



HAL
open science

Apports de la psychomotricité auprès de la personne âgée démente douloureuse chronique : un accompagnement par le toucher thérapeutique

Valentine Chelson

► **To cite this version:**

Valentine Chelson. Apports de la psychomotricité auprès de la personne âgée démente douloureuse chronique : un accompagnement par le toucher thérapeutique. Psychologie. 2019. dumas-02178015

HAL Id: dumas-02178015

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02178015v1>

Submitted on 9 Jul 2019

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

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

UNIVERSITE de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

**Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien**

**Apports de la psychomotricité auprès de la
personne âgée démente douloureuse chronique
Un accompagnement par le toucher thérapeutique**

CHELSON Valentine

Née le 09/09/1996 à Châteauroux

Directeur de Mémoire : Laura Gouyer

Juin 2019

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Laura Gouyer et Alix Lamette, pour leurs conseils, leur disponibilité, leur écoute et leur accompagnement lors de l'élaboration de ce mémoire.

Merci à tous les professionnels qui m'ont guidée pendant les stages sur ces trois années, pour le partage et les connaissances qu'ils m'ont apportées.

Merci aux patients que j'ai rencontré pour leur confiance et l'accueil qu'ils m'ont réservé.

Je remercie également ma famille pour leur patience et les nombreuses relectures de ce mémoire. Merci pour leur soutien et leur présence dans les moments de doute.

Merci à l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Psychomotricité (IFP) pour leur accompagnement et leur écoute.

Merci à mes amies de l'IFP pour leur présence mais aussi pour le partage et les échanges que nous avons pu avoir durant ces trois années.

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	3
INTRODUCTION.....	4
PARTIE 1 – DU VIEILLISSEMENT PHYSIOLOGIQUE A LA DEMENCE	6
Chapitre 1 – Le vieillissement normal	6
Chapitre 2 – Le vieillissement pathologique	12
Chapitre 3 – Une démence, l'exemple de la maladie d'Alzheimer	16
PARTIE 2 – LA DOULEUR	21
Chapitre 1 – Définition et physiologie de la douleur	21
Chapitre 2 – Prise en soin médicamenteuse et non médicamenteuse de la douleur	28
Chapitre 3 – Douleur et personnes âgées	34
Chapitre 4 – Psychomotricité et douleur	36
PARTIE 3 – LA PEAU ET LE TOUCHER, DE LA NAISSANCE A LA SENESCENCE	44
Chapitre 1 – La peau et le toucher	44
Chapitre 2 – Le toucher dans l'ontogenèse	47
PARTIE 4 – LE TOUCHER THERAPEUTIQUE DANS LA PRISE EN SOIN PSYCHOMOTRICE DE LA PERSONNE AGEE DOULOUREUSE	54
Chapitre 1 – Présentation de la structure	54
Chapitre 2 – Psychomotricité, douleurs et toucher thérapeutique	55
Chapitre 3 – Les limites du toucher	64
Chapitre 4 – Etude de cas	66
CONCLUSION.....	78
BIBLIOGRAPHIE	79

AVANT-PROPOS

« Le contact corporel est le support de la rencontre.
L'homme a besoin de toucher l'autre pour croire en l'existence de
l'Autre. »

Denis Vasse, *Le temps du désir*.

INTRODUCTION

Les années 1950 ont été marquées par un « *baby boom* », le taux de naissance s'est trouvé très élevé durant cette période de l'Après-Guerre. Mais, depuis 2006, selon les estimations, nous assistons à un véritable « *papy boom* » avec un nombre croissant de départs à la retraite et donc de personnes vieillissantes. L'allongement de l'espérance de vie contribue également à une augmentation de la moyenne d'âge en France.

Le vieillissement s'accompagne de grands bouleversements pour l'individu tant sur le plan social, affectif, psychologique que corporel. Cette période expose le sujet à de multiples pertes, des incapacités mais également à une majoration du nombre de pathologies. Les démences font partie des maladies fréquentes qui touchent les personnes âgées (plus de 900 000 personnes actuellement en France). Ces sujets vieillissants évoluent progressivement vers une perte d'autonomie. Lorsque l'atteinte est trop importante et qu'elle entrave le maintien à domicile, de nombreuses personnes âgées atteintes de démence font leur entrée en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Associé à cela, le vieillissement est aussi marqué par une majoration des troubles ostéo-musculaires (fractures, fragilités osseuses ou arthrites) et des déficiences vasculaires (accidents vasculaires cérébraux, troubles de la circulation sanguine). Ces traumatismes occasionnent souvent des douleurs, possiblement multiples et chroniques. Ils font de celles-ci la principale plainte des personnes âgées. Les douleurs atteignent 50 à 70% des sujets en EHPAD et jusqu'à 85% des personnes en fin de vie.

La prise en soin de ces algésies est généralement médicamenteuse. Cependant, des alternatives non médicamenteuses peuvent y être associées. Le toucher semble ainsi participer à l'apaisement de la douleur. Effectivement, c'est ce que nous pouvons remarquer dans le cadre d'un réflexe que nous possédons : nous frottons une région corporelle ressentie comme douloureuse pour l'apaiser.

D'un point de vue psychomoteur, la douleur nous conduit à considérer la personne dans sa globalité. Nous prenons en compte comment le sujet pense et vit son corps au travers des fonctions motrices en lien avec les aspects psychologiques, relationnels et affectifs de la personne.

Réalisant un stage dans un EHPAD et étant intéressée par les intérêts du toucher thérapeutique dans la prise en soin de la douleur, j'ai voulu en faire l'objet de mon mémoire de réflexion. Durant ce travail, plusieurs interrogations se sont posées :

Quels sont les impacts du vieillissement à la fois normal et pathologique sur la douleur ?

Dans quelle mesure la douleur impacte t'elle les capacités psychomotrices du sujet ?

Quelles sont les spécificités du psychomotricien en ce qui concerne la prise en soin de la douleur ?

Quel est l'apport du toucher thérapeutique dans la prise en soin psychomotrice ?

Mes différentes recherches, observations et questionnements ([6], [38], [42], [45]) m'ont permis d'aboutir à la problématique suivante :

Quel est l'apport du toucher thérapeutique dans le cadre de la prise en soin psychomotrice de la douleur chez les personnes âgées démentes ?

Pour répondre à cette problématique, ce mémoire comportera quatre parties.

La première partie sera consacrée au vieillissement normal et aux bouleversements qui lui sont associés lors d'une pathologie. J'aborderai l'exemple des démences, dont une en particulier, la maladie d'Alzheimer.

Dans une deuxième partie, j'évoquerai la douleur : sa définition, les enjeux physiologiques qui la sous-tendent ainsi que sa prise en soin médicamenteuse et non médicamenteuse. Ensuite, j'expliquerai les enjeux de l'algésie chez la personne âgée atteinte de démence. Enfin, j'analyserai les spécificités de la psychomotricité dans cet accompagnement.

La troisième partie s'intéressera à la formation de la peau et à la mise en place du toucher dans la période intra-utérine. Puis, je développerai, dans cette partie, les intérêts de ce sens, chez le tout-petit ainsi que ses particularités chez la personne âgée.

Dans une quatrième partie, je présenterai l'établissement qui m'a accueillie cette année. Ensuite, j'expliquerai l'importance d'une approche par le toucher thérapeutique, en psychomotricité, chez les personnes âgées démentes douloureuses chroniques. Enfin, j'aborderai les limites de cette médiation pour terminer par la présentation d'une étude de cas, Mme L.

PARTIE 1 - DU VIEILLISSEMENT PHYSIOLOGIQUE A LA **DEMENCE**

Chapitre 1 – Le vieillissement normal :

A – Définition du vieillissement :

Avec l'augmentation progressive de l'espérance de vie, l'âge de départ à la retraite n'a fait qu'évoluer au fil des années. Il en est de même pour la définition de la personne âgée renvoyée par la société. Au XVI^e siècle, **Montaigne** se considère à la seconde moitié de son existence à 30 ans. Selon lui, le sujet « *s'engage dans les avenues de la vieillesse* » dès 40 ans. Au cours de ces derniers siècles, ces chiffres ont beaucoup évolué. Aujourd'hui, la vieillesse concerne les plus de 65 ans selon l'**Organisation Mondiale de la Santé (OMS)** [36]. Mais, la perception que l'on en a reste très subjective et propre à chacun.

L'OMS distingue, dans le vieillissement, deux tranches d'âge : le troisième et le quatrième âges. Le troisième âge correspond à l'approche de la retraite (vers 60 ans) [34] alors que le quatrième âge coïncide avec l'apparition d'un handicap ou d'une maladie (vers 80 ans).

Le vieillissement physiologique peut donc être considéré comme un processus normal touchant l'organisme et ses fonctions dans leur ensemble. On parle alors de sénescence. Le **dictionnaire Larousse** définit le vieillissement comme « *un affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge* » [29]. En effet, la sénescence correspond à des modifications rendant le fonctionnement des organismes moins performant au fil des années et conduisant naturellement à la mort. Cette notion est opposée, dans le dictionnaire Larousse, à la sénilité, considérée comme une « *détérioration pathologique des facultés physiques et psychiques d'une personne âgée* » [28].

Globalement, la perception du vieillissement est bien souvent négative, elle est liée à l'idée d'une perte, qu'elle soit physique, psychique, professionnelle et/ou sociale. De plus, le critère de l'âge distingue communément les « actifs », des personnes « inactives », plus âgées. Cela renvoie à une image du retraité jugé improductif et inutile à la société ([40], page 17). Communément, le vieillissement implique des modifications corporelles, des bouleversements psychologiques et des remaniements au sein des relations sociales du sujet.

De nos jours, des enjeux économiques vont de pair avec la sénescence. Depuis le XIXe siècle, nous notons une augmentation importante de l'espérance de vie. Cette dernière a progressé de 81,9 ans pour les femmes nées en 1995 à 85,4 ans pour celles nées en 2017 (selon l'**Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques** ou INSEE). Concernant les hommes, nous observons cette même majoration : 73,9 ans en 1995 contre 79,5 ans en 2017 [30]. Ces chiffres peuvent être corrélés avec les progrès médicaux (vaccins, imagerie, implants, greffes...) ou encore avec l'amélioration de la qualité de vie (augmentation de la prévention : alimentation saine et équilibrée, tabac, alcool, activité physique...).

De ce fait, selon l'**INSEE**, entre 2000 et 2016, une hausse de 2,1% de la population totale française a été remarquée chez les plus de 75 ans [31]. Elle est accompagnée d'une diminution du même ordre chez les moins de 60 ans.

Ce vieillissement, qu'il soit physiologique ou pathologique, est à l'origine de modifications tant sur un plan psychologique, affectif, cognitif, sensoriel que psychomoteur. Tous ces bouleversements sont importants à prendre en compte chez la personne âgée.

B – Modifications liées à la sénescence :

Physiologiquement, au fil des années, le corps vieillit et perd certaines facultés. Ces modifications sont spécifiques à un sujet donné, c'est pour cela que nous retrouvons d'importantes variations inter-individuelles. Ces fluctuations s'établissent à travers différents facteurs : les activités physiques et intellectuelles, le patrimoine génétique, l'alimentation, les maladies, le traitement mais aussi le vécu du sujet face au vieillissement.

1. D'un point de vue sensoriel :

Au cours du vieillissement, la perception sensorielle de la personne âgée est affectée du fait de la détérioration de l'organe sensoriel en lui-même ou de la dégradation des voies de transmission des informations.

Concernant la perception visuelle, des modifications touchant tous les tissus et composantes de l'œil altèrent la vue (chute des paupières, diminution de la réponse pupillaire, atrophie des glandes lacrymales, jaunissement du cristallin...). Dès 40 ans, la sensibilité de la perception des couleurs diminue. La distance minimale nécessaire pour percevoir un objet de manière nette augmente. Plus

particulièrement au niveau de la rétine, des lésions vasculaires ainsi qu'une dégénérescence des cellules (cônes, bâtonnets) et des tissus sont observées. Tout cela conduit à une diminution voire une perte de l'acuité visuelle. Par exemple, la Dégénérescence Maculaire liée à l'Age (DMLA) est une pathologie oculaire fréquente chez la personne âgée. Elle se caractérise par un vieillissement de la région centrale de la rétine entraînant une diminution progressive des capacités de perception visuelle.

Mme M. est une femme âgée de 101 ans. La sénescence a provoqué, chez cette résidente, une perte presque totale de ses capacités visuelles.

Cette cécité l'isole et complique les activités groupales. En effet, de nombreux ateliers ne sont, de ce fait, pas réalisables par cette dame. Elle sollicite un retour oral sur ce qu'il se passe lors des séances. Les déplacements dans la structure sont également compliqués par la diminution de son acuité visuelle. Cette dépendance l'oblige à solliciter une aide pour se mouvoir alors qu'elle ne présente pas de difficultés motrices.

L'audition est également un sens fragilisé par la sénescence. Des modifications physiologiques sont retrouvées à la fois au niveau de l'oreille externe, de l'oreille moyenne et de l'oreille interne. Elles entraînent une baisse de la discrimination des sons aigus (contenus dans les consonnes). Cela conduit à une mauvaise compréhension du discours et occasionne un risque d'isolement social, de repli sur soi. Le sujet peut souffrir d'acouphènes ou de vertiges (de par la proximité entre le système vestibulaire et le système auditif).

Concernant l'olfaction, la sensibilité aux odeurs se trouve diminuée de par la réduction du nombre de cellules réceptrices au niveau de la muqueuse nasale.

La gustation n'est pas épargnée par le vieillissement. Le nombre de récepteurs sensoriels au niveau de la langue diminue, conduisant à une réduction de la sensibilité aux saveurs (acide, sucré, salé et amer). Cela peut donner une impression de fadeur des aliments.

Enfin, la perception tactile subit une diminution du nombre de récepteurs qui entraîne un abaissement du seuil de la sensibilité, notamment au niveau des mains (causant une possible maladresse) et des pieds (augmentant le risque de chutes). Le toucher correspond au sens le plus préservé chez la personne âgée.

2. D'un point de vue psycho-affectif :

Le vieillissement apporte de nombreuses modifications sur le plan psychologique. Il rend compte d'une majoration des expériences de perte. Le sujet se trouve confronté à la perte de son identité sociale (départ à la retraite), mais aussi à celle de ses proches. Il voit ses capacités fonctionnelles diminuer, s'en suit alors une réduction de son estime de soi. La personne âgée peut alors perdre confiance en son corps, le négliger ou le délaisser. Celui-ci est alors vécu comme déficitaire. Un sentiment d'impuissance s'accompagne d'une possible dénarcissisation, pouvant aboutir à des troubles de la représentation de soi, de l'image du corps.

Selon **Michel Personne**, docteur d'Etat en sciences humaines, « *avoir une identité, c'est donc être reconnu par soi et les autres dans ses capacités, ses qualités* » ([48], page 25). Cette diminution des habiletés du sujet a un impact sur sa fonction identitaire et son rapport aux autres.

Pour cause, les personnes âgées font souvent face à une réduction de leurs relations sociales. La perte d'autonomie, les troubles moteurs et psychologiques entravent la communication de la personne avec son environnement. L'éloignement géographique, le veuvage ou le décès de proches contribuent à cet isolement social. Ce deuil engage le sujet dans son rapport à soi et au monde. Les sentiments de solitude et d'isolement peuvent aboutir à une augmentation de la fréquence de psychopathologies : dépression, trouble anxieux...

3. D'un point de vue cognitif :

Selon **Louis Bherer**, docteur en neurosciences du vieillissement, « *le déclin d'un grand nombre de fonctions cognitives est observé avec l'avancement en âge. Ces modifications peuvent avoir des conséquences significatives sur le comportement des personnes âgées dans la vie de tous les jours* » ([10], page 182).

Le cerveau est le support de la cognition. Plusieurs modifications sont observées en ce qui concerne le vieillissement du système nerveux central :

- Les **ventricules cérébraux se dilatent**. Ce sont des cavités intra-cérébrales. Nous distinguons les ventricules latéraux, le troisième ventricule et le quatrième ventricule. Leur dilatation peut provoquer des troubles de la marche et de l'équilibre, des troubles sensoriels et cognitifs.
- Une **dépopulation neuronale** touche majoritairement le lobe temporal. Ce dernier est responsable de certaines fonctions cognitives comme l'audition, la mémoire, le langage... Cette diminution du nombre de neurones touche également le cortex cérébelleux, la

moelle épinière et les différents noyaux gris centraux (noyaux sous-corticaux impliqués dans des boucles de régulation motrice). Cette mort neuronale majore les troubles mnésiques rencontrés très fréquemment chez les personnes âgées.

- Une **diminution de la plasticité cérébrale** peut également voir le jour ([52], page 24). Il s'agit de la possibilité du cerveau à modifier ses connexions en fonction des expériences vécues. La baisse de la neuroplasticité conduit à une diminution des capacités d'apprentissage.

Tout cela entraîne une augmentation du temps de réaction et une réduction des performances mnésiques. Une baisse du taux de mélatonine provoque une perturbation du cycle du sommeil chez le sujet âgé.

Le processus de mémorisation est impacté chez la personne âgée, celui-ci comporte trois étapes : l'encodage, le stockage et le rappel ou la restitution.

La mémoire **explicite** ou déclarative est régulièrement altérée. Elle concerne le stockage et la récupération des informations en mémoire. L'individu fait émerger consciemment ces données pour procéder à un retour oral ou écrit de la connaissance retenue.

La mémoire **implicite** semble plus préservée. Cette mémoire est non déclarative, elle concerne les impressions, perceptions et sentiments intégrés par le sujet. Elle comprend les savoir-faire. La mémoire implicite ne fait pas appel à la conscience du sujet.

La mémoire de **travail**, partie intégrante de la mémoire à court terme, est particulièrement altérée chez la personne vieillissante. Il s'agit de connaissances actualisées et momentanées.

Endel Tulving, cité par **Valentina La Corte**, propose une distinction entre deux systèmes mnésiques : la mémoire épisodique et la mémoire sémantique ([39], page 25).

La mémoire **épisodique** est complexe à intégrer, elle correspond au cadre spatio-temporel, au savoir autobiographique, aux connaissances qui se rapportent à soi-même, au vécu propre. De ce fait, elle est très souvent touchée lors de la sénescence.

La mémoire **sémantique** est également affectée. Elle se rapporte aux connaissances brutes et décontextualisées.

La mémoire **procédurale** concerne les actions, les schèmes moteurs et les automatismes. Ceux-ci sont préservés jusqu'à un stade avancé de démence.

La mémoire **physique** est la dernière atteinte. Elle est basée sur ce qui est concrètement existant et perceptible autour de nous (mémoire sensorielle).

C'est lors d'une séance de balnéothérapie que je rencontre Mme T., 90 ans. Cette dame est atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Pour Mme T., les séances sont propices à de longs échanges sur son vécu. Elle aborde des souvenirs concernant les différents emplois qu'elle occupait, ses loisirs, sa famille. Mais, tous ces éléments sont comme privés d'affects. Mme T. ne parvient pas à se remémorer des événements vécus dans un passé proche. Il semble donc que sa mémoire épisodique et sa mémoire de travail soient impactées par la maladie.

Les capacités attentionnelles sont également mises à mal lors du vieillissement, nous en distinguons plusieurs types :

- C'est l'attention **divisée** ou partagée qui est particulièrement touchée par la sénescence. Il s'agit de la capacité à traiter simultanément deux ou plusieurs catégories d'informations.
- L'attention **soutenue** peut également être impactée. Elle correspond à la capacité du sujet à maintenir son attention de manière continue pour mener à bien une tâche. Il est donc important de s'adapter à ces troubles, notamment lors de la passation d'un bilan psychomoteur. En effet, lorsque celle-ci s'avère être de longue durée, le fractionnement du bilan et/ou la ré-explication des consignes par exemple sont nécessaires.
- L'attention **sélective**, capacité à sélectionner une source d'informations en occultant les autres, est aussi touchée. Les troubles auditifs perturbent cette fonction et majorent la dépendance du sujet âgé.

Les fonctions exécutives sont particulièrement sensibles aux effets du vieillissement. Elles comprennent des tâches complexes comme la logique, la stratégie, la planification, la résolution de problèmes ou encore le raisonnement. La capacité à inhiber une réponse automatique fait partie des aspects exécutifs les plus atteints.

La compréhension et la vitesse de traitement des informations sont également impactées dans le vieillissement physiologique.

4. D'un point de vue physique :

En ce qui concerne l'apparence physique, la personne âgée voit son corps vieillir, se modifier. Une fonte musculaire, un relâchement de la peau ainsi que les apparitions de rides et de cheveux gris, entre autres, viennent altérer l'image que la personne renvoie dans la société.

Concernant la motricité, des défaillances musculaires et articulaires induisent un déplacement plus lent ([1], page 28). L'élargissement du polygone de sustentation, les diminutions de la longueur et de la hauteur du pas majorent le risque de pertes d'équilibre et de chutes. La marche devient alors hésitante.

Les personnes âgées rencontrent généralement une augmentation de leur tonus de fond se caractérisant par une hypertonie généralisée. Ces difficultés de régulation tonique peuvent être abordées, en psychomotricité, par l'intermédiaire d'approches comme la relaxation ou le toucher thérapeutique.

Concernant la motricité fine, la diminution de la force musculaire provoque un manque de précision dans le geste et une lenteur de réalisation. Des difficultés praxiques sont retrouvées au niveau de l'acte graphique, de l'imitation de gestes, de l'habillage ou encore de la manipulation d'objets. En effet, les mouvements coordonnés en fonction d'un résultat, d'une intention ou d'un but sont altérés chez la personne âgée.

Dans le vieillissement pathologique, des modifications supplémentaires viennent se surajouter à celles liées à la sénescence.

Chapitre 2 – Le vieillissement pathologique :

A – Définition de la démence :

Le terme de « démence », utilisé depuis le XIXe siècle, vient du latin « *dementia* » désignant la folie. Il caractérise les affections cérébrales causant une détérioration souvent irréversible des fonctions intellectuelles. Leur étiologie est organique, elles sont caractérisées par des lésions au niveau du cerveau. Une origine précise n'a cependant pas été mise en évidence à ce jour.

Auparavant, les patients atteints de démence étaient adressés aux services de psychiatrie. En effet, ceux-ci présentaient des symptômes tels qu'une confusion et des idées délirantes, rappelant ainsi des pathologies psychiatriques. Avec les progrès de la médecine, une perte de contact avec la réalité et une désorientation spatio-temporelle ont été mises en évidence. Ces nouveaux symptômes ont remplacé la part psychiatrique des anciens et situent la prise en soin des démences sur un versant neurologique.

Selon l'**OMS**, la démence est « *un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer des opérations de pensée), plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement.* » [37].

En 2010, les démences touchaient près de 980 000 personnes. Selon l'**Institut de Veille Sanitaire** (InVS), ces chiffres pourraient doubler d'ici 2030 et tripler d'ici 2050 [33]. C'est donc une priorité pour l'OMS.

Le **DSM-IV** (*Diagnostic and Statistical Manual*) est un manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Selon cet ouvrage, une base commune est retrouvée dans les démences, il s'agit d'une altération de la mémoire. Celle-ci est associée à une ou plusieurs perturbations cognitives :

- L'**aphasie** (trouble du langage),
- L'**apraxie** (altération de la capacité motrice à réaliser une activité malgré des fonctions motrices intactes),
- L'**agnosie** (impossibilité à reconnaître ou identifier des objets alors que les fonctions sensorielles ne sont pas altérées),
- La **perturbation des fonctions exécutives** (incapacité à faire des projets, organiser, ordonner dans le temps ou avoir une pensée abstraite).

Les démences ou syndromes neurocognitifs majeurs sont développés dans le chapitre des troubles neurocognitifs du DSM-V. Afin de diagnostiquer cette maladie, plusieurs critères doivent être respectés (Annexe 1, [17], page 264). La spécification du type de pathologie neurodégénérative est indispensable au diagnostic selon cette classification.

Les différentes démences sont ainsi classées en fonction de la localisation de l'atteinte cérébrale. Nous distinguons, entre autres, les démences corticales, sous-corticales et vasculaires.

B – Les différents types de démences :

1. Démences corticales :

Les démences corticales atteignent la surface du cerveau, ce qui est communément appelé le cortex cérébral ou substance grise (corps cellulaires des neurones). La maladie d'Alzheimer, qui sera décrite de manière plus approfondie ultérieurement, fait partie de ces pathologies, tout comme les démences fronto-temporales.

La maladie d'Alzheimer est la démence la plus répandue en France (60 à 70% des cas). Elle se caractérise par une apparition brutale et progressive. Cette démence atteint la mémoire, l'orientation spatio-temporelle mais aussi le langage, le fonctionnement visuo-spatial et les praxies. Une altération motrice n'apparaît qu'au dernier stade.

Les démences fronto-temporales se distinguent par des troubles du comportement précoces, un déficit attentionnel et des troubles mnésiques.

2. Démences sous-corticales :

Les démences sous-corticales touchent la substance blanche du cerveau (fibres nerveuses) ou les noyaux gris centraux, situés sous le cortex cérébral. La démence à corps de Lewy, la démence liée à la maladie de Parkinson relèvent de ces pathologies. Elles se caractérisent par une bradyphrénie (ralentissement des fonctions mentales, du cours de la pensée et allongement du délai d'évocation des souvenirs) mais aussi un trouble du caractère ou de la personnalité et des aspects frontaux et exécutifs.

Dans la démence liée à la maladie de Parkinson, les troubles cognitifs sont d'apparition précoce, ils sont suivis par une triade de symptômes, le parkinsonisme. Nous retrouvons ainsi des tremblements de repos, une bradykinésie (lenteur lors de l'initiation d'un mouvement) et une rigidité (hypertonie).

La démence à corps de Lewy se caractérise par un parkinsonisme d'apparition concomitante aux troubles cognitifs. L'atteinte motrice est précoce. Elle est associée à des hallucinations, des idées délirantes, des troubles de l'humeur et des fluctuations cognitives et attentionnelles.

3. Démences vasculaires :

Les démences vasculaires sont les deuxièmes démences les plus fréquentes selon **Richard Camicioli**, elles représentent 10 à 20% des cas de maladies neurodégénératives chez les personnes âgées ([13], page 4). Elles font suite à une répétition d'Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) lors d'une accumulation de micro-traumatismes ou à un AVC prédominant. Ils ont comme origine une mauvaise circulation sanguine cérébrale : obstruction d'un vaisseau sanguin par un caillot (AVC ischémique) ou rupture de ce dernier (AVC hémorragique).

Une diminution de l'oxygénation des cellules de la région touchée entrave leur fonctionnement et peut conduire à leur mort. Ces troubles vasculaires se produisent au niveau des régions corticales ou sous-corticales. Ces démences se caractérisent par un début rapide avec une atteinte motrice précoce. Les symptômes associés dépendent de la région cérébrale lésée. Certains symptômes prédominent comme l'apathie (incapacité à réagir, indifférence aux émotions), la dépression, l'irritabilité, les difficultés de concentration ainsi que le manque d'initiative et de jugement.

4. Autres démences :

De nombreux autres types de démences existent et se différencient sous bien des aspects, parmi ceux-ci :

- Les démences par agents transmissibles correspondent à une dégénérescence rapide du système nerveux central et à une formation d'agrégats de prions, protéines pathogènes (**Inserm**, [32]). La progression est rapide. Par exemple, la maladie de Creutzfeldt-Jakob débute généralement par une insomnie ou une anxiété. Ensuite, des troubles de la mémoire, de l'orientation ou du langage s'installent. Puis, des myoclonies, des troubles de l'équilibre, des tremblements et un mutisme akinétique complètent ce tableau.
- Les démences d'origine métabolique peuvent être liées à un déficit en vitamine B12 (essentielle au fonctionnement du cerveau), à une maladie thyroïdienne ou parathyroïdienne.
- Les démences curables sont liées à des troubles pouvant être guéris comme une infection ou un pic thermique.
- Les démences non dégénératives et non vasculaires correspondent à une intoxication aux métaux lourds, à des pathologies inflammatoires...

La pathologie neurodégénérative la plus fréquente est la maladie d'Alzheimer. Elle atteint presque 20% des personnes âgées de plus de 75 ans et concerne au moins 70% des personnes atteintes de démence en France.

Chapitre 3 – Une démence, l'exemple de la maladie d'Alzheimer :

A – Histoire et définition de la maladie :

C'est en 1907 qu'**Aloïs Alzheimer**, psychiatre et neuro-pathologiste, observe une maladie encore inconnue chez une patiente de 51 ans, admise à l'hôpital pour démence [35]. Cette femme présente des troubles de la mémoire, un mutisme, une désorientation spatio-temporelle et des hallucinations. Suite à son décès, cinq années plus tard, Aloïs Alzheimer pratique une autopsie révélant des plaques séniles et des dégénérescences neurofibrillaires. Il conclut à une maladie du cortex cérébral.

En 1910, **Oskar Fischer**, psychiatre et neuro-pathologiste, donne le nom de maladie d'Alzheimer à cette pathologie après avoir retrouvé les mêmes lésions dans le cerveau de 12 patients âgés, atteints de démences. Cette pathologie est caractérisée, à ce moment, par des troubles graves de la mémoire, une détérioration progressive du jugement et des troubles du comportement.

Dans les années 1980, **George Glenner**, pathologiste américain, met en évidence le constituant majeur des plaques séniles, la protéine bêta-amyloïde (A β). **Jean-Pierre Brion**, neuropsychiatre, découvre la présence de protéine Tau accumulée dans les dégénérescences neurofibrillaires en 1985.

A ce jour, la maladie d'Alzheimer est devenue la première cause de démences du sujet âgé dans le Monde (60 à 70%). C'est une pathologie neurodégénérative caractérisée par une perte progressive de la mémoire et de certaines fonctions cognitives. Les troubles de la mémoire sont le symptôme le plus fréquent et sont régulièrement associés à une triade de symptômes comprenant une aphasie, une apraxie et une agnosie. A cela peut s'ajouter un trouble des fonctions exécutives (altération du jugement, perte de motivation, difficultés à effectuer des tâches habituelles).

La prévalence de cette maladie ne faisant qu'augmenter depuis sa mise en évidence, elle est devenue une priorité en termes de santé publique (économie, déploiement de structures adaptées, essais thérapeutiques, soutien aux aidants...).

B – Les plans ministériels relatifs à la maladie d’Alzheimer :

A ce jour, quatre plans relatifs à la maladie d’Alzheimer ont été mis en place. Un premier a vu le jour en 2001. Ses objectifs visaient l’amélioration du diagnostic, la création de centres mémoire ainsi que le soutien et l’information des personnes atteintes et de leur famille.

En 2004, un deuxième plan concernant la maladie d’Alzheimer et les maladies apparentées a été créé. Plusieurs mesures se sont donc rajoutées. Parmi elles, nous retrouvons la reconnaissance de cette maladie en tant qu’affection de longue durée, l’adaptation des maisons de retraite aux personnes atteintes et une prise en compte spécifique des patients de moins de 60 ans.

Puis, en 2008, un troisième plan comprend dix mesures « phares » dont la création de structures de recherches et des Maisons pour l’Autonomie et l’Intégration des malades d’Alzheimer (MAIA). Ces établissements permettent une meilleure prise en soin des malades à domicile. Le développement des structures de répit, l’amélioration du suivi des aidants ou encore le déploiement des consultations mémoire et des centres de recherche font également partie des mesures rattachées à ce programme.

Enfin, un plan se terminant en 2019 a été élargi aux maladies neurodégénératives. Débutant en 2014, il se base sur trois priorités :

- L’amélioration du diagnostic et de la prise en soin des malades,
- Une meilleure qualité de vie pour les personnes soignées et leurs aidants,
- Le développement et la coordination de la recherche.

Ces axes ont notamment permis l’augmentation de la quantité des Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) et des MAIA afin de favoriser l’accompagnement à domicile. En effet, le maintien à résidence du sujet âgé est privilégié tant que possible au regard de la majoration du nombre de personnes atteintes de démence.

Les plans relatifs à la maladie d’Alzheimer ont accordé un meilleur diagnostic de cette pathologie et une augmentation du nombre de structures permettant l’accueil (de jour, temporaire et permanent) des personnes atteintes.

Les médicaments participant au traitement de la maladie d’Alzheimer sont déremboursés et moins régulièrement prescrits. Les effets bénéfiques qu’ils proposent sont réduits du fait d’une prescription tardive dans l’évolution de la maladie. De plus, des progrès dans le domaine de la recherche ont été réalisés. Ces avancements s’appuient sur une connaissance physiologique de cette pathologie (lésions, symptômes, stades...).

C – Physiopathologie et traitement de cette maladie :

Deux protéines ont été mises en évidence comme responsables de la maladie d'Alzheimer. Tout d'abord, la protéine Tau, contenue dans les neurones, perd sa structuration tridimensionnelle. De ce fait, les échanges au sein de ces derniers ne se font plus de manière adaptée, conduisant à leur décès. La mort de ces cellules nerveuses occasionne une libération de protéine Tau anormale dans le liquide céphalo-rachidien.

La deuxième protéine dont l'implication dans la maladie d'Alzheimer a été démontrée est la protéine extra-cellulaire bêta-amyloïde. Elle s'accumule en plaques, sous forme insoluble dans le cerveau. Elle n'est donc plus utilisable par ce dernier. Cela conduit à une mort neuronale locale et à une propagation de proche en proche de la maladie.

Un déficit en acétylcholine, neurotransmetteur impliqué dans la transmission de l'information entre les neurones, majore les troubles mnésiques.

En 1984, **Barry Reisberg** introduit son Echelle de Détérioration Globale (EDG) dans laquelle il décrit 7 phases d'évolution de la maladie d'Alzheimer [51] :

- Le stade 1 est relatif aux personnes susceptibles de développer des symptômes un jour.
- La phase 2 concerne les sujets dont les troubles sont considérés comme légers avec peu de symptômes cognitifs.
- Selon Barry Reisberg, les personnes présentant des symptômes légers, associés à un déclin aux tests neuropsychologiques occupent le stade 3. Le patient peut montrer une perte d'intérêt pour les activités de loisirs par exemple. C'est l'étape qui intéresse la recherche afin de bloquer l'évolution de la maladie.
- Au stade 4, le terme de démence légère apparaît. Une anosognosie peut venir atteindre le sujet. Il s'agit d'un trouble neuropsychologique qui altère la conscience que le patient a de son trouble.
- L'évolution vers une démence modérée se fait à la phase 5. La personne nécessite alors une aide pour les soins personnels.
- Au stade 6, la démence est dite sévère, associant des troubles mnésiques et psycho-comportementaux (agressivité, agitation).
- Finalement, à la phase 7, correspondant à une démence très sévère à terminale, le patient souffre d'une dépendance totale, de difficultés motrices et d'une absence de langage.

Au niveau cérébral, cette évolution en différentes phases est également retrouvée. Lors des premiers stades, l'atteinte débute très régulièrement au niveau de l'hippocampe (qui a un rôle essentiel dans la mémoire). Puis, par une évolution de proche en proche, elle envahit progressivement tout le cortex pour finalement altérer les cortex moteurs associatifs (praxies) et le lobe occipital (gnosies visuelles, identification).

Ces lésions neurologiques se répercutent sur les symptômes présentés par le sujet. L'hippocampe étant le siège des premières lésions cérébrales mises en évidence, la mémoire est alors le symptôme le plus précoce de cette maladie. L'atteinte des fonctions exécutives est aussi précoce que les troubles mnésiques. Puis, l'évolution des lésions entraîne une désorientation spatio-temporelle, une aphasie, une apraxie et une agnosie.

Des troubles psycho-comportementaux peuvent être associés à cette pathologie. Parmi ces symptômes, le syndrome anxio-dépressif est très fréquent, tout comme l'apathie, le repli sur soi, le désintérêt social, l'agressivité et l'irritabilité.

Le diagnostic se doit d'être aussi précoce que possible afin d'en informer la personne et son entourage. Des adaptations dans le quotidien peuvent alors être mises en place afin de le faciliter. Ce diagnostic se pratique en centres mémoire lors d'une anamnèse et de tests neuropsychologiques. Des examens complémentaires comme l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) sont utilisés. Ils mettent généralement en évidence une atrophie hippocampique. Mais, « *en cas de doute persistant, seul le diagnostic neuropathologique (à la biopsie ou à l'autopsie) permet de poser un diagnostic de certitude* » ([19], page 59), selon **Bénédicte Défontaines**, chef de clinique spécialisée dans le diagnostic et la prise en soin des personnes présentant une plainte cognitive.

Des études ont pu déterminer des facteurs protecteurs de la maladie d'Alzheimer. Le haut degré de scolarisation en est un exemple de même que l'exercice physique, les activités intellectuelles et les interactions sociales ([49], page 133). Les habitudes alimentaires, l'hygiène de vie ou encore la qualité du sommeil retardent également l'apparition de la maladie. Parmi les facteurs de risque sont détaillés : l'âge, le sexe féminin, la faible scolarisation, l'abus d'alcool, l'hypertension artérielle ou le diabète sucré.

A ce jour, il n'existe pas de traitement curatif de la maladie d'Alzheimer. Les traitements médicamenteux ont une visée symptomatique, ils agissent sur les conséquences de cette pathologie. Trois médicaments sont actuellement proposés au stade 4 (démence légère) : Donépézil, Rivastigmine et Galantamine. Ils limitent la destruction des neurotransmetteurs, dont un en particulier, l'acétylcholine. Ce sont des inhibiteurs de cholinestérase, ils agissent en freinant la dégradation de ce neuromédiateur afin de ralentir l'évolution de la maladie pendant une période donnée ([5], page 14). Depuis août 2018, ces médicaments ne sont ainsi plus remboursés en raison d'un rapport bénéfices-risques évalué comme trop peu avantageux. En effet, ils doivent être prescrits très tôt dans l'évolution de la maladie pour limiter modestement la majoration des troubles mnésiques.

Les essais cliniques actuels concernent des perspectives de traitement lors du stade 3. Cela a pour but de diminuer les symptômes alors qu'ils ne sont encore que « légers » et de retarder la progression vers le stade 4.

Le premier type d'essais cliniques concerne le vaccin anti-amyloïde qui s'attaque à la protéine bêta-amyloïde dysfonctionnante dans le cerveau.

Les essais réalisés sur un médicament, Dimebon, prévoient également de diminuer les symptômes, et ce, dès les premiers signes.

Des études sont en cours afin de mettre en évidence des traitements symptomatiques plus puissants agissant à la fois sur la stimulation de la mémoire, sur la progression de la maladie et sur l'importante mort neuronale.

Les essais cliniques tendent également vers un possible lien de cause à effet entre l'hygiène buccale et l'apparition de la maladie d'Alzheimer du fait de la présence d'une bactérie retrouvée fréquemment au niveau des gencives des personnes atteintes.

Chez les personnes âgées, et notamment en cas de démence, les douleurs sont la principale plainte référencée. Une prise en soin psychomotrice semble avoir son importance de ce cadre. Différents types de douleurs ont été mis en évidence dépendamment de la lésion correspondante. Le traitement médicamenteux et l'action thérapeutique antalgique proposée en sont connexes.

PARTIE 2 – LA DOULEUR

Chapitre 1 – Définition et physiologie de la douleur :

A – Définition de la douleur :

L'*International Association for the Study of Pain (IASP)* définit la douleur comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion* ».

En 1998, la douleur est devenue une priorité de santé publique avec le premier plan de lutte la concernant. Avant cette date, il n'y avait pas de cadre législatif à ce sujet. Ce plan fait référence au développement de la lutte contre la douleur, à la prise en compte de la demande des patients et à la formation des professionnels de santé.

Il est suivi, en 2002, d'un second plan, le complétant, avec la prise en compte de la douleur induite par les soins et la chirurgie ainsi que celle de l'enfant et des migraines.

En 2006, un troisième plan voit le jour, incluant la création d'Unités de Traitement de la Douleur Chronique (UTDC) et sa prise en soin non médicamenteuse.

Puis, dernièrement, de 2013 à 2017, un projet d'action de la douleur comprend sa prise en compte chez les personnes vulnérables (personnes âgées, santé mentale) ainsi que l'algésie post-opératoire. Le contrôle du mésusage médicamenteux fait également parti de ce projet d'action.

Différentes classifications de la douleur existent. Tout d'abord, nous distinguons les douleurs aiguës des algésies chroniques.

La douleur aiguë est utile et protectrice, associée à un début précis et défini. C'est un signal d'alarme qui oriente le symptôme et le diagnostic. Il s'agit d'une douleur transitoire qui démontre l'existence d'une lésion et oriente le médecin vers un diagnostic. Les signes associés peuvent être une anxiété, une tachycardie, une polypnée, une mydriase ou des sueurs. Elle dépend d'un mécanisme unifactoriel. Le traitement associé a une visée curative. De manière générale, la douleur aiguë est apaisée par l'utilisation d'antalgiques et d'anti-inflammatoires.

La douleur chronique est de toute autre nature. Elle peut être l'objet d'une algésie aiguë mal prise en soin. Celle-ci devient chronique si elle s'engage dans une durée de plus de trois à six mois. Elle est inutile et destructrice, mais aussi persistante ou récurrente. C'est un mécanisme plurifactoriel. Cette douleur « *envahit l'univers affectif de l'individu, elle devient une préoccupation dominante* » selon **Jean-Marie Besson**, neurobiologiste et pharmacologue ([9], page 14). Les signes associés sont une potentielle dépression, une perte de l'appétit, des troubles du sommeil, de l'irritabilité, un repli sur soi. Des comportements d'auto-protection mais aussi de révolte ou, au contraire, d'impuissance et de résignation sont observés. La prise en soin de cette douleur est alors pluridisciplinaire et pluridimensionnelle (somato-psycho-social).

François Boureau, médecin et neurophysiologiste spécialisé dans le traitement de la douleur, cité par **Eliane Ferragut**, psychiatrie et psychanalyste, définit la douleur chronique comme « *l'ensemble des manifestations physiques, psychologiques, comportementales et sociales qui sous-tendent à faire considérer la douleur persistante, quelle que soit son étiologie de départ, plus comme une « maladie en soi » que comme le simple signe d'un désordre physiopathologique sous-jacent* » ([21], page 2).

Afin que le sujet ressente et exprime sa douleur, les stimulations nociceptives doivent parcourir une distance séparant la région corporelle algésique du cortex cérébral. Ces informations douloureuses suivent les fibres nerveuses pour parcourir un trajet déterminé en passant par la moelle épinière et les centres supérieurs.

B – Physiologie de la douleur :

Chaque stimulation sensorielle active un système de traitement de l'information qui lui est spécifique. En ce qui concerne la douleur, ce sont les nocicepteurs. Nous distinguons ces récepteurs en fonction de la nature de la stimulation : mécanique, thermique ou chimique. Le passage d'un certain seuil de tolérance les rend alors douloureuses. La stimulation agressive génère une libération de substances algogènes (potassium, sérotonine, histamine, ions). Ces molécules activent les nocicepteurs, majoritairement retrouvés au niveau de la peau, des muscles, des articulations et des viscères : c'est la réception de l'information nociceptive. A ce moment, la stimulation agressive est donc transformée en flux électrique le long des nerfs (potentiel d'action).

Ensuite, le message est véhiculé, par le biais des nerfs spinaux, jusqu'au centre relais, la moelle épinière, c'est la conduction. Ces nerfs émergent du canal intervertébral (entre deux vertèbres). Chacun d'eux est formé de l'association de fibres motrices et de fibres sensibles (tact, pression, douleur, température). Selon la structure de ces dernières, la vitesse de transmission de l'influx nerveux diffère.

La myéline est une substance permettant d'isoler et de protéger les neurones. Elle permet une conduction du message de manière très rapide pour les fibres qui la comportent. Cette conduction se fait de manière saltatoire, de nœud de Ranvier en nœud de Ranvier. Ces derniers correspondent à des amincissements de la gaine de myéline. Ils majorent la vitesse de propagation de l'influx nerveux. Cela concerne les fibres de la sensibilité générale.

A l'inverse, les fibres pas ou peu myélinisées permettent une conduction beaucoup plus lente, elles concernent la transmission des informations douloureuses. Ce sont les fibres $\alpha\delta$ et c.

Ensuite, la moelle épinière sert de centre relais au message douloureux. C'est le premier système d'intégration de cette information. En effet, les fibres sensibles du nerf spinal, afférentes, font relais dans la corne postérieure de la moelle. C'est à ce niveau que se produisent les réflexes de retrait, de protection ou de fléchissement en cas de stimulation algique. Ce centre relais constitue un intermédiaire entre les organes périphériques et le cerveau. Puis, l'information douloureuse est transmise aux centres supérieurs (tronc cérébral, thalamus, cortex cérébral).

Ces centres supérieurs permettent l'analyse de l'information nociceptive. Il sert de premier tri du message douloureux. Des régions supra-spinales sont associées aux aspects émotionnels et végétatifs de la douleur, par exemple :

- La **formation réticulée** (ensemble de noyaux dans le tronc cérébral) a pour fonction principale la régulation de l'alternance entre veille et sommeil. Cela explique les difficultés d'endormissement en cas de douleur.
- Le **mésencéphale**, partie supérieure du tronc cérébral, est responsable des réactions émotionnelles et végétatives associées à l'algésie (peur, stress, augmentation de la tension artérielle, bradycardie).

Ensuite, de manière plus élaborée, le cortex cérébral se charge de l'intégration de la perception douloureuse. Par somatotopie, nous observons une discrimination spatiale du message sensitif reçu. Celle-ci est fonction des régions du corps plus ou moins riches en récepteurs. En effet, les régions corporelles ayant le plus grand nombre de récepteurs occupent une place plus importante dans cette représentation du cortex (Annexe 3). Les aires cérébrales associées à la douleur sont les cortex somatosensoriels primaire et secondaire (perception et localisation). Les cortex préfrontal et cingulaire antérieur se chargent des émotions, des pensées ou encore des comportements en lien avec l'algésie (Annexe 4).

Cependant, tout au long de son trajet, la perception sensorielle est susceptible d'être modulée. Il existe, pour cause, deux systèmes de contrôle : le gate control au niveau de la moelle épinière et des contrôles descendants. Ils permettent une sorte « *d'analgésie interne* ».

Le premier, au niveau de la moelle épinière, correspond à la théorie du *gate control* ou « *du portillon* ». Celle-ci a été découverte en 1965 par **R. Melzack**, psychologue et chercheur, et **P. Wall**, neuroscientifique ([47], page 378). En effet, lorsqu'une sensation douloureuse arrive au niveau de la corne postérieure de la moelle, une « porte » empêche l'accès à la transmission de cette information aux centres supérieurs. Ce blocage se réalise grâce aux fibres de gros calibre de la sensibilité générale. En effet, les fibres nerveuses véhiculant les informations sensorielles, sont myélinisées et sont donc plus rapides que celles de la douleur. Elles ont donc la capacité d'inhiber le message algique. De manière presque réflexe, nous frottons la zone lésée pour soulager temporairement et partiellement la sensation nociceptive.

Puis, les contrôles inhibiteurs descendants s'exercent sur la moelle épinière à partir du mésencéphale, du thalamus et du cortex cérébral. Ils permettent de moduler la perception désagréable de la douleur grâce à une association avec la mémoire et les émotions. Une fluctuation de l'intensité nociceptive est également remarquée grâce à une libération d'endorphines. Ces contrôles inhibiteurs descendants sont retrouvés au niveau du tronc cérébral, du thalamus et du cortex cérébral.

Tout cela permet d'expliquer les distinctions entre différents types de douleurs : les algésies par excès de nociception, neuropathiques et dysfonctionnelles.

Les douleurs par excès de nociception (ou nociceptives) sont les plus fréquentes. Elles sous-tendent une intégrité totale du système de transmission. Elles sont liées à une stimulation des nocicepteurs lors d'une lésion qu'elle soit mécanique, thermique ou chimique. Il peut s'agir de traumatismes, de tumeurs, de coups brutaux, de rhumatismes... Lors d'une stimulation intense et douloureuse d'un muscle, par exemple, l'information nociceptive est transmise au cerveau par le biais de la moelle épinière.

La douleur neuropathique est liée à une lésion du système nerveux ou à un dysfonctionnement (fibres ou centres inhibiteurs). Elles regroupent les algésies liées à une atteinte d'un nerf (zona), le diabète, mais aussi les amputations, le membre fantôme... Des troubles de la sensibilité peuvent alors être associés à l'algésie tout comme une allodynie (douleur déclenchée par un stimulus normalement indolore), une anesthésie (perte de sensations au niveau de la zone douloureuse).

Les douleurs dysfonctionnelles sont liées à un dysfonctionnement des systèmes de contrôle algique sans lésion identifiée. Ce sont des dysfonctionnements neuropsychologiques, provoquant une douleur et donnant lieu à une somatisation, avec ou sans psychopathologie associée.

C – Souffrance psychique et douleur physique :

Selon le programme **Mobiquat**, initié dans le cadre du plan douleur de 2006 à 2010, « *la souffrance désigne une perturbation globale, psychique et corporelle, voire morale* » ([55], page 5).

Paul Ricoeur, philosophe et phénoménologue, tente de placer une frontière entre la douleur et la souffrance. « *On s'accordera donc pour réserver le terme douleur à des affects ressentis comme localisés dans des organes particuliers du corps ou dans le corps tout entier, et le terme souffrance à des affects ouverts sur la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens, au questionnement* » ([43], page 13). Il détermine alors trois types d'impuissances en lien avec la souffrance :

- **L'impuissance à dire** (la souffrance n'est pas localisable par le sujet, cela complique son expression),
- **L'impuissance à faire** (la passivité est retrouvée chez le patient souffrant, avec un possible effet de glissement),
- **L'impuissance à s'estimer soi-même.**

Douleur et souffrance sont donc intimement liées. La douleur physique peut faire perdre le goût de vivre et avoir des répercussions psychiques.

Mme B. est une résidente de 80 ans. Son niveau d'autonomie est évalué à un GIR 4. Cette dame souffre d'un syndrome démentiel associé à une sciatgie droite et des douleurs de type arthrosique au genou homolatéral.

L'arthrose et la sciatique l'ont comme enfermée dans ses douleurs. Mme B. s'isole, participe à moins d'activités du fait des algésies qu'elle ressent lors des mouvements. Depuis un an, rien ne semble apaiser ses douleurs (TENS, kinésithérapie, traitement médicamenteux, balnéothérapie). De par cet isolement et les douleurs qu'elle endure, Mme B. souffre d'un état dépressif, d'une importante asthénie et de difficultés d'endormissement. Elle ressasse les éléments négatifs qui lui viennent en tête et finit par se concentrer sur ses douleurs. C'est donc un cercle vicieux, l'algésie, de par l'isolement qu'elle engendre, peut avoir des influences sur la thymie. Inversement, la dépression et la fatigue entraînent une moins bonne tolérance à la douleur et une augmentation des plaintes du sujet.

La zone algique devient la seule préoccupation de la personne, celle-ci s'enferme, ne sort plus. Sa vie est comme rythmée par la douleur.

Cette algésie bouscule l'image que le sujet perçoit de lui-même, son estime de soi. Les conséquences de la douleur sont alors :

- **Psychologiques** (dépression, anxiété, baisse de la qualité de vie),
- **Sociales** (éloignement, diminution des relations sociales, isolement, diminution des activités hédoniques),
- **Somatiques** (diminution du sommeil et de l'appétit, augmentation de la sensibilité à la douleur).

Lorsque la composante psychique est d'apparition première, la souffrance présente alors généralement des conséquences somatiques. Le patient n'est pas conscient de la dimension psychologique de sa douleur.

Mme O. est une femme de 89 ans, avec un niveau d'autonomie GIR 2. Mme O. réside à l'unité protégée de l'établissement en raison d'importants troubles du comportement. En effet, cette dame souffre d'un syndrome démentiel avec une probable part vasculaire, ainsi que d'angoisses, de troubles du comportement et de douleurs très présentes.

Mme O. subit d'importantes peurs se caractérisant par une angoisse de solitude. Cette anxiété est majorée par une diminution importante de ses facultés visuelles qui l'isole et l'angoisse. Tout cela provoque, chez Mme O., des tensions musculaires élevées dans les muscles de la nuque et du cou. Ces contractures créent donc des douleurs que cette dame a des difficultés à tolérer et qui accentuent ses troubles du comportement.

La douleur physique est l'objet de plaintes plus nombreuses de la part du sujet. La souffrance est souvent reléguée au second plan et sa prise en soin, de par les difficultés d'identification qu'elle engendre, est mise à mal. Une écoute attentive est donc primordiale afin de s'interroger sur la cause de cette algie pour éviter la surenchère médicamenteuse. En effet, le patient douloureux demande un traitement à son médecin mais la douleur ne cesse pas tant que la cause psychologique n'est pas prise en compte. Si l'étiologie de cette douleur n'est pas déterminée, les traitements peuvent être multipliés sans véritable effet antalgique.

La souffrance est plus difficile à évoquer par la personne que la douleur. Selon le vécu, la culture du sujet, la demande d'aide en cas de nécessité est plus ou moins facile. Dans certaines sociétés, la personne demandant de l'aide peut être perçue comme quelqu'un de faible. La résistance à la douleur fait alors office de force.

Il est donc important, lors de la prise en soin, d'accorder beaucoup d'attention à la verbalisation, aux ressentis de la personne quant à sa douleur et à sa souffrance. Souvent, la question du sens entre en jeu : Pourquoi moi ? Pourquoi maintenant ? Cela peut entraîner un sentiment de culpabilité, de honte, de frustration, voire de confusion.

Les risques de cette souffrance, peuvent être une diminution de l'acceptation et de la tolérance à la douleur. Cela peut aller jusqu'au passage à l'acte dans le but de soulager les symptômes dont le patient perçoit difficilement la cause. Souvent, la solution antalgique paraît au sujet comme inexistante.

Nous notons donc une intrication somato-psychique avec une inter-pénétration de la souffrance et de la douleur. Une perception globale de ces deux aspects et des effets qu'elles pourront avoir mutuellement l'une sur l'autre est primordiale. La prescription d'un traitement médicamenteux se fonde sur ces intrications. En effet, la prise en soin de la douleur physique en oubliant la souffrance n'a que peu ou pas d'effets antalgiques et inversement.

Chapitre 2 – Prise en soin médicamenteuse et non médicamenteuse de la douleur :

Dans la plupart des cas, la prise en soin du patient douloureux chronique allie un traitement médicamenteux à des solutions non médicamenteuses. Lors d'une rencontre avec un patient algique, nous distinguons quatre composantes de la douleur.

Tout d'abord, la composante sensori-discriminative correspond à ce que le patient sent, ce qu'il peut dire objectivement de sa douleur : sensations, durée, intensité, localisation et symptômes.

La composante affectivo-émotionnelle rend compte de ce que la personne ressent quand elle a mal. Elle comprend les affects que le patient éprouve de sa douleur (désagréable, pénible, intolérable).

Puis, la composante cognitive concorde avec ce que le patient comprend de sa douleur (langage personnel et social). Elle regroupe les pensées, croyances, représentations, interprétations sur les causes possibles de l'algésie.

Enfin, la composante comportementale traite de tout ce que la personne peut montrer et dire de sa douleur. On retrouve donc la communication verbale et la communication non verbale. Cette composante comprend les manifestations motrices, le repli, l'agitation, l'inhibition, l'instabilité ou encore l'agressivité ([16], pages 48 et 49).

A – Evaluation de la douleur :

Quatre modalités sont à prendre en compte dans l'évaluation de la douleur. En effet, la temporalité est à questionner auprès du patient douloureux (aigüe, chronique) tout comme l'intensité, la localisation et le type de douleur correspondant (nociceptive, neuropathique ou dysfonctionnelle).

Deux types d'évaluation sont possibles, on distingue l'auto-évaluation de l'hétéro-évaluation. Si le patient est en mesure d'évaluer lui-même l'intensité de sa douleur, nous procédons à une auto-

évaluation, dans le cas contraire, une hétéro-évaluation est réalisée. Lors de cette dernière, c'est l'observation des comportements de la personne qui est en jeu, pour les patients non communicants.

Dans la mesure du possible, l'auto-évaluation est à privilégier. Le patient est le mieux placé pour évaluer sa douleur. Plusieurs échelles permettent cette auto-évaluation. On distingue trois échelles :

- L'**échelle verbale simple** qui consiste à demander au patient : « *Que ressentez-vous ?* ». Le patient répond alors par : pas de douleur, douleur faible, modérée, forte ou extrêmement forte.
- L'**échelle visuelle analogique** qui se présente sous la forme d'une réglette en plastique de dix centimètres, comportant une face pour le patient et une face pour le soignant. Il s'agit d'un curseur à déplacer en sachant que l'extrémité gauche correspond à l'absence de douleur, et, l'extrémité droite à la douleur maximale imaginable.
- L'**échelle numérique** est représentée sous deux formes : écrite (le patient doit alors entourer le chiffre correspondant à l'intensité de la douleur qu'il ressent) ou orale (il lui est ainsi proposé de quantifier ses sensations algiques entre 0 et 10).

Pour ces échelles, le score de 0/10 correspond à l'absence de douleur, à l'inverse, le score de 10/10 marque une intensité maximale. La douleur est déterminée comme forte si le score attribué est supérieur à 6/10. Ces évaluations nécessitent une bonne compréhension de l'outil par le patient. Elles permettent une estimation globale de l'intensité de la douleur.

L'hétéro-évaluation de la douleur se fait par l'intermédiaire de trois échelles pour les patients non-communicants de plus de 65 ans. Si ces derniers ont moins de 65 ans, cette évaluation se pratique entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire sans consensus ni outils validés. L'hétéro-évaluation est utilisée lorsque l'appréciation autonome est impossible, que la communication verbale devient difficile ou que les troubles cognitifs altèrent les capacités de jugement ou de compréhension.

Pour les patients de plus de 65 ans, trois échelles sont utilisables :

- L'échelle **Algoplus** comporte cinq items se focalisant sur l'observation comportementale du visage, du regard, du corps, les plaintes du patient.
- L'échelle **Doloplus** se présente sous la forme de dix items répartis en trois retentissements : somatique, psychomoteur et psychosocial.

- L'échelle **ECPA** comporte huit items cotés de 0 à 4 dont l'expression du visage, la position spontanée au repos ou encore la mobilité du patient.

L'échelle Algoplus concerne l'évaluation de la douleur aiguë. Pour les algésies chroniques, nous pouvons utiliser les échelles Doloplus ou ECPA.

D'autres évaluations peuvent compléter ces dernières comme les **schémas topologiques** où le patient, sur un dessin, montre du doigt les régions qui lui sont douloureuses, ou **l'échelle des visages**. L'échelle des visages est une auto-évaluation présentant six visages et différentes expressions faciales en fonction d'une intensité de douleur.

Ces différentes évaluations sont réalisées par le personnel soignant dont le psychomotricien. Elles peuvent être proposées, en psychomotricité, suite à la première rencontre, en complément d'un bilan psychomoteur, avant une séance ou si besoin lors d'un échange avec un patient douloureux.

B – Traitement médicamenteux :

La prise en soin médicamenteuse des douleurs varie selon leur type. En effet, le traitement proposé est différent dans le cas d'algésie nociceptive, neuropathique ou dysfonctionnelle.

Pour les douleurs nociceptives, les médicaments prescrits inhibent la réponse à la stimulation douloureuse. L'OMS, en 1986, définit trois paliers d'antalgiques :

- Le premier palier concerne les **antalgiques non opioïdes**. Ces traitements de niveau 1 comprennent le paracétamol, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et l'aspirine. Ils sont prescrits dans le cadre des douleurs faibles.
- Les analgésiques de niveau 2 sont recommandés si les effets des non opioïdes n'ont pas été suffisants. Ce sont des **opioïdes faibles** (codéine, tramadol).
- Enfin, le niveau 3 concerne les **opioïdes forts** (morphiniques), prescrits dans le cadre d'une évaluation de la douleur sur l'échelle visuelle analogique supérieure à 6. Les morphiniques font partie de la classe pharmaceutique des stupéfiants avec des règles de prescription plus strictes et des effets indésirables plus importants.

En supplément des antalgiques, des co-antalgiques peuvent être indiqués, ils agissent également sur la douleur. Parmi eux, nous trouvons des myorelaxants, des anxiolytiques et des corticoïdes.

Ces différents traitements agissent pour une interruption ou une diminution de la transmission du message douloureux à différents niveaux du circuit. Cela distingue les antalgiques centraux des antidouleurs périphériques.

Dans le cas des douleurs neuropathiques, les analgésiques ont une très faible voire aucune action. Le traitement médicamenteux optimal pour une stimulation douloureuse est difficile à ajuster. Il est généralement associé à une prise en soin non médicamenteuse. Une médication spécifique est alors proposée, comprenant des antidépresseurs tricycliques, des antiépileptiques, des anticonvulsivants, des antiparkinsoniens ou encore des antimigraineux. Ces médicaments ont une action centrale, ils peuvent être combinés à des techniques de neuro-stimulation par exemple, dans le but de renforcer l'action des systèmes de contrôle. Du fait d'une forte intrication entre douleur et dépression, les antidépresseurs tricycliques sont régulièrement utilisés dans le traitement des algésies neuropathiques.

Dans le cadre des douleurs dysfonctionnelles ou psychogènes, le traitement médicamenteux n'a souvent que peu d'effets. Il est donc recommandé d'avoir recours aux approches non médicamenteuses. Ces douleurs ont la particularité de ne correspondre à aucun territoire du système nerveux, ils ne font pas référence à une lésion en foyer. Le traitement correspond parfois à la prise en soin des comorbidités, s'il y en a.

La douleur, impliquant la personne dans sa globalité, il est donc primordial de prendre en soin la personne douloureuse, pas seulement la région corporelle algique. Les approches non médicamenteuses sont donc un apport intéressant dans cette prise en soin.

C – Prise en soin non médicamenteuse :

Les techniques non médicamenteuses sont une alternative ou un complément au traitement médicamenteux. Les objectifs de ces prises en soin sont de réduire la douleur et la souffrance du patient mais aussi la détresse émotionnelle qui lui est régulièrement associée. Nous pouvons alors améliorer l'humeur, diminuer l'anxiété et les troubles du sommeil de la personne.

1. Méthodes physiques :

Ces techniques se centrent sur la région corporelle douloureuse.

Le kinésithérapeute, par des manipulations physiques et des exercices de rééducation, a pour objectifs de diminuer l'algésie et d'augmenter la mobilité de la personne douloureuse. Dans ce but, ils peuvent avoir recours à des massages, des mobilisations passives ou actives, des techniques de neuro-stimulation ou d'électrothérapie. La Neuro-Stimulation Transcutanée (TENS) s'appuie sur la théorie du *gate control*. Elle repose sur la stimulation des grosses fibres du tact pour inhiber celles transportant l'information douloureuse. Cette technique est principalement utilisée dans le traitement des douleurs neuropathiques.

L'ergothérapeute travaille sur le positionnement antalgique du patient (installation dans un fauteuil roulant adéquat, positionnement au lit si nécessaire).

La stimulation thermique comprend la thermothérapie et la cryothérapie. La thermothérapie consiste à soulager la douleur par l'utilisation de sources de chaleur. Cette chaleur locale amène une vasodilatation et une diminution de la conduction nerveuse. La thermothérapie est couramment utilisée dans le traitement des douleurs musculaires. A l'inverse, la cryothérapie utilise le froid produisant un effet vasoconstricteur, anti-inflammatoire et augmentant la conduction nerveuse.

2. Les approches psychothérapeutiques et les médiations corporelles :

Les **médiations corporelles** sont des espaces d'expériences partagées, elles servent d'intermédiaire entre soi et l'autre. Ces méthodes nécessitent une capacité d'écoute et de compréhension. Les séances deviennent alors un lieu où il est question du corps mais aussi des expériences psychiques et symboliques vécues par la personne. Pour le thérapeute, une lecture des investissements et de la communication non verbale est importante.

Les **approches psychothérapeutiques** concernent la prise en soin des troubles psychiques, elles ont une visée thérapeutique. Parmi elles, nous retrouvons : les thérapies cognitivo-comportementales, l'approche psychanalytique, l'abord humaniste et la systémie.

Les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC), par exemple, s'appuient sur des techniques d'éducation. Les objectifs comportent une action sur les cognitions, les émotions mais aussi les comportements du patient. Il s'agit d'apprendre à décoder ses propres réactions, remplacer les messages négatifs par des messages positifs et, de ce fait, reprendre confiance en soi.

La relaxation utilise le relâchement conscient et la maîtrise du tonus musculaire. Elle aide à la gestion du stress qui est un facteur aggravant de la douleur. La relaxation sert également à retrouver des sensations de bien-être en opposition avec la tension souvent ressentie en situation de douleur. Nous distinguons les relaxations passives (suggestion, inductions) des relaxations actives (relaxation progressive de Jacobson, training autogène de Schultz).

L'hypnose est un état de conscience modifié. Elle agit sur les composantes sensori-discriminative et affectivo-émotionnelle de la douleur par la mise en jeu des systèmes de modulation. Les axes utilisés sont la défocalisation, la distraction. L'objectif est d'instaurer une distance entre le sujet et sa douleur.

La sophrologie comprend une relaxation suivie d'une phase de suggestion afin de renforcer la perception positive de l'environnement de la personne en sollicitant ses ressources. L'objectif est une autonomisation du patient.

Le toucher thérapeutique permet un relâchement musculaire, une détente et un réinvestissement corporel. Le détournement de l'attention du sujet amène des sensations plus positives du corps. L'objectif est aussi de diminuer les tensions musculaires secondaires à la douleur.

Les psychothérapies à médiation corporelle placent le patient au centre de sa prise en soin. Elles permettent donc de placer un espace-temps entre le patient et sa douleur tout en le rendant acteur de sa prise en soin.

Par définition, la psychomotricité s'appuie sur des médiations corporelles pour prendre en compte les troubles psycho-corporels. Dans le cadre de la douleur, des outils comme le toucher thérapeutique, la relaxation, la balnéothérapie ou encore la stimulation sensorielle peuvent être proposées à la personne.

Mme L., 82 ans, a participé à des séances de toucher thérapeutique en salle multi-sensorielle. En effet, du fait des douleurs très importantes dont elle souffre, cet accompagnement lui a été proposé. L'eau chaude et les propriétés enveloppantes du matelas à eau, sur lequel cette dame était installée, lui ont permis de se détendre et de se libérer des douleurs le temps de la séance.

3. Autres prises en charge non médicamenteuses :

Les prises en charges non médicamenteuses de la douleur sont variées et multiples. Parmi elles, nous retrouvons, par exemple, l'aromathérapie, la réflexothérapie, la phytothérapie ou encore l'homéothérapie.

Dans la prise en soin de la douleur, certains aspects sont très importants, dont la façon d'entrer en contact avec le sujet douloureux. En effet, celle-ci n'a souvent, que peu confiance en son corps. Une relation de confiance doit donc s'instaurer entre le soignant et la personne soignée.

Le nombre de personnes âgées douloureuses est très important en EHPAD. Cependant, des modifications dans la réaction du sujet au traitement sont à prendre en compte. En cas de démence à un stade avancé, des difficultés se surajoutent à cela quant à l'expression ou à la localisation de la douleur par exemple.

Chapitre 3 – Douleur et personnes âgées :

Les douleurs représentent le symptôme le plus fréquent en gériatrie. En effet, selon **Michel Alix**, en institution, la prévalence des personnes âgées en souffrant peut atteindre 80% des résidents ([54], page 5). L'âge entraîne des modifications tant dans la perception de la douleur que dans les réponses de l'organisme au traitement médicamenteux.

A – Particularités dans la perception de l'information douloureuse :

Chez la personne âgée, le vieillissement entraîne une modification de la perception, de la transmission et de la régulation de la douleur. La densité des nocicepteurs ainsi que les afférences douloureuses diminuent avec l'âge. Mais, la modulation de la douleur est modifiée chez les personnes âgées, augmentant la probabilité d'en souffrir.

La personne âgée a mal « *comme tout le monde* ». Cependant, les rhumatismes, l'arthrose, les pathologies ostéo-articulaires et musculaires, les ruptures tendineuses se majorent avec l'âge. Cela majore les causes possibles de douleurs. La diminution des relations sociales fréquemment retrouvées chez la personne âgée augmente le risque de souffrance. Une attention particulière doit donc être portée aux ressentis du patient.

Une forte intrication est présente entre la douleur et la dépression. La perte d'autonomie, la baisse de la qualité de vie peuvent avoir une influence négative et majorer la douleur. Il en est de même pour l'isolement, le veuvage ou encore le retrait social. Tous ces phénomènes participent à la diminution du bien-être du sujet, le rendant moins tolérant aux douleurs qu'il présente.

Une prise en soin médicamenteuse de ces douleurs est primordiale. Cependant, les personnes âgées répondent différemment aux traitements par rapport aux sujets plus jeunes.

B – Particularités dans le traitement antalgique :

Des particularités pharmacodynamiques et pharmacocinétiques s'installent avec la sénescence. Du fait de pathologies plus fréquentes, les sujets âgés sont souvent poly-médicamentés. La multiplication des traitements entraîne un risque accru de présenter des interactions médicamenteuses. Celles-ci peuvent engendrer des répercussions sur les fonctions cognitives et l'autonomie de la personne âgée. L'observance du traitement est compliquée par les troubles mnésiques et cognitifs rencontrés chez la personne âgée.

D'un point de vue pharmacodynamique (actions des médicaments sur l'organisme), nous notons une variation de la sensibilité aux traitements. La fixation des molécules aux récepteurs se trouve amoindrie ou augmentée en fonction des antalgiques prescrits. Par exemple, la sensibilité aux morphiniques est augmentée, les doses nécessaires, pour un même analgésique, sont moins importantes que chez le sujet jeune.

En pharmacocinétique (devenir des médicaments dans l'organisme), nous distinguons quatre phases : l'absorption, la distribution, le métabolisme hépatique et l'élimination rénale. L'absorption du médicament est peu modifiée par le vieillissement. En ce qui concerne la distribution, la diminution de la masse maigre ainsi que l'augmentation de la masse grasse et la baisse du volume total d'eau dans le corps augmentent la demi-vie d'élimination ([8], page 85). Enfin, le métabolisme hépatique et l'élimination rénale sont perturbés par une baisse de l'efficacité de ces organes due au vieillissement. Cela entraîne une possible accumulation médicamenteuse, favorisant les risques d'effets indésirables et de surdosage.

Ces particularités, associées au faible nombre d'essais cliniques chez les personnes âgées en France, demandent des ajustements du praticien. Il est conseillé d'utiliser la posologie minimale nécessaire pour soulager la douleur et de l'augmenter progressivement si nécessaire. Utiliser préférentiellement des médicaments à élimination rapide est également recommandé. L'absorption

du traitement est préconisée à des heures fixes dans le but d'instaurer une rythmicité, indispensable dans la douleur chronique. En effet, les douleurs chroniques modifient le rapport au temps des personnes atteintes, une stabilité est à retrouver.

C – Douleur et démences :

Les démences ont un impact sur la douleur, plusieurs aspects compliquent l'analyse des manifestations chez le patient : les troubles cognitifs, les troubles du langage.

Les troubles cognitifs complexifient l'évaluation de la douleur. En effet, les personnes atteintes de démence à un stade avancé se trouvent dans l'incapacité d'exprimer verbalement leur souffrance. Il s'agit donc d'analyser les manifestations psycho-comportementales (agitation, agressivité, troubles du sommeil, de l'alimentation, confusion, repli sur soi). La douleur aggrave également les déficits cognitifs (attention, mémoire, vitesse de traitement). Le soignant doit ainsi être vigilant à tout changement brusque de comportement. Celui-ci se doit d'être à l'écoute, empathique, disponible. Il doit aussi identifier les émotions du sujet douloureux pour en saisir l'intensité.

L'observation de la communication non verbale est donc très importante dans cette prise en soin. Le psychomotricien intègre cette analyse lors de ses séances.

Chapitre 4 – Psychomotricité et douleur :

A – La psychomotricité :

Le diplôme d'état de psychomotricien est créé en 1974. C'est une profession paramédicale pouvant intervenir auprès de personnes de tout âge : du nouveau-né à la personne âgée. Le psychomotricien agit sur prescription médicale. Les actes qu'il est habilité à proposer sont réunis dans un décret d'acte (6 mai 1988). La psychomotricité vise, chez les personnes âgées, le maintien des capacités physiques et cognitives, la stimulation des fonctions psychomotrices dans la relation.

En cas de démence, la prise en soin ne vise pas l'augmentation des facultés mais plutôt l'amélioration de la qualité de vie et le maintien de l'autonomie. De ce fait, le psychomotricien intervient lors de :

- Troubles du comportement,
- Troubles de l'équilibre ou de la marche,

- Troubles sensoriels,
- Troubles de la régulation tonique,
- Troubles de l'orientation spatio-temporelle
- Troubles mnésiques,
- Troubles praxiques,
- Troubles du schéma corporel et de l'image du corps,
- Douleurs et souffrances,
- Accompagnements des personnes en fin de vie.

Plus globalement, les psychomotriciens ont un rôle dans la détente et le bien-être psychocorporel de la personne âgée.

Dans cette pratique, diverses médiations sont utilisées, notamment le toucher thérapeutique. En psychomotricité, la médiation, signifiant « être au milieu », s'interpose entre le thérapeute et la personne prise en soin. Elle est utilisée par le psychomotricien quel que soit son lieu d'exercice, cependant, il l'adapte à sa pratique, elle est propre à chaque professionnel. La médiation met en jeu d'autres modalités que le langage verbal grâce à l'implication du corps, elle est donc importante dans la prise en soin de la personne atteinte de démence chez laquelle la communication verbale est altérée. La médiation vient soutenir la symbolisation et la verbalisation. En effet, elle favorise le passage de la sensation à la perception, puis, à la représentation.

- La sensation est un fait de conscience immédiat, lié à une stimulation sensorielle. Elle est élémentaire.
- La perception correspond à une analyse permise par les sensations. C'est une intégration de ces dernières de manière plus globale.
- La représentation est la capacité de conserver une image mentale.

Le toucher n'est pas spécifique au psychomotricien. Selon les métiers, il revêt différents termes : massage pour les kinésithérapeutes, toucher soignant pour les infirmiers... Les objectifs et les spécificités d'intervention des professionnels s'en ressentent sur ces séances.

Le psychomotricien va acquérir un savoir-faire et un savoir-être qui lui sont propres. Il utilise le toucher thérapeutique après avoir élaboré des objectifs en lien avec son champ de compétence. Il s'engage corporellement et psychiquement dans la relation. La psychomotricité est la rencontre de deux personnes par le biais du corps. Une prise en soin psychomotrice a donc tout son intérêt chez la personne douloureuse.

B – Spécificités de la prise en soin psychomotrice de la douleur :

La contribution à la prise en soin de l'inconfort et de la douleur fait partie des actes de psychomotricité susceptibles d'être réalisés chez des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée selon la **Haute Autorité de Santé** (HAS, [26], page 6). Dans ce document, quelques objectifs pouvant être utilisés lors d'une prise en soin de la douleur en psychomotricité sont retrouvés comme :

- Faciliter le relâchement psycho-corporel et l'apaisement émotionnel,
- Diminuer le vécu douloureux,
- Favoriser un sentiment de bien-être,
- Diminuer les troubles du comportement ou de l'humeur en lien avec la douleur.

1. Bilan et prise en soin en psychomotricité :

Un examen psychomoteur apprécie à la fois la façon dont le corps est engagé dans l'action (initiative motrice, déroulement du geste) mais aussi la façon dont le sujet s'implique dans la relation à l'autre (postures, attitudes, tonus musculaire, mimiques, respiration, manière d'être et de faire).

Ce bilan initie la prise en soin, il marque le début d'une relation de confiance entre le patient et le thérapeute. Il convient alors de jongler entre la mise en place d'une alliance thérapeutique et les tests normés, demandant une certaine rigueur.

Dans le cadre de la prise en soin de la douleur, les ressentis et antécédents du patient sont des données importantes à prendre en compte par le psychomotricien pour orienter l'action thérapeutique qui suivra potentiellement le bilan. Cela concerne le vécu corporel du patient, le type de douleur, son intensité, sa durée, sa localisation. Le patient peut alors verbaliser sa douleur avec ses mots. Ce bilan permet au psychomotricien de s'attarder spécifiquement sur l'étude de la fonction tonique (tonus d'action, tonus de fond, tonus postural) mais aussi l'observation des postures, un examen des praxies, du schéma corporel, de l'image du corps et de l'organisation spatio-temporelle. Le psychomotricien est sensible aux mimiques, à la posture, à la communication non verbale de la personne. Ce sont des critères retrouvés par exemple dans les échelles d'hétéro-évaluation de la douleur. Il s'agit de favoriser la communication et d'être attaché à la communication non verbale du patient.

Ce bilan et l'alliance thérapeutique mise en place sont utiles au psychomotricien pour, si besoin, élaborer un projet de soin en déterminant des objectifs thérapeutiques réalisables à partir de la problématique du patient.

2. Indications et contre-indications :

La douleur nécessite une prise en soin globale, somato-psychique, c'est un phénomène complexe. Cette démarche est ainsi pluridisciplinaire. Dans le décret de compétence du psychomotricien, certains troubles nous intéressent particulièrement dans le cadre de l'algésie. C'est le cas des troubles de la régulation tonique, des troubles du schéma corporel et de l'image du corps, des troubles tonico-émotionnels et des troubles de l'organisation spatio-temporelle. D'autres éléments sont importants à prendre en compte comme les expressions psychomotrices (instabilité ou inhibition) et les troubles psychopathologiques en comorbidité avec la douleur chronique. L'inhibition, ou, à l'inverse, l'instabilité psychomotrice sont des comportements que le sujet peut s'approprier lors d'une douleur intense. Dans le cas des personnes âgées atteintes de démence sévère, la douleur n'est pas exprimable par le sujet, il lance alors un signal d'appel par des manifestations toniques et comportementales.

Les objectifs des prises en charge de la douleur en psychomotricité sont donc de rompre le cercle vicieux entre stress, tension musculaire et douleur par un travail sur la régulation tonico-émotionnelle et la structuration spatio-temporelle. Le psychomotricien aide la personne à réinvestir son corps, se renarcissiser. L'investissement du corps se fait par une activité motrice en relation afin de donner du sens à la sensation. Cette expérimentation du corps par le mouvement permet de lutter contre l'inactivité et l'immobilité, souvent retrouvées chez les patients douloureux. La détente psycho-corporelle est indispensable pour rompre ce cercle vicieux.

Mme C. est une résidente de 93 ans, présentant un niveau d'autonomie GIR 2. Mme C. est atteinte d'une démence à un stade modéré. La répercussion principale de cette maladie concerne les troubles cognitifs. Cette résidente nous confie régulièrement souffrir de douleurs au niveau des épaules.

Mme C. participe à une prise en soin individuelle dans une baignoire de balnéothérapie une fois par semaine. Durant cette séance, un massage du visage et du cuir chevelu lui est proposé. Cette séance est, pour cette dame, l'occasion de se détendre. En effet, Mme C. verbalise lors d'une séance : « *Quand on me masse, j'ai l'impression que mes soucis s'en vont* ». Le bain, l'eau mais aussi le bien-être psycho-corporel vécu pendant ces séances, réduisent les sensations douloureuses au niveau de ses épaules. L'apaisement à la fois physique et psychique participe très largement à la diminution des douleurs. En effet, Mme C. apprécie grandement la médiation balnéothérapie et le toucher-massage, combinés lors de cette séance. Ce moment est très agréable pour elle, sa détente participe à la diminution de ses douleurs durant cette prise en soin.

3. Les troubles psychomoteurs associés à la douleur chronique :

a. Troubles de la régulation tonique :

Selon **Jean-Michel Albaret**, le tonus d'un muscle correspond à « *la réaction du muscle à son propre étirement ou la sensibilité du muscle à son propre étirement* ». C'est un état de tension du muscle. ([2], page 161).

Le tonus est intimement lié aux émotions et aux affects. Cela explique un cercle vicieux entre le stress, la contraction musculaire et la douleur, qui vient ainsi majorer le stress et ainsi de suite. Ce lien entre tonus et émotions est mis en évidence par **Henri Wallon**, décrivant des réactions tonico-affectives entre le nourrisson et sa mère. Il développe alors de dialogue tonique. **Julian de Ajuriaguerra** reprend ce terme quelques années plus tard en expliquant un dialogue tonico-émotionnel entre ces deux partenaires [7]. Le tonus possède ainsi une fonction supplémentaire, de communication inter-individuelle. Dans le cas des démences à un stade sévère, le langage est entravé, la communication non verbale et le dialogue tonico-émotionnel sont des recours à utiliser par le psychomotricien et par tout soignant, pour pallier aux troubles. Mais, cette fonction de communication nécessite une capacité de régulation tonique efficiente de la part du patient pour s'adapter en fonction de l'émotion sous-jacente. Cette fonction est souvent altérée dans le cadre de la douleur chronique.

Cette algésie entraîne le sujet dans une tendance à l'hypertonie avec la formation d'une sorte de bouclier tonique qui vient le protéger de douleurs supplémentaires. Selon **Patrick Linx**, le corps est imaginé par le sujet comme une enveloppe qui nous contient, de sorte que le sentiment de l'atteinte douloureuse provient de l'extérieur ([54], page 7). L'hypertonie sert alors de protection envers ce qui est perçu comme externe au corps. Une diminution du nombre et de l'amplitude des mouvements conduit à une immobilité de la personne. L'enjeu de la prise en soin devient de mieux connaître et maîtriser son corps, de solliciter une nouvelle dynamique.

b. Troubles de l'image du corps et du schéma corporel :

Plusieurs définitions des concepts de schéma corporel et d'image du corps se confrontent. En 1970, **Julian de Ajuriaguerra** définit le schéma corporel comme « *édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelle. Le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification* » ([2], page 228). Le schéma corporel correspond donc à comment l'on ressent et perçoit son corps propre. L'image du corps est un concept psychanalytique, souvent associé au schéma corporel. Cette expression est décrite par **Paul Schilder** en 1968, l'associant à une connaissance physiologique du

corps, mais également à une expérience émotionnelle et narcissique. **Jean-Claude Carric**, psychomotricien estime que les travaux psychanalytiques ne nous donnent pas de consensus clair de l'image du corps. Mais, « *ils soulignent le rôle des premières expériences motrices, l'importance du narcissisme, des relations objectales, des frustrations, des gratifications et du langage dans la genèse de la connaissance du corps* » ([14], page 116). L'image du corps se rapporte à la représentation consciente et inconsciente que le sujet fait de son corps. Elle est donc en lien étroit avec l'estime de soi.

La douleur entraîne régulièrement une déstructuration du schéma corporel. Le corps est comme transformé dans les représentations que le sujet s'en fait également dans ses possibilités fonctionnelles. La région corporelle douloureuse est davantage investie par le sujet, comme omniprésente dans sa conscience. Cette zone est surinvestie en dépit du reste du corps. La personne peut se vivre comme morcelée, ne se représentant plus son corps dans sa globalité, soit par une mise à distance de la région lésée ou au contraire, par une obnubilation consacrée à cette partie.

Concernant l'image du corps, la douleur engendre une image dégradante et dévalorisante de soi, associée à un sentiment de faiblesse, de défaillance du corps. Le sujet a la sensation d'être trahi par ce corps, devenant douloureux et malade. Il perçoit un vécu d'étrangeté ([4], page 388). Le corps est subi, il limite le sujet dans ses activités et mouvements. Il devient alors vécu comme un fardeau, il est à la fois source et lieu de souffrance.

La prise en soin en psychomotricité consiste en une proposition de réinvestissement du corps, de renarcissisation. Cela s'établit par un passage vers différents niveaux de développement de l'image du corps retrouvés chez l'enfant :

Le corps subi, à la naissance de l'enfant, fait référence à un vécu d'écrasement sur le sol par les forces de gravité. L'enfant est dans l'attente de la réponse de ses parents à ses besoins. Le patient douloureux chronique subit également son corps, suite à une certaine dépendance provoquée par la douleur. Il s'agit d'adopter un positionnement antalgique et de retrouver des sensations corporelles agréables.

Le corps de l'enfant de 0 à 3 ans est considéré comme vécu du fait d'une tonicité organisée sur un mode binaire alternant entre une hypertonie en cas d'attente et une hypotonie lors de la satisfaction de ses besoins. Dans la prise en soin de la personne douloureuse chronique, une importance est attachée à l'intériorisation des sensations corporelles et un temps est consacré à la verbalisation.

Le corps perçu, entre 3 et 6 ans, articule les sensations corporelles, les repères temporo-spatiaux et la structuration perceptive. Ce stade participe au développement des interactions entre dedans et dehors. Ces limites corporelles manquent fréquemment de stabilité chez le patient douloureux mais aussi dans le cas des démences où l'on retrouve une angoisse de morcellement. La perception d'une continuité du corps rend possible une détente globale du sujet.

Enfin, le corps représenté, entre 6 et 12 ans, est lié à l'acquisition d'une image du corps opératoire. Il permet un contrôle du corps dans sa globalité mais aussi un relâchement segmentaire. La prise en soin est axée sur une amélioration de l'estime de soi et la conscience des ressentis corporels pour en permettre plus tard une intégration et une représentation.

c. Troubles de l'orientation spatio-temporelle :

La douleur entraîne généralement une modification de la posture et des déplacements. Celles-ci sont associées à une tendance au renfermement sur soi impactent l'orientation spatiale dans le sens d'une diminution d'appréhension de l'espace environnant. Des modifications corporelles remanient la manière du sujet d'appréhender et d'analyser l'espace. L'environnement est comme réduit au corps du sujet, qui est alors vécu par ce dernier comme défaillant.

La douleur provoque également une perte de rythmicité dans le quotidien, une diminution de l'orientation temporelle et un manque de repères temporels.

Dans le cas de Mme B. (80 ans), développé précédemment, la démence provoque une désorientation spatio-temporelle.

Lors d'un temps de discussion, faisant suite à une séance de toucher thérapeutique, cette dame me confie ne plus savoir quel jour nous sommes. Elle me verbalise avoir l'impression de vivre le temps différemment en raison de ses douleurs qui la bloque dans ses mouvements et la mène vers l'immobilité.

Effectivement, dans le cadre de la douleur chronique, le patient risque d'être obnubilé par ses douleurs qui sollicitent une attention constante à la zone corporelle algique. Cette demande attentionnelle entrave les autres perceptions du sujet, dont la temporalité. La diminution de la douleur

permet une meilleure qualité de sommeil et donc de retrouver un rythme binaire entre veille et sommeil ou activité et repos.

Lorsque la communication langagière est altérée, les sens sont un outil pour entrer en contact. En effet, un regard, un sourire échangé avec le résident, un contact tactile sur l'épaule ou sur la main de ce dernier suffisent pour instaurer une relation. La peau et le toucher sont donc vecteurs de communication.

PARTIE 3 – LA PEAU ET LE TOUCHER, DE LA NAISSANCE A LA

SENESCENCE

Chapitre 1 – La peau et le toucher :

A – La structure et les fonctions de la peau :

1. Ontogenèse et structure de la peau :

La peau est un organe très vaste sur le corps humain, recouvrant toute la surface du corps.

Embryologiquement, après le stade de blastocyste, puis de disque didermique, vers le 16^{ème} jour de vie intra-utérine, l'embryon passe à une organisation en disque tridermique. Il est alors formé de trois feuillets : l'ectoderme, le mésoderme et l'endoderme.

L'ectoderme conduit à la création du système nerveux central mais également à la couche superficielle de la peau, l'épiderme.

Le mésoderme se différencie en plusieurs parties dont une qui forme les somites. Chacun d'eux comprend un sclérotome, un dermatome et un myotome. Le sclérotome se distingue en côtes et en vertèbres. Le myotome forme la musculature du cou, du tronc et des membres. Le dermatome conçoit le derme et l'hypoderme (respectivement, la couche intermédiaire et le feuillet inférieur de la peau).

L'endoderme, quant à lui, participe à la formation des organes du système digestif et de la thyroïde.

Cette embryologie conduit à la formation de la peau en trois couches distinctes : l'épiderme, le derme, l'hypoderme (Annexe 5).

L'épiderme est donc en contact avec l'environnement extérieur. Il sert donc de barrière entre ce dernier et le corps, entre le dedans et le dehors. Cette couche est en continuel renouvellement et puise ses nutriments dans les capillaires du derme. Il n'est effectivement pas vascularisé. L'épiderme contient trois types de cellules. Les kératinocytes sont les cellules les plus présentes dans ce dernier, à plus de 80%. Puis, s'ajoutent des mélanocytes, cellules responsables de la coloration de la peau et des cellules de Langerhans ayant un rôle dans la défense immunitaire. Elles détectent les agresseurs et antigènes.

Le derme est un tissu de soutien, traversé par les vaisseaux, les nerfs et le réseau lymphatique. Il sert d'ancrage aux glandes sudoripares, aux poils et aux glandes sébacées. Le derme est constitué de fibroblastes et d'une matrice extra-cellulaire. Cette matrice est une jonction entre l'épiderme et le derme. Elle est composée d'un tissu, contenant du collagène (assure la fermeté de la peau) et de l'élastine (participe à l'élasticité de la peau).

L'hypoderme est composé d'adipocytes, formant une couche de tissu adipeux plus ou moins épaisse selon la région du corps et le genre de la personne. C'est la partie de la peau la plus abondante. L'hypoderme permet de séparer la peau des tissus sous-jacents. Il sert de réserve énergétique en stockant les lipides et il participe à la thermorégulation grâce au caractère isolant de la graisse.

La peau renferme un grand nombre de récepteurs répartis sur ses différentes couches. Ces derniers présentent des densités différentes selon la région corporelle concernée. Les récepteurs les plus superficiels concernent les informations les plus préjudiciables à l'intégrité de l'organisme. La peau joue un rôle protecteur, la totalité du stimulus ne parvient donc pas aux récepteurs.

L'épiderme contient les nocicepteurs ainsi que les récepteurs sensibles à l'effleurement, au toucher léger.

Le derme comprend des récepteurs sensibles à la pression. Ces récepteurs seront plus denses au niveau de la paume de la main, de la plante du pied et des lèvres. Des récepteurs dermiques sont sensibles à la température.

L'hypoderme a une capacité quantitative grâce à la présence de récepteurs aux faibles et aux fortes pressions.

2. Fonctions de la peau :

Les trois couches de la peau lui permettent d'acquérir un certain nombre de fonctions.

L'épiderme joue un rôle de barrière, d'enveloppe protectrice en protégeant l'organisme du monde extérieur. La peau sert de limite entre intérieur et extérieur du corps.

Elle a également un rôle d'échange avec l'environnement. En effet, la peau transmet au cerveau les informations provenant de l'extérieur étant donné les nombreux récepteurs qu'elle possède. Par le biais de ces derniers, elle possède également une fonction sensorielle. Nous obtenons ainsi des informations sur la température, la pression, la douleur, l'effleurement, les vibrations... Elle

permet une perception de l'environnement. Ces échanges lui concèdent des capacités de maintien des fonctions physiologiques.

Une exposition du soleil sur la peau (rayons ultraviolets) participe à la synthèse de vitamine D. Celle-ci est responsable d'un grand nombre de fonctions du métabolisme. Elle est cruciale pour un bien-être corporel et psychique.

Nous observons un rôle immunitaire de la peau. Pour cause, elle bloque l'entrée de micro-organisme. Le renouvellement cellulaire permet d'éliminer les microbes et les bactéries à la surface de la peau. Un film hydrolipidique recouvre l'épiderme avec un pH légèrement acide, limitant la fixation de ces micro-organismes.

Enfin, la peau a un rôle identitaire, elle correspond au miroir de l'image de la personne dans la société. En effet, elle contribue grandement à l'apparence que l'on renvoie. La peau reflète notre état émotionnel (rougissement par exemple) mais aussi notre santé. Elle participe à la communication et la socialisation. Chez la personne âgée, le vieillissement peut être difficilement vécu du fait du changement physiologique de la peau en lien avec la modification physiologique de la texture de la peau. Cela remanie l'apparence de la personne et possiblement ses relations sociales. L'enveloppe corporelle devient le reflet de l'âge.

Certaines de ces modifications physiologiques sont propres au vieillissement. C'est le cas par exemple des rides, des taches brunes...

B – Les modifications de la peau liées à la sénescence :

Premièrement, la peau de la personne âgée devient plus fine, plus blanche avec des taches brunes qui apparaissent. L'épiderme se transforme en une couche plus fine, plus fragile. Une vigilance est donc apportée dans le cadre du toucher thérapeutique afin de ne pas déchirer ou fragiliser cette peau. L'épiderme s'amincit, il retient moins d'eau, produit moins de sébum. La peau s'assèche donc. Le collagène qui compose l'épiderme devient plus lâche. La peau perd de son élasticité et de sa tonicité, sa texture change. Les sillons qu'elle présente se creusent, deviennent plus profonds : des rides apparaissent. La surface de la peau est distendue, les veines sont ainsi visibles.

La personne âgée présente une perte de la sensibilité cutanée à cause d'une diminution de l'innervation de la peau. Le processus de réparation tissulaire est moins efficient que chez le sujet jeune. La cicatrisation est donc de plus longue durée. La vascularisation est également altérée par le

vieillesse. Le processus de thermorégulation se voit affaiblir causant une fréquente frilosité chez la personne vieillissante. La fonction immunitaire décroît avec l'âge. En effet, les cellules assurant ce rôle dans l'épiderme, les cellules de Langerhans, subissent une baisse de densité de 20 à 50%. La fonction barrière de la peau endure également les effets de la sénescence.

Ce vieillissement de la peau a trois causes principales. Tout d'abord, au niveau génétique, la taille des chromosomes diminue progressivement. Nous observons alors une sénescence cellulaire due à la perte des extrémités de ces derniers. De plus, la résistance des cellules est abaissée avec l'âge. Enfin, les kératinocytes et les fibroblastes présents dans l'épiderme et le derme présentent une capacité diminuée de réponse aux hormones de croissance. Celles-ci participent à leur développement et à leur longévité.

Le toucher est un sens sollicité à tous les âges de la vie : dans les liens d'attachement entre le nouveau-né et sa mère, dans la découverte du monde ou encore comme outil chez la personne âgée afin de communiquer lors d'une altération importante du langage.

Chapitre 2 – Le toucher dans l'ontogenèse :

A – Développement du toucher, de l'anté au post-natal :

A la naissance, le bébé s'appuie sur sa sensorialité comme support de transition entre l'anté-natal et le post-natal. Ces fonctions sensorielles se développent progressivement in utero de manière à être capable de recevoir les premières informations. Cette mise en place, dès le milieu intra-utérin, permet au bébé et à sa mère, de former un lien d'attachement.

Le toucher est le premier sens à se développer, vers six semaines de grossesse. Les récepteurs de l'effleurement se mettent en place vers la seizième semaine d'aménorrhée. Ils sont suivis par les récepteurs du tact et de la pression, vers vingt-quatre à trente semaines. Le bébé retrouve alors ces sensations tactiles à la naissance. Cela lui permet un lien entre le monde intra-utérin et le monde environnant. A 30 semaines d'aménorrhée, l'ensemble du corps du fœtus réagit aux stimuli tactiles, il est dans une recherche active de contact.

Le nombre de récepteurs tactiles présents sur son corps reste le même de la naissance à l'âge adulte. A la naissance, il est hyperstimulé. Ses vêtements lui permettent donc d'intégrer progressivement une enveloppe physique, sensorielle qui le rassure et le contient. Il en est de même pour les caresses, les situations de portage, le contact peau à peau procuré par la figure maternelle.

Lorsque cette « protection » est ôtée, notamment lors du bain, le risque d'angoisse se trouve alors majoré par le fait que le bébé n'a pas encore construit une enveloppe psychique suffisamment sécurisante pour lui. Celle-ci a été décrite par **Donald Woods Winnicott** lors de son observation de la diade mère-enfant dans les actes de soin. Pour cause, le concept de holding, dont il est l'inventeur, est associé au portage, à la manière dont l'enfant est tenu, à la contenance physique et psychique. Le handling, quant à lui, fait référence à la manière dont les soins sont investis par la mère et l'enfant lors de la toilette ou de l'habillage, par exemple. Cela consiste en l'étayage des différentes sensations perçues, à la façon de parler à l'enfant, de le toucher, le masser. L'association de ces éléments permet à l'enfant de se construire, de constituer son identité.

Cependant, une excitation trop forte pour le nourrisson peut se transformer en douleur. Plus le bébé est petit, plus son temps de réaction est long et donc, plus le temps de latence entre la stimulation douloureuse et la réponse comportementale de l'enfant se voit allongé. En effet, son système nerveux, encore immature, ne possède pas de systèmes de contrôle et de modulation de la douleur optimaux. Des agressions répétées sans antidouleur peuvent laisser des traces neurologiques à l'enfant. Il mémorise et intègre sa douleur, imprimant des traces sur son système nerveux immature.

André Bullinger s'intéresse aux flux sensoriels qui atteignent les systèmes sensoriels dont l'organisme est doté. Il décrit les flux gravitaire, tactile, olfactif, sonore et visuel. Le flux tactile est créé « *par un gaz ou un liquide s'écoulant sur la peau, ou par le frottement d'objets solides sur la surface du corps* » ([12], page 27). André Bullinger distingue deux voies de transmission des informations tactiles, le système archaïque et le système lemniscal. Le système archaïque correspond aux aspects thermiques et douloureux alors que le système lemniscal ou récent fait référence à la sensibilité générale. A la naissance, le système archaïque est prédominant, il s'organise en tout ou rien. Il assure le dialogue tonique entre le bébé et son parent lors des situations de portage en permettant à ce dernier la compréhension des états toniques et des besoins de son enfant. La composante archaïque ne disparaît pas. Quand le système récent prédomine, le système archaïque assure une sorte « *d'arrière-fond tonique* » permettant l'intégration d'un axe corporel. Cela offre à l'enfant les capacités de découvrir le monde en restant organisé et structuré par ce tonus qui le porte.

B – Le rôle du toucher dans le développement :

Le toucher est le premier sens à se développer chez le fœtus, dès le milieu intra-utérin. Il est par exemple fréquent de voir une mère répondre aux coups de pieds de son bébé par une main posée sur son ventre, une légère pression. Le fœtus s'oriente vers cette présence tactile pour en ressentir le contact.

C'est sur cela que se base l'haptonomie, consistant à faire pratiquer des manœuvres du ventre à la mère pour créer du lien précocement avec son enfant. En effet, par la chaleur apportée par sa main, celui-ci se dirige vers la partie touchée. Le toucher a une importance dans la conscience de soi, dans la découverte des mouvements que l'on peut faire, de son corps et de l'environnement. Le bébé se construit dans la relation à l'autre, favorisée par le toucher.

Le bébé se familiarise ainsi avec les caresses de sa mère, qui unissent un avant et un après la naissance. L'accouchement peut être perçu comme un premier massage pour le bébé, un « *pétrissage intense* » ([53b], page 103), plutôt douloureux et désagréable. Il fait office de rupture entre l'anté et le post-natal. In utero, le fœtus étant porté, bercé par le liquide amniotique, maintenu par les parois utérines, le contact de sa mère lui fait ressentir une sensation de contenance et d'enveloppement. Après la naissance, la continuité des sens disparaît, le bébé perçoit alors un vide tactile et une hyperstimulation sensorielle (vision, audition...). Le toucher, déjà connu du bébé, permet ainsi à la mère de le rassurer, de le contenir.

Puis, dans le développement de l'enfant, le toucher se révèle également très utile.

Ashley Montagu met en relation cet élément avec la découverte du monde par le bébé ([46], page 86). En effet, l'enfant discerne l'espace environnant, son corps propre et les objets à sa disposition d'abord par la bouche en les saisissant avec ses mains. Celles-ci lui sert ainsi à découvrir le monde.

Le toucher est un sens primordial dans les liens d'attachement entre le bébé et sa mère. En cas de besoin, ce sont les bras de sa mère qui lui apportent contenance, sécurité et confort. Pour le bien-être de l'enfant, le toucher est primordial. Il a besoin d'être pris dans les bras, caressé... Les privations des autres stimulations sensorielles peuvent être compensées par le jeune enfant. Mais, une privation tactile en cas de séparation prolongée avec la mère entraîne ce que **René Spitz** a appelé l'hospitalisme. Ce syndrome a été mis en évidence dans les pouponnières en cas d'abandon ou de décès des parents et de non-compensation des liens affectifs. Ce phénomène montre des bébés qui pleurent dans un premier temps, recherchent un contact. Puis, après trois mois de privation, ils

refusent ces stimulations tactiles, l'alimentation pour aboutir à un retard de développement et une perte de poids ([18], pages 95 et 96). Le nourrisson finit par décéder de cette privation tactile.

Les comportements du bébé, les cris, les pleurs, ont pour but d'induire un rapprochement de la mère, d'attirer son attention. Celle-ci répond alors à ses besoins, notamment dans les situations de portage.

Plus tard, l'enfant « s'auto-stimule » d'un point de vue tactile par des caresses qu'il se procure pour découvrir ses propres sensations corporelles ou encore la succion de son pouce. Cela fait référence à une sorte d'objet transitionnel pour aborder plus calmement la séparation de son parent.

Le toucher a également un rôle dans la communication. Pour cause, bien avant la possibilité d'une communication langagière entre le bébé et sa mère, le dialogue se fait, lors des situations de portage, par le biais du tonus. Le toucher nous indique donc l'état émotionnel de la personne au travers du tonus. En effet, **Henri Wallon** décrit le dialogue tonique en démontrant qu'émotions et tonus sont intimement liés. **Julian de Ajuriaguerra** reprend ce terme en développant le concept de dialogue tonico-émotionnel [7]. Consciemment ou inconsciemment, abaisser son tonus conduit à une diminution de la tension psychique et inversement. Une émotion nous saisit corps entier.

La peau et le toucher ont une fonction supplémentaire. Les communications tactiles avec l'environnement forment une base pour le développement des fonctions psychiques de l'enfant et l'étayage du moi. C'est ce que **Didier Anzieu** a décrit sous le concept du Moi-Peau, repris par **Joël Savatofski** ([53b], page 106). Selon **Esther Bick**, ce sont les situations de portage dans les bras de sa mère qui permettent à l'enfant de développer sa pensée et son identité. La peau et le toucher semblent donc indispensables à la maturation psychique du bébé.

« *La régression qui accompagne toute maladie réveille le petit enfant qui sommeille en chaque adulte* » ([53b], page 107). Dans le massage, le corps porté, soutenu et contenu vécu par le nourrisson est expérimenté de nouveau par le sujet âgé. Toutefois, il ne s'agit pas d'infantiliser les personnes âgées lors des prises en soin.

C – Le toucher chez la personne âgée :

Le toucher est le dernier sens à s'éteindre chez la personne âgée. Il a donc un intérêt pour le psychomotricien pour entrer en communication avec cette dernière. Il est ainsi fréquent, en EHPAD, de saluer les résidents par un geste commun, se serrer les mains. En cas de démence sévère, un simple

contact de la main sur l'épaule du résident en EHPAD peut suffire à induire une qualité de présence. La façon dont nous allons toucher cette personne, inconsciemment, l'informe alors sur nos intentions. Ce geste induit un sentiment de compréhension, de bienveillance, d'écoute chez le patient ou au contraire, à de l'agressivité. Ce toucher permet une rencontre entre deux personnes, une interaction. Par ce geste, le praticien s'implique dans le contact qui ne peut tromper, à l'inverse de la parole. En effet, si le langage et les gestes reflètent des émotions antagonistes, le sujet se réfère préférentiellement au sentiment induit par le non verbal.

Plusieurs auteurs rapportent que les personnes âgées souffrent d'une diminution de contacts tactiles alors que « *les besoins tactiles ne semblent pas décroître avec l'âge [...], ils semblent plutôt augmenter* » ([23], page 53). Les personnes âgées verbalisent une nécessité, un besoin d'être touché. **Emilie Charpentier** nous confirme que l'image du vieillissement par la société contribue à la diminution des stimulations tactiles chez les personnes âgées ([15], page 10). L'absence de contact physique est alors vécue comme un manque important. En effet, du fait de l'isolement, la diminution des relations sociales éprouvées pour un grand nombre de personnes âgées, la solitude tactile et le manque de réconfort semblent être exténuants. Un lien peut donc se créer avec le sujet dans la relation thérapeutique. Par exemple, une simple présence est souvent agréable pour le résident en EHPAD. Le toucher permet donc d'entrer en relation, de communiquer par un contact mimant les émotions du sujet. Nous pouvons alors instaurer une relation de confiance, d'échange et un climat de sécurité.

Mme O., résidente de 89 ans, est très anxieuse et agitée. Cette dame déambule beaucoup, augmentant ses risques de chute. Elle ne s'apaise que lors d'un contact tactile avec quelqu'un. Mme O. est sensible au toucher. Lors de ce contact, elle a tendance à caresser la main de la personne présente à ses côtés. Cela s'apparente à un « *besoin inavouable d'être touché et rassuré* » ([53a], page 78).

Les manifestations non verbales (gestes, postures, expressions faciales, regard, contact tactile), sont donc un recours que le psychomotricien peut utiliser dans la communication et la relation avec la personne âgée.

Mme J. est une résidente de l'établissement, elle est âgée de 92 ans. Cette dame est atteinte d'une démence avancée. Celle-ci altère ces capacités langagières.

Une communication avec Mme J. doit donc passer par un autre canal. Lorsque je la rencontre, je m'assois face à elle afin de parvenir à capter son regard. Puis, un simple contact prolongé et bienveillant au niveau du genou a suffi pour obtenir un sourire. Son regard me laissait comprendre qu'elle était présente dans la relation. Un contact visuel et tactile, associé à une voix calme et audible sont importants afin de montrer un engagement dans le rapport à l'autre.

Toutes ces manifestations non verbales sont importantes dans la relation avec la personne atteinte de démence. En effet, ces expressions du sujet sont conscientes ou inconscientes et semblent nécessiter moins d'efforts cognitifs que le langage qui, pour rappel, est altéré simultanément aux troubles cognitifs. La personne souffre dans un premier temps d'un léger manque du mot, suivi d'un discours confus avec une communication uniquement dans une relation duelle. Puis, dans le dernier stade de la démence, nous observons une absence de langage. Certaines études montrent une qualité de communication non verbale constante lors de la maladie, d'autres concluent à une perturbation de ces expressions conjointement à l'altération langagière ([56], page 185). Il semblerait alors que ces gestes et expressions soient préservées mais avec des réactions moins intenses ou des mouvements plus flous.

Au fil du vieillissement, l'autonomie de la personne âgée diminue, particulièrement en cas de pathologie. Les troubles et incapacités croissent. L'enjeu de la prise en soin est donc de tenter de préserver au mieux cette autonomie et la qualité de vie des personnes âgées. Ces troubles et incapacités provoquent, pour le résident, une vision du corps devenu étranger, vécu comme un objet. La personne est dépossédée de son corps. En établissement, les soins corporels (aide à la toilette, aux déplacements, à la prise alimentaire) majorent ce sentiment de corps objet, de dépendance totale à autrui. Dans les EHPAD, des règles de collectivité ont été établies. Il convient donc de s'adapter à celles-ci (heures des repas, des couchers), cela renforce le sentiment d'être dépossédé de son corps.

L'enjeu du toucher est de redonner vie à ce corps désaffecté. La réappropriation de son corps par le sujet le rend ainsi capable d'éprouver à nouveau un plaisir psycho-corporel.

Pour les personnes âgées, les bénéfices physiologiques du toucher et du toucher thérapeutique sont nombreux.

Au niveau corporel, le toucher favorise le retour veineux et augmente la vascularisation tissulaire. Les tensions musculaires s'affaiblissent sous le contact tactile. Cette diminution permet une augmentation des amplitudes articulaires et un accroissement du panel de mouvements à la disposition du patient. Du fait du sentiment de bien-être qu'il procure, le toucher augmentera la quantité de lymphocytes T disponibles, renforçant le système immunitaire de la personne âgée.

Au niveau psychique, nous pouvons remarquer une diminution du taux de cortisol, hormone du stress, à la suite d'un toucher-massage. Ce moment s'accompagne d'une détente, d'une sensation de calme. Grâce à la réduction du stress et de l'anxiété, le toucher offre de meilleures capacités de vigilance au sujet. Une répétition de ces instants de bien-être favorise une meilleure qualité de sommeil et d'alimentation de la personne âgée. Tout cela participe à une meilleure estime de soi.

Le toucher est le sens le plus préservé chez la personne âgée. De ce fait, le toucher thérapeutique est une médiation intéressante chez les sujets vieillissants présentant des douleurs chroniques. Le psychomotricien apporte des spécificités intéressantes dans cet accompagnement.

PARTIE 4 – LE TOUCHER THERAPEUTIQUE DANS LA PRISE EN

SOIN PSYCHOMOTRICE DE LA PERSONNE AGEE

DOULOUREUSE CHRONIQUE

Chapitre 1 – Présentation de la structure de stage :

L'EHPAD dans lequel j'ai effectué mon stage est un établissement accueillant 87 résidents, d'un niveau d'autonomie allant du Groupe Iso-Ressource ou GIR 4 (personnes avec une autonomie modérée, nécessitant une aide pour les déplacements, les transferts, les soins corporels et/ou les repas) au GIR 1 pour les personnes confinées au lit ou au fauteuil, nécessitant une aide totale (Annexe 6).

Dans cet établissement, nous retrouvons un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) pouvant accueillir 14 résidents. C'est un espace aménagé, dédié à l'accompagnement de résidents atteints de démences et de troubles dits modérés. Il s'agit d'un environnement rassurant et stimulant pour les personnes âgées. De nombreuses activités leur sont proposées durant la journée de présence.

Une Unité Protégée pour Personnes Désorientées (UPPD) accueille également 14 résidents atteints de démences. Cette unité permet l'accompagnement des troubles psycho-comportementaux sévères.

L'équipe présente dans cet établissement est constituée d'un médecin coordonnateur, d'une infirmière coordinatrice, d'infirmières, d'aides-soignants, d'aides médico-psychologiques, d'assistantes de soin en gérontologie, d'agents hôteliers, d'une animatrice.

L'équipe paramédicale comprend la présence de deux kinésithérapeutes (1,7 Equivalents Temps Plein), une psychologue (0,5 ETP), une ergothérapeute (0,5 ETP) et deux psychomotriciennes (1,8 ETP). Cette équipe est renforcée par la présence de deux kinésithérapeutes libéraux, de médecins généralistes, d'une orthophoniste, de pédicure-podologue et d'une socio-coiffeuse.

Les psychomotriciennes ont mis en place de nombreux ateliers (prévention des chutes, relevé du sol, gymnastique douce, taïso, stimulation sensori-motrice, atelier cuisine, balnéothérapie, canithérapie...).

Au sein de l'EHPAD, la prise en soin de la douleur est primordiale. La psychomotricité a une place importante dans cette intervention. En effet, cette profession se définit comme une thérapie

non médicamenteuse à médiation corporelle. Elle a donc toute sa place dans la prise en soin de douleurs.

Chapitre 2 – Psychomotricité, douleurs et toucher thérapeutique :

A – Aspects techniques du toucher thérapeutique :

Le toucher-massage comporte plusieurs manœuvres proposant des bénéfices différents. Celles-ci s'exercent sur la peau, les muscles superficiels et profonds ainsi que sur la structure osseuse. Différentes forces de pression sont exercées sur le patient, en s'ajustant à ce qu'il apprécie.

Les séances de toucher thérapeutique débutent par une prise de contact durable et fixe pendant quelques instants afin que ce geste ne soit pas vécu comme intrusif ou brutal. Puis, des mouvements de lissage globaux sur le corps entier sont exercés à titre de rituel en début et en fin de séance. Ces mouvements concèdent au sujet une prise de conscience corporelle globale malgré un toucher-massage potentiellement réalisé sur une région du corps. Le lissage, réalisé avec le plat de la main en variant l'intensité, sert d'unificateur aux perceptions corporelles par le biais de sensations au niveau de la peau. La mise en place d'un rituel devient, pour le sujet, le moyen d'entrer dans un état psychique adapté, de se centrer sur l'instant présent, il se libère des pensées envahissantes. Les manœuvres d'effleurement concèdent également au sujet, une perception des limites du corps, une meilleure perception de celles-ci par la peau. Ces effleurements légers sont également utilisés au niveau des articulations pour les réchauffer et donc les assouplir.

Au niveau des muscles, les manœuvres les plus utilisées sont les mouvements de friction, de palper-rouler, de pétrissage, de meulage et de pression. Les frictions sont des mouvements circulaires avec un ou plusieurs doigts. Le meulage se réalise avec le talon de la main. Le pétrissage est une manœuvre de glissement entre la pulpe des doigts et la paume de la main. Ces mouvements intéressant les muscles participent à la libération des tensions musculaires et favorisent la circulation sanguine. Ils ont des effets tonifiants et antalgiques. Par leur action sur les muscles et le tonus, ces manœuvres procurent un effet de contenance. C'est sur ces fonctions que se fonde le dialogue tonico-émotionnel.

Les manœuvres fréquemment utilisées au niveau des os font appel à la globalité du squelette humain et aux appuis du sujet. Pour cause, les percussions, vibrations et tapotements sont réalisés avec le poing, la tranche ou la paume de la main pour une stimulation des articulations et des os. Cela favorise la détente du sujet en lui procurant les sensations de solidité imputables à cette structure du corps. En effet, une meilleure perception de l'axe du corps apporte une confiance dans ce dernier. Ces

mouvements concèdent également une prise de conscience des articulations, jointures entre les segments osseux. Les vibrations se propagent en effet d'os en os avant de s'épuiser.

Toutes ses manœuvres procurent au sujet une conscience de la globalité de son corps, une perception unifiée.

De plus, la direction du mouvement effectué fait l'objet de sensations différentes éprouvées par le sujet. En effet, si nous prenons l'exemple du bras, un mouvement remontant en direction de la tête possède plutôt des effets tonifiants alors qu'un mouvement vers l'extrémité distale du bras est vécu comme apaisant et participe à la détente du sujet.

Ces séances nécessitent un engagement de tout le corps du psychomotricien. Celui-ci doit s'installer dans une position agréable afin de ne pas générer d'inconfort dans les mouvements procurés à la personne.

Lors de l'établissement du projet thérapeutique, un choix se pose en ce qui concerne l'huile ou la crème de massage. Cette huile n'est pas une obligation mais elle facilite les mouvements de toucher-massage. Chez les personnes âgées, celle-ci est recommandée du fait de la fragilité de leur peau. Le patient est inclus, si cela est possible, dans cette décision. Une huile comportant une qualité olfactive appréciée du sujet rend le toucher-massage satisfaisant. Une autre possibilité s'offre à nous, les huiles essentielles diluées dans de l'huile végétale. Elles ajoutent un effet symptomatique au toucher thérapeutique.

L'utilisation de médiateurs est également possible si le contact peau à peau est difficile. Cela peut permettre d'initier cette prise en soin afin de proposer ensuite un toucher-massage à contact direct. Par exemple, des balles (lisses, à picot, dures, dégonflées) font l'intermédiaire pour les mouvements de pressions et des mouvements appuyés et glissés. Des foulards servent dans l'effleurement de la peau et des tiges en bambous, entre autres, pour les percussions.

De par ces aspects techniques dans les séances qu'il propose, cette médiation pratiquée par le psychomotricien, comporte de nombreuses spécificités importantes dans la prise en soin de la personne âgée douloureuse chronique.

B – Intérêts du toucher thérapeutique dans la prise en soin psychomotrice de la personne âgée douloureuse chronique :

Durant mon stage, cette année, en EHPAD, une journée par semaine, j'ai assisté et réalisé des séances de toucher thérapeutique. Celles-ci sont soumises à l'accord du médecin coordonnateur, lors d'une réunion en équipe pluridisciplinaire (équipe soignante, infirmière coordinatrice, psychomotriciennes, ergothérapeute, kinésithérapeutes).

Précédemment à l'élaboration du projet thérapeutique, un bilan psychomoteur est généralement réalisé, il comprend un temps de rencontre, des observations cliniques et/ou des tests normés. Dans cette structure, des tests tels que l'Examen Géronto-Psychomoteur et le Tinetti sont proposés aux résidents, mais, les bilans relèvent principalement d'observations cliniques. Selon l'indication de prise en soin et les objectifs déterminés à la suite de cela, un accompagnement en psychomotricité peut être envisagé, potentiellement par le biais de la médiation du toucher thérapeutique.

Lors de ce stage, j'ai donc pu réaliser en autonomie la prise en soin de trois résidents douloureux chroniques en utilisant la médiation du toucher-massage. Les objectifs de ces prises en soin sont une diminution du vécu corporel douloureux ainsi que de l'hypertonie qui lui est généralement associée, une renarcissisation du sujet à travers une prise de confiance en lui et en son corps ainsi que l'apport d'un moment de détente et de bien-être.

J'ai d'abord rencontré ces résidents dans le but de me présenter, puis de leur proposer cette prise en soin en leurs expliquant les objectifs. L'accord du patient est primordial pour l'élaboration du projet thérapeutique. Face à un refus, la prise en soin se doit d'être réajustée par le psychomotricien. Une relation thérapeutique est importante avant de mettre en place un suivi régulier. Celle-ci donne à la médiation et aux séances leurs potentialités thérapeutiques.

Les séances que j'ai mises en place se déroulent dans un cadre défini, réfléchi à l'avance. Ce dernier structure l'espace de soin. Il est important afin de donner à la médiation toute sa potentialité thérapeutique. **Catherine Potel** distingue un cadre physique (conditions concrètes de la séance : lieu, matériel, horaire, durée, professionnel, en groupe ou en individuel...) et un cadre psychique qui a une fonction de contenance et de pare-excitation ([50], page 322 à 324). La connaissance que le psychomotricien a de lui-même, de son corps, de ses capacités soutiennent le projet thérapeutique. Cette permanence du cadre permet aux résidents d'intégrer des repères rassurants mais aussi d'investir pleinement la séance. Cela est important dans la prise en soin de la douleur pour instaurer

une régularité chez le patient douloureux. En effet, la souffrance renvoie à une instabilité bouleversant le sujet.

Ces séances ont été proposées dans la chambre ou au sein de la salle multi-sensorielle. En chambre, la personne âgée s'installe alors sur son lit, en position couchée, en décubitus dorsal ou ventral, selon la région corporelle massée. En salle multi-sensorielle, la personne âgée investit le matelas à eau ou le fauteuil, en position assise ou couchée. Une ambiance plus propice à la détente est alors adoptée (colonne à bulle, projection d'étoiles au plafond, musique calme...). L'eau chaude du matelas à eau majore l'effet antalgique du toucher-massage.

Durant ces séances, une attention particulière est portée à l'installation du patient (assis ou allongé). Celle-ci se doit d'être la plus confortable possible pour ne pas générer de douleurs supplémentaires. Malgré tout, le patient a tout de même l'occasion de réajuster son positionnement si celui-ci devient inconfortable au cours de la séance. Un questionnement attentif précédant le toucher-massage concerne les réticences, les pathologies, les prothèses, les douleurs et ressentis du patient pour s'adapter au mieux lors de ce moment.

Ces séances comportent un rituel de début (verbalisation des émotions du jour) et de fin (reprise progressive, discussion autour des sensations corporelles éprouvées lors de la séance). Les touchers se font par l'intermédiaire d'un contact peau à peau.

Lors des séances, j'ai pu proposer l'échelle numérique afin d'évaluer la douleur des personnes âgées avant et après la séance. Une diminution significative de l'algésie est retrouvée, à court terme, sur cette évaluation.

En psychomotricité, le toucher-massage, de par la relation duelle qu'il impose, installe une relation privilégiée entre le thérapeute et le patient. La façon dont le contact est présenté conditionne ce début d'interaction et de relation qui s'instaure. Une vigilance est accordée à la qualité du contact produit. Un toucher calme, enveloppant, apaisant définit les prémices d'une relation de confiance entre le soignant et la personne soignée. Une rupture de ce contact ou un contact inadapté peut inquiéter la personne âgée atteinte de démence, le toucher devient alors vécu de manière destructurante et désorganisant. Le patient est alors envahi par des angoisses de morcellement, de solitude tactile et d'imprévisibilité.

Les séances mises en place sont des prises en soin individuelles. Elles offrent à la personne âgée un temps, un lieu et un thérapeute disponible et à l'écoute des maux du corps et de l'esprit. En EHPAD, ce moment privilégié est vécu comme étant très important par les sujets âgés. La diminution

des relations sociales et l'isolement provoquent un besoin ou attrait pour les situations d'interaction, de relation. Le toucher thérapeutique permet au résident de se sentir soutenu et privilégié.

En effet, le toucher thérapeutique favorise la diminution du stress et de l'anxiété qui accompagnent l'algésie. Celle-ci est alors mieux tolérée. Le bien-être et la détente vécus pendant ce moment permettent une augmentation du seuil de la perception douloureuse. La personne âgée recentre alors son attention sur vécu corporel, agréable, en se détournant des sensations douloureuses qui mobilisaient jusqu'alors son esprit.

Le toucher thérapeutique permet également le relâchement des tensions musculaires. La douleur qui s'ajoute à ces contractions se voit ainsi abaissée. Le toucher-massage participe à la libération d'endorphines, de sérotonine, de dopamine, de mélatonine et d'ocytocine. Ce sont des hormones reconnues comme favorisant le plaisir, le sommeil et la vigilance. Elles ont également un rôle antalgique car elles stimulent les fibres longues de la sensibilité générale qui transmettent les informations plus rapidement au cerveau que les fibres courtes amenant les informations nociceptives ([23], page 131). L'ocytocine réduit notamment l'anxiété et le stress.

Les troubles du comportement sont également fréquents chez les personnes âgées atteintes de démence. Ils peuvent potentiellement être liés à des phénomènes douloureux découlant de contractions musculaires par exemple. Une anxiété peut également être retrouvée, elle majore l'hypertonie et donc les douleurs.

Si nous reprenons le cas de Mme O., femme de 89 ans, souffrant de démence et de troubles du comportement. La démence de Mme O. peut être caractérisée comme étant à un stade sévère. Elle affecte en effet ses capacités langagières et de compréhension. Les paroles de cette résidente relèvent principalement d'écholalies. Mme O. souffre également de douleurs importantes au niveau de la nuque avec une hypertonie globale liée à des angoisses importantes.

Plusieurs séances de toucher-massage d'une durée de 20 minutes lui ont été proposées au niveau du dos, de la nuque et du cuir chevelu. Avant ces séances, Mme O. s'agite, tape violemment sur la table du salon où sont présents les résidents de l'unité protégée. Tout cela est ajouté à des écholalies très présentes : « ça ne va pas ! ». Je décide donc de débiter la séance en lui proposant un toucher thérapeutique de la nuque, région facilement accessible lors des périodes d'agitation de Mme O. Au fil de la séance, les écholalies de cette résidente se transforment : « ça va, ça fait du bien ». Puis, Mme O. me guide vers les régions de son corps les plus douloureuses. Elle finit alors la séance en s'endormant et se laissant aller au relâchement psycho-corporel.

La prise en soin de la douleur, le relâchement musculaire peut donc contribuer à un apaisement psycho-corporel et à la diminution des troubles du comportement, au moins momentanément. Cela présente d'importants bénéfices pour le sujet âgé, notamment en cas de douleur.

Le toucher thérapeutique n'est pas anodin. En effet, il peut faire resurgir des émotions passées, enfouies dans les souvenirs de la personne âgée. « *Lorsqu'on pratique un massage sur des sujets âgés, des émotions passées remontent à fleur de peau* » ([57], page 116). Celles-ci sont réactivées et la mémoire sensorielle peut rapporter à la conscience le bien-être et les sensations corporelles agréables oubliées.

Mme V. est une femme de 81 ans. Cette dame souffre d'un syndrome démentiel. Sa famille est domiciliée à une distance importante de l'établissement. Les visites rendues à Mme V. sont donc plus espacées.

Lors d'une séance de toucher thérapeutique, un massage des membres inférieurs lui a été proposé. Soudain, j'aperçois qu'elle pleure. Je décide alors de la questionner sur ses émotions. Du fait de l'attention qui lui est portée durant ce moment, Mme V. prend conscience de la solitude dont elle souffre et fond en larmes.

Par l'intermédiaire du toucher thérapeutique, nous observons un réinvestissement corporel. Le corps redevient une source de plaisir. Le sujet âgé perçoit une sensation d'enveloppement, de contenance, de solidité, il peut avoir à nouveau confiance en son corps et, de ce fait, en lui. Le schéma corporel peut être réunifié par l'intermédiaire du toucher-massage, il fait appel à la mémoire corporelle du sujet. Celui-ci peut alors libérer certaines émotions enfouies. Cette médiation participe à l'intégration des sensations corporelles.

Ainsi, par le biais du toucher thérapeutique et de la détente procurée, la personne ne vit plus son corps comme lieu de douleurs et de souffrances mais comme pouvant être à l'origine de plaisir et de bien-être. Cela permet à la personne âgée d'intégrer des sensations corporelles non douloureuses et une perception plus positive de son corps. Une diminution de la souffrance psychique est également observée du fait du temps de rencontre, d'écoute et de présence à la disposition du résident.

Il est important de prendre en considération qu'il existe des contre-indications au toucher-massage, elles sont peu nombreuses. La principale relève du fait que le patient soit réfractaire à cet acte. Le toucher thérapeutique est déconseillé dans les périodes de fièvre à cause d'un risque d'augmentation de la température corporelle. Il l'est également en cas de processus inflammatoire, d'hématome (potentiellement douloureux) et de lésions dermatologiques (risque de propagation). Le toucher-massage est complètement interdit en cas de phlébite pour cause d'un risque de migration du caillot sanguin.

L'hypertonie est très fréquente chez les résidents douloureux chroniques. C'est une sorte de protection contre des algésies supplémentaires. Mais, elle majore les sensations douloureuses. Tout cela demande une attention particulière du psychomotricien lors de la prise en soin des douleurs chez la personne âgée.

C - L'importance du toucher thérapeutique dans la prise en soin de l'hypertonie liée à la douleur :

1. Les positions vicieuses :

La douleur est accompagnée très fréquemment d'hypertonie. Des contractions musculaires involontaires vont donc évoluer de crispations localisées vers une propagation des contractures de la région douloureuse aux autres régions corporelles. Ces tensions, d'abord segmentaires, ont dans un premier temps, une visée antalgique. Mais, le maintien durable de ces contractions devient source de douleurs supplémentaires qui diffusent une augmentation du tonus dans le reste du corps.

Cette hypertonie entraîne une diminution de l'activité psychomotrice, une diminution de l'amplitude articulaire et restreint le nombre de mouvements effectués par le sujet.

Pour se protéger de sa douleur qui envahit peu à peu tout son corps, la personne n'a d'autre moyen que de trouver des positions antalgiques, évaluées d'ailleurs par l'échelle d'hétéro-évaluation Doloplus (Annexe 7). L'évolution dans le temps de ses positions antalgiques va dans le sens d'une limitation de la mobilité et de rétractions tendineuses. Ces positions, ayant au départ une visée de diminution des douleurs, en deviennent la source.

En cas de vieillissement et de démence, la perte d'autonomie des personnes âgées, associée à une diminution des mouvements effectués, vont faire l'objet de nombreuses rétractions tendineuses, évoluant vers une position d'enroulement du corps.

Mr N., résident de 90 ans, présentant un niveau d'autonomie évalué à un GIR 2, souffre d'une démence mixte corticale et sous-corticale. Ce monsieur est accueilli en EHPAD en raison d'importantes chutes et de troubles du comportement à domicile. Mr N. est confronté à une importante perte d'autonomie et de mobilité. Il est installé dans un fauteuil roulant confort.

Dans ce fauteuil, Mr N. présente une position vicieuse d'enroulement avec une nuque en hyper-extension. En effet, nous pouvons remarquer une diminution du tonus de fond nécessaire au maintien de sa tête. Cette attitude provoque chez lui d'importantes douleurs musculaires à la nuque et dans le dos.

Les rétractions tendineuses sont donc vectrices d'importantes douleurs. Le toucher thérapeutique participe à la prise en soin de celles-ci, en association avec de la kinésithérapie entre autres. En effet, le toucher-massage permettra un apaisement psycho-corporel, une détente mais aussi un abaissement du tonus musculaire. Des mouvements légers vers l'extrémité distale du corps favorisent l'ouverture. Ces manœuvres diminuent la position d'enroulement et les rétractions tendineuses, au moins pendant la durée de la séance.

2. Un mécanisme de défense, une enveloppe de souffrance :

En cas de douleur, une sorte de protection est déployée inconsciemment par le sujet à titre d'hypertonie. L'algésie est vécue par le sujet comme une attaque à l'intégrité de son corps. Le corps lutte donc contre cette agression en organisant une activité tonique.

Pour se protéger, le sujet se dote inconsciemment une sorte de carapace tonique. Cette hypertonie est un mécanisme de défense du sujet contre le risque de majoration douloureuse, d'envahissement par la douleur.

L'augmentation tonique peut être assimilée à une enveloppe de souffrance, décrite par **Micheline Enriquez** en 1984, puis reprise par **Didier Anzieu** en 1985 dans le « *Moi-Peau* ». Le tonus mis en place face à cette douleur est alors vécu comme contenant, formant une sorte de « *seconde peau* » ([20], page 119). Par cette enveloppe, le tonus vient soutenir l'unité corporelle. L'enveloppe tonique porte l'enveloppe de la peau.

L'enjeu, par le toucher, est donc de favoriser les moments de relâchement musculaire. Cette détente peut être vécue par le sujet lors des temps d'endormissement, si la douleur est absente à cet instant. Une précaution doit être portée à la carapace tonique qui protège le sujet. En effet, la

personne a besoin de cette hypertonie pour maintenir son corps uni face aux douleurs qui l'envahissent. En abandonnant trop rapidement cette carapace, le sujet risque de s'en retrouver déstructuré.

3. Les enjeux de la détente musculaire :

Dès 1891, **Zabludowsky** et **Maggiore** montrent que des manœuvres de pression musculaires auront un effet de détente ([11], page 20). Puis, en 1995, **Tidus** et **Shoemaker** mettront en évidence l'effet réducteur de la douleur musculaire du toucher ([11], page 21).

Le toucher permet, par le tonus de fond, de mobiliser la fonction contenante et donc d'offrir au sujet une cohésion d'ensemble, une continuité dans la perception de son corps.

Le tonus et le toucher sont à la base de la communication. C'est la première forme de communication du bébé, primitive, entre la mère et son enfant. Les états toniques sont liés à une composante émotionnelle, visible lors des mimiques, des cris, des rires. Ces deux composantes sont prises en compte dans la communication non verbale que ce soit pour la compréhension ou la production du discours. Les personnes atteintes de démence sévère, ayant des capacités langagières altérées, le recours pour comprendre leurs besoins et attentes, devient alors le tonus, la communication tonico-émotionnelle. Si la douleur provoque une hypertonie globale avec peu de temps de relâchement musculaire, cette capacité de communication s'en voit entravée.

Selon **Julian De Ajuriaguerra**, en 1974, « *les modifications toniques accompagnent chaque affect, mais aussi chaque fait de conscience. Chaque affect produit une certaine variation tonique dans l'ensemble de la musculature* » ([3], page 152).

La détente musculaire entraîne donc une détente psychique du fait des relations entre le tonus et les émotions. Notre accompagnement et notre capacité de régulation tonique peuvent aiguiller le sujet pour passer d'un état tonique à un autre. De ce fait, nous pouvons par exemple aider la personne à relâcher une tension musculaire, mais aussi une émotion enfouie. En effet, en agissant sur les tensions musculaires, par le toucher, le psychomotricien facilite le déblocage émotionnel.

Le toucher thérapeutique permet à la personne âgée d'intégrer des sensations corporelles non douloureuses. Une perception plus positive du corps en engendre une écoute plus attentive.

Des précautions doivent être prises en compte avant d'utiliser une médiation corporelle telle que le toucher thérapeutique. Ces difficultés que l'on peut rencontrer peuvent s'observer dans la

relation entre le patient et le soignant. D'autres sont propres au sujet de la douleur ou à la population des personnes âgées, demandant des adaptations particulières.

Chapitre 3 – Les limites du toucher :

A – Limites dans la relation :

Du fait d'une mémoire sensorielle, la personne touchée peut associer le toucher à une expérience négative (agressions contre le corps, violence, sensations désagréables).

Une appréhension au toucher peut être vécue par le psychomotricien ou la personne âgée, du fait d'une mauvaise expérience ressentie ou de douleurs par exemple. Lors du phénomène d'allodynie, le seuil douloureux se retrouve abaissé. Chaque stimulus, normalement indolore, peut alors déclencher une douleur chez le sujet.

L'appréhension au toucher se manifeste par une répulsion, un retrait, du dégoût ou de la gêne. C'est la principale contre-indication pour la pratique du toucher-massage. Cela se ressent dans la posture, dans la façon d'être et de faire, dans la relation, du patient. Le toucher-massage peut être pris comme une intrusion de la part du patient de par la proximité corporelle dont il est question. En effet, selon **Edward T-Hall**, le contact tactile s'inscrit dans une distance intime entre le patient et le soignant ([11], page 73). La proximité doit donc être abordée progressivement afin de trouver la bonne distance et de préserver une relation thérapeutique de qualité entre les deux partenaires de soin.

Le toucher est un acte réciproque. **Maurice Merleau-Ponty** précise que lorsqu'on touche, on a une « *immersion de l'être touché dans l'être touchant et de l'être touchant dans l'être touché* » ([44], page 308). Lorsque je touche, je suis touché. Il convient donc de rester vigilant aux transferts et contre-transferts entre le thérapeute et la personne touchée. Le transfert correspond aux sentiments que le patient projette sur le thérapeute. Le contre-transfert définit les affects du thérapeute envers le patient. Le soignant doit donc être à l'aise avec cette pratique et le fait d'être touché pour proposer ces séances. Le choix de la médiation nécessite donc une véritable réflexion de la part du soignant.

L'intentionnalité du geste est également importante. Cet acte peut être perçu comme un geste de tendresse, de protection, de réconfort, ou encore comme érotisé selon la manière dont il est présenté au patient. En tant que rencontre corporelle, le toucher n'échappe pas à la question de l'érotisation chez le patient. Le soignant ne doit pas vivre cette ambivalence comme un tabou mais plutôt être à l'aise avec cela pour l'appréhender et la contrer au mieux. Selon **Joël Savatofski**, le

soignant doit être clair, « *la sexualité est reconnue, intégrée, acceptée dans la vie et non pas évacuée et niée* » ([53b], page 127).

Dans cette pratique, le soignant doit rester vigilant à son positionnement, aux actes et gestes qu'il propose au patient. En cas de mauvaise position prise par le thérapeute pendant le massage, ce dernier est soumis à d'importantes tensions musculaires et douleurs, il est contracté et ses aptitudes à transmettre une détente au patient, par l'intermédiaire du dialogue tonico-émotionnel, sont mises à mal. Les bienfaits du toucher thérapeutique en sont diminués.

Il en est de même pour un mauvais positionnement du patient lors de son installation avant le commencement de la séance. En effet, il convient de demander au patient s'il se sent bien installé et d'y prêter une attention importante si celui-ci n'est pas capable de la verbaliser. En cas de mauvaise installation, le patient n'ose possiblement pas se réinstaller au cours de la séance et peut rester dans une position inconfortable qui attire son attention, le rend incapable de se détendre et de profiter de l'instant.

B – Limites du fait de la douleur :

Le toucher peut réveiller des expériences vécues antérieurement par le sujet. Par exemple, dans le cas d'opérations, le contact tactile sur les zones opérées ou les cicatrices peut raviver les sensations et émotions éprouvées lors de ce moment et être très difficile pour le patient.

Lors d'un contact tactile, la possibilité de réveiller des douleurs chez le sujet n'est pas négligeable à type d'allodynie (phénomène décrit précédemment) ou de décharges électriques. En effet, comme le précise **Odile Gaucher-Hamoudi**, le toucher est recommandé dans les douleurs nociceptives, stimulant les modulations de la douleur par le *gate control* ([24], page 38). Mais, dans le cas des douleurs neuropathiques, le massage peut alors créer des sensations douloureuses et inconfortables de type décharges électriques. Cette auteure précise que ces douleurs sont plutôt soulagées par des stimulations thermiques froides. Il convient donc de préciser que ces sensations inconfortables lors du toucher thérapeutique peuvent majorer la crainte du sujet, mais aussi, de l'angoisse et interférer dans la relation de soin.

C – Précautions à prendre avec les personnes âgées :

Premièrement, la peau des personnes âgées étant plus fine, plus fragile, des précautions sont à prendre. De ce fait, l'utilisation d'une huile ou d'une crème de massage est donc mieux tolérée. La pression du toucher sera également à adapter à cause des veines souvent saillantes et des capillaires sanguins plus fragiles chez les personnes âgées.

Les personnes âgées étant plus susceptibles aux fragilités osseuses, rhumatismes, douleurs arthrosiques, mais également aux prothèses, il convient de s'assurer que ce toucher-massage n'occasionne pas de douleurs.

Plus précisément dans le cadre des démences, des angoisses de morcellement peuvent toucher le sujet âgé. Le fait de rompre le contact pendant le toucher thérapeutique devient alors angoissant, associé à la perte de la continuité corporelle et à l'explosion des limites du corps. Un toucher harmonieux et globalisant est alors primordial.

De plus, des troubles du comportement sont fréquents chez les patients déments, des précautions sont à prendre pour ne pas majorer ces troubles comme l'anxiété, l'agressivité. En effet, des gestes brusques ou des agrippements involontaires de la part du soignant pourraient générer des conduites hétéro-agressives du patient. La communication verbale peut donc accompagner les gestes si la compréhension langagière de la personne reste préservée.

Chapitre 4 – Etude de cas :

Mme L. bénéficie d'une séance de balnéothérapie par semaine, dans un spa, avec l'une des psychomotriciennes de l'établissement. C'est durant l'une de ces séances que j'ai fait la connaissance de Mme L. Cette dernière bénéficie d'une séance de balnéothérapie dans un spa une fois par semaine. Dans cette étude de cas, je vais donc décrire son histoire de vie et ses antécédents. Ensuite, j'aborderai le bilan psychomoteur réalisé et les prises en charges dont bénéficie Mme L. dans la structure. Puis, je décrirai les prises en soins en psychomotricité spécifiquement. Enfin, je soulignerai le déroulement de ces séances et leur évolution.

A – Anamnèse :

1. Histoire de vie :

Mme L. est une femme de 82 ans. Jusqu'à l'âge de 19 ans, cette dame a pratiqué la gymnastique et le contorsionnisme à un très haut niveau pendant près de 10 ans. Cette pratique a permis à Mme L. d'acquérir des habitudes comme des temps de relaxation, qu'elle pratique en autonomie dans sa chambre, mais également des temps de spa qu'elle possédait chez elle. C'est à l'âge de 19 ans qu'elle arrête brutalement ce sport en raison de problèmes de santé. Mme L. a ensuite occupé un poste administratif.

Mme L. a une fille et un fils mais elle n'a plus de contacts avec ce dernier. Elle est divorcée. Elle s'est longtemps occupée de sa mère lorsque celle-ci vivait à son domicile. Mme L. avait l'habitude de s'occuper d'elle-même pour tenter de soulager d'importantes douleurs depuis sa pratique de la gymnastique (relaxation, balnéothérapie, ...). Elle apprécie grandement la peinture.

Avant son entrée en institution, sa fille s'est longtemps occupée d'elle. Le maintien à domicile était devenu compliqué en raison de chutes récidivantes. Je n'ai que peu d'informations dans les dossiers concernant ces éléments et sa qualité de vie à domicile. Elle conserve des liens avec sa fille et l'un de ses amis.

Cela fait deux ans que Mme L. est arrivée dans la structure. Son niveau d'autonomie est évalué à un GIR 3. Dans l'institution, Mme L. conserve donc quelques capacités motrices mais elle a besoin d'être aidée dans certains actes de la vie quotidienne (toilette, habillage). Très sociable et bavarde, elle est appréciée par les autres résidents. Mme L. préserve ces liens sociaux lors des nombreuses animations auxquelles elle participe. Elle se rend également au PASA deux jours par semaine pour participer à des ateliers comme des activités créatives, l'atelier bien-être/esthétique, le café rencontre ainsi que des jeux de société.

2. Antécédents médicaux :

Mme L. présente de lourds antécédents médicaux comprenant de multiples opérations effectuées suite à l'arrêt de sa pratique sportive. Depuis 1995, Mme L. souffre d'une scoliose sévère multi-opérée avec arthrodèse lombaire¹ de T11 à L5. Elle a ensuite subi une chirurgie de

¹ **Arthrodèse lombaire** : Intervention chirurgicale qui consiste à fusionner définitivement une ou plusieurs vertèbres douloureuses de la colonne lombaire pour éliminer les mouvements entre elles.

décompression² de la 11^e vertèbre thoracique. De nombreuses autres opérations ont été pratiquées au niveau de sa colonne vertébrale. Parmi elles, nous retrouvons une ostéotomie trans-pédiculaire³ de L4, une corporectomie vertébrale totale⁴ de C5. Mme L. également une discectomie⁵ de C4-C5 et une de C5-C6.

Mme L. possède des prothèses aux deux genoux ainsi qu'aux deux hanches.

Suite à ces opérations, Mme L. se plaint de multiples douleurs neuropathiques au niveau des membres inférieurs (lésions des voies de transmission de la douleur) ainsi que d'une contraction péri-cicatricielle dorsale.

Elle présente également un syndrome démentiel avec une désorientation spatio-temporelle et d'importants troubles de la mémoire. Effectivement, son MMS est de 19/30. Ce test met en évidence une majoration des troubles cognitifs, une désorientation spatio-temporelle. Les troubles de la mémoire se situent au niveau de la récupération de l'information, de la mémoire à court terme et de l'attention. Ces troubles cognitifs majorent les troubles du comportement chez Mme L., appréciés par le NPI-ES (Inventaire NeuroPsychiatrique), mettant l'accent sur une anxiété mais aussi une irritabilité et une agressivité.

Mme L. souffre de douleurs abdominales avec une somatisation importante concernant des troubles gastro-intestinaux, tout cela est majoré par ses troubles cognitifs, également en lien avec sa prise de poids. Elle associe cette prise de poids à sa sédentarité depuis son entrée dans l'institution. Mme L. a en effet pris 5kg depuis son arrivée dans la structure. Cette augmentation pondérale est vécue comme entravante par Mme L. qui essaye à tout prix « d'expulser » ce ventre.

Cette femme présente des douleurs au niveau de l'épaule droite, consécutives à la rupture des tendons de la coiffe des rotateurs.

Mme L. présente également une hypothyroïdie, ce qui peut participer à une prise de poids.

Mme L. souffre d'une importante anxiété avec une hypertonie généralisée. Nous retrouvons aussi des troubles de la marche, des rétractions tendineuses au niveau des orteils.

² **Chirurgie de décompression** : Technique consistant à retirer les tissus ou les fragments osseux qui font pression sur la structure nerveuse pour la dégager.

³ **Ostéotomie trans-pédiculaire** : Section d'un os long pour modifier son axe, sa taille ou sa forme.

⁴ **Corporectomie vertébrale totale** : Ablation du corps vertébral.

⁵ **Discectomie** : Ablation d'une partie du corps vertébral.

B – Bilan psychomoteur et prises en charge dans la structure :

1. Bilan psychomoteur :

Le bilan psychomoteur a été réalisé en trois séances. J'ai proposé à Mme L. un Examen Géronto-Psychomoteur (EGP) associé à un dessin du bonhomme et une évaluation spécifique du tonus musculaire.

Globalement, nous remarquons que Mme L. est à l'aise dans la relation. Elle fait beaucoup d'efforts pour réussir au mieux les épreuves et répondre aux consignes demandées. Elle sollicite constamment un feedback pour la vérification de la justesse de ses réponses. Mme L. manque de confiance en ses capacités du fait des troubles de la mémoire associés à son syndrome démentiel. Elle porte des lunettes et n'a aucune difficulté d'audition.

En ce qui concerne l'EGP, des difficultés de coordinations statiques et dynamiques sont présentes. En effet, Mme L. parvient à garder un équilibre précaire en position verticale pendant cinq secondes sans appui mais le perd en tentant de se rasseoir. Cela mobilise beaucoup d'énergie chez Mme L. Les coordinations sur la pointe des pieds, sur un pied ou sur la pointe d'un pied n'ont pu être évaluées du fait d'un risque de chute trop important. Mme L. marche avec un déambulateur sur une faible distance, environ dix mètres. Dans l'établissement, ses déplacements se font à l'aide d'un fauteuil roulant électrique, à une vitesse très réduite du fait de risques d'accidents importants avec les autres résidents.

La marche accélérée et la course ne peuvent pas être évaluées avec Mme L. Les capacités pratiques et la motricité fine (des membres supérieurs et inférieurs) sont efficaces chez cette dame malgré une nécessité de contrôle visuel pour les épreuves comme l'opposition pouce-doigts ou le pianotage. Mme L. conserve de bonnes capacités de perception que celle-ci soit auditive, rythmique, visuelle ou encore tactile. Au niveau temporel, cette dame sait lire l'heure mais ne connaît pas la date du jour. Dans l'espace, Mme L. ne peut nommer la ville dans laquelle elle se trouve, ni s'orienter dans ses déplacements au sein de la structure. Elle rapporte une gêne fréquente liée à des oublis, notamment en mémoire à court terme. Cela est mis en évidence lors du bilan d'évolution, réalisé quatre mois après le bilan initial, avec une perte de quatre points sur six dans l'item de la mémoire verbale.

Mme L. peut nommer et désigner les parties de son corps mais la mémorisation de positions imitées précédemment est difficile, en effet, elle n'a préservé aucun souvenir des positions réalisées. A l'inverse de cette mémoire perceptive, la mémoire verbale semble efficace chez Mme L. Ses capacités de vigilance et d'attention sont préservées.

Lors du dessin du bonhomme, Mme L. réalise le dessin d'une femme, sans mouvement. On observe des cohérences entre les douleurs de Mme L. et les représentations schématiques qu'elle en fait. Les épaules, sur ce dessin, sont réalisées de manière presque perpendiculaire au reste du corps, comme figées, bloquant le bonhomme dessiné dans ses possibilités. Les jambes, très douloureuses chez Mme L. sont de très petite taille sur cette représentation, sans articulation au niveau du genou (zone de prothèses chez cette dame). Les pieds et les mains sont réalisés d'une manière peu distinguable du reste du membre.

L'évaluation du tonus révèle un tonus d'action et un tonus postural adaptés. En ce qui concerne le tonus de fond, nous observons une difficulté de régulation tonique. Cela l'empêche de basculer du côté de l'hypotonie si besoin lors des épreuves de ballant, de flexion passive et de chute. Mme L. est dans le contrôle, dans la difficulté pour se laisser aller. La cause de cette difficulté peut être la douleur qui provoque une tension musculaire, difficile à réduire par simple effet de conscience. Mme L. présente une importante hypertonie au niveau des membres inférieurs et supérieurs.

Lors de ce bilan, j'ai pu questionner cette dame sur son projet de vie. Elle me confie être bien dans la structure malgré une volonté d'augmenter la vitesse de son fauteuil roulant électrique et de participer à un nombre plus important d'ateliers.

2. Prise en soin médicamenteuse et rééducative :

Dans la structure, la prise en soin de Mme L. est à la fois médicamenteuse et non médicamenteuse.

Sa prise en soin médicamenteuse comprend des antalgiques périphériques de niveau faible, des benzodiazépines anxiolytiques, des morphiniques, un anti-inflammatoire local, un hyperthyroïdien, des antiépileptiques et des opioïdes, indiqués dans le traitement de douleurs neuropathiques et nociceptives.

La prise en soin non médicamenteuse de Mme L. comporte l'intervention d'une kinésithérapeute, d'une ergothérapeute et d'une psychomotricienne.

La prise en soin ergothérapique se base sur l'entraînement dans les déplacements avec son fauteuil roulant électrique (déplacements précis, parcours) pour appréhender au mieux sa manipulation, la gestion de sa vitesse et gagner en autonomie. L'objectif est d'accentuer les automatismes de Mme L. pour pallier les troubles dus à la diminution de ses capacités mnésiques.

La prise en soin kinésithérapique a lieu deux fois par semaine. Elle comprend des massages de la région cervico-scapulo-humérale, des mobilisations passives de l'épaule et du travail actif au niveau des membres supérieurs et inférieurs (marche...). Il est également proposé à Mme L. des techniques de neurostimulation électrique transcutanée au niveau de l'épaule droite, l'application de compresses chaudes sur cette même épaule.

La prise en soin en psychomotricité s'est mise en place autour de deux médiations, la balnéothérapie en spa et le toucher thérapeutique.

C – Prises en soin spécifiques en psychomotricité :

1. Balnéothérapie :

a) Objectifs :

Une balnéothérapie en spa a été proposée à Mme L. une fois par semaine, le jeudi matin, depuis environ un an, suite à une décision prise en équipe pluridisciplinaire. En effet, le médecin coordonnateur, les kinésithérapeutes, l'ergothérapeute et les psychomotriciennes ont jugé que ce type de prise en soin pourrait octroyer à Mme L. un espace-temps propice à la verbalisation. Cela lui permet d'exprimer ses douleurs, ses difficultés liées à sa prise de poids, qui génèrent une appréhension et une mésestime de son corps. Cette estime de soi altérée peut être contrée, pendant le temps de la séance par les effets de portage de l'eau. Effectivement, le poids du corps est perçu comme plus léger dans l'eau. Les intérêts du spa sont aussi de participer à la prise en soin de la douleur et des troubles du comportement de Mme L., qui augmentent ces derniers temps du fait de la majoration de ses troubles cognitifs. L'eau chaude permet un apaisement psycho-corporel progressif. Les vertus décontracturantes et antalgiques de l'eau, associées à l'action des jets, majorent cet apaisement.

Mme L. est très enthousiaste à l'idée de participer à ces séances. Lorsqu'elle pratiquait le contortionnisme, cette dame nageait et prenait soin d'elle régulièrement. C'est une habitude qu'elle a préservé à son domicile après l'arrêt de la gymnastique. Cette prise en soin l'a donc beaucoup attirée.

b) Déroulement d'une séance type :

A l'heure des séances, avec l'une des psychomotriciennes de la structure, nous allons chercher Mme L. dans sa chambre. La résidente est alors en maillot de bain. Nous l'accompagnons jusqu'au spa avec son fauteuil roulant électrique. Lors de ces déplacements, Mme L. demande une serviette de bain, en plus du peignoir qu'elle porte afin de cacher son ventre qu'elle qualifie de « trop gros » pour rentrer dans le peignoir. Les troubles cognitifs de Mme L. l'empêchent de retenir le trajet jusqu'à la salle mais

se remémore son aspect. A notre arrivée dans la salle, Mme L. descend de son fauteuil et s'installe sur une chaise comportant une sangle pour être portée, à l'aide d'un lève-personne plafonnier, dans le spa. La psychomotricienne prépare le spa, plus tôt dans la matinée, afin que celui-ci soit à température idéale lors de l'arrivée dans la salle de Mme L.

Après l'installation de la résidente dans le spa, nous fermons le rideau, éteignons la lumière, l'ambiance de la salle change alors. Nous allumons les jets et lumières du spa. Ces éléments ont un effet de détente sur Mme L. Cette résidente place régulièrement ses bras et jambes à hauteur des jets pour en sentir les bienfaits.

La séance dure alors environ 30 minutes jusqu'à l'arrêt des jets, dans une eau à 34°C. A ce moment, un temps est laissé à Mme L. pour se préparer à la sortie de l'eau. Ensuite, la même sangle est disposée sous Mme L. afin de réutiliser le lève-personne. Ensuite, nous aidons Mme L. a se rhabiller pour sortir de la salle. Nous raccompagnons cette dame afin qu'elle puisse se maquiller et se coiffer avant d'aller dans la salle de restaurant pour déjeuner.

c) Evolution pendant les séances :

J'ai commencé à participer à cette prise en soin au mois d'octobre 2018. Lors des premières séances, Mme L. profitait de ce moment pour échanger avec nous à défaut de se détendre malgré quelques sollicitations pour fermer les yeux, prendre en compte les sensations corporelles et les zones de son corps en contact avec les jets. Lors des échanges, nous remarquons que Mme L. nous parle beaucoup d'éléments de son adolescence, de sa vie de famille, à son domicile. En effet, la mémoire à court terme étant la souvent impactée dans le cadre des démences, Mme L. n'a que peu de souvenirs de celle-ci. Puis, au fil des séances, Mme L. s'octroie plus de temps pour se détendre, de façon autonome, sans sollicitation, cette résidente ferme les yeux et porte son attention sur sa respiration. Mme L. a l'habitude de la relaxation qu'elle pratique en autonomie dans sa chambre. Lors de ces séances, cette dame décrit un effet « d'enveloppement procuré par les bulles », participant à sa détente.

Au début des séances, l'installation dans le spa se faisait en montant une marche pour s'asseoir sur le rebord du spa et ensuite pivoter pour aller dans l'eau. Mais, cette méthode était devenue très douloureuse et mettait fin à la détente de Mme L., brutalement, en sortie de spa. Son installation dans le spa avec le lève-personne où Mme L. est passive permet d'empêcher la majoration des douleurs notamment en cas de mobilisation de son épaule droite. Cela permet également de prolonger les bienfaits de la séance lors de la sortie du spa.

Selon **Goumas, Grimont-Rollant et Lambicchi**, l'eau chaude est décontractante, elle modifie donc l'état de tension des muscles ([25], page 166). Par la diminution de la douleur et de l'attention que celle-ci lui demande, Mme L. laisse aller son corps à la détente et se laisse guider par les sensations qu'elle perçoit, masquées auparavant par les sensations douloureuses. Lors des séances, nous pouvons remarquer une diminution des plaintes douloureuses dès l'entrée dans l'eau. Mme L. re-décrit ces douleurs progressivement à la sortie du spa.

Ces séances ont donc un effet bénéfique important sur Mme L., elle ressort de la salle, détendue avec le sourire. Mais elle n'a pas de souvenir stable des séances d'une semaine à l'autre. De plus, son inquiétude perpétuelle concernant ses troubles gastro-intestinaux à type de constipation et ses douleurs abdominales qu'ils engendrent l'empêchent de venir à de nombreuses séances.

1. Toucher thérapeutique :

a) Objectifs :

Du fait des importantes douleurs dont souffre Mme L., il est apparu primordial, pour l'équipe, de proposer une autre prise en soin en psychomotricité qui viendrait compléter celles dont elle bénéficie. Suite à cette décision prise conjointement, j'ai rencontré Mme L. qui a accepté ce type de soin sans aucune hésitation, dans l'espoir de diminuer ses douleurs.

Cette prise en soin se déroule donc le jeudi après-midi, une fois par semaine, pendant 45 minutes. Les objectifs de ces séances sont de faciliter le relâchement tonique, grâce à des aspects globalisant et enveloppant, de diminuer le vécu de douleur par une prise en compte globale du corps. De plus, le toucher permet à Mme L. une meilleure prise de conscience de son corps, d'en unifier son image, souvent altérée chez les patients douloureux, et surtout chez cette résidente de par sa prise de poids importante. Le toucher-massage favorise à un vécu de détente, à une réduction de l'asthénie. A long terme, il permet d'alléger les besoins en antalgiques, de favoriser une meilleure qualité de sommeil et de diminuer les éventuels troubles du comportement.

En effet, chez Mme L. les douleurs semblent induire un état de fatigue et de mal-être général. De par sa pratique professionnelle et ses multiples opérations, Mme L. est comme « prise au piège » dans un cercle vicieux entre douleur, fatigue, tension musculaire et anxiété. Ses douleurs entraînent une sorte de bouclier tonique mais, à l'inverse, cette hypertonie augmente le risque de douleurs supplémentaires. Il s'agit donc d'essayer de rompre ce cercle vicieux mis en évidence par **François Boureau** [27].

b) Projet mis en place :

Ces séances se déroulent tous les jeudis à la même heure afin de favoriser une rythmicité, importante dans le cadre de la prise en soin de la douleur chronique. Elles ont débuté au mois de février 2019, à ce jour, Mme L. a bénéficié de dix séances. Avant de commencer le toucher-massage, un temps est laissé à Mme L., avec mon accompagnement, pour trouver la position la plus confortable pour elle.

J'ai pu proposer divers massages à Mme L. dont le massage des bras et des mains, des jambes et des pieds, du dos et enfin du visage. Un massage global sur chacune de ces régions corporelles pourra être envisagé. Mme L. conserve une liberté dans le choix des massages. Chacune des séances débute par un temps de discussion autour de l'humeur du jour, puis un temps d'évaluation de la douleur (avec l'échelle numérique : Annexe 8). Les séances se terminent par un temps de verbalisation autour des sensations corporelles et la reprise de cette même évaluation afin d'en mesurer objectivement l'effet antalgique.

Lors d'une séance de toucher-massage, divers mouvements sont appliqués comme des mouvements glissés pour des sensations au niveau de la peau (effleurage, mouvement glissé globalisant), au niveau musculaire (pétrissage) et au niveau osseux (percussions).

Le cadre spatial a été amené à évoluer au fil des séances. Cela m'a poussée à constamment me questionner afin que cette prise en soin soit adaptée au mieux à Mme L. Les séances ont débuté dans la chambre de cette résidente mais le cadre s'est trouvé inapproprié. Mme L. semblait gênée par une importante lumière pour profiter de la détente. Peut-être qu'un manque de « démarcation » entre le temps d'avant, pendant et après la séance se faisait sentir. A partir de ce moment, les séances ont donc eu lieu dans une salle multi-sensorielle.

De plus, dans l'objectif de participer à la prise en soin antalgique de Mme L., une huile de massage composée d'huiles végétales de macadamia et d'amande douce, associées à des huiles essentielles de gaulthérie couchée, de lavande vraie, d'ylang-ylang et de genévrier ont été utilisées ([22], pages 93, 94, 105 et 141). Ces huiles essentielles sont connues pour avoir des effets antalgiques et anti-inflammatoires en agissant à la fois sur les articulations, les muscles et les tendons.

c) Les séances proposées :

J'ai donc pu rencontrer Mme L., lors des séances au spa, avant de lui proposer cette nouvelle prise en soin. Malgré cela, cette dame exprime des difficultés à se souvenir du cadre dans lequel elle m'avait vue. Cela a compliqué la mise en place d'une alliance thérapeutique car Mme L. ne se souvenait pas des séances que nous avions partagé. Elle redécouvrait ce que je pouvais lui proposer à chaque visite. Puis, au fil des séances, Mme L. mémorise quelques éléments comme les massages dont elle a précédemment bénéficié. Ces difficultés de mémorisation n'ont pas entravé les capacités de relation de Mme L.

Les séances ont débuté par un massage des mains et des bras. Lors de ce premier toucher thérapeutique, Mme L. reste très centrée sur ces douleurs. En effet, j'ai choisi de commencer par une région corporelle non douloureuse afin qu'elle puisse profiter sans appréhension de cette séance. Cependant, lors de mon passage sur ces zones, Mme L. verbalise que cela serait mieux sur l'autre bras, douloureux, sans profiter de la globalité du massage. Mme L. semble comme rester dans l'attente. Lors du massage du bras droit, douloureux, cette dame me dit que cela lui procure une sorte de gêne agréable, comme si « son bras et son épaule avaient besoin de massage ». Lors de ce premier massage, elle m'indique précisément là où il faut que je la masse, correspondant à la zone où elle sent la douleur. Elle me dit sentir « comme de la colle qui lui enveloppe ses bras », le massage semble lui faire ressentir ses bras comme unifiés et non douloureux pendant la durée de la séance. Un sentiment d'enveloppement et de contenance apparaissent comme participant à sa détente.

Le massage des jambes est resté bref. Celui-ci a permis à Mme L. de s'attarder sur les sensations qu'éprouve son corps en les décrivant au mieux. Le toucher a permis à cette dame de sentir toutes les contractions présentes sur ses jambes. Cela lui fait prendre en compte son hypertonie et ses rétractions tendineuses au niveau des orteils de manière plutôt désagréable. C'est après cette séance que je propose à Mme L. de l'accompagner dans la salle multi-sensorielle, qu'elle ne connaît pas encore, pour installer un climat propice à la détente.

La séance suivante, j'ai donc pu proposer un toucher-massage sur le dos de Mme L. dans la salle multi-sensorielle de l'EHPAD. Dans cette salle, Mme L. semble au début perplexe, dans son fauteuil, sans réellement ne savoir quoi faire. Au moment où j'allume la colonne à bulle, le projecteur d'étoiles au plafond, les différentes lumières et que je mets de la musique calme, le regard de Mme L. change. J'aide Mme L. à s'installer sur le matelas à eau. Mme L., sur le dos, observe alors le plafond et qualifie cette salle de relaxation, « faite exprès pour se détendre ». Puis, je propose à Mme L. de se retourner afin de lui masser le dos, ce qu'elle accepte.

Je commence donc par le bas de dos, non douloureux. Mme L. est alors dans la même attente que lors du massage du bras, elle me précise les zones où elle a mal afin que je m'attarde sur ces dernières. Je continue donc le massage en remontant progressivement vers le haut du dos et donc en direction de son épaule douloureuse qu'elle me dit sentir « très tendue ». Mme L. peut donc assimiler les effets du massage et prévoir ces derniers sur les zones douloureuses de son corps. Elle parle beaucoup pendant cette séance, parvient à garder des moments pour fermer les yeux et profiter du moment. A la fin du massage, elle me verbalise qu'elle a moins mal quand je la masse, que cela la soulage. On peut comparer cela à une sorte de pause dans le temps que l'on pourrait comparer aux macro-rythmes et micro-rythmes décrits chez l'enfant par **Daniel Marcelli** [41]. En effet, les macro-rythmes sont quelque chose de fixe, de stable sur lesquels l'enfant s'appuie pour se développer, ce que l'on pourrait associer au cadre de la séance, régulier, toujours le même jour, à la même heure. Les micro-rythmes, à l'inverse, sont des éléments temporels amenant de l'imprévisibilité, de la surprise que l'on retrouve lors des jeux avec l'enfant ou, plus tôt, lors de l'alimentation avec l'alternance de faim/satiété qui introduira la notion d'imprévisibilité chez l'enfant. Ces micro-rythmes correspondent ici, à l'alternance entre les périodes de douleur et de calme, de détente, vécues par Mme L. lors du toucher-massage. Lors de cette séance, Mme L. préfère un toucher ferme qui ferait « exploser et sortir » la douleur selon elle.

Les séances suivantes, Mme L. ne se souvient pas d'avoir été dans cette salle multi-sensorielle et aura le même effet de surprise lors de l'allumage des lumières.

Ensuite, Mme L. me redemandera si cela est possible de lui re-masser le dos car elle se souvient que cela lui avait été très agréable. Ce dos qu'elle vit comme très douloureux, peu investi, du fait de ses nombreuses opérations et cicatrices, mais aussi lieu de fixation dues aux tracasseries quotidiens, semble lui procurer du bien-être qu'elle apprécie beaucoup. En effet, une prise en soin de la douleur par le toucher vient ce que Reich appelle la cuirasse caractérielle et musculaire, qui fait le lien entre le caractère et l'état tonique. Cette cuirasse est liée à la notion de plaisir-déplaisir. Si on bloque les messages sensitifs pour résister à la douleur, on bloque aussi les sensations agréables que l'on pourrait éprouver. Lors de moments de bien-être, les sensations agréables peuvent alors être ré-éprouvées par Mme L. Lors de cette séance, j'observe que cette dame est détendue, elle finit même par s'endormir. La séance s'est donc terminée de manière positive. En sortant de la salle, Mme L. dit être calme, reposée, que cela lui a été très agréable.

Conclusion :

Pour conclure, en ce qui concerne la prise en soin dans le spa, Mme L. souhaite absolument continuer ces séances malgré un questionnement posé consécutif à ses nombreux refus.

Les séances de toucher thérapeutique semblent très bénéfiques pour Mme L. Cela lui permet d'éprouver des moments d'apaisement, sans plainte douloureuse. Ce bien-être, pendant le temps de la séance, lui permet d'appréhender au mieux les passages douloureux pour ensuite y faire face. De plus, cette prise en soin a permis à Mme L. d'acquérir des meilleures capacités de régulation tonique. En effet, j'ai pu réaliser les épreuves d'évaluation du tonus de fond à la suite d'une séance de massage. Lors des épreuves de ballant, de chute et de flexion passive, Mme L. devient alors capable de laisser aller son corps pendant les mobilisations en basculant du côté de l'hypotonie.

Les évaluations de la douleur réalisées en début et en fin de séance rendent compte d'une diminution de celle-ci suite au toucher thérapeutique. En effet, les plaintes douloureuses de Mme L. cessent pendant la durée de la séance. En sortant de la salle, le visage de cette dame apparaît comme relâché, détendu.

J'ai donc pu avoir une participation plutôt passive durant les séances au spa, cela m'a permis d'observer Mme L. dans la relation à l'autre notamment.

Lors des séances de toucher-thérapeutique, je me suis rendue compte de la difficulté de mettre en place un projet de soin, le questionnement permanent nécessaire afin de placer le résident et son bien-être au cœur de la prise en soin.

CONCLUSION

Ce mémoire reprend donc le cheminement du travail de réflexion que j'ai pu réaliser sur la douleur chronique chez la personne âgée démente et leur prise en soin, en psychomotricité, par le biais du toucher thérapeutique.

La douleur affecte l'individu en entier. Le sujet semble débordé que ce soit physiquement ou psychologiquement. La psychomotricité se développant davantage auprès des personnes âgées, le thème de la douleur semble donc inévitable à prendre en compte et en soin chez cette population. En effet, la douleur affecte le sujet dans l'image de son corps, son schéma corporel mais aussi par la mise en place inconsciente d'une sorte de bouclier, de carapace tonique contre la majoration des phénomènes douloureux.

Le toucher thérapeutique, utilisé sous différents termes par de nombreux professionnels, le sera aussi couramment par le psychomotricien. Cette médiation nous permet une prise en compte de la globalité de l'individu et donc des répercussions physiques et psychologiques de la douleur. De par sa fonction antalgique et du fait que le toucher soit le sens qui perdure le plus longtemps avec le vieillissement, le toucher est une médiation primordiale dans la prise en soin psychomotrice des personnes âgées. Cette prise en soin, associée à l'action médicamenteuse et à l'intervention d'autres professionnels, a pour objectif un apaisement psycho-corporel. La personne âgée peut alors percevoir une image plus positive de son corps, reprendre confiance en elle. La diminution de l'hypertonie, très souvent associée aux phénomènes douloureux, sert au sujet à pouvoir lâcher prise, de profiter d'une pause dans ses douleurs au moins le temps de la séance. L'objectif, à terme, de cette prise en soin correspond à une meilleure maîtrise de la douleur par le sujet et une réduction des traitements antalgiques.

Cette médiation est très régulièrement utilisée dans la prise en soin de la douleur chez les personnes en fin de vie. En effet, ces personnes sont fréquemment soumises à des symptômes douloureux et à des angoisses liées au décès. Le toucher thérapeutique, de par la qualité de relation, de présence et la disponibilité nécessaire lors de cette intervention, a pour but d'accompagner la personne pour une fin de vie, le plus sereinement possible sans angoisse ni douleur. L'apaisement psycho-corporel est primordial dans cette situation.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] **ALBARET J-M., AUBERT E.** (2001), *Vieillesse et psychomotricité* (Psychomotricité), Marseille : Solal Editeur.
- [2] **ALBARET J-M., CANCHY-GIROMINI F., SCIALOM P.** (2015), *Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 1 Concepts fondamentaux* (Psychomotricité), Paris : De Boeck-Solal, Chapitre 5.
- [3] **ALBARET J-M., CANCHY-GIROMINI F., SCIALOM P.** (2015), *Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 3 Clinique et thérapeutiques* (Psychomotricité), Paris : De Boeck-Solal, Chapitre 12.
- [4] **ALBARET J-M., CANCHY-GIROMINI F., SCIALOM P.** (2018), *Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 4 Sémiologie et nosographies psychomotrices* (Psychomotricité), Paris : De Boeck-Solal, Chapitres 6 et 12.
- [5] **AMIEVA H., BELLIARD S., SALMON E.** (2014), *Les démences aspects cliniques, neuropsychologiques, physiopathologiques et thérapeutiques* (Neuropsychologie), Paris : De Boeck-Solal.
- [6] **AYCAGUER M.** (2018), *Les enjeux du toucher dans le cadre de la psychomotricité auprès des adultes en situation de handicap*, Bordeaux : Mémoire de psychomotricité.
- [7] **BACHOLLET M-S., MARCELLI D.** (2010), *Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements*, Enfances et psy, Numéro 49, Pages 14 à 19.
- [8] **BEROUD F., PICKERING G.** (2010), *Douleur et personne âgée*, Paris : Institut UPSA de la douleur.
- [9] **BESSON J-M.** (1992), *La douleur*, Paris : Editions Odile Jacob, Chapitres 1 et 2.
- [10] **BHERER L., BELLEVILLE S., HUDON C.** (2004), *Le déclin des fonctions exécutives au cours du vieillissement normal dans la maladie d'Alzheimer et dans la démence frontotemporale*, Psychol NeuroPsychiatr Vieillesse, Volume 2, Numéro 3.
- [11] **BONNETON-TABARIES F., LAMBERT-LIBERT A., PERON C.** (2006), *Le toucher dans la relation soignant-soigné*, Paris : Med-Line Editions.
- [12] **BULLINGER A.**, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, un parcours de recherche*, Toulouse : Erès, Tome 1, Chapitre 1.

- [13] **CAMICOLI R.** (2006), *Distinguer les différents types de démences*, La Revue Canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences.
- [14] **CARRIC J.** (2001), *Le lexique pour le psychomotricien*, Paris : Editions Vernazobres-Gregio.
- [15] **CHARPENTIER E.** (2014), *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée Soutien à l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée*, Paris : De Boeck supérieur.
- [16] **CHAUFFOUR-ADER C., DAYDE M-C.** (2009), *Petit précis de la douleur comprendre, évaluer, traiter, accompagner*, Rueil-Malmaison : Editions Lamarre Wolters Kluwer France.
- [17] **CROCQ M., GUELF J., BOYER P., PULL C., PULL-ERPELDING M.** (2016), *Mini DSM-5 : Critères diagnostiques*, Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson, pp 251-281.
- [18] **DAYAN J.** (2008), *La dépression du nourrisson Ses relations avec la carence affective et les troubles des interactions précoces*, Médecine Thérapeutique Pédiatrie, Volume 11, Numéro 2.
- [19] **DEFONTAINES B., DUBOIS B., DEGOS C.** (2004), *Les démences*, Paris : Med-Line Editions.
- [20] **FEDERATION FRANCAISE DES PSYCHOMOTRICIENS** (2002), *La douleur physique en psychomotricité*, Evolutions Psychomotrices, Volume 14, Numéro 57.
- [21] **FERRAGUT E., CAIN J., CHEVALIER F., DANAN M.** (1995), *La dimension de la souffrance chez le malade douloureux chronique*, Paris : Editions Masson, Chapitre 1.
- [22] **FESTY D.** (2018), *Ma bible des huiles essentielles*, Paris : Leduc.s Editions.
- [23] **FIELD T., BOUILLOT F.** (2003), *Les bienfaits du toucher*, Paris : Editions Payot et Rivages.
- [24] **GAUCHER-HAMOUDI O., GUIOSE M., RICHARD M.** (2007), *Soins palliatifs et psychomotricité* (Collection Corps et psychiatrie), Paris : Heures de France.
- [25] **GOUMAS J., GRIMONT-ROLLAND E., LAMBICCHI S.** (2014), *Approche sensorimotrice de la prise en charge d'un jeune avec polyhandicap douloureux*, Enfance, Numéro 2, pages 159 à 169.
- [26] **HAUTE AUTORITE DE SANTE** (2010), *Actes d'ergothérapie et de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.*
- [27] <https://www.contreladouleur.fr/mieux-connaître-douleur/mechanismes-entretien-douleur>
- [28] <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/s%C3%A9nilit%C3%A9/72073>
- [29] <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillessement/81927?q=vieillessement#80959>

- [30] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303354?sommaire=3353488>
- [31] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743>
- [32] <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/maladies-prions-maladie-creutzfeldt-jakob>
- [33] <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/./layout/set/print/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-neurodegeneratives/La-maladie-d-Alzheimer-et-les-autres-demences>
- [34] <https://www.science-et-vie.com/corps-et-sante/a-quel-age-est-on-vieux-8298>
- [35] <https://www.vaincrealzheimer.org/historique-maladie-alzheimer>
- [36] https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/fr/
- [37] <https://www.who.int/topics/dementia/fr/>
- [38] **IMAZ A.** (2018), *Apport du toucher thérapeutique pour la prise en charge de la douleur en psychomotricité auprès d'adultes ayant la maladie de Huntington*, Bordeaux : Mémoire de psychomotricité.
- [39] **LA CORTE V.** (2012), *Systèmes de mémoire et distorsions mnésiques : approches neuropsychologique et neurophysiologique*, Paris : Thèse de neurosciences, Partie 1, Chapitre 1.
- [40] **LE ROUZO M-L.** (2008), *La personne âgée psychologie du vieillissement* (Amphi Psychologie), Rosny-sous-Bois : Bréal.
- [41] **MARCELLI D.** (2007), *Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : la surprise dans l'interaction mère-bébé*, Spirale, Numéro 44, pages 123 à 129.
- [42] **MARCHICA V.** (2018), *Parkinson : Quand la douleur fait tilt*, Bordeaux : Mémoire de psychomotricité.
- [43] **MARIN C., ZACCAI-REYNERS N.** (2013), *Souffrance et douleur autour de Paul Ricoeur*, Paris : Presses Universitaires de France.
- [44] **MERLEAU-PONTY M.** (1964), *Le visible et l'invisible*, Paris : Gallimard.
- [45] **MICHAUD L.** (2017), *Toucher thérapeutique et psychomotricité au service de l'image du corps chez la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer*, Bordeaux : Mémoire de Psychomotricité.

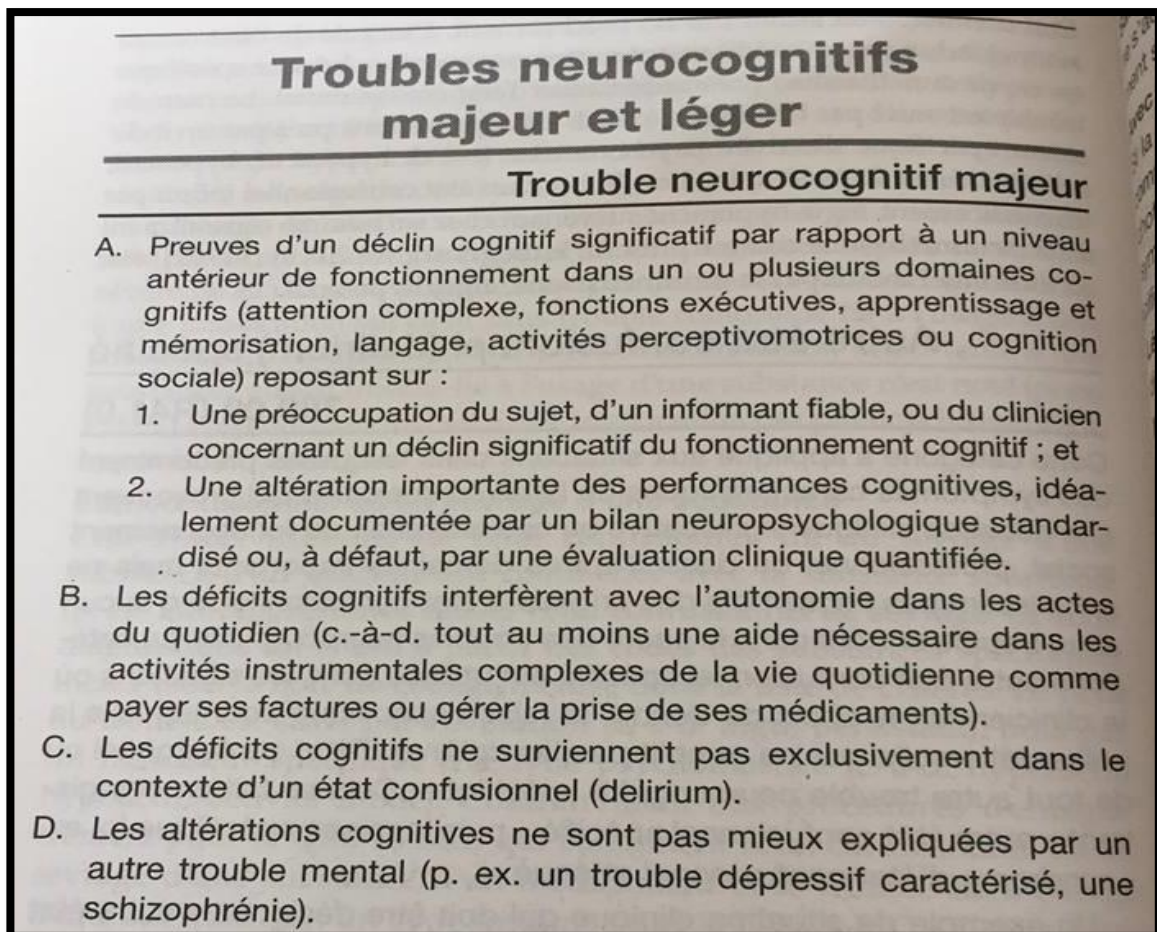
- [46] **MONTAGU A., LEBOYER F., ERHEL C.** (1979), *La peau et le toucher un premier langage*, Paris : Editions du Seuil.
- [47] **MONTEL S., NARISON R.** (2014), *Neuropsychologie et santé Identification, évaluation et prise en charge des troubles cognitifs*, Paris : Dunod, Chapitre 15.
- [48] **PERSONNE M.** (2011), *Protéger et construire l'identité de la personne âgée : psychologie et psychomotricité des accompagnants*, Toulouse : Editions Erès.
- [49] **POIRIER J., GAUTHIER S.** (2011), *La maladie d'Alzheimer La comprendre, la diagnostiquer et la traiter*, Paris : Les Editions du Trécarré.
- [50] **POTEL BARANES C.** (2010), *Etre psychomotricien*, Toulouse : Editions Erès.
- [51] **REISBERG B., FERRIS S-H., DE LEON M-J., CROOK T.** (1982), *The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia*, American Journal of Psychiatry, Pages 1136 à 1139.
- [52] **REXAND-GALAIS F.** (2003), *Psychologie et psychopathologie de la personne âgée*, (Théories et Pratiques sociales), Paris : Editions Vuibert.
- [53a] **SAVATOFSKI J.** (2016), *Le toucher massage*, Rueil-Malmaison : Editions Lamarre.
- [53b] **SAVATOFSKI J., PRAYEZ P., COLOMBAT P.** (2017), *Le toucher apprivoisé*, Rueil-Malmaison : Editions Lamarre.
- [54] **SOCIETE FRANCAISE DE GERIATRIE ET DE GERONTOLOGIE** (2005), *Douleur et personnes âgées : Repérer, évaluer, organiser une prise en charge de qualité*, Revue de gériatrie, Tome 30, Supplément C.
- [55] **SOCIETE FRANCAISE DE GERIATRIE ET DE GERONTOLOGIE** (2006), *La douleur chez la personne âgée Prévenir, évaluer, prendre en charge*, Programme Mobiquat.
- [56] **SCHIARATURA L-T.** (2008), *La communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer*, Psychol NeuroPsychiatr Vieil, Volume 6, Numéro 3.
- [57] **ZIMBACCA M-C.** (2005), *La puissance du toucher une nouvelle approche du massage*, Marsat : Editions du Dauphin.

ANNEXES

Annexe 1 :

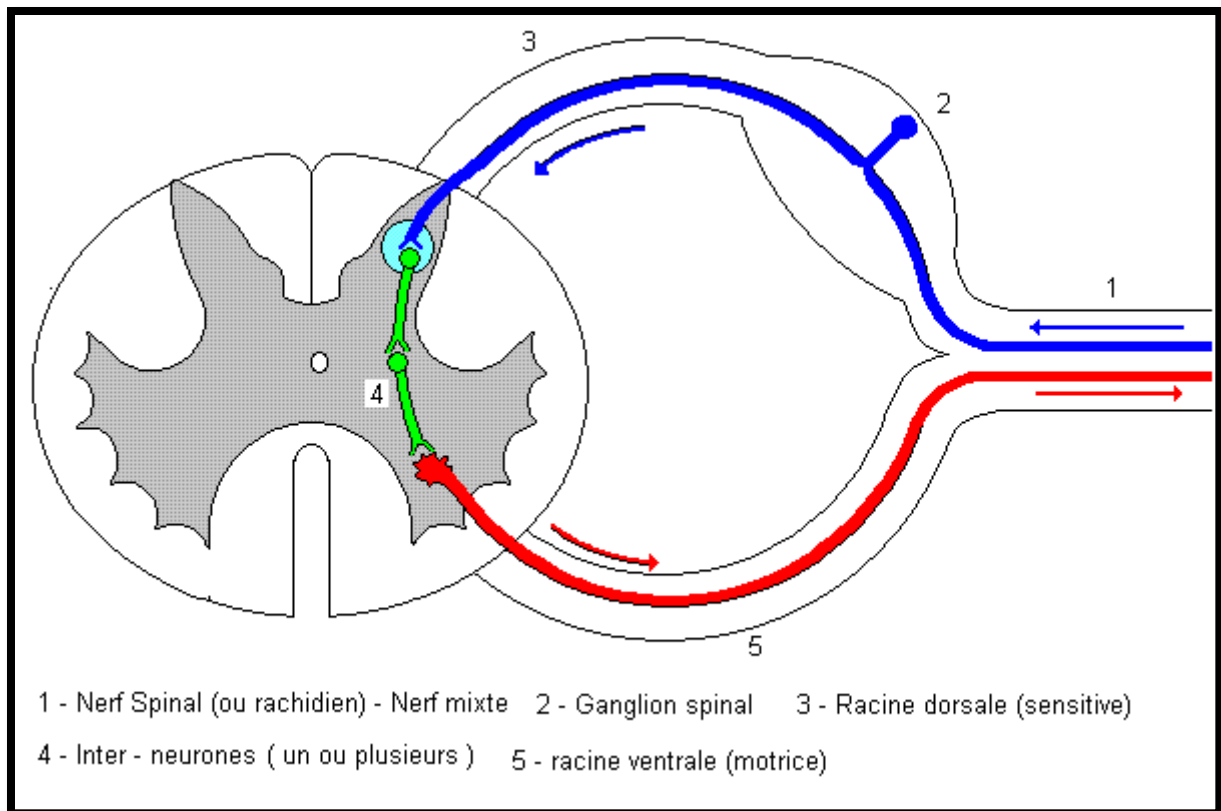
Critères diagnostiques du Mini DSM-V concernant les troubles neurocognitifs majeurs.

([17], page 264)



Annexe 2 :

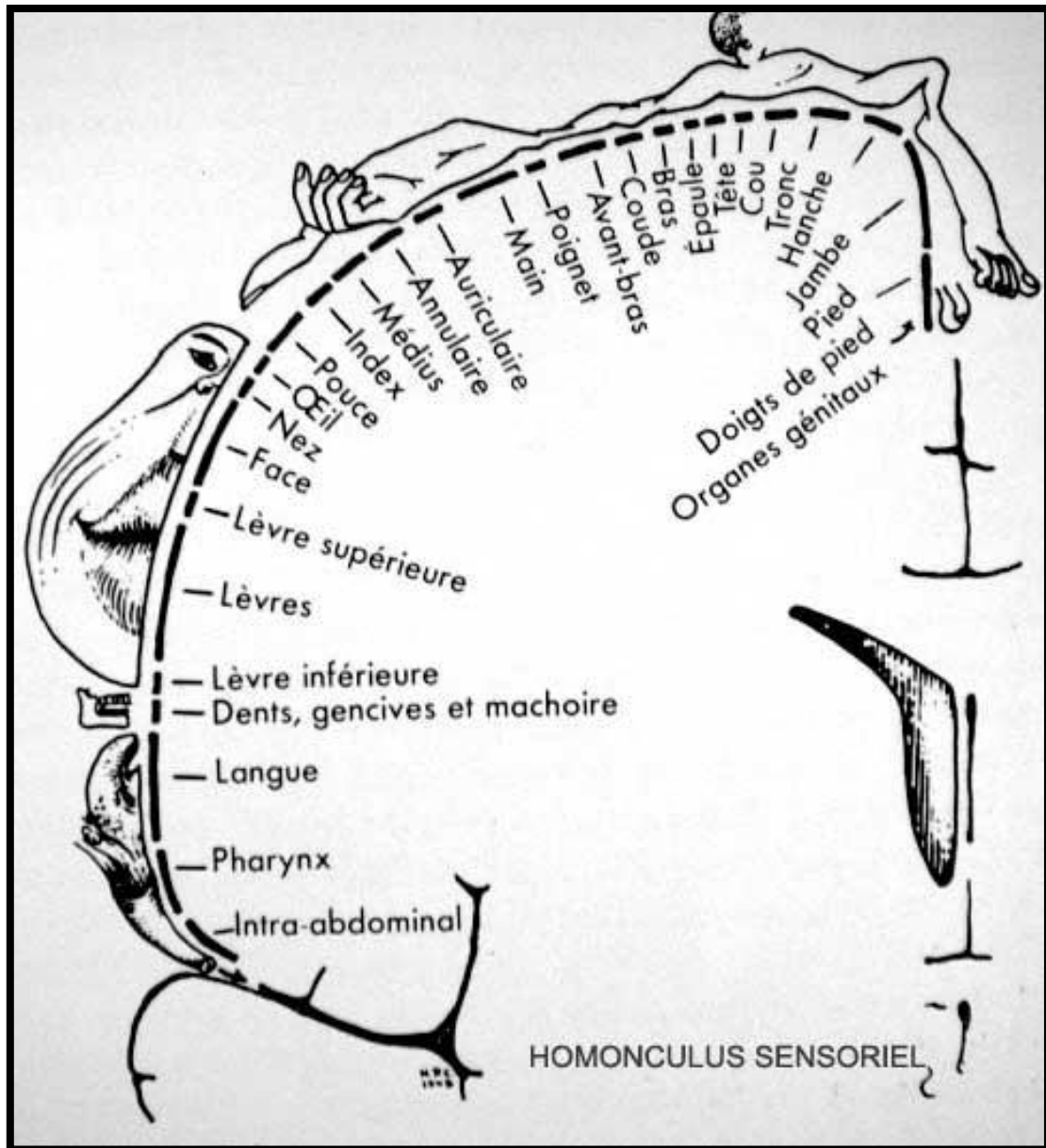
Coupe représentant les racines dorsale (ou postérieure) et ventrale (ou antérieure) de la moelle épinière.



<https://www.anatomie-humaine.com/La-moelle-epiniere-2-Anatomie.html>

Annexe 3 :

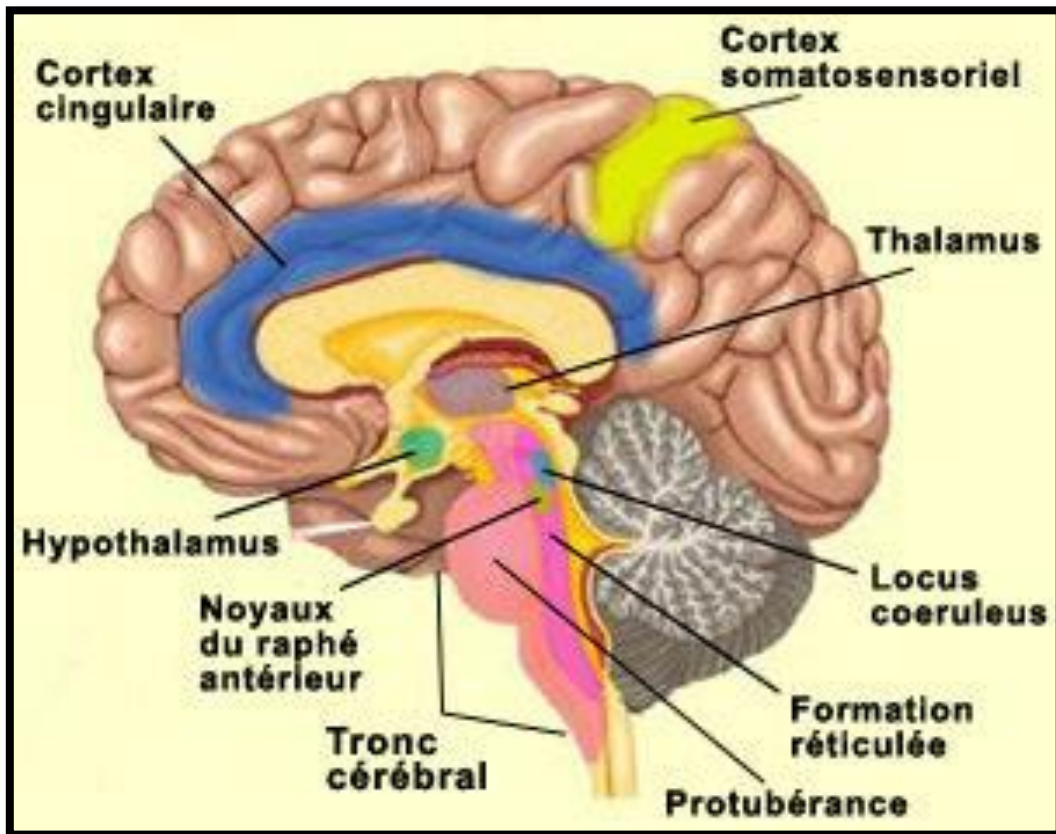
Coupe cérébrale représentant l'Homunculus de Penfield sensitif.



<http://afppe.poitou.online.fr/Site%20A.F.R.H.A/anat-homunculus.htm>

Annexe 4 :

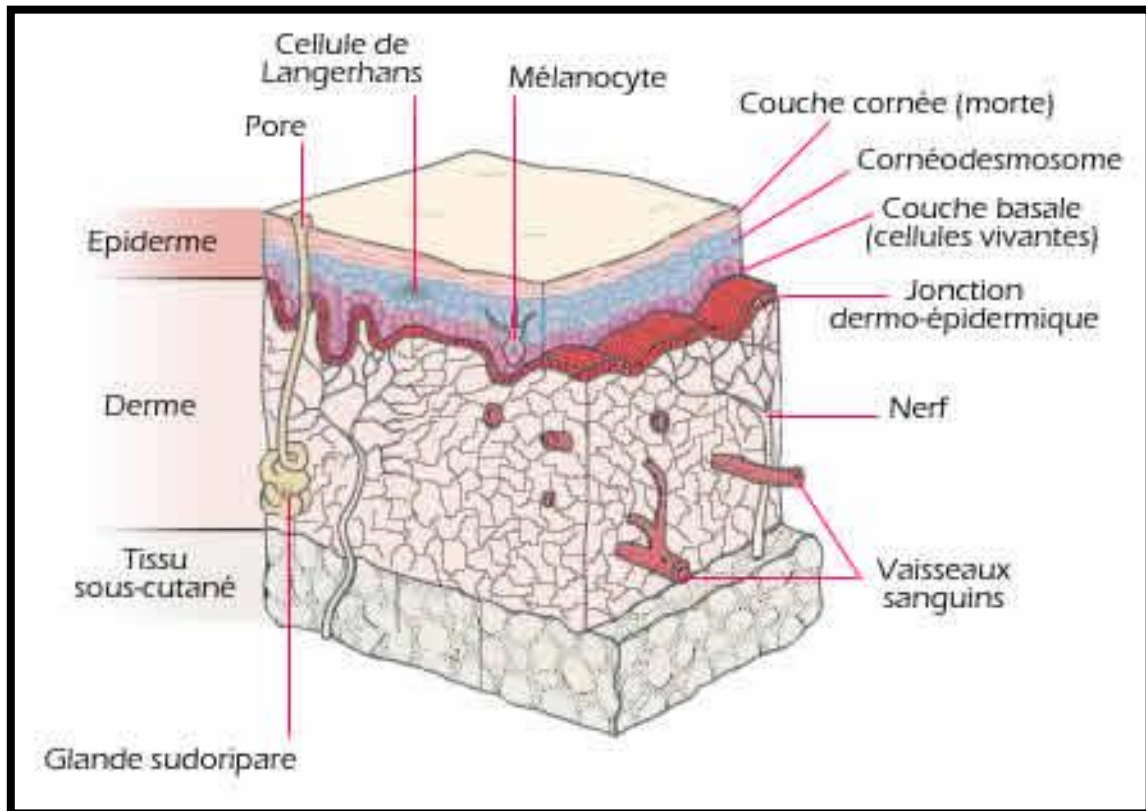
Coupe du cerveau représentant le cortex somatosensoriel et le cortex cingulaire.



https://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_12/i_12_cr/i_12_cr_con/i_12_cr_con.html

Annexe 5 :

Schéma des différentes couches de la peau.



<https://www.thermes-larocheuposay.fr/dermatoservice/la-structure-de-la-peau/>

Annexe 6 :

Tableau représentant les caractéristiques des personnes et leur autonomie dans les actes de la vie quotidienne en fonction du groupe iso-ressource (GIR).

GROUPE ISO-RESSOURCES		CARACTERISTIQUES DES PERSONNES
<i>GIR concernés par le versement de la PSD</i>	GIR 1	Personnes confinées au lit ou au fauteuil ou dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, nécessitant la présence constante d'intervenants
	GIR 2	Personnes confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées, nécessitant une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante Personnes dont les fonctions mentales sont altérées, mais pouvant se déplacer : seuls certains gestes, tels que l'habillage ou la toilette, ne peuvent être accomplis en raison de la déficience mentale.
	GIR 3	Personnes ayant partiellement conservé leurs capacités motrices, mais ayant besoin d'être assistées pour se nourrir, se coucher, se laver...
	GIR 4	Personnes ayant besoin d'aide pour se lever, se coucher, mais pouvant se déplacer seules à l'intérieur du logement : une assistance est parfois nécessaire pour la toilette et l'habillage. Personnes n'ayant pas de problème de déplacement, mais qui devant être assistées pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.
	GIR 5	Personnes relativement autonomes dans leurs activités, se déplaçant seules, mais ayant besoin d'aides ponctuelles pour la toilette, la préparation des repas, l'entretien du logement
	GIR 6	Personnes autonomes dans tous les actes de la vie courante

<http://www.conseils-finance.fr/dependance-et-perte-autonomie/>

Annexe 7 :

Echelle d'hétéro-évaluation de la douleur, échelle Doloplus.

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE		DATES			
Échelle DOLOPLUS®					
NOM : _____ Prénom : _____ Service : _____					
OBSERVATION COMPORTEMENTALE					
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1. PLAINTES SOMATIQUES					
- pas de plainte		0	0	0	0
- plaintes uniquement à la sollicitation		1	1	1	1
- plaintes spontanées occasionnelles		2	2	2	2
- plaintes spontanées continues		3	3	3	3
2. POSITIONS ANALGÉSIQUES AU REPOS					
- pas de position analgésique		0	0	0	0
- le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle		1	1	1	1
- position analgésique permanente et efficace		2	2	2	2
- position analgésique permanente inefficace		3	3	3	3
3. PROTECTION DE ZONES DOULOUREUSES					
- pas de protection		0	0	0	0
- protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins		1	1	1	1
- protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins		2	2	2	2
- protection au repos, en l'absence de toute sollicitation		3	3	3	3
4. MIMIQUE					
- mimique habituelle		0	0	0	0
- mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation		1	1	1	1
- mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation		2	2	2	2
- mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)		3	3	3	3
5. SOMMEIL					
- sommeil habituel		0	0	0	0
- difficultés d'endormissement		1	1	1	1
- réveils fréquents (agitation motrice)		2	2	2	2
- insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil		3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6. TOILETTE ET/OU HABILLAGE					
- possibilités habituelles inchangées		0	0	0	0
- possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)		1	1	1	1
- possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels		2	2	2	2
- toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprime son opposition à toute tentative		3	3	3	3
7. MOUVEMENTS					
- possibilités habituelles inchangées		0	0	0	0
- possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)		1	1	1	1
- possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)		2	2	2	2
- mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition		3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8. COMMUNICATION					
- inchangée		0	0	0	0
- intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)		1	1	1	1
- diminuée (la personne s'isole)		2	2	2	2
- absence ou refus de toute communication		3	3	3	3
9. VIE SOCIALE					
- participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)		0	0	0	0
- participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation		1	1	1	1
- refus partiel de participation aux différentes activités		2	2	2	2
- refus de toute vie sociale		3	3	3	3
10. TROUBLES DU COMPORTEMENT					
- comportement habituel		0	0	0	0
- troubles du comportement à la sollicitation et itératifs		1	1	1	1
- troubles du comportement à la sollicitation et permanents		2	2	2	2
- troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation)		3	3	3	3
SCORE					

<https://againstpain.org/images/materielcampagne/3.2.1-Echelle-Doloplus-Dr-Escourolle.pdf>

Annexe 8 :

Echelle d'auto-évaluation de la douleur, échelle verbale simple.

([55], page 12)

ÉCHELLE
VERBALE SIMPLE (EVS)
en 5 points

Quel est le niveau
de votre douleur
à l'instant présent ?

Vous répondez

Pas de douleur 0	ZERO DOULEUR
Faible 1	
Modérée 2	
Intense 3	
Extrêmement intense 4	MAX

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	2
AVANT-PROPOS	3
INTRODUCTION	4
PARTIE 1 - DU VIEILLISSEMENT PHYSIOLOGIQUE A LA DEMENCE	6
Chapitre 1 – Le vieillissement normal :	6
<i>A – Définition du vieillissement :</i>	<i>6</i>
<i>B – Modifications liées à la sénescence :</i>	<i>7</i>
1. D’un point de vue sensoriel :	7
2. D’un point de vue psycho-affectif :	9
3. D’un point de vue cognitif :	9
4. D’un point de vue physique :	12
Chapitre 2 – Le vieillissement pathologique :	12
<i>A – Définition de la démence :</i>	<i>12</i>
<i>B – Les différents types de démences :</i>	<i>14</i>
1. Démences corticales :	14
2. Démences sous-corticales :	14
3. Démences vasculaires :	15
4. Autres démences :	15
Chapitre 3 – Une démence, l’exemple de la maladie d’Alzheimer :	16
<i>A – Histoire et définition de la maladie :</i>	<i>16</i>
<i>B – Les plans ministériels relatifs à la maladie d’Alzheimer :</i>	<i>17</i>
<i>C – Physiopathologie et traitement de cette maladie :</i>	<i>18</i>
PARTIE 2 – LA DOULEUR	21
Chapitre 1 – Définition et physiologie de la douleur :	21
<i>A – Définition de la douleur :</i>	<i>21</i>
<i>B – Physiologie de la douleur :</i>	<i>22</i>

<i>C – Souffrance psychique et douleur physique :</i>	25
Chapitre 2 – Prise en soin médicamenteuse et non médicamenteuse de la douleur :	28
<i>A – Evaluation de la douleur :</i>	28
<i>B – Traitement médicamenteux :</i>	30
<i>C – Prise en soin non médicamenteuse :</i>	31
1. Méthodes physiques :	32
2. Les approches psychothérapeutiques et les médiations corporelles :	32
3. Autres prises en charge non médicamenteuses :	34
Chapitre 3 – Douleur et personnes âgées :	34
<i>A – Particularités dans la perception de l'information douloureuse :</i>	34
<i>B – Particularités dans le traitement antalgique :</i>	35
<i>C – Douleur et démences :</i>	36
Chapitre 4 – Psychomotricité et douleur :	36
<i>A – La psychomotricité :</i>	36
<i>B – Spécificités de la prise en soin psychomotrice de la douleur :</i>	38
1. Bilan et prise en soin en psychomotricité :	38
2. Indications et contre-indications :	39
3. Les troubles psychomoteurs associés à la douleur chronique :	40
<i>a. Troubles de la régulation tonique :</i>	40
<i>b. Troubles de l'image du corps et du schéma corporel :</i>	40
<i>c. Troubles de l'orientation spatio-temporelle :</i>	42
PARTIE 3 – LA PEAU ET LE TOUCHER, DE LA NAISSANCE A LA SENESCENCE	44
Chapitre 1 – La peau et le toucher :	44
<i>A – La structure et les fonctions de la peau :</i>	44
1. Ontogenèse et structure de la peau :	44
2. Fonctions de la peau :	45
<i>B – Les modifications de la peau liées à la sénescence :</i>	46
Chapitre 2 – Le toucher dans l'ontogenèse :	47
<i>A – Développement du toucher, de l'anté au post-natal :</i>	47
<i>B – Le rôle du toucher dans le développement :</i>	49
<i>C – Le toucher chez la personne âgée :</i>	50

PARTIE 4 – LE TOUCHER THERAPEUTIQUE DANS LA PRISE EN SOIN PSYCHOMOTRICE DE LA PERSONNE AGEE DOULOUREUSE CHRONIQUE	54
Chapitre 1 – Présentation de la structure de stage :	54
Chapitre 2 – Psychomotricité, douleurs et toucher thérapeutique :	55
<i>A – Aspects techniques du toucher thérapeutique</i> :	55
<i>B – Intérêts du toucher thérapeutique dans la prise en soin psychomotrice de la personne âgée douloureuse chronique</i> :	57
<i>C – L’importance du toucher thérapeutique dans la prise en soin de l’hypertonie liée à la douleur</i> :	61
1. Les positions vicieuses :	61
2. Un mécanisme de défense, une enveloppe de souffrance :	62
3. Les enjeux de la détente musculaire :	63
Chapitre 3 – Les limites du toucher :	64
<i>A – Limites dans la relation</i> :	64
<i>B – Limites du fait de la douleur</i> :	65
<i>C – Précautions à prendre avec les personnes âgées</i> :	66
Chapitre 4 – Etude de cas :	66
A – Anamnèse :	67
1. Histoire de vie :	67
2. Antécédents médicaux :	67
<i>B – Bilan psychomoteur et prises en charge dans la structure</i> :	69
1. Bilan psychomoteur :	69
2. Prise en soin médicamenteuse et rééducative :	70
<i>C – Prises en soin spécifiques en psychomotricité</i> :	71
1. Balnéothérapie :	71
<i>a) Objectifs</i> :	71
<i>b) Déroulement d’une séance type</i> :	71
<i>c) Evolution pendant les séances</i> :	72
1. Toucher thérapeutique :	73
<i>a) Objectifs</i> :	73
<i>b) Projet mis en place</i> :	74
<i>c) Les séances proposées</i> :	75
<i>Conclusion</i> :	77
CONCLUSION	78
BIBLIOGRAPHIE	79

ANNEXES	83
Annexe 1 :	83
Annexe 2 :	84
Annexe 3 :	85
Annexe 4 :	86
Annexe 5 :	87
Annexe 6 :	88
Annexe 7 :	89
Annexe 8 :	90
TABLE DES MATIERES	91