable process in the life path. The elderly person faces up to different changes both physical and psychological, and even to a potential disease. In this way it seems that the aggregation of his bodymind covering remains a serious challenge. In this written work, I am introducing my practice of the therapy touch, which will attempt to support the integrity of the bodymind covering of the elderly individual through its various attributes and its global approach. Even if touch applied on the ageing population is often moved away in our society, it remains a rich mediation for the psychomotor therapist.

Key words

Bodymind covering, nonverbal communication, elderly people, psychomotricity, contact, therapy touch.