



HAL
open science

Du tact au tact : intervention auprès de la personne âgée qui présente des douleurs physiques et psychiques : l'exemple du toucher thérapeutique

Inès Blanquet

► To cite this version:

Inès Blanquet. Du tact au tact : intervention auprès de la personne âgée qui présente des douleurs physiques et psychiques : l'exemple du toucher thérapeutique. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02933028

HAL Id: dumas-02933028

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02933028>

Submitted on 8 Sep 2020

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.



Institut de Formation en Psychomotricité

Institut de Formation en psychomotricité

Site de la Pitié Salpêtrière

Faculté de Médecine Sorbonne-Université

91 boulevard de l'hôpital

75364 Paris Cedex 14

Du tact au tact :

Intervention auprès de la personne âgée qui présente des douleurs physiques et psychiques. L'exemple du toucher thérapeutique.

Mémoire présenté par Inès Blanquet

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien

Référents de mémoire :

Marc Guiose

Martine Tacheau

Session de Juin 2020

J'ai eu la chance de faire la connaissance d'un monsieur devenu aveugle. Il aimait les vieux chanteurs, sentir l'herbe sous ses pieds et les livres audios. Il est le premier patient avec lequel j'ai pratiqué du toucher thérapeutique. Ce n'était pas prévu. Le début de séance avait été plutôt chaotique. Il s'était présenté à la séance d'humeur triste. Le début de la séance ne l'ayant pas aidé, j'ai décidé de lui proposer un moment de toucher-thérapeutique. Par peur de mal faire, j'ai eu du mal à lâcher prise. A la fin de la séance, il m'a remerciée, des larmes dans les yeux. Il m'a dit qu'il aurait aimé devenir psychomotricien s'il avait connu l'existence de ce métier. Je n'ai pas compris ce qui s'était produit. Il était heureux, je l'étais aussi. C'est la dernière fois que je l'ai vu. J'ai alors souhaité écrire mon mémoire sur le toucher.

Remerciement

Je souhaiterais tout d'abord remercier ma maître de stage, Charlotte, qui m'a accueillie et fait confiance, tout au long de l'année, pour prendre en charge ses patients dans l'institut et qui a mis à ma disposition son savoir et son expérience.

Je souhaiterais aussi remercier mes maîtres de mémoire, Martine TACHEAU et Marc GUIOSE, qui ont su m'accompagner dans ma réflexion tout au long de cette année, malgré que leur tâche n'ait pas été rendue des plus faciles à cause des grèves et du coronavirus.

Et enfin, j'aimerais remercier mes compagnons d'étude parisienne avec qui ces trois années sont rapidement passées et qui m'ont soutenu et recueilli mes plaintes pendant l'intégralité de notre formation, notamment la première année qui a été décisive pour moi. Ils sont la cause de mon épanouissement scolaire et de ma maturation autant personnelle que professionnelle.

Table des matières :

Introduction	6
I. Observation clinique	8
A. Présentation générale de l'établissement	8
1. L'établissement	8
2. Organisation spatiale des unités.....	10
3. Les différents temps de toucher dans la vie des patients	10
B. La prise en charge.....	14
1. La place de la psychomotricité auprès de la personne âgée.....	14
a. L'objectif global de la psychomotricité	14
b. Les indications	14
c. La prescription médicale.....	16
d. Le bilan psychomoteur	16
e. L'axe thérapeutique.....	17
f. Le cadre des séances	18
2. Le cas de Madame B	20
a. Anamnèse.....	20
b. Sémiologie psychomotrice.....	20
c. Observations cliniques de Madame B	22
3. Le cas de Madame L	23
a. Anamnèse.....	23
b. Sémiologie psychomotrice.....	24
c. Observations Cliniques de Madame L.....	25
4. Le cas de Monsieur G.	27
a. Anamnèse.....	27
b. Sémiologie psychomotrice.....	28
c. Observations cliniques de Monsieur G	29
C. Questionnement autour de la clinique observée	33
II. Partie clinico-théorique	35
A. L'apparition des douleurs	35
1. Le vieillissement et ses conséquences	35
a. Le vieillissement physiologique	35
b. Changement tonique	36
c. Changement moteur	37
d. Changement sensoriel	38

e.	Changement du schéma corporel et de l'image du corps.....	39
f.	Changement cognitif	41
g.	Le vieillissement pathologique	41
h.	L'institutionnalisation	43
i.	Les conséquences du vieillissement en résumé.....	44
2.	La douleur.....	46
a.	Définition.....	46
b.	Douleur physique	47
c.	Douleur morale et souffrance psychique.....	48
d.	L'angoisse, un type de souffrance psychique	49
e.	Douleur chronique, douleur pathologique	50
3.	L'impact de la douleur sur l'organisation psychomotrice	51
a.	Le tonus	51
b.	La motricité.....	52
c.	Le sensoriel.....	53
d.	Le Schéma Corporel	54
e.	L'image du corps.....	55
f.	Le comportement	57
B.	Le toucher thérapeutique.....	59
1.	Définition du toucher thérapeutique	59
2.	Les différents touchers en psychomotricité	60
a.	Le toucher-massage.....	61
b.	Les mobilisations passives	62
3.	La psychomotricité et l'approche du toucher	63
a.	La formation du psychomotricien.....	63
b.	La relation, l'outil du psychomotricien	64
c.	La posture du psychomotricien	65
d.	Le toucher et l'être touché	66
e.	Le dialogue tonico-émotionnel, le Holding et le Handling	67
4.	Les fonctions de l'instance du Moi-Peau	69
	Conclusion.....	74
	Ouverture.....	76
	Bibliographie	78

Introduction

J'ai découvert pour la première fois le milieu hospitalier gériatrique en mai 2019. J'ai effectué un stage auprès d'une psychomotricienne travaillant au sein d'une unité de soin longue durée et d'une unité cognitivo-comportementale. Chaque personne rencontrée avait sa propre histoire, un niveau social différent de son voisin, une famille plus ou moins présente et une situation médicale particulière. Cependant, ces personnes se sont retrouvées dans la même institution. Certains l'ont choisi, d'autres non. Beaucoup essaient encore d'accepter leur situation ; ce sont ces derniers qui m'ont donné envie de continuer de travailler avec les personnes âgées institutionnalisées. J'ai voulu retourner faire mon stage de dernière année dans le même établissement qui m'avait accueilli lors de mon premier stage dans ce milieu. C'est là-bas que j'ai pu réellement me représenter en tant que future psychomotricienne.

Nous vieillissons tout au long de notre vie ; nous sommes tous plus vieux aujourd'hui que la veille. Ce processus auquel personne n'échappe, que nombreux redoutent, est souvent vécu comme un stigmate. Il est associé à des faits ressentis négativement comme la maladie ou la mort. Nous essayons de cacher et de diminuer les marqueurs de notre vieillissement ; nous mettons des crèmes, nous teignons nos cheveux pour lutter contre le temps. Mais que signifie vieillir ? A quel âge devenons-nous vieux ? Agé ? Senior ? Pour certains nous le sommes à partir de 60 ans, pour d'autres 65 ans ou 70 ans. Certains vous diraient que c'est dans la tête, que nous pouvons être vieux en âge et avoir l'esprit jeune et inversement. Dans une entreprise, un sénior c'est une personne de plus de 50 ans. Socialement, nous sommes amenés à considérer que cette période commence à l'arrêt de l'activité professionnelle. Dans le milieu médical, légalement, l'âge est un critère d'admission pour les services gériatriques qui sont tenus d'accueillir les personnes dépendantes de soins à partir de leurs 60 ans. Le vieillissement entraîne des changements. Que se passe-t-il quand la pathologie fait irruption dans la vie des personnes vieillissantes. La pathologie impacte la vie quotidienne, d'autant plus lorsque la personne doit être institutionnalisée.

Aujourd'hui du haut de mes 21 ans de vieillesse, je pense qu'il y a autant de façons de voir le vieillissement et de le vivre qu'il y a d'individus dans le monde. Il existe donc autant de façon d'accompagner la personne vieillissante à accepter son nouveau lieu de vie, son nouveau corps et sa nouvelle dépendance auprès des soignants.

J'ai choisi dans ce mémoire de raconter ma clinique auprès de trois patients rencontrés tout au long de mon année de stage. Ces prises en charge m'ont beaucoup apporté sur le plan professionnel mais aussi personnel. J'évoquerai ici les questionnements que ces différentes rencontres ont fait émerger au travers de ma problématique : **Comment le psychomotricien peut-il utiliser le toucher thérapeutique pour prendre en charge la souffrance de la personne âgée endolorie ?** Dans une première partie, je commencerai par présenter l'institution puis je développerai la clinique des trois patients suivis. Dans une deuxième partie j'aborderai les mécanismes et changements qui peuvent induire des douleurs et des souffrances à travers la description des vieillissements normal et pathologique des items psychomoteurs. Puis, je continuerai cet écrit en décrivant les conséquences psychomotrices de ces douleurs et ces souffrances. Et enfin je terminerai par commenter les mécanismes du toucher thérapeutique dans la prise en charge psychomotrice de ces patients en souffrance.

I. Observation clinique

A. Présentation générale de l'établissement

1. L'établissement

J'ai effectué mon stage dans un centre hospitalier public. Plus précisément, j'ai travaillé dans deux services gériatriques : Une unité de soin longue durée et une unité Cognitivo-Comportementale. Ces unités sont sous-tendues par un cadre légal. Elles accueillent des personnes âgées de plus de 60 ans. Cependant des patients de moins de 60 ans peuvent être acceptés à la suite d'une dérogation administrative. Ce sont des lieux de vie, elles proposent aux patients un hébergement, des soins médicaux mais aussi des activités sociales et thérapeutiques.

L'unité de soin longue durée (USLD) est une structure de soin et d'hébergement sur le long terme pour les patients qui sont dans une situation de dépendance et qui demandent une surveillance médicale constante. En unité de soin longue durée, le travail est centré sur la rééducation, la réadaptation et la stimulation. L'accompagnement est global et s'effectue sur le long terme de l'entrée en institution jusqu'à l'accompagnement en fin de vie de la personne. Les patients arrivent à l'USLD généralement après une hospitalisation en court séjour gériatrique ou une hospitalisation en soins de suite et de réadaptation (SSR). La structure accueille environ 150 patients, répartis sur 4 étages. L'établissement dispose d'une équipe pluridisciplinaire, une infirmière et deux aides-soignantes assignées sur chaque étage, deux cadres de santé, deux médecins, une assistante sociale, une animatrice et une équipe paramédicale. Celle-ci est composée d'une neuropsychologue, d'une ergothérapeute, d'une psychomotricienne et d'un kinésithérapeute.

L'unité Cognitivo-Comportementale (UCC) accueille des personnes qui présentent des troubles du comportement associés à des troubles cognitifs légers, modérés ou sévères. Normalement ce type d'unité a été créée pour accueillir seulement les personnes présentant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée à celle-ci. Dans le cadre de mon expérience, j'ai pu observer que mon lieu de stage accueille des personnes avec tout type de démence ou de trouble(s)cognitifs non étiqueté(s). Par exemple, Il est possible que le service accueille des patients avec un syndrome de Korsakoff. En effet, l'intégration des patients se base surtout sur la présence de troubles du comportement et de troubles cognitifs invalidant la vie quotidienne du patient et de ceux qui l'entourent plutôt que sur le diagnostic de la pathologie. Les patients de cette unité arrivent à la suite d'un épuisement familial ou suite à des difficultés à gérer la personne dans un autre service. C'est une unité fermée, les patients ne peuvent pas quitter leur service, ni accéder à leur chambre librement. L'environnement se veut sécurisant et rassurant aussi bien pour les patients que les soignants. Le service peut accueillir jusqu'à 12 patients. L'équipe de soin du service de jour est composée d'une infirmière et de deux aides-soignants, d'un agent des services hospitaliers, d'une cadre de santé et d'un médecin. Ponctuellement sur des créneaux horaires définis un psychologue, un ergothérapeute et la psychomotricienne interviennent dans le service. Dans ce cadre privilégié, dû au nombre de patients, l'équipe paramédicale a la possibilité de rencontrer tous les patients individuellement. Ceux-ci sont généralement hospitalisés dans l'unité sur une courte période. Le projet de base est une hospitalisation de quatre semaines. Le temps qu'ils se stabilisent et qu'ils rentrent dans leur milieu de vie habituel ou qu'ils soient réorientés dans une unité Cantou¹ ou une unité d'hébergement renforcée (UHR). Ce projet est discuté et repris tout au long de l'hospitalisation par les équipes, le médecin ainsi que la famille du patient. Il est adapté aux différents cas. Ce temps d'hospitalisation est souvent prolongé puisque certaines personnes ont besoin d'une période plus longue pour se stabiliser et récupérer le maximum de leurs capacités. De plus l'orientation dans une nouvelle institution peut prendre du temps, le nombre de place étant limité.

¹ Centre d'Animation Naturel Tiré d'Occupations Utiles, aussi appelé unité de vie protégé. C'est une unité fermée, tout comme l'unité d'hébergement renforcée, qu'on peut retrouver dans un EHPAD ou dans une Maison de retraite.

2. Organisation spatiale des unités

Le bâtiment de l'Unité de Soins Longue Durée est situé au sein de l'hôpital. Il est disposé sur quatre étages. Chaque étage est réparti sur deux ailes, il dispose d'une quinzaine de chambres par ailes, d'une salle à manger, d'un salon commun et d'un bureau infirmier. A chaque étage on retrouve des terrasses ainsi qu'un patio au premier étage ; les résidents peuvent y accéder librement. Au premier étage on trouve la salle d'animation, la salle de psychomotricité et le plateau technique du kinésithérapeute. Deux unités d'hébergement renforcées sont rattachées à l'USLD et sont situées dans le bâtiment de l'unité.

L'Unité Cognitivo-Comportementale est rattachée au bâtiment de soins de suite et de réadaptation. Le service est organisé pour accueillir des personnes qui déambulent. Il dispose d'un espace pensé pour la déambulation. Les couloirs présentent des bifurcations ce qui évite que les patients tournent en rond. Des salons pour s'asseoir sont disposés dans des coins de l'unité. Il existe aussi dans le service des lieux communs de vie sociale et d'activités : un salon commun ouvert en continu. Un salon des familles et une salle d'activité sont ouverts sur demande des patients ou lors des activités sociales (jeux, écoute de musique, vernissage des ongles) et thérapeutiques (séance d'ergothérapie ou de psychomotricité). L'équipe médicale dispose d'un bureau infirmier et d'une salle de pause. L'UCC possède également une salle snoezelen utilisée par la psychomotricienne. Un chariot avec du matériel snoezelen peut être déplacé dans les chambres lorsque les patients ne sont pas aptes à se mouvoir.

3. Les différents temps de toucher dans la vie des patients

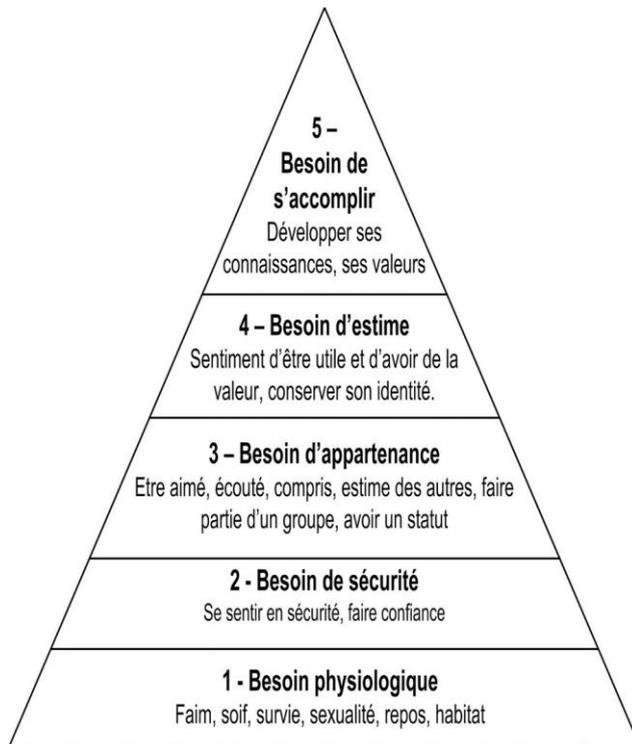
Les temps de toucher pour les personnes en institution sont surtout représentés par les temps nécessaires aux soins infirmiers : la prise des médicaments, les pansements, les soins des plaies. Ainsi que les temps alloués aux

soins d'hygiène : les toilettes, la douche ; à l'aide à la nutrition et à l'aide aux transferts réalisés par les aides-soignants. Selon le niveau de dépendance des patients, ils reçoivent plus ou moins d'aide dans leurs soins et leurs transferts. Le temps de toucher n'est donc pas le même pour chaque patient.

Les patients de l'USLD sont dépendants au niveau médical. Ils sont aussi pour un grand nombre dépendant au niveau de leurs actes moteurs : se déplacer, se nourrir, se laver. Les patients de l'UCC sont, eux, le plus souvent indépendants d'un point de vue moteur. Certains ont besoin d'une stimulation verbale pour effectuer des gestes de la vie quotidienne. Pour certains, leurs troubles cognitifs et leurs troubles du comportement ne leur permettent pas d'être autonomes pour effectuer leurs soins d'hygiène. Leurs actions ne sont pas toujours adaptées. Certains montrent une agnosie qui les empêche d'utiliser correctement un objet qu'ils ne reconnaissent plus. D'autres ont une difficulté d'organisation des différentes étapes de la toilette, ils oublient comment faire ou montrent un refus de faire.

J'ai pu observer qu'il est souvent difficile pour les patients d'être acteur de leurs soins. Ils ont un rôle d'objet de soins dans ces moments de toucher. Le toucher des soignants est un soutien au patient et à leurs corps. Cependant, ce toucher perd son aspect relationnel, ou du moins, celui-ci est relégué au second plan. Dans leurs formations les infirmiers et aides-soignants sont initiés à accompagner la personne selon le principe de la pyramide des besoins de Maslow. Elle est issue de l'article *A Theory of Human Motivation* écrit par A. Maslow en 1943. Il s'agit d'une hiérarchisation des besoins individuels sous forme de pyramide. Ainsi, les besoins vitaux comme se nourrir, boire et dormir forme la base de la pyramide. Sur les besoins physiologiques reposent, de bas en haut de la pyramide, le besoin de sécurité, le besoin d'appartenance, le besoin d'estime et le besoin de s'accomplir.

Pyramide des besoins selon A. Maslow :



Cette manière de penser les besoins d'un individu se retrouve dans leurs pratiques. La priorité est donnée au soulagement des besoins physiologiques, c'est-à-dire la base de la pyramide. Cependant, le rythme institutionnel ne leur permet pas de prendre le temps de valoriser au mieux les autres besoins présents dans la pyramide de Maslow. Le besoin d'appartenance qui implique la communication verbale et non verbale est alors sous-stimulé. Par exemple, les aides-soignants n'ont que 15 minutes pour effectuer une toilette. Or dans ce temps, il n'existe pas seulement le moment de la toilette. Il contient aussi le temps de se dire bonjour, de lever la personne, de l'aider à aller dans la salle de bain, de la laver et de l'habiller. Dans ces conditions il est difficile de pouvoir prendre le temps de toucher psychiquement et corporellement de manière adaptée le patient.

De plus, à l'hôpital, nous touchons le patient dans le but de le guérir et de le soigner. Or dans la vie de tous les jours, nous ne sommes pas touchés uniquement lorsque nous avons besoin d'être guéris ou soignés. Tout au long d'une journée, nous

sommes engagés dans différents contacts tactiles ou non. Ceux-ci sont conscients ou inconscients ainsi que désirés, inopinés ou circonstanciels. Ils se produisent avec des personnes que nous connaissons mais aussi avec des inconnus. Ces contacts ont lieu à différents moments et dans divers contextes spatio-temporels. Par exemple, lorsque nous saluons une connaissance ou lorsque nous sommes dans les transports en commun et que ceux-ci sont bondés. Il est alors difficile de ne pas créer de contact physique avec un autre. Ces contacts ressentis comme agréables ou désagréables, sont à l'origine de réactions tonico-émotionnelles incontrôlées et parfois inconscientes. Ce sont des réactions toniques mises en jeu par le flux émotionnel qui nous anime au moment du toucher. En fonction de comment le sujet a été affecté par cette rencontre tactile, les réactions mises en place ne sont pas les mêmes. Elles sont d'autant plus présentes dans les situations anxiogènes. Elles peuvent faire naître des changements au niveau des coordinations statiques et dynamiques, mais aussi au niveau des mimiques, de la parole et de la vie neurovégétative (augmentation ou diminution du système cardiaque, respiratoire et glandulaire). Ces moments de toucher, parce qu'ils diffèrent les uns des autres, nous permettent d'enrichir nos perceptions et nos représentations. Celles-ci sont stockées, du moins en partie dans notre mémoire sensorielle. Cependant, pour les personnes institutionnalisées, ces moments de toucher se font rares puisque, pour la plupart, ils restent dans le même cadre spatio-temporel. Lorsqu'un toucher se produit, il a lieu avec les mêmes personnes (les soignants), dans un même endroit (le lieu de vie) et souvent dans une même temporalité. C'est-à-dire que pour des raisons d'organisation, la vie des patients est rythmée, il n'existe plus de place à l'imprévu.

B. La prise en charge

1. La place de la psychomotricité auprès de la personne âgée

a. L'objectif global de la psychomotricité

L'objectif du psychomotricien est de mettre en place des moyens de travailler les différents items psychomoteurs avec son patient. Le psychomotricien accompagne de manière globale son patient dans son vieillissement, dans sa maladie chronique et/ou son stress aigu. Il prend en compte le corps et la psyché, l'histoire et la vie familiale ainsi que l'environnement du patient. Le but de la psychomotricité avec les personnes âgées est la conservation de l'intégrité psychocorporelle en passant par le réinvestissement du corps en mouvement. Le psychomotricien aide son patient à garder ou à retrouver les ressources motrices, cognitives et psychiques pour agir sur son environnement et entrer en contact avec ce qui l'entoure. Le psychomotricien accompagne aussi son patient dans l'acceptation de ses pertes autant corporelles que psychiques en passant par une valorisation des compétences restantes.

b. Les indications

Lorsqu'un psychomotricien prend en charge un patient, il le prend dans sa globalité. C'est-à-dire qu'il prend en charge un individu qui présente un ou plusieurs item(s) psychomoteur(s) affaiblis. Ces troubles psychomoteurs entraînent des répercussions sur son corps mais aussi sur son esprit. Le psychomotricien va prendre en compte son passé, sa vie familiale, sa vie quotidienne et ses activités de plaisir. Ainsi, chaque individu étant unique, le champ d'action du psychomotricien est large.

Des personnes atteintes d'une même pathologie ou d'une même souffrance psychique, ne présentent pas les mêmes difficultés psychomotrices. De même, pour deux personnes présentant les mêmes difficultés, ces-dernières ne sont pas travaillées de la même manière et avec la même médiation.

Le psychomotricien est apte à intervenir sur des troubles physiques tel qu'un syndrome post-chute, une régression psychomotrice, des troubles moteurs, trouble de l'équilibre et des coordinations, des troubles toniques qui peuvent entraîner des difficultés à se mobiliser. Le psychomotricien intervient aussi sur les troubles du schéma corporel, souvent dus aux changements du corps pendant la maladie, ou à la perception d'un corps non unifié induit par un manque de mobilisation ou un manque de perception des sensations. Les services gériatriques accueillent de nombreux patients atteints de douleurs chroniques ou aiguës qui requièrent des soins antalgiques ainsi que des patients en grande souffrance psychique. La prise en charge de la souffrance, qu'elle soit physique, psychique ou bien souvent les deux, est donc une indication fortement retrouvée en gérontopsychomotricité. Le psychomotricien est également amené à suivre les patients dans des contextes de soins palliatifs et d'accompagnement en fin de vie pour soulager le patient.

A l'UCC, un patient peut, souvent, interpeller à cause de son comportement, une personne déprimée, délirante, confuse ou agressive. Parfois un changement de comportement se produit brutalement. Les troubles du comportement sont une véritable source de communication non verbale qui exprime un mal être psychocorporel. Ils se manifestent dans la manière d'agir avec son environnement et en relation avec soi et l'autre. Ils sont une indication de travail récurrente pour le psychomotricien. Ils peuvent être la cause ou la conséquence de difficultés psychomotrices telles qu'un trouble de la régulation tonico-émotionnelle, une instabilité psychomotrice, une difficulté d'inhibition, un déficit sensoriel ou un trouble du schéma corporel. Mais aussi une difficulté d'adaptation à un handicap souvent sensoriel, un désinvestissement psychique, relationnel et corporel, un trouble spatio-temporel et/ou de l'anxiété. De plus, certains troubles entraînent des difficultés avec l'équipe soignante notamment au niveau de l'acceptation des soins dans les moments de toilette ou de transferts. Dans ces moments les patients

peuvent parfois se révéler violent ou apathique. Les troubles psycho-comportementaux rendent ainsi les soins difficilement réalisables pour les soignants autant qu'ils le sont à recevoir pour le patient. Le rôle du psychomotricien est alors de proposer une médiation qui amène une diminution des comportements pour favoriser le bien-être psychocorporel de l'individu et de l'équipe soignante qui l'entoure.

c. La prescription médicale

La psychomotricienne ne rencontre pas systématiquement le patient à son entrée dans l'institution. La prescription de séance de psychomotricité est légalement posée par le médecin qui suit le patient. Cependant, lors des réunions de transmissions entre les équipes paramédicales, qui ont lieu en début d'après-midi, celles-ci peuvent évoquer certains cas avec la psychomotricienne et moi-même, stagiaire. Si l'équipe signale un besoin, nous rencontrons le patient dans sa chambre pour effectuer une observation spontanée. Ainsi, le plus souvent ce sont les infirmières et les aides-soignantes qui peuvent demander un avis psychomoteur pour certains patients. De même, si nous sommes alertées par un patient qui peut, selon nous, retirer des bénéfices des séances de psychomotricité, nous pouvons demander à voir le patient. Parfois, ce sont les patients, eux-mêmes, qui demandent à avoir des séances de psychomotricité, parce qu'ils ont entendu d'autres patients en parler, notamment au travers des séances en groupe.

d. Le bilan psychomoteur

Dans l'hôpital où j'effectue mon stage, la réalisation d'un bilan psychomoteur est faite en fonction des demandes. Nous ne rencontrons pas les patients de manière systématique à leur arrivée. Le bilan s'appuie sur différentes épreuves issues de l'Examen Géronto-Psychomoteur de S. Michel, R. Soppelsa et J-M. Albaret. Le bilan psychomoteur n'est pas coté ; il s'agit d'une observation pour préciser les capacités

et les difficultés du patient dans divers items psychomoteurs. Il donne lieu à un ou plusieurs axe(s) thérapeutique(s) à travailler avec le patient. Cette appréciation est refaite quelques mois plus tard pour définir une possible progression ou régression de l'état du patient.

La première rencontre avec le patient s'effectue le plus souvent dans sa chambre, parfois en présence d'un ou plusieurs membres de la famille. Cela nous permet d'apprendre à connaître l'individu dans son environnement et d'effectuer une première observation psychomotrice globale. Ensuite, un bilan est réalisé sur une ou plusieurs séance(s). Le bilan sert à estimer les capacités et les difficultés dans les différents items psychomoteurs que peut rencontrer l'individu ainsi que l'état d'esprit dont il fait preuve vis-à-vis de sa maladie et de son institutionnalisation. « *le bilan est l'acte premier d'un soin psychomoteur. Cet acte permet - à travers une analyse qualitative et quantitative - de délimiter au mieux les compétences et difficultés du patient* » (Vincent, 2019, p. 40)

e. L'axe thérapeutique

L'axe thérapeutique représente l'orientation du travail du psychomotricien avec son patient. L'axe thérapeutique est construit à la suite des observations psychomotrices et des souhaits personnels émis par le patient lors des premières rencontres. C'est une co-élaboration entre le psychomotricien et son patient. L'axe thérapeutique reprend les besoins et les demandes du patient. Il est donc individuel et spécifique à chaque patient à un moment donné. Il est réévalué en fonction de l'état du patient. S'il y a un changement, une régression, une stagnation ou une progression de la pathologie ou d'un symptôme en particulier. De même, il est réévalué si l'axe de travail ne convient pas au patient et qu'il demande à en changer.

L'axe thérapeutique est présenté au patient par le psychomotricien. Nous exposons nos observations psychomotrices. Nous posons une problématique sur laquelle le patient et nous allons pouvoir travailler ensemble au travers d'une

médiation thérapeutique. L'axe thérapeutique est aussi présenté à l'équipe soignante, par oral lors des réunions de transmissions ainsi que par écrit, dans le dossier électronique du patient.

f. Le cadre des séances

« Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique, dans un lieu, dans un temps, dans une pensée » (Potel, 2015, p 321).

Le cadre thérapeutique est constitué des caractéristiques spatio-temporelles de la prise en charge : La temporalité et la sphère spatiale. La temporalité de la prise en charge, c'est-à-dire le ou les jour(s) de séances de psychomotricité et l'heure à laquelle elles ont lieu, ainsi que la rythmicité de la séance. Il faut installer un rituel de début pour inviter la personne à rentrer dans la séance à son rythme et un rituel de fin pour préparer à la séparation. La sphère spatiale correspond au lieu où se déroulent les séances, dans la chambre, dans la salle de psychomotricité ou dans la salle snoezelen.

Ce cadre spatio-temporel est normalement fixe. La prise en charge varie en fonction du patient et de ses besoins. Le cadre peut donc changer au cours de la prise en charge. Il peut être modulable dans la durée. Lorsque le patient ne montre pas d'intérêt aux séances ou lorsque celui-ci se trouve dans un état psychologique, ou médical qui le rend inapte à recevoir ses soins. Dans les cas précédents, le psychomotricien peut décider, avec l'accord du médecin, d'arrêter complètement ou en partie les séances avec ce patient. Cet arrêt peut s'effectuer dans un temps donné ou alors de façon définitive. Le cadre spatial peut lui aussi changer. C'est le cas pour les séances avec Monsieur G, que je présenterai plus loin dans cet écrit. Du fait de ces difficultés respiratoires, il nous est arrivé de faire des séances en chambre plutôt que dans la salle de psychomotricité. Cela me donne la possibilité d'avoir accès à l'oxygène.

Le cadre thérapeutique représente aussi les modalités de la prise en charge. En fonction de son indication en psychomotricité et des axes thérapeutiques établis, nous allons orienter notre prise en charge vers des séances en groupe ou en individuel ou les deux, ainsi que vers une certaine médiation thérapeutique. Cette médiation thérapeutique peut être une technique corporelle, comme la relaxation, le yoga, le toucher thérapeutique. Mais aussi un objet réel tel que le foulard, le ballon, le bâton ou un art comme le théâtre, la danse et la peinture. En psychomotricité, nous partons du principe que toute activité qui engage le corps engage aussi l'esprit. Donc toute activité, si elle est adaptée au patient et à sa pathologie, peut être envisagée en séance. Nous pouvons partir de ce que le patient aime faire ou lui proposer une activité qui lui est inconnue, pour l'amener à ressentir du plaisir dans son engagement corporel.

Le cadre thérapeutique a un vecteur symbolique, il assure un sentiment de sécurité et de contenance chez le patient. Ce processus est nécessaire pour une bonne prise en charge. Le cadre thérapeutique est un espace souple, sécurisant. Il est aussi un médium malléable dans le sens où Roussillon (1991) le définit dans son livre *paradoxe et situations limites de la psychanalyse*. Il doit être fiable, le patient doit pouvoir se sentir en confiance pour laisser libre cours à son expression. Il doit pouvoir être transformable à l'infini. Il doit pouvoir survivre à la destruction. Il doit être réceptif à l'expérience du patient. Dans ce cadre thérapeutique, une continuité de la relation s'instaure. Il permet l'interprétation et l'intégration des expériences sensorielles, motrices et émotionnelles qui se déroulent pendant la séance.

2. Le cas de Madame B

a. Anamnèse

Au commencement de mon stage d'initiation et d'apprentissage thérapeutique de dernière année, j'ai pu faire la connaissance de nombreux patients suivis par la psychomotricienne de l'établissement dont Madame B.

Madame B est, aujourd'hui, âgée de 76 ans. En 2013, elle est diagnostiquée atteinte de trouble cognitif léger. Par la suite, elle est hospitalisée en Unité Cognitivo-Comportementale. A ses troubles cognitifs, s'ajoute des troubles du comportement. Madame B est agitée, agressive et dans l'opposition envers autrui. Elle est ensuite admise en Unité d'Hébergement Renforcé (UHR). En août 2017, Madame B ne marche plus, elle est installée au fauteuil avec une tablette pour la contentionner ou au lit avec les deux barrières relevées. Dans ces conditions, elle ne relève plus de l'UHR, Elle est alors hospitalisée dans l'unité de soins longue durée. Elle a été diagnostiquée atteinte d'une angiopathie amyloïde². Elle est prise en charge en psychomotricité, à partir de septembre 2019, dans le but de travailler sa régulation tonico-émotionnelle pour diminuer l'hypertonie de ses membres supérieurs.

b. Sémiologie psychomotrice

Au niveau moteur, Madame B présente une hypertonie de type paratonie. La paratonie est un trouble tonique, madame B présente une raideur globale. C'est un blocage, une tension musculaire due à l'incapacité à relâcher sur commande un groupe musculaire. Le relâchement attendu est remplacé par une contraction plus

² Pathologie vasculaire cérébrale due à l'accumulation de protéines dans les vaisseaux du cerveau et des méninges.

intense. Madame B montre une résistance active permanente, qu'elle soit immobile ou qu'elle soit mobilisée passivement. J'ai d'abord pensé qu'elle avait une hypertonie de type spastique³ puisque ses membres supérieurs sont rigides comme des tuyaux de plomb. La mobilisation passive est de plus parasitée par des mouvements de rétractions. Elle se replie sur elle-même ; ses jambes et ses hanches se plient et sa colonne vertébrale s'enroule. Ces mouvements sont répétitifs et entraînent des postures anormales. Chez Madame B nous retrouvons ces mouvements de regroupement lors des mobilisations des membres supérieurs, notamment au niveau des mains. Il s'agit de mouvements dystoniques. Les dystonies sont de contractions musculaires inadaptées qui apparaissent au cours du mouvement ou dans le maintien d'une attitude. La paratonie et les mouvements dystoniques peuvent être accompagnés d'une gêne plus ou moins douloureuse. La paratonie a un versant neurologique mais aussi un versant psychique que j'aborderais plus tard dans cet écrit.

Au niveau tonique Madame B présente une hypertonie des fléchisseurs des membres supérieurs et des difficultés à se mobiliser autant activement que passivement. Pour éviter un mauvais positionnement des mains, dû à sa tension musculaire importante au niveau des fléchisseurs des doigts, Madame B a une bande de compression enroulée placée dans chaque main.

Au niveau de la communication, Madame B est limitée par une aphasie. Pour s'exprimer elle peut dire les mots « oui » et « non », sourire, rire et grogner. Elle peut regarder la télévision ou le visage de la personne qui lui parle ou la touche. Elle est réactive au contact par la parole, elle rentre dans un contact œil à œil. Quand nous lui parlons, nous la touchons par la parole. Cependant son regard a tendance à se fixer et elle semble, parfois, être absente de la relation. Parfois, aussi, elle semble hypnotisée par ce qu'elle regarde.

³ Correspond à l'augmentation du réflexe tonique d'étirement (le réflexe myotatique), associée à une exagération des réflexes tendineux. La spasticité se traduit par une augmentation des contractions musculaires qui perturbent la posture et les mouvements volontaires.

Madame B est fatigable. Souvent, elle somnole pendant les séances de psychomotricité, surtout en fin de séance.

c. Observations cliniques de Madame B

Au début de mon stage de dernière année, j'ai effectué des séances avec Madame B en comodalité avec la psychomotricienne. Lors des séances, nous lui proposons des moments de toucher-massage au niveau des membres supérieurs afin de les détendre et de prévenir de futurs positionnements néfastes. La première fois, Madame B est assise au fauteuil. Nous nous plaçons de chaque côté du fauteuil de façon à mobiliser l'une après l'autre un membre supérieur. Nous commençons par un toucher au niveau de la nuque et des trapèzes, en faisant des points de pression pour l'aider à relâcher les tensions du haut de son dos. Puis nous descendons mobiliser l'articulation de l'épaule, puis celle du coude, celle du poignet, pour terminer celles des doigts. Entre chaque mobilisation des articulations, nous touchons. La pression se fait légère ou moyenne pour détendre les différents muscles et tendons du bras, de l'avant-bras, de la main et des doigts. Dès le début Madame B produit de nombreux mouvements dystoniques et a émis des grognements. Nous l'interprétons comme de la douleur ou un mal être bien que nous ressentions le tonus de Madame B s'abaisser au niveau du haut du corps. Nous verbalisons à Madame B que nous entendons sa souffrance.

Lors des séances qui suivent, Madame B semble plus apaisée. Elle rit et sourit plus, elle émet moins de grognements. Ses mouvements dystoniques commencent à se produire plus tardivement dans les séances. Ils se produisent le plus souvent au moment des mobilisations du poignet et du dessus des mains comme une appréhension à la future mobilisation des doigts. Madame B a tendance à beaucoup bâiller pendant les séances. Au fur et à mesure des séances, son tonus s'abaisse de façon plus importante même s'il existe encore d'importantes résistances au niveau des muscles extenseurs des membres supérieurs. Madame B a aussi une respiration plus profonde et abdominale alors que j'avais pu observer une respiration costale pendant la première séance. Lorsqu'elle s'endort, son corps se relâche

complètement ; il n'existe alors plus de résistance musculaire. Je m'interroge si cette dernière n'est pas une manifestation tonico-émotionnelle en rapport avec son comportement oppositionnel.

Le toucher semble lui apporter une détente tonique et émotionnelle qui lui permet de retrouver du confort au niveau de sa posture. Elle paraît moins douloureuse. Les mobilisations passives l'invitent à investir la relation et son corps en redécouvrant les possibilités de mouvements de celui-ci à l'aide d'un tiers. Il lui est possible de s'arrêter de s'opposer le temps de recevoir le toucher.

3. Le cas de Madame L

a. Anamnèse

Madame L. est âgée de 73 ans. Madame L est isolée de sa famille. Elle est séparée. Son fils aîné et sa petite fille habite au Brésil. Son deuxième fils habite à plusieurs heures de la région où se situe l'institut. Elle a donc peu de visites. Madame L a été infectée par un virus à la suite d'une opération pour un abcès au niveau médullaire. A la suite de cet événement, Madame L a gardé des séquelles notamment une paraparésie des membres inférieurs. Elle a alors été hospitalisée en Service de Suite et de Réadaptation. Elle est, par la suite, partie vivre plusieurs années en Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Suite à une désaturation respiratoire, Madame L est arrivée à l'USLD en Décembre 2018. Depuis, elle refuse l'oxygénation. Elle a des antécédents d'éthylisme chronique et de dépression. Elle a, aussi, déjà fait 3 tentatives de suicide et plusieurs séjours en hôpital psychiatrique. Elle est également en situation d'obésité. Aujourd'hui, Madame L ne s'alcoolise plus cependant elle hume l'odeur de l'alcool, notamment présent dans l'eau de Cologne et les désinfectants pour mains.

Madame L verbalise fortement son mal être de ne plus pouvoir se déplacer à son gré. Elle dit vouloir quitter la structure pour aller dans un appartement thérapeutique sans pour autant effectuer les demandes administratives. Elle a du mal à accepter d'avoir été institutionnalisée du jour au lendemain. Sa situation représente une réelle souffrance au quotidien. Elle dit “ ne pas vouloir mourir mais ne pas vouloir vivre comme ça ”.

Depuis Octobre 2019, Madame L est prise en charge en psychomotricité dans le but de récupérer des capacités psychomotrices, d'une reprise d'autonomie et de diminuer l'appréhension lors des transferts.

b. Sémiologie psychomotrice

Au niveau moteur, Madame L présente une paraparésie des membres inférieurs. Elle se déplace en fauteuil roulant électrique. La mobilisation active des deux membres inférieurs est possible cependant elle arrive à mobiliser avec une plus grande fluidité sa jambe et son pied gauches. L'extension et la flexion sont plus amples également de ce côté. Madame L présente un désinvestissement corporel dans l'espace et elle effectue peu de mouvements spontanés. Les coordinations entre les deux membres inférieurs et entre le haut et le bas du corps sont dysharmonieuses et lui demandent une grande concentration pour les réaliser.

Au niveau sensoriel, Madame L présente une hypoesthésie globale. Elle a une mauvaise intégration des sensations proprioceptives au niveau des membres inférieurs. Cela la conduit souvent à adopter une posture néfaste dans son fauteuil. Elle est assise sans appui du bas du dos avec le dossier du fauteuil incliné au maximum. Dans cette position, ses pieds perdent leurs appuis. Seuls les orteils touchent les cale-pieds. Ce qui produit des douleurs dans le bas du dos et des crampes dans les jambes et les pieds que Madame L a fortement investi.

Au niveau cognitif, Madame L a une légère difficulté à se repérer temporellement et spatialement. Après plusieurs semaines de prise en charge elle a besoin qu'on lui rappelle le chemin pour aller à la salle de psychomotricité ainsi que l'horaire et le jour des séances. Elle peut cependant se déplacer dans l'établissement et elle sait se rendre dans le centre commercial le plus proche pour effectuer ses achats personnels.

Au niveau de la communication, Madame L se montre toujours dans le lien. Elle verbalise son mal être cependant elle peine à mettre des mots sur ses ressentis. Elle se répète dans ses propos, notamment lorsqu'elle évoque sa souffrance d'être dépendante et sa douleur physique. Madame L parle beaucoup pendant les séances, le silence semble l'angoisser.

c. Observations Cliniques de Madame L

J'ai eu l'occasion de voir Madame L, en séance avec la psychomotricienne, au début de mon stage. Tout le long des séances, Madame L verbalise beaucoup son mal être. C'est une dame qui se dévalorise et qui présente peu d'estime pour elle-même. De plus, Madame L est étiquetée comme une patiente " compliquée " par l'équipe soignante qui l'entoure. Ainsi, il semblerait qu'elle soit " lourde " à prendre en charge pour l'équipe d'un point de vue physique et moral. Cette situation a pour conséquence que ses plaintes douloureuses sont rapidement banalisées voir oubliées. Sa souffrance est mal comprise, d'autant que Madame L est en difficulté pour exprimer ses ressentis.

Lors de notre première rencontre, j'ai d'abord cru que Madame L était atteinte d'une paraparésie des quatre membres. Elle bouge très peu spontanément le haut du corps mis à part la main droite qui guide le fauteuil roulant électrique. Ce jour-là, elle arrive en séance mal installée dans son fauteuil, celui-ci est basculé au maximum en arrière et les cales pieds sont déréglés. Elle ne semble pas se rendre compte de son positionnement. Elle se plaint de crampes dans le pied droit mais ne

cherche pas à contacter la partie douloureuse. Nous pouvons voir une contraction qui débute au niveau des doigts du pied et remonte de la cheville jusqu'au mollet. Elle semble intense. Madame L nous dit ne pas ressentir de douleurs physiques mais le mouvement la gêne et l'inquiète. Nous lui proposons dans un premier temps de se réinstaller confortablement dans son fauteuil. Elle regarde attentivement son pied bouger. Elle verbalise à plusieurs reprises l'angoisse et l'incompréhension qu'elle ressent face à son pied qui se mobilise sans qu'elle ne le veuille. Nous l'invitons à un temps de toucher au niveau des pieds. Une fois les chaussures ôtées, je m'installe au plus près des jambes de la patiente pour pouvoir déposer sa jambe gauche sur ma jambe droite. Je commence ce moment de toucher par une mobilisation lente de l'articulation de la cheville. Je frotte la voûte plantaire ainsi que le dessus du pied et effectue des cercles avec mes pouces. Les crampes diminuent en intensité au fur et à mesure du toucher. Je mobilise ensuite les orteils et je termine par des mouvements de glissement des deux mains de l'extérieur de la cuisse jusqu'au bout des orteils. Bien que la plainte douloureuse prenne beaucoup de place dans la séance, Madame L arrive à se concentrer sur les ressentis du toucher. Elle peut prêter attention à la qualité du toucher. Je sens le pied se détendre. Durant ce laps de temps, elle semble moins perturbée par ses crampes et commence à se détendre.

Le toucher aide son corps à s'apaiser, à se rassurer. Les tensions présentées comme des crampes diminuent. Ce qui a aussi pour effet de diminuer ses inquiétudes. Le toucher parvient à contenir ses angoisses ainsi qu'à inscrire des traces sensorielles positives dans des parties de son corps qui en reçoivent peu. De plus, le toucher entretient un lien étroit avec la respiration. Chez Madame L ce phénomène a pour effet de calmer sa respiration et lui permet de respirer plus aisément.

4. Le cas de Monsieur G.

a. Anamnèse

Monsieur G est, aujourd'hui, âgé de 60 ans. C'est un ancien cuisinier. Il est divorcé, il a une sœur et un fils qui sont présents. En Octobre 2015, il fait un accident vasculaire cérébral (AVC) qui a engendré une hémiparésie gauche, une dysarthrie et un trouble de la déglutition. Il entre alors en service d'Urgence de neurologie où il reste plusieurs semaines avant d'aller en service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) en novembre 2015. Il arrive à l'unité de soins longue durée en août 2016.

Monsieur G a des antécédents de diabète de type 2 et de tabagisme. Il a subi une trachéotomie pendant son hospitalisation en service de neurologie. Il a été décanulé en février 2019, mais cette intervention lui a laissé des séquelles. Elle l'empêche d'avoir un souffle prolongé. Il a donc une difficulté à prononcer plusieurs mots à la suite. Il a aussi une gêne respiratoire à la déglutition. Ces difficultés le contraignent dans sa communication et sa verbalisation de ces ressentis ce qui a des conséquences sur son comportement. Il peut rapidement devenir triste ou s'énerver. Il est d'ailleurs étiqueté comme patient « compliqué » par l'équipe soignante puisqu'il s'est montré à plusieurs reprises agressifs envers eux. A cause de son comportement, Monsieur G a déjà changé d'étage pour donner du répit à l'équipe soignante. Il est aujourd'hui de nouveau menacé de changer d'étage.

Depuis décembre 2019, Monsieur G est suivi en psychomotricité pour travailler la régulation tonico-émotionnelle à travers la mise en mouvement et l'engagement corporel.

b. Sémiologie psychomotrice

J'ai réalisé le bilan psychomoteur de Monsieur G, en me basant sur les épreuves de l'EGP mais en les adaptant à son handicap. Le bilan a été étalonné sur 3 séances de 30 minutes. Durant la passation, Monsieur G s'est montré patient et attentif. Il est plus que conscient des limites induites par son hémiplégié, si bien que parfois il dit ne pas pouvoir faire avant d'avoir essayé.

Au niveau tonique, Monsieur G présente des difficultés de régulation tonique avec une dysharmonie entre les hémicorps. Au niveau des membres supérieurs : à gauche on retrouve une hypertonie des fléchisseurs avec une difficulté à effectuer un mouvement passif ample et fluide. Le bras ne passe pas l'axe du corps. A droite, sa mauvaise régulation tonique empêche Monsieur G de produire un mouvement fluide notamment dans les mouvements de rotation. Le mouvement est rigide mais l'amplitude est correcte. Au niveau des membres inférieurs : à gauche, on retrouve une hypertonie des extenseurs avec une grande rigidité du membre inférieur. A droite, l'amplitude des articulations est correcte.

La mauvaise régulation tonique entraîne des difficultés de réajustements posturaux, notamment lors de mouvements qui impliquent un croisement de l'axe avec une respiration presque exclusivement thoracique. Le relâchement tonique est difficile.

Au niveau moteur, lors des mouvements, Monsieur G se mobilise en bloc. On retrouve des difficultés de coordination, au niveau de la dissociation des différentes articulations et de la dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne. Le mouvement débute au niveau du tronc. Monsieur G présente globalement une antépulsion. Les équilibres statiques et dynamiques sont fragiles. Il glisse du fauteuil. Son déliement des doigts est précaire, de même que la fluidité du mouvement. La prise du stylo est hypertonique. C'est un ancien gaucher qui a difficulté à écrire avec la main droite.

Au niveau sensoriel, les perceptions tactiles : forme, texture, taille et visuelles sont conservées. Il peut repérer différents éléments sur une image. Au niveau de son hémicorps gauche, Monsieur G a verbalisé des douleurs neuropathiques de type brûlure la première fois que j'ai touché la peau de son pied gauche. Ces douleurs sont des allodynies, elles sont déclenchées par une sensation d'ordinaire indolore, ici l'effleurement de la peau. Ces douleurs n'existent pas au niveau du haut du corps. Durant le reste de la prise en charge, j'ai donc décidé d'effectuer un toucher exclusivement sur le haut du corps pour éviter de réveiller ses douleurs.

Au niveau cognitif, Monsieur G peut se situer dans l'espace et situer un objet. Les notions devant/derrière et haut/bas sont connus. L'orientation et l'adaptation spatiale est possible, il se déplace seul dans l'établissement. L'orientation et l'adaptation temporelles sont bonnes, Monsieur G peut se repérer dans le temps, se situer dans la journée. Il peut lire l'heure sur une horloge. Monsieur G présente de bonnes capacités de compréhension des consignes simples. La double tâche peut s'avérer compliquée, cependant il peut porter son attention sur une activité pendant un certain temps. Il fait preuve de peu de spontanéité.

Au niveau du schéma corporel, les différentes parties de son corps et du corps d'autrui peuvent être reconnues et nommées par Monsieur G. Il peut reprendre une position en imitation.

c. Observations cliniques de Monsieur G

J'ai commencé à prendre en charge Monsieur G en décembre 2019. Je le vois à 14h, à la suite des transmissions avec l'équipe soignante. Le jour de notre première rencontre pour effectuer le bilan, Monsieur G a eu une altercation, le midi, avec deux aides-soignantes. Il leur a jeté son assiette dessus. Le moment des transmissions tourne autour du patient. Les soignants évoquent le fait qu'il serait de mauvaise humeur en ce moment et qu'il deviendrait de plus en plus agressif avec eux. Cela lui arrive de leur foncer dessus avec son fauteuil électrique ou de les bloquer contre un

mur. Je pars, avec un peu de réticence, chercher Monsieur G dans sa chambre pour notre séance. Pendant la séance, Monsieur G ne semble pas énervé, il tousse beaucoup ce qui le met en difficulté. Il évoque à la fin de la séance l'évènement du midi. Il me dit avoir eu du mal à manger aujourd'hui et avoir fait beaucoup de fausses routes. Pendant ces fausses routes, les aides-soignantes lui ont parlé et lui ont demandé comment il allait. Monsieur G s'est senti obligé de répondre ce qui a eu pour effet d'amplifier son étouffement. Il leur a jeté l'assiette comme pour leur dire d'arrêter de lui parler. Il m'explique aussi que lorsqu'il n'arrive pas à dire ce qu'il ressent dans une situation ou lorsqu'il n'arrive pas à répondre au soignant, cela provoque de l'énervement et une peur de ne pas être compris par l'équipe soignante.

Au fur et à mesure des séances avec Monsieur G je me rends compte qu'il peut s'étouffer à de nombreuses reprises dans une journée et qu'il fait aussi de nombreuses fausses routes, notamment au moment des repas. Je sens que ces évènements ont causé la construction de fortes angoisses chez lui, qu'il peine à exprimer.

Nous commençons la séance par un éveil corporel, d'abord le haut du corps : nous effectuons des rotations de la tête, des inclinaisons du buste, puis nous bougeons le membre supérieur droit. Nous réalisons des adductions/abductions des bras, des flexions/extensions du coude et des rotations du poignet. Enfin, nous mobilisons le bas du corps droit, des flexions de la hanche, des adductions/abductions de la hanche, des flexions/extensions du genou et des rotations de la cheville. Je mobilise de façon passive le côté gauche de Monsieur G avec les mêmes mouvements précédemment effectués à droite.

Puis nous effectuons, ensuite, des jeux de ballons, des échanges, des lancers de ballons sur une cible pour travailler la régulation tonique, le réajustement postural, le croisement de l'axe, le transfert de poids et l'équilibre dynamique. Cette partie de la séance implique une mobilisation importante du thorax et donc des voies respiratoires et a tendance à faire tousser Monsieur G. Nous effectuons donc des pauses entre chaque exercice. Pendant ces temps de pauses, nous travaillons sur la respiration. Nous effectuons trois respirations, en inspirant par le

nez et en expirant par la bouche. Il est important pour Monsieur G d'arriver à poser son souffle entre les activités. Il effectue la plupart des mouvements, notamment ceux qui requièrent le passage de l'axe du corps, en apnée. Ce phénomène tend à s'amoinrir au fur et à mesure de la prise en charge. Ce temps de jeu autour du ballon dure plus ou moins en fonction de comment se sent Monsieur G et de comment s'est déroulé son repas du midi. S'il a eu du mal à manger, souvent cette partie de la séance est difficile pour lui et même, certaines fois, n'est pas réalisable.

Nous terminons les séances par un moment de toucher-massage des mains. A la demande de Monsieur G, je mets de la musique. Je propose à Monsieur G de fermer les yeux pendant ce temps. Cependant il préfère regarder avec attention ce que je fais. Je commence le toucher par la main droite, je lisse toute la main du patient avec mes deux mains pour favoriser l'ouverture de la paume. Je fais des cercles avec mes pouces sur le dessus de la main. Puis je glisse le pouce entre les métacarpes. Ensuite, je lisse chaque doigt de la racine à l'extrémité avec le pouce et l'index. J'effectue le même mouvement en rotation. Je masse la paume avec le pouce en insistant sur les masses musculaires. Je pince la peau entre les doigts. Je tapote avec l'index sur l'ensemble de la paume pour faire des vibrations et stimuler les os, le proprioceptif. Je roule mon poing dans la paume et je remonte sur le bras. Je termine par des effleurements de l'avant-bras jusqu'au bout des doigts. Les différents mouvements sont effectués plusieurs fois. Pendant ce temps de toucher-massage, Monsieur G contracte et lève à plusieurs reprises le bras touché. Malgré ces mouvements je sens son tonus s'abaisser. Sa respiration est lente et calme, sa toux diminue fortement voire s'arrête. Lorsque je touche le côté gauche, son buste se relâche, autant côté droit que le côté gauche paralysé. Cela lui permet de mieux se poser dans son fauteuil et de pouvoir mettre tout son dos au contact du dossier, de s'installer au fond du fauteuil et de moins glisser. Au fur et à mesure des séances, l'ouverture complète de la paume gauche est plus facile à obtenir. Après ce moment, Monsieur G me dit qu'il apprécie beaucoup ce toucher-massage en levant le pouce. Souvent, pendant le toucher ou par la suite Monsieur G me parle de sa vie avant l'institution ou de l'actualité. Il paraît être moins en difficulté pour parler même s'il reste limité.

Monsieur G était en demande de séances de psychomotricité pour « bouger » et « faire du foot » après l'arrêt du groupe de gym douce avec la psychomotricienne du service. Aujourd'hui, il est en demande du « massage des mains ». Ce moment de toucher semble l'apaiser, notamment parce que cela calme ses quintes de toux. Il permet d'effectuer un travail sur sa respiration et sur sa régulation tonico-émotionnelle qui libère les tensions au niveau du buste et donc permet de libérer les voies respiratoires. Monsieur G me dit se sentir « comme les autres », comme revaloriser.

C. Questionnement autour de la clinique observée

J'ai pu remarquer que dans une journée type les patients sont beaucoup touchés. Particulièrement, au moment des différents soins médicaux ; infirmiers et aides-soignants. Lors des toilettes, du déshabillage, de l'habillage, de l'aide aux déplacements et aux transferts lits/fauteuils ou fauteuils/lits, ainsi que lors des différents changements de culottes pull-up. Ces différents moments font surtout appel à un toucher médicalisé, effectué mécaniquement. Même si ces différents temps de toucher ont un but de bienfait. Ils cherchent à apporter un confort de base et à éviter une douleur ou une « sur-douleur » chez le patient. Le toucher est réalisé seulement parce que le soin le demande. Un patient reçoit peu de toucher et de contact peau à peau avec comme but premier d'entrer en communication, en relation avec la personne derrière le patient.

J'ai pu constater, au fil des rencontres dans mon lieu de stage, que de nombreux patients qui sont institutionnalisés ont perdu la capacité de se protéger contre les agressions extérieures et intérieures. La fonction pare-excitatrice est atténuée. Ils ne recherchent plus l'auto-apaisement par le toucher de leur zone douloureuse. Lorsque nous avons mal à la tête, nous nous massons le crâne ou les tempes. Les personnes dépendantes qui présentent une douleur aiguë ou chronique ne vont pas essayer de trouver une solution par eux-mêmes pour la diminuer. La zone douloureuse n'est d'ailleurs pas ou peu touchée par les patients. Ils attendent que le médecin ou l'infirmière les soulage à l'aide de médicaments. Il en est de même pour les souffrances psychiques.

Nous pouvons remarquer que chez les trois patients évoqués plutôt, l'envie ou la nécessité d'être touché autrement implique une régression de leur mal être physique mais aussi moral. Le toucher thérapeutique leur apporte une nouvelle manière d'investir leur corps, une manière d'être touché psychiquement.

Dans la suite de ce mémoire, j'évoquerai l'origine des douleurs et des souffrances qui apparaissent au travers de la sénescence et du vieillissement

pathologique. Puis, la répercussion de cette douleur sur les différents items psychomoteurs et l'investissement psychocorporel de l'individu. Et pour terminer j'aborderai les processus mis en jeu dans le toucher thérapeutique pour les patients en souffrance.

II. Partie clinico-théorique

A. L'apparition des douleurs

1. Le vieillissement et ses conséquences

a. Le vieillissement physiologique

D'après Le Petit Robert, le vieillissement physiologique, aussi appelé sénescence, est le processus physiologique que subit tout organisme vivant au cours de la dernière période de sa vie. Cette définition se rapporte uniquement au vieillissement de l'organisme. Il existe aussi, le vieillissement cellulaire qui, lui, a lieu depuis le début de notre vie. Le vieillissement tel que décrit dans Le Petit Robert est un processus lent et variable d'un individu à l'autre ainsi que d'un organe à l'autre. Il est la conséquence de deux phénomènes liés au vieillissement cellulaire. Premièrement, l'augmentation de l'âge entraîne un nombre plus important de lésions de l'ADN dans les cellules, causées par des facteurs endogènes et environnementaux. Ces cellules lésées sont détruites par mort programmée. Or, en parallèle, il existe une instabilité génomique qui perturbe le renouvellement cellulaire. Au fur et à mesure des années le corps dispose d'un moins grand nombre de cellules.

Le vieillissement physiologique change le fonctionnement de nombreux organes. Les sensations physiologiques comme l'appétit et la soif sont moins ressenties par l'individu. Il présente, aussi, une plus grande vulnérabilité aux maladies, une capacité ventilatoire affaiblie, une plus grande fatigabilité ainsi qu'un temps de sommeil moindre. Les changements impulsés par la sénescence bouleversent la perception de soi et de l'environnement sans pour autant rendre l'individu insécure et inapte à s'adapter à son environnement. Les personnes

vieillissantes sont en bonne santé, autonomes et vivent encore, souvent, à domicile. Leur qualité de vie est impactée par des pathologies comme l'incontinence, surtout présente lors d'un effort physique (rire, toux, éternuement), ou comme l'arthrose qui provoque de vives douleurs dans les articulations. Toutes ces modifications impliquent des conséquences : sur le plan psychique, nous retrouvons, souvent, une baisse de l'estime de soi chez la personne âgée ainsi qu'une image du corps dégradée. Sur le plan physique, la personne âgée prend conscience de ses limites corporelles. Cette prise de conscience va entraîner un comportement apathique dans le but de protéger l'intégrité psychocorporelle. Elle se met des barrières en amont de la réalisation de l'action. Pour se protéger, les individus vont se limiter dans leur activité par peur de se blesser.

b. Changement tonique

Le tonus est la réaction du muscle à son propre étirement. Il correspond à l'état de légère tension permanente des muscles. Cette tension est active, involontaire et variable dans son intensité selon les actions qui la renforce ou l'inhibe. Il existe trois niveaux toniques : le tonus basal, c'est la toile de fond de l'activité musculaire sur laquelle va se greffer le mouvement. Il est le point de départ de toute activité statique ou dynamique, c'est sur lui que s'inscrit l'expressivité et l'affect du mouvement. Le tonus postural est l'activité tonique minimale permettant de contrer la gravité et de maintenir une posture, en utilisant le moins d'énergie possible pour l'individu. Le tonus d'action regroupe l'ensemble des variations qui permettent de préparer et de soutenir le mouvement lors de son exécution.

Le vieillissement cellulaire se produit aussi au niveau des cellules cérébrales. Le nombre de cellules du cervelet, des noyaux gris centraux ainsi que ceux de la corne antérieure de la moelle épinière diminuent. En même temps nous observons une diminution de l'activité de ces cellules. Ces différents systèmes nerveux assurent certaines fonctions de la motricité dont le maintien de l'équilibre, les coordinations motrices et la régulation tonique. Le dommage de ces cellules induit des

rétrocontrôles segmentaires qui causent la rigidification du tonus de fond et donc impactent l'équilibre tonique.

Les personnes âgées présentent une légère hypertonie d'opposition et une hypertonie plastique qui prédominent dans les membres supérieurs puis la rigidité diffuse jusqu'au cou. Dans le vieillissement, le tonus d'attitude se modifie de manière variable d'un patient à l'autre et en fonction de leur activité physique. En observant les personnes vieillissantes dans mon entourage, j'ai pu remarquer qu'elles adoptent souvent une posture particulière : Leur dos est cyphosé, leurs épaules sont en antéflexion et leur équilibre statique se précarise ; cela occasionne parfois des chutes. L'amplitude de leurs mouvements est limitée, le ballant des membres supérieurs diminue. De ce fait, la marche est ralentie.

c. Changement moteur

La motricité correspond à la mobilité ou la mise en mouvement. C'est l'ensemble des gestes moteurs qui assurent l'aisance globale du corps. Elle comprend l'équilibre statique et dynamique, les dissociations et les coordinations. La motricité comprend, aussi, la motricité fine, les gestes précis qui recherchent le raffinement.

Les muscles fondent alors que la masse grasse augmente. En même temps, la densité minérale osseuse, la résistance mécanique de l'os et le cartilage diminuent, ce qui a pour conséquence une diminution de la force et de la rapidité musculaire. Les articulations perdent en élasticité, ce qui engendre une diminution de la mobilité articulaire.

En vieillissant, les personnes âgées sont moins assurées dans leurs gestes. Ce phénomène est facilement perceptible. Dans ma clinique, chez beaucoup de patients âgés, j'ai pu observer un temps d'action augmenté ou le besoin de se tenir pour franchir un obstacle. J'ai pu ressentir l'existence d'une appréhension à l'action

motrice. Cela crée un léger désinvestissement moteur. Les personnes âgées ne réalisent que les actions dans lesquelles elles se sentent en sécurité. Elles deviennent dépendantes de leurs capacités motrices au fur et à mesure que celles-ci s'amoiindrissent. « *La dépendance, quant à elle, ne s'oppose pas à l'autonomie. On peut être dépendant dans une activité de la vie quotidienne, c'est-à-dire avoir besoin d'aide pour la réaliser, mais conserver toutes ses facultés de décision.* » (Lefevre, Pitteri, 2018, p. 16). Les personnes âgées gardent la décision d'effectuer telle action ou telle activité dans leur vie quotidienne. Malgré tout, cette décision est influencée par la présence ou l'absence de peur à réaliser l'action motrice. Cette peur de l'action se transforme au fur et à mesure du temps en passivité motrice qui va pousser l'individu à devenir dépendant plus rapidement. Pourtant, plus une personne est dépendante, plus il existe un risque de perte d'identité, de repli sur soi, d'isolement social et de dépression. Autant de processus néfastes pour la personne qui la conduisent à ressentir un mal être.

d. Changement sensoriel

Les organes sensoriels se détériorent. En général, la personne âgée présente une hyposensibilité. Ce phénomène vient impacter l'appréhension des éléments de l'environnement. L'audition diminue progressivement, conséquence de la presbyacousie. Cette maladie est présente chez tous les individus de plus de 70 ans. Elle touche l'intelligibilité et la sélectivité séquentielle des sons. Il est alors plus difficile d'entendre les sons, notamment aigus, ce qui représente une gêne pour la communication entre pairs. Dès 45 ans, la vision peut être perturbée par une baisse de l'élasticité, appelé presbytie, ainsi que d'autres maladies telles que la cataracte et la DMLA (dégénérescence maculaire liée à l'âge) qui correspond à une baisse de l'acuité visuelle centrale au niveau de la rétine. Le sens gustatif est touché par une difficulté de perception des différentes saveurs, particulièrement le salé. L'individu subit aussi une diminution de la sensibilité aux odeurs. L'odorat est en lien avec les affects, il induit une association image/odeur. Le goût et l'odorat peuvent être associés au toucher dans un travail de stimulation sensorielle. Pour l'atelier sensoriel qui se déroule à l'UCC, le mercredi matin, les éléments régulièrement utilisés sont

les aliments et les fleurs. Ce sont ces thèmes qui fonctionnent le mieux pour les patients. Ils leur permettent de retrouver un état antérieur, des expériences sensorielles agréables de moments de leur vie passée. Le sens proprioceptif, de même que le sens vestibulaire sont diminués, ce qui favorise l'instabilité posturale et l'affaissement de la posture. « Avec l'âge, nous percevons moins bien la position de nos membres et les informations de la plante des pieds. [...] le centre de gestion de l'équilibre situé dans l'oreille interne et que l'on appelle l'appareil vestibulaire diminue en efficacité. » (Lefevre, Pitteri, 2018, p. 26). Les sens sont essentiels pour interagir avec l'autre et l'environnement. Leur diminution affecte la façon de percevoir ce qui nous entoure. L'être humain sans stimulation sensorielle n'existe pas. Il s'organise autour des sensations reçues, perçues et intégrées. Dans la petite enfance, ce sont les premières sensations qui permettent l'apparition des premiers processus psychiques. Lorsque celles-ci ne peuvent être perçues et intégrées l'enveloppe corporelle est altérée, la perception des limites corporelles est floue. Ce phénomène va raviver des angoisses de perte d'objet, de perte de substance, d'enveloppe trouée qui vont résonner avec une insécurité interne.

Le toucher est le premier sens à se mettre en place dans la vie embryonnaire. Malgré le vieillissement du tact, il reste le sens le mieux conservé en fin de vie. Comme les autres sens, les récepteurs sensoriels du toucher déclinent. Ils dégénèrent. De cette manière, ils sont sujet à la diminution ou à l'exacerbation des sensations de douleur, de température, de texture et de pression perçues. Cela entraîne une difficulté à discriminer et à manipuler les objets par le tact. Le manque de stimulation, certains médicaments ou certaines pathologies (ostéoarticulaires, problèmes de peau) peuvent aggraver l'altération de la sensibilité fine du tact.

e. Changement du schéma corporel et de l'image du corps

Le schéma corporel tel que le définit Françoise Dolto dans son livre *L'image inconsciente du corps* est « une réalité de fait, il est en quelque sorte notre vivre charnel au contact du monde physique » (Dolto, 1984, p. 18). En d'autres mots, le schéma corporel est la représentation mentale de notre corps dans l'ici et

maintenant. Les yeux fermés, nous avons conscience des limites de notre corps, du volume qu'il prend dans l'espace ainsi que de la position dans laquelle nous sommes et des mouvements que nous effectuons. Il se construit sur la base de nos afférences sensorielles et motrices. « *Cette sensibilité va construire un schéma d'ensemble, référentiel de base de la conscience de l'unité du corps et de l'organisation de la motricité : C'est le schéma corporel. Il est évolutif et en constante réactualisation dans l'expérience vécue.* » (Ponton, 1996, p. 16). Avec le vieillissement, le désinvestissement moteur et la diminution du ressenti des sensations, le schéma corporel est impacté. Le ressenti de l'unité corporelle de la personne âgée est vulnérable.

L'image du corps se construit, comme le schéma corporel dès le début de la vie. Elle se base sur la perception de nos expériences relationnelles, affectives et émotionnelles.

« *L'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et inter-relationnelle [...] C'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le temps se croise à l'espace, que le passé inconscient résonne dans la relation présente.* » (Dolto, 1984, p. 23).

Le corps se métamorphose tout au long de la vie. C'est un phénomène que tout un chacun connaît. Dans notre enfance, avec la puberté, notre corps a subi des changements. Puis, avec les aléas de la vie, notre corps a de nouveau changé, parfois à de nombreuses reprises. Nous avons vécu ces changements de notre schéma corporel et de notre image du corps plus ou moins consciemment. En vieillissant, notre enveloppe corporelle change de nouveau. La peau se ride, s'amincit et devient sèche. Elle perd de son élasticité. La croissance des cheveux et des ongles diminue. Les cheveux deviennent blancs. Ces processus changent notre image du corps, et donc la manière que nous avons de nous percevoir et de nous présenter à l'autre. Ils jouent sur la relation que nous avons avec notre corps, sur notre moral et notre estime de nous. D'autant plus que chez certains individus ces changements sont brutaux. Ce « nouveau » corps doit alors être découvert, exploré pour être apprivoisé. Les premiers changements ont souvent lieu au même moment que le

départ en retraite. Durant cette période de la vie, Le statut social de la personne change. Elle passe d'un statut de personne active, qu'elle a depuis plusieurs années, à un statut de personne retraitée. Ce changement induit, souvent, une perte identitaire associée à une perte sociale avec une brusque réduction voire un arrêt des activités extérieures comme les sorties, et les activités sportives.

f. Changement cognitif

La personne âgée présente une diminution des performances mnésiques, une baisse des capacités attentionnelles et donc une augmentation des temps de réaction. Ces difficultés sont légères et n'entraînent pas de retentissement sur la qualité de vie ni sur les actes de la vie quotidienne. La personne âgée a, souvent, pleinement connaissance de la diminution de ces capacités cognitives, ce qui altère son estime de soi.

g. Le vieillissement pathologique

De nombreuses douleurs et souffrances s'avivent dans le corps et l'esprit du patient vieillissant. Elles sont influées par les troubles sensoriels et moteurs. Le vieillissement est vécu par tous et affecte plus ou moins les individus, en fonction de leur génétique, de leur mode de vie, mais aussi en fonction des aléas de la vie. Ainsi, si nous reprenons le cas de Monsieur G ou le cas de Madame L, ils ont subi une régression rapide de leurs capacités psychomotrices dans les suites d'un événement brutal (AVC, infection). Ces événements déclencheurs de leurs pathologies respectives ont été, pour chacun d'eux, un réel traumatisme qui n'est pas encore cicatrisé.

Le vieillissement est un facteur précipitant de la pathologie. C'est-à-dire qu'il rend l'organisme vulnérable aux stress et aux agressions internes dont l'origine est

notre propre corps (carence alimentaire, dérèglement hormonal) et externes dont l'origine est l'environnement (changement de travail, maladie, traumatisme). Le stress est une réaction d'adaptation qui a pour but de maintenir l'équilibre interne de notre organisme face aux phénomènes qui le perturbent. Le vieillissement favorise donc le développement de maladies chroniques et l'apparition de décompensations aiguës.

Il existe de nombreuses pathologies de la personne âgée : Accident vasculaire cérébral, maladies neurodégénératives, infarctus du myocarde. Elles affectent le plus souvent le système nerveux périphérique et/ou central et entraînent la dégénérescence des neurones. Ce processus peut engendrer des répercussions néfastes sur le fonctionnement moteur et/ou le fonctionnement mental. Monsieur G et Madame L ont tous les deux subi une perte motrice et sensorielle des suites de leur pathologie. Cette perte motrice les handicape dans la vie de tous les jours. Ils ont tous les deux une très faible estime d'eux-mêmes et de leurs capacités. La pathologie a ravivé des angoisses chez les deux sujets. Les angoisses sont des excès de tension qui créent une surcharge libidinale. Les angoisses sont donc fortement investies par l'individu qui y est soumis. Chez Monsieur G, il existe des angoisses paranoïdes, persécutives. Ces angoisses sont décrites par Mélanie Klein dans sa théorisation du développement psychique du nourrisson. Ces angoisses apparaissent quand l'individu est en position schizo-paranoïde. Elle correspond à une période où l'individu perçoit la vie sur un mode dichotomique. C'est-à-dire qu'il introjecte dans son Moi les bonnes expériences. Celles qui lui procurent du plaisir, une gratification et une satisfaction. Elles sont considérées comme un bon Objet. Cette action permet de protéger le Moi en l'idéalisant. Les mauvaises expériences, qui procurent une souffrance, un mal être et qui sont donc dangereuses pour l'intégrité du Moi, sont, elles, projetées en dehors du Moi. Monsieur G craint de faire une fausse route à cause des soignants. Les soignants l'étouffent, ils sont donc des mauvais Objets. Ils sont relayés à une image de mauvais sein nourricier qui risque de l'asphyxier. Pour protéger son Moi, Monsieur G réalise un clivage. Pour se défendre contre son angoisse, il projette celle-ci sur les soignants.

La pathologie peut altérer les fonctions cognitives, motrices et/ou sensibles, parfois de manière rapide ou soudaine. En fonction de l'atteinte et de ses conséquences sur le corps et l'esprit, elle peut entraîner une perte d'autonomie voire conduire à une situation de handicap. La personne âgée présentant une pathologie qui l'handicape a une nécessité d'être aidée par ses proches ou par des professionnels pour effectuer ses activités de la vie quotidienne. « *Dans le grand âge [...], la disparition progressive du sentiment de la continuité de soi, la transformation de l'identité en bribes dépareillées imposent la dépendance à l'entourage ou aux soignants.* » (Le Breton, 2019, p. 119). La pathologie va venir d'autant plus impacter les items psychomoteurs vus précédemment.

h. L'institutionnalisation

Lorsque la dépendance devient trop importante pour l'individu et ses proches et qu'elle empêche le maintien de la vie à domicile pour des raisons de sécurité, la personne âgée est institutionnalisée. Le processus d'institutionnalisation est vécu différemment d'un individu à l'autre. Les personnes comme Madame L ou Monsieur G, qui ont été institutionnalisées brusquement à un âge qui n'est pas ordinaire dans les instituts, ont du mal à accepter leur condition de vie actuelle. De plus, ils n'ont pas eu la possibilité de choisir de venir en établissement de soins. Cela a été impulsé par leur situation médicale respective. Aujourd'hui, ils gardent une rancœur contre l'hôpital mais aussi contre eux-mêmes, notamment contre leur corps qui « s'est laissé aller » selon Madame L. Ce corps qui ne leur permet plus d'agir sur leur environnement selon leurs besoins et désirs. Certains patients choisissent de venir vivre en institution souvent à cause « *du sentiment d'isolement, et du vécu d'abandon, celui de la peur exprimée, ou des peurs inexprimables qui diffusent et qui prennent pour porte-parole tous ceux qui aiment l'intéressé et tremblent pour lui, à l'unisson de sa peur.* » (Ploton, 2001, p. 28). Lorsque des initiatives sont prises dans ce sens l'institution est aussi un moyen, parfois non reconnu par les patients, de contenir leurs angoisses.

Lorsqu'un individu entre en établissement pour personnes âgées c'est le signe qu'il entre dans sa dernière demeure. Il doit faire le deuil de sa vie d'avant, de son ancien logement qu'il a habité psychiquement et physiquement, souvent pendant de nombreuses années. Son habitation qui est remplie d'objets investis affectivement et qui sont des marques externes de son identité. Elle ne peut, d'ailleurs, emporter que peu d'objets personnels de son ancien domicile à son nouveau lieu de vie. L'individu doit alors se construire de nouveaux repères, ce qui prend du temps. D'autant plus qu'il change aussi d'organisation et de manière de vivre. « *Lorsqu'on entre en EHPAD, non seulement on change de chez soi, mais on change de mode de chez-soi : comme nous l'avons remarqué, de seul à la maison le plus souvent, [...], on entre en collectivité.* » (Larger, 2017, p. 165). Ce changement se produit à une période de la vie où la personne est fragilisée physiquement et psychiquement. Elle est donc plus difficilement apte à gérer un changement d'environnement. A travers ce deuil, elles jouent le deuil de la personne qu'elles étaient, le deuil d'un corps qui les portait et leur permettait de rester indépendantes. Ce corps qui aujourd'hui les abandonne. Chez les personnes âgées qui n'arrivent pas ou n'ont pas la capacité de faire le deuil de leur passé, l'entrée en institution représente, parfois, un bouleversement psychique. Celui-ci peut être une réelle souffrance psychique et engendrer une apparition d'angoisse. De plus, ils n'ont, pour la plupart, plus la possibilité de sortir en dehors de l'établissement pour faire les magasins (acheter des encas, des produits de beauté, des cigarettes), aller faire le marché. Or, ils sont en demande de faire et d'agir sur leur quotidien. A chaque instant ils sont aidés dans leurs gestes de la vie quotidienne, ils ont un manque d'agir, de faire par eux-mêmes. Ils sont assignés à un état de passivité qui les confronte à leur perte d'autonomie.

i. Les conséquences du vieillissement en résumé

En vieillissant, « *Il faut en même temps trouver de nouveaux centres d'intérêts, se créer de nouveaux repères sociaux et familiaux, et s'adapter aux modifications physiologiques, psychologiques et psychomotrices dues au vieillissement. Ces modifications entraînent un ralentissement qui touche aussi bien les compétences motrices que*

psychologiques. C'est pour cela qu'une personne âgée présente plus de difficultés à organiser, structurer et entreprendre des actions. » (Lefevre, Pitteri, 2018, p. 138).

Le psychomotricien intervient dans la prévention de l'apparition de la douleur. Avant qu'apparaisse la souffrance, la prise en charge psychomotrice a d'ores et déjà sa place auprès de l'individu. Le psychomotricien peut agir pour limiter ou éviter l'émergence d'une douleur. Par exemple, Madame L prend une position vicieuse dans son fauteuil, à cause de son appauvrissement du schéma corporel. Cette posture lui provoque une sur-douleur dans le dos et les pieds. Le rôle du psychomotricien est, ici, de lui redonner accès à des sensations dans les parties du corps qui en reçoivent peu pour reconstruire son schéma corporel. Lorsque cette douleur s'immisce dans la vie de l'individu, comprendre son origine est une première étape dans la prise en charge psychomotrice. Cette compréhension donne au psychomotricien une base pour s'appuyer et prendre en charge la souffrance de son patient.

Ces changements vulnérabilisent l'enveloppe psychocorporelle et renvoient à un jugement péjoratif sur son physique, son moral et son intelligence. La notion d'enveloppe psychocorporelle se rapproche de la notion de Moi de Freud (1923). Sans contenance suffisante de l'enveloppe psychocorporelle, c'est-à-dire sans la perception de sensations et leur intégration, il est difficile de maintenir le sentiment continu d'exister (Winnicott, 1969). Pireyre définit le sentiment continu d'exister *« comme la conviction qu'à tout instant la continuité de la vie sera réelle et se prolongera dans l'instant suivant même en cas de menace. C'est une sorte de sécurité intérieure qui nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là et toujours « le même » »*. (Pireyre, 2011, p. 55). Dans ce cas les personnes âgées sont obligées de se raccrocher à la seule sensation qu'ils ressentent pleinement et en continu, leur douleur. Ils vont alors se réorganiser psychiquement et corporellement autour de cette sensation. C'est sur les éléments défailants de la réorganisation psychocorporelle du patient et la prise de conscience de ce qui le met en difficulté, que le psychomotricien va travailler avec son patient.

2. La douleur

La douleur est la difficulté commune rencontrée chez les trois patients présentés dans ce mémoire. Ils ont vu la douleur apparaître avec la survenue de leur pathologie. Ces douleurs sont en corrélation avec des souffrances psychiques. Les unes peuvent faire naître ou amplifier les autres.

a. Définition

La définition officielle de la douleur est celle donnée par l'association internationale de l'étude pour la douleur (IASP) : « La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à un dommage tissulaire, potentiel ou réel, ou décrite dans ces termes ». La douleur a 4 composantes :

- Une composante sensorielle : La douleur se traduit par une sensation caractéristique (brûlure, picotement, décharge électrique). Cette sensation a une intensité, une durée et une localisation. Cette composante touche le corps.
- Une composante cognitive : L'information douloureuse (ou le message nociceptif) est traitée par le système nerveux. Elle est interprétée en perception. Il existe une mémorisation de la douleur.
- Une composante comportementale : Elle représente les manifestations psychocorporelles retrouvées chez la personne algique.
- Une composante émotionnelle : Les trois autres composantes sont traduites par une émotion. Cette composante implique la psyché. « *Toute douleur physique comprend donc, physiologiquement, une certaine dose de souffrance psychique* ». (Morasz, 2003, P. 48)

Nous avons tous fait l'expérience de la douleur à de nombreuses reprises et ce depuis nos premières minutes de vie. C'est une expérience subjective, la

tolérance à celle-ci diffère d'un individu à l'autre. « *Chacun de nous a un rapport particulier à cet affect désagréable. Quel que soit son mécanisme initiateur, celle-ci constitue une expérience radicalement singulière et subjective : divers facteurs déterminent et influencent ce vécu* ». (Guillemain, 2015, p. 18). Elle est jugée par rapport à nos expériences douloureuses passées, ainsi que par rapport à notre état morale et physique au moment où nous la ressentons.

Ainsi, « *Avoir mal c'est donc sentir la douleur et ressentir une souffrance, le tout dans un alliage unique et fluctuant dont les proportions restent structurellement inobjectivables. Avoir mal, c'est vivre cette expérience sensitive indicible, provoquant une expérience émotionnelle unique, qui sera psychiquement transformée avant d'être énoncée pour qualifier ce dont elle tente de témoigner* ». (Morasz, 2003, p. 49)

b. Douleur physique

Il existe deux types de douleur physique en fonction du contexte dans lequel celle-ci apparaît : la douleur inflammatoire et la douleur mécanique. La douleur inflammatoire est présente au repos et tend à diminuer voire à disparaître dans la mise en mouvement. Les sujets présentant ce type de douleur sont souvent sujet à des réveils nocturnes causés par le ressenti douloureux. A l'inverse, la douleur mécanique est une douleur qui apparaît avec le mouvement et qui s'atténue ou s'arrête au repos.

Il existe également trois douleurs caractéristiques en fonction de l'origine de leur survenue : la douleur neuropathique, la douleur nociceptive et la douleur nociplastique. La douleur neuropathique est produite par une lésion ou une pression d'un nerf au niveau du système nerveux central ou périphérique. La douleur nociceptive (cancer, arthrose) due à une inflammation ou à un dommage causé aux tissus périphériques. La douleur nociplastique (fibromyalgie, syndrome du côlon irritable) correspond à une perturbation du système nerveux central qui n'arrive pas à traiter l'information douloureuse et donc l'amplifie (hyperalgésie). Ces différentes douleurs physiques peuvent prendre plusieurs formes sensibles : brûlures, sensations

paresthésiques (picotements, fourmillements, engourdissements), sensations paroxystiques (décharges électriques), sensations dysesthésiques (sensations désagréables mais non douloureuses), rhumatismes, douleurs du membre fantôme, excès de sensibilité au niveau de la peau. Monsieur G souffre de douleurs neurologiques par désafférentation. Elle se manifeste par des sensations de brûlures dans le pied droit et dans le bras droit. Elles sont liées à une lésion du système nerveux périphérique causée par son Accident Vasculaire Cérébral. La communication neuronale entre l'hémicorps droit et l'hémisphère gauche n'est plus réalisable.

c. Douleur morale et souffrance psychique

Comme vu dans la définition de la douleur, l'association internationale de l'étude pour la douleur affirme que celle-ci peut être un « dommage potentiel ». C'est-à-dire que la douleur peut exister sans avoir de point d'ancrage physique mais être un état. « *La douleur peut exister dans le discours de chacun de nous sans qu'il lui soit nécessaire d'être objectivée par des examens médicaux spécifiques.* » (Louvel, 2002, p. 127). La douleur psychique, aussi appelée douleur morale, correspond à une douleur psychogène c'est-à-dire sans cause organique apparente. Ainsi, la souffrance est diffuse alors que la douleur est localisée à un endroit précis dans l'organisme. La souffrance peut tout de même s'inscrire dans le corps, c'est la somatisation. C'est-à-dire que le corps, par la plainte physique algique exprime la souffrance psychique, morale et émotionnelle. Ainsi la douleur physique ressentie est à mettre en relation avec un mal-être psychique tel que le deuil d'une personne ou d'une situation. Les patients nous font ressentir leur souffrance à travers la pénibilité de leur vécu. Le reflet le plus connu de la souffrance psychique est la dépression.

Lorsqu'une personne ressent une douleur qu'elle soit physique ou psychique celle-ci va avoir un impact sur l'être entier. C'est-à-dire que même si la douleur est physique, celle-ci va avoir un retentissement sur la psyché ainsi que le moral de la personne. Et inversement, si la douleur est psychique, elle va se répercuter sur le

corps. Le corps marque les conflits psychiques. Le retentissement psychique de la douleur est souvent banalisé voire passer sous silence, même par l'équipe médicale. C'est le cas pour Madame L et Monsieur G pourtant « *Il existe une augmentation de la sensibilité douloureuse avec l'âge quelles que soient les composantes [...]* » dû à une « *augmentation du seuil de détection de la douleur* » et une « *diminution du seuil de tolérance [...] ce qui entraîne une sensibilisation* » (Boddaert, 2018, p. 211). Il est alors important de travailler ensemble le corps et la psyché.

d. L'angoisse, un type de souffrance psychique

L'angoisse correspond à l'« *Ensemble de sentiments et de phénomènes affectifs caractérisé par une sensation interne d'oppression et de resserrement et par la crainte réelle ou imaginaire d'un malheur grave ou d'une grande souffrance devant lesquels on se sent à la fois démuni et totalement impuissant à se défendre.* » (Postel, 2011, p. 29). L'angoisse prend l'être dans son entièreté, elle atteint l'intégrité psychocorporelle de l'individu. C'est pour cela que nous pouvons la considérer comme une souffrance psychique. Chez les sujets âgés, les angoisses sont des symptômes fortement retrouvés.

Dès les débuts de la vie, nous sommes soumis à des angoisses archaïques. Ce sont les angoisses de séparation, de morcellement, de chute, de liquéfaction et de dévoration. Ces angoisses correspondent à des périodes de la petite enfance. Par exemple, les angoisses de morcellement se produisent dans les premiers mois de la vie. Le bébé n'a pas la maturation neurologique nécessaire pour organiser les sensations reçues par les organes sensoriels. Il ressent alors son corps comme éclaté. Les angoisses sont le témoin d'une insuffisance d'intégration sensori-motrice. Avec la maturation neurologique, l'interprétation des sensations par les parents qui font sens pour l'enfant et l'installation d'une sécurité de la relation, l'enfant va pouvoir effectuer un travail d'intégration de ses expériences sensori-motrices. Ce processus psychique permet la représentation de la globalité de soi, des objets et de l'espace qui l'entourent. Ces angoisses peuvent être réactualisées tout au long de notre vie dans l'absence d'expériences sensori-motrices, dans l'absence d'un sentiment de

sécurité ou dans la douleur. La douleur a le pouvoir de faire régresser une personne. Dans cette régression, rejaillissent nos réflexes innés dont les angoisses archaïques font partie.

e. Douleur chronique, douleur pathologique

Lorsqu'une douleur aiguë persiste dans le temps, elle devient douleur chronique. « *En effet, une douleur persistante induit des modifications profondes de fonctionnement du système nociceptif : [...] Alors qu'on aurait pu espérer que le système nerveux « s'habitue » à la douleur, on observe qu'il devient au contraire de plus en plus sensible* ». (Leroy, Morel, 2020, p. 18). Pour être considérée comme chronique, elle doit persister depuis plus de trois mois. Contrairement, à la douleur aiguë qui est un signal physiologique de danger et qui a une fonction d'alerte, la douleur chronique n'a pas de fonction utile de mécanisme de défense pour l'organisme. La douleur chronique entrave considérablement la qualité de vie des patients. Elle peut être permanente ou se produire à certains moments de la journée. En 2016, la douleur chronique est inscrite dans la liste des maladies chroniques de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle a été ajoutée, par la suite, à la classification internationale des maladies (CIM-11) qui rentrera en application en 2022. Chez les patients douloureux chronique, nous pouvons observer que la composante émotionnelle de la douleur prend une place importante. « *A chaque type de douleur (neuropathique, nociceptive ou psychique) correspond un discours propre. [...] Pour l'adulte, il y a également une part d'indicible dans chaque douleur qui met à mal le corps et qui rend son ressenti si difficile.* » (Louvel, 2002, p. 127)

« *La maladie est une réalité qui diffuse et irradie dans tout ce que nous sommes. Elle s'introduit dans notre vie, prend place dans notre vécu, modifie notre rapport au monde, aux autres et à nous-même. [...] Menace potentielle par l'inquiétude qu'elle suppose pour l'avenir, elle est l'affaire d'un présent incertain, inquiétant, ou douloureux, qui engage ce que nous sommes mais aussi ce que nous allons devenir.* » (Morasz, 2003, p. 61)

3. L'impact de la douleur sur l'organisation psychomotrice

a. Le tonus

La douleur entraîne une modification du tonus. « *La douleur ayant un caractère d'agression envers le corps, ce dernier va chercher à se défendre en organisant une activité tonique plus élevée par l'intermédiaire du réflexe nociceptif.* » (Louvel, 2002, p. 127). Chez les 3 patients évoqués dans ce mémoire j'ai pu observer qu'ils présentaient tous une hypertonie au niveau de leur zone douloureuse. Ils se sont créés une carapace tonique afin d'arriver à maîtriser cette douleur qui les indispose. « *L'hypertonie du douloureux correspond à un état défensif, un état d'éveil, de sécurisation, mais aussi d'anxiété face à l'angoisse de ne plus reconnaître son propre corps, ni d'en avoir le contrôle* » (Guillemain, 2015, p. 22). Dans le cas de Madame B, nous retrouvons une paratonie de type psychogène. Sa paratonie n'est pas d'origine neurologique mais est due à un trouble psychique. Ajuriaguerra définit les paratonies psychogènes comme des rétractions musculaires défensives. Madame B s'est créée une cuirasse tonique de défense. C'est une réaction tonico-affective sûrement en lien avec son trouble oppositionnel. Son agrippement tonique est une position régressive d'un cramponnement. Dans la théorie de l'attachement de Bowlby (1958), premièrement décrite dans l'article *The nature of child's tie to the mother*. Le bébé se cramponne à la mère pour rechercher la sécurité et le contact de sa figure d'attachement. « La disparition à peu près complète de la fourrure sur la surface du corps humain facilite les échanges tactiles primaires entre la mère et le bébé et prépare l'accès des humains au langage et aux autres codes sémiotiques [...] C'est en se cramponnant au sein, aux mains, au corps entier et aux vêtements de sa mère qu'il déclencherait en réponse chez elle des conduites jusque-là attribuées à un utopique instinct maternel. » (Anzieu, 1995, p. 45). Madame B s'auto-agrippe à son tonus comme une réaction contre l'angoisse de perte motrice et cognitive. Mais aussi comme une réaction contre la douleur. Les rétractions musculaires sont douloureuses or la douleur est une sensation désagréable qu'il faut combattre. La réponse à cette sensation désagréable est une

augmentation de la contraction tonique. Madame B est prise dans un cercle vicieux, son mécanisme de défense contre sa douleur et aussi ce qui la déclenche.

Le tonus est le support de l'activité posturale. « *Henri Wallon, dégageant l'importance de la fonction posturale du corps, fait de la posture, qui relève de l'activité tonique, l'origine de l'adaptation émotionnelle, l'émotion étant considérée comme une forme d'adaptation au milieu.* » (Ballouard, 2006, p. 69). La douleur ayant une composante émotionnelle s'inscrit dans le tonus mais donc aussi dans la posture de l'individu. En effet souvent la personne endolorie prend une attitude antalgique. C'est-à-dire qu'elle maintient une position inhabituelle, asymétrique avec un déséquilibre du tonus axial pour soulager une zone corporelle douloureuse. Le tonus s'inscrit dans le corps, dans la posture, dans le mouvement, nous pouvons notamment le voir au niveau de l'expression faciale des sujets douloureux. Les visages des patients sont souvent grimaçants avec les sourcils froncés, le front plissé et la mâchoire serrée. Le tonus vient aussi s'inscrire dans la relation entre le corps et l'autre et entre le corps et l'environnement.

b. La motricité

La motricité de la personne âgée endolorie est atteinte. En cas de douleur chronique ou aiguë, l'activité motrice est réduite. La personne souffrant de douleur peut même s'immobiliser. C'est ce phénomène que nous retrouvons chez Madame L. Elle produit peu de mouvements dus à une croyance qu'il faut éviter de bouger lorsque nous sommes douloureux. Cela empêcherait la douleur d'être ravivée ou amplifiée mais aussi les sur-douleurs. Ils ont alors la sensation de protéger leur intégrité physique. Or, dans la société actuelle, les médecins remettent en question cette manière de penser. L'atténuation de l'activité motrice entraîne en effet plus de douleurs ainsi qu'une réduction des capacités motrices par manque de stimulations. Les médecins préconisent donc la remise en mouvement. L'activité motrice permet de réduire la douleur. De plus le manque de mouvements va provoquer un désinvestissement corporel, le corps est vu comme un poids. Les

patients essayent de le fuir en se désintéressant de lui. Or l'absence d'investissement corporel va avoir des répercussions sur l'investissement de l'espace.

La réduction de l'activité motrice implique de nombreuses conséquences. « *L'immobilisation d'un sujet âgé est toujours grave car elle l'expose à un déclin fonctionnel rapide et à une surmortalité. [...] traduit une dégradation physiologique conduisant à une réduction d'activité, un déconditionnement et exposant à un risque élevé de complications somatiques parfois sévères et irréversibles.* » (Boddaert, 2018, p. 191). Cela peut engendrer un risque d'escarre, un syndrome de désadaptation psychomotrice avec un trouble de la posture, une rétropulsion au niveau des hanches, un déséquilibre lors de la poussée et/ou des difficultés lors de la marche. L'absence de mouvements mène aussi à une rigidification. Dans le cas de Madame B, sa spasticité l'empêche d'effectuer des mouvements. Or cela entraîne une plus grande rigidité qui la contraint dans son expérience motrice.

c. Le sensoriel

Le mouvement et le sensible se complètent. Lorsque le nombre d'expériences motrices est réduit à cause du traumatisme de la douleur, la personne âgée ressent moins sa sensibilité. Inversement, lorsque le corps se remet dans le mouvement, la sensibilité augmente. De plus, l'augmentation tonique limite les expériences motrices et donc sensorielles. Le manque de sensibilité rend l'enveloppe psychocorporelle défaillante. Il existe alors une enveloppe psychocorporelle aux limites floues avec une difficulté de perception et d'intégration des sensations. La psyché n'est plus contenue. Dans le cas du tact, si le corps n'est pas suffisamment touché, il est moins investi par le sujet âgé et perd en sensibilité tactile. L'enveloppe psychocorporelle est atteinte. Au contraire, lorsque la peau est touchée, contactée, caressée, frôlée, elle redevient réceptive et sensible aux stimulations.

Pour pallier ce phénomène nous retrouvons un surinvestissement sensoriel avec une hypersensibilité, notamment des sensations négatives, au niveau de la

partie douloureuse. L'individu est en hypervigilance, la surexcitation des fibres nerveuses de la douleur entraînent une difficulté à recevoir les informations induites par les différents sens. L'individu est focalisé sur son mal être et adopte un comportement de fuite ou d'évitement de situations qui potentiellement pourrait augmenter la douleur. Au contraire nous pouvons retrouver un désinvestissement sensoriel des parties du corps non douloureuses avec une hypovigilance et un défaut d'intégration sensorielle. Ces deux processus sont des réponses protectrices de l'enveloppe psychocorporelle. Ils se retrouvent chez Madame L. De ce fait, Madame L investit fortement sa douleur dans le dos avec une désafférentation sensorielle. Lorsque je touche le dos de Madame L, elle peut me dire qu'elle sent le contact de ma main mais ne sait pas où elle est située dans son dos. Son corps non douloureux, à défaut de percevoir les sensations, est objectivé et sombre dans l'oubli. Les sensations de son corps douloureux sont placées au premier plan de sa sensorialité.

d. Le Schéma Corporel

« La mémoire intériorisée, celle du corps ou des actions de la vie courante, celle des expériences accumulées, nourrit le sentiment d'identité, elle s'appuie sur un tissu d'habitus et demeure au fil du temps, tout en changeant parfois de signification. » (Le Breton, 2019, p. 123). Cette mémoire corporelle est une composante du schéma corporel. Elle est atteinte lors de l'absence de mouvements.

La douleur est une afférence sensorielle qui va venir restructurer le schéma corporel. La douleur, quand elle est chronique, va être intégrée au schéma corporel. Il va ainsi être réorganisée en fonction de la ou des zone(s) douloureuse(s) et de leur investissement ou de leur désinvestissement. Cette situation va pousser le patient à se 'couper' de ces sensations douloureuses en prenant des positions antalgiques, en diminuant ces expériences motrices et en désinvestissant son corps. Dans ces conditions, le patient entraîne un amoindrissement des afférences sensorielles autre que douloureuses. Le schéma corporel naît des sensations, et s'appauvrit s'il en reçoit moins.

Le schéma corporel est en inter-relation avec l'image du corps. Des atteintes organiques ou fonctionnelles peuvent mettre à mal le schéma corporel et engendrer l'apparition de troubles. Ces troubles peuvent à leur tour entraîner des modifications éphémères ou perdurables de l'image du corps.

e. L'image du corps

« Si le schéma corporel est en principe le même pour tous les individus (*à peu près de même âge, sous le même climat*) de l'espèce humaine, l'image du corps, par contre, est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire. » (Dolto, 1984, p. 22)

Chez le patient endolori, sa douleur est utilisée comme un référentiel autour duquel il se restructure. Lorsque nous ressentons plus ou peu de sensations, l'angoisse de mort ressurgit. Le maintien de la sensation de souffrance permet à certains patients de ressentir en permanence le sentiment continu d'exister. Le sujet peut s'inscrire dans l'ici et maintenant et réinvestir son corps au travers de cette sensation douloureuse. Le manque de sensations rend l'enveloppe corporelle floue et vaporeuse. Or, l'enveloppe psychique s'étaye sur l'enveloppe corporelle, témoin des expériences sensori-motrices. C'est cet échange entre les deux enveloppes qui constitue l'enveloppe psychocorporelle, laquelle est donc maintenue existante grâce à ces sensations. Tout comme la maladie, la douleur engendre la construction d'une nouvelle identité narcissique. Cette nouvelle identité est souvent fragilisée par le vécu d'impuissance amené par la pathologie et la douleur. Elle est associée à une faible estime de soi ainsi qu'à des discours péjoratifs sur le corps et ses capacités. Madame L et Monsieur G ont souvent des mots rudes pour évoquer leur corps « je suis bonne à rien », « cette chose » ou « lui ». Ces dernières expressions font référence à une reconnaissance de leur corps comme une partie de leur non-Moi, de quoi faire ressortir des angoisses de morcellement. L'investissement affectif du corps est dominé par des émotions négatives. La fragilité narcissique empêche un bon

investissement libidinal du corps. Les personnes négligent ou investissent à l'extrême la zone douloureuse. Certains vont même jusqu'à agresser leur corps. Monsieur G a une tendance à négliger son côté hémiparétique. A la fin de nos séances, Monsieur G me demande d'essayer l'huile de massage et de baisser sa manche du côté droit mais il n'effectue pas la demande spontanément du côté gauche. Contrairement à Madame L qui a investi fortement son dos quitte à prendre une posture néfaste, au détriment de son confort postural.

Cette image d'un corps jugé, maltraité, rejeté par l'être implique une difficulté à investir le Moi non douloureux mais aussi à investir l'autre. « *Lorsqu'une douleur est ressentie, elle engendre un appauvrissement des investissements libidinaux extérieurs au profit d'un surinvestissement de la zone corporelle en souffrance.* » (Louvel, 2002, p. 128). De plus, nous nous construisons dans le rapport à l'autre et à son regard. Le sujet et sa plainte douloureuse sont confondus par l'entourage. Il peut être difficile de voir son proche souffrir ainsi que de comprendre ses changements d'humeur et de comportement. Les sujets se sentant incompris, réduisent alors leurs activités sociales et se replient sur eux par peur du regard de leurs proches. Leur nombre d'échanges agréables dans leur vie quotidienne diminue fortement. Or, l'identité humaine se construit dans les relations aux autres Hommes. Le manque de contact social induit une déshumanisation. Cependant, la souffrance et la douleur peuvent être aussi un argument de lien. Madame L sollicite beaucoup les soignants avec ses plaintes douloureuses. Elle les suit dans les couloirs et dans les chambres. Par son attitude, elle manifeste son angoisse de solitude, d'abandon mais surtout une angoisse de perte d'objet. « *Toute situation symbolique de perte d'objet nous renvoie à une souffrance plus ancienne* » (Morasz, 2003, p. 51). Cette perte d'objet est réactualisée par la perte du corps qui ne la soutient plus, qui fait écho à une perte psychique. Elle doit demander aux soignants de la porter. Les soignants sont alors des objets externes investis, qui la portent.

f. Le comportement

Le comportement est un mode d'expression corporelle. Il donne des renseignements de par notre attitude, notre gestuelle et notre manière d'investir l'espace avec l'autre, sur notre état psychocorporel du moment. Sans parler de troubles du comportement, la douleur a des répercussions sur la manière de se sentir dans son corps et dans sa tête. Mais aussi sur la manière dont les autres nous voient et dont nous pensons qu'ils nous voient. La douleur va jouer sur l'humeur et le comportement social. La personne endolorie se sent souvent incomprise, elle perd son rôle social en acquérant le titre de « proche malade ». De plus, la douleur peut empêcher la mobilisation corporelle mais aussi morale (perte d'élan vital) pour effectuer certaines activités sociales. Cela va donc entraîner un retrait social et environnemental avec une diminution de la socialisation ainsi qu'une perte d'activité sociale agréable. La douleur peut aussi avoir d'autres impacts comme une modification du sommeil, un refus alimentaire, un syndrome confusionnel. Elle peut aussi faire ressortir des angoisses de mort ou de chutes. Ces différents impacts sont de véritables facteurs de stress. Or, « *Les facteurs de stress accentuent et amplifient souvent la douleur, et vice versa : presque la moitié des patients qui souffrent de douleurs chroniques ont également un trouble anxio-dépressif* ». (Guillemain, 2015, p. 19).

Parfois, l'individu ne peut exprimer sa douleur que par une altération de son comportement. Lorsque celui-ci est socialement inadapté nous parlons de troubles du comportement. Ces troubles sont le témoin d'une souffrance psychique. Ils sont un ensemble des manifestations psychocorporelles vastes comme la déambulation, le syndrome de Godot, la désinhibition ou l'agressivité. Dans ce cas, le fonctionnement comportemental est alors un exutoire à la souffrance ou à l'angoisse qui est perçue comme dangereuse pour l'être. Cela représente un réel inconfort et une importante source de mal être pour le sujet qui n'a pas la possibilité de comprendre ce qui se passe dans son corps et d'où cette sensation provient. Une peur de cette sensation désagréable peut alors survenir. L'individu âgé n'a alors pas d'autre façon de communiquer sa douleur que par un comportement instable. L'attitude agressive de Monsieur G en est un exemple. L'agir est une manière de

libérer la douleur qui est néfaste pour son intégrité psychocorporelle. Dans le cas de Monsieur G sa peur de cette souffrance qui vient mettre à mal son intégrité psychocorporelle est déplacée sur les soignants. Il projette le mauvais Objet, sa douleur, sur les soignants. Monsieur G considère les soignants comme de mauvais Objets, il les rend responsable de son mal être. C'est pour cela qu'il les agresse. Son agressivité est une activité de décharge de ses tensions internes.

B. Le toucher thérapeutique

1. Définition du toucher thérapeutique

Il existe plusieurs définitions du toucher. Ici, nous en évoquerons trois :

D'un point de vue sensoriel, la notion de toucher est utilisée pour désigner l'un des cinq sens du corps. L'organe sensoriel du tact est la peau. Le toucher est le premier sens que nous développons dans la vie utérine. Il est le « *Domaine de la sensibilité cutanée qui est impliqué dans la perception consciente des stimulations mécaniques d'intensité modérée au niveau de revêtement cutané et muqueux.* » (Hachette, 1989, p. 1114). Ce sens nous permet une perception de l'environnement. Lorsque nous contactons un corps ou un objet, nous percevons ses propriétés physiques via des signaux envoyés par les récepteurs sensitifs de la peau. Le sens tactile correspond à une sensibilité extéroceptive au même titre que la vision et l'audition. La stimulation de la sensibilité tactile chez l'enfant par la figure maternante va créer une première enveloppe corporelle. Celle-ci repose sur la perception et l'intégration des sensations induites par le toucher de la mère. Ces sensations vont, alors, exciter les récepteurs de la surface de la peau et permettre à l'enfant de ressentir sa structure contenante, sa peau. En ressentant sa peau, l'enfant prend conscience de ses limites corporelles. La création de cette première enveloppe corporelle tend à renforcer le sentiment continu d'exister. Le sujet âgé étant peu touché, les limites de son enveloppe corporelle deviennent floues.

Le toucher peut également évoquer un acte moteur. Le fait de prendre une position pour rentrer en contact avec la peau ou le vêtement d'autrui ou un objet.

Enfin, le toucher peut s'appréhender d'un point de vue symbolique. « *Émouvoir quelqu'un, faire impression sur sa sensibilité.* » (Hachette, 1989, p. 1114). L'être touché implique une émotion associée. L'émotion ressentie est une porte d'entrée à la relation touchant/touché. Une communication qui ne passe pas par un langage verbal s'installe entre les différents protagonistes. Elle se crée grâce

à la naissance d'une émotion positive ou négative. Le corps touché va alors s'imprégner de la qualité du mouvement de la partie du corps qui touche.

Nous pourrions alors définir le toucher thérapeutique à partir des trois définitions du toucher précédentes. En effet, le toucher thérapeutique les réunit et les met en relation. Le principe du toucher thérapeutique est d'entrer en contact avec une personne de manière corporelle, mais pas uniquement, pour y imprégner et y imprimer des sensations tactiles (la pression du contact, la qualité du toucher), mécaniques (le mouvement effectué par le toucher) et thermiques (chaud, froid). Ces différentes sensations appartiennent à la sensibilité somesthésique. Le toucher thérapeutique a une visée de soulagement des tensions internes et externes. Par l'intermédiaire des différentes stimulations de la peau nous envoyons un message au corps de l'autre. Ce message, grâce au mécanisme de perception et d'intégration des sensations, va se répercuter sur la psyché.

2. Les différents touchers en psychomotricité

Cette partie est loin d'être exhaustive et ne représente pas toutes les techniques à base de toucher effectuées en psychomotricité. Elle représente les différentes médiations que j'ai eu l'occasion de travailler dans ma clinique de l'année encourue. La technique de toucher utilisée en séance doit se baser sur l'objectif thérapeutique des patients et leur appréciation de la technique.

« Les divers traumatismes non élaborés sont inscrits dans le corps sous la forme d'une contracture musculaire. On peut donc se demander ce qui s'est inscrit dans le corps de nos patients lorsque ceux-ci » sont douloureux et « présentent certaines contractures localisées et quel type de toucher, si l'on souhaite intervenir auprès d'eux avec cette forme de contact, serait le plus en résonance avec un travail permettant l'apaisement de cette tension et l'élaboration du traumatisme associé. » (Louvel, 2002, p. 127).

a. Le toucher-massage

Le toucher-massage est la technique principale que j'ai utilisée pour travailler avec Monsieur G. Je lui ai d'abord proposé des mobilisations passives. Il était alors difficile d'obtenir un relâchement musculaire dans le mouvement de la part de Monsieur G. Le toucher-massage était plus adapté pour lui. L'immobilité des membres l'invitait à se détendre plus aisément. Ce qu'il a bien réussi. Cette méthode a eu aussi pour effet de le valoriser et de lui faire vivre une expérience positive.

Le toucher-massage est un concept inventé en 1936 par Joël Savatofski. Il décrit son concept dans son livre *Le toucher apprivoisé*, co-écrit avec le docteur en psychologie clinique et sociale Pascal Prayez. La technique du toucher-massage repose sur un toucher bienveillant qui se déroule dans un enchaînement et une répétition de gestes, sur une partie du corps ou sur le corps dans sa globalité. Ce toucher est une approche corporelle qui permet d'abaisser le niveau tonique du corps et donc de détendre les muscles et de le relaxer en influant sur les tensions corporelles. Cette technique de toucher recherche à favoriser le confort corporel. C'est d'avantage la durée du toucher qui va agir sur la sensation douloureuse en la diminuant que le toucher lui-même. Pour la plupart des personnes endolories, le toucher-massage est agréable à recevoir, il provoque un vécu de sensations positives autres que la sensation douloureuse. De plus, « *L'approche corporelle de la personne âgée avec toute l'écoute, l'attention, le respect, la tendresse qu'elle demande aura des conséquences psychologiques inestimables, autant sur son sentiment de solitude et sa crainte de la mort que sur le besoin inavoué d'être touché* » (Prayez, Savatofski, 2009, p. 68). Le thérapeute peut aller contacter, selon le besoin du patient, les différents niveaux structurels du corps. Ainsi, le toucher donne des renseignements sur les sensibilités proprioceptives (articulaires, musculaires et osseuses) tournées vers les fonctions de vie de relations internes. Le contact de la peau travaille l'unité corporelle en proposant des sensations qui permettent de ressentir l'enveloppe corporelle unifiée. Le contact du muscle sert à diminuer sa contraction et donc à le détendre. Le contact de l'os aide à ressentir son corps comme un élément solide sur lequel il est possible de s'appuyer.

b. Les mobilisations passives

J'ai pu pratiquer cette méthode avec Madame B. Chez elle, cette méthode a pour visée globale de la détendre et aussi de lui apporter un confort tonique et postural. Cette méthode est intéressante, puisque Madame B se mobilise peu du fait de sa paratonie. Avec la mobilisation passive, nous arrivons à la remettre en mouvement. Ce qui est très important pour les personnes comme elle qui n'ont plus la capacité de se mobiliser. La mobilisation passive est une expérience sensori-motrice, elle permet d'apporter des sensations à travers le mouvement. Ces sensations sont primordiales pour restaurer l'enveloppe corporelle. Par cette technique, nous travaillons aussi le relâchement tonique. Chez Madame B, c'est sa paratonie qui crée ses douleurs, ainsi le relâchement tonique permet de les calmer.

Les mobilisations passives sont des mouvements lents et réguliers d'une partie du corps du patient réalisés par le thérapeute sans aide active du patient. Elles permettent un travail du tonus. Ces mouvements sont effectués jusqu'à l'obtention du relâchement tonique. Nous retrouvons l'utilisation des mobilisations passives dans la relaxation activo-passive de Henri Wintrebert. « *Cette méthode utilise donc plus largement le contact physique et induit une expérience quasi « fusionnelle », un maternage qui fait partie intégrante du traitement.* » (Guiose, 2007, p. 24). Ici le toucher va induire de nombreuses sensations tactiles. Le patient va avoir des informations tactiles sur la chaleur et la pression du toucher mais aussi ressentir son vêtement qui glisse sur sa peau. Les récepteurs sensoriels de la peau ne sont pas seulement stimulés par le tact. Les récepteurs de la peau superficielle peuvent être stimulés par la création d'une enveloppe sonore. La méthode de H. Wintrebert permet la perception de sensations proprioceptives, nous pouvons ressentir le corps qui se déplace dans l'espace. Lorsque nous effectuons un mouvement, même petit, d'une partie du corps, celui-ci est mobilisé dans sa globalité.

Les mobilisations passives sont des mouvements que nous avons peu, voir pas du tout l'habitude d'effectuer. Elles stimulent notre bagage d'expériences sensori-motrices. Le toucher sollicite la capacité de mémoire sensorielle du corps, avec

l'activation de réseaux de neurones, qui va permettre au patient de faire des liens avec son histoire. Pour le patient, la sensation ou la mémoire de la sensation sont des voies d'accès à son inconscient, à son imaginaire. Ces voies donnent accès aux conflits internes du patient, à ses angoisses.

3. La psychomotricité et l'approche du toucher

a. La formation du psychomotricien

Notre cursus universitaire est composé de cours pratiques obligatoires tels que la conscience corporelle, l'expressivité du corps, la relaxation, le jeu de faire-semblant et les pratiques psychomotrices. Ces cours constituent près d'un tiers du temps de nos études. Par conséquent, nous nous approprions corporellement les notions fondamentales psychomotrices telles que le tonus, le schéma corporel, l'image du corps, l'espace-temps et l'axe corporel, à partir desquels nous fonderons notre pratique. Ces cours sont instaurés avec comme objectif pédagogique :

- La connaissance de soi en tant qu'individu singulier : Cet apprentissage est possible grâce à l'enseignement et l'expérience de l'écoute de soi, de nos sensations et l'analyse de nos émotions et de nos éprouvés. Nos pratiques nous offrent l'opportunité d'explorer des situations corporelles et d'organiser nos fonctions psychomotrices dans leurs aspects relationnels et expressifs. Nous prenons le temps de ressentir le vécu de chaque expérience qui s'ancre corporellement, modifie la perception de notre corps dans la relation et dans notre environnement. Nous apprenons à reconnaître nos émotions et leurs impacts dans l'ici et maintenant et à agir en conséquence.
- La connaissance de soi en tant que sujet au sein d'un groupe : La formation en psychomotricité nous apprend à reconnaître nos émotions

et à accueillir celles d'autrui. Nous sommes amenées à nous questionner sur notre individualité au sein du groupe en expérimentant les différentes formes de relations : intrapersonnelle, interpersonnelle et transpersonnelle. Le but étant d'acquérir une aptitude à utiliser notre corps dans toutes ses fonctions expressives, comme outil de communication, de symbolisation et de création. A l'institution de Formation en Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière, le corps est appréhendé comme un médiateur thérapeutique capable de lire les « *trois types d'informations apportées par la communication corporelle : des informations sur l'état affectif et pulsionnel de l'émetteur, sur son identité et sur le milieu extérieur* » (Ballouard, 2006, p. 57).

b. La relation, l'outil du psychomotricien

De par notre formation, nous sommes davantage attentifs à la corporalité de l'individu pris en charge. C'est-à-dire la manière dont la personne est en relation au monde et dont elle habite son corps. Toutes les nuances communicationnelles et les expériences auxquelles l'individu se confronte s'inscrivent en lui et s'ancrent dans son corps. Cette inscription corporelle accroît le répertoire expressif du sujet qui singularise sa façon d'être au monde. Cette signature expressive évolue et s'enrichit tout au long des expériences motrices, sensibles et affectives de sa vie. L'expressivité prend sa source dans la relation à l'autre mais elle est aussi à son service. Le corps constitue une véritable carte d'identité sur laquelle s'étaye le fonctionnement psychique du patient et où se joue la dimension relationnelle à travers le dialogue tonico-émotionnel. La relation entre le psychomotricien et son patient est la base de l'installation et de la construction de l'alliance thérapeutique. Dans la relation, le psychomotricien fait appel à ses qualités d'écoute, d'observation et d'empathie pour observer la manière dont se sent et dont se meut son patient pour entrer en communication avec l'autre ou l'environnement ou pour se recentrer sur soi. Tout en restant à l'écoute de ses propres sensations et de celles du patient, un ajustement du thérapeute est nécessaire pour le bon déroulement du processus

thérapeutique. Il est donc primordial que les deux acteurs de la relation s'impliquent corporellement au sein de cette communication bidirectionnelle. Le corps est à la fois un outil de communication relationnelle et un lieu de réinvestissement psychoaffectif pour le patient.

c. La posture du psychomotricien

Lorsque nous parlons de toucher, nous imaginons tout de suite un contact peau à peau. Or le toucher commence dès que nous sommes à distance d'une autre personne. C'est le concept de proxémie d'Edward T. Hall étudié dans son écrit *la dimension cachée* en 1966. Dès que nous frappons à la porte de la chambre du patient, nous entrons dans un espace relationnel avec lui. Avec Madame B, il faut d'abord un moment d'entrée en relation, à travers un contact visuel et sonore, pour qu'elle se laisse accueillir et permettre de débiter un contact tactile. Prendre le temps d'effectuer ce premier moment d'approche relationnelle permet d'amplifier la détente psychocorporelle qui va suivre avec le toucher. Ainsi, avant d'entrer en contact corporellement avec le patient, nous sommes susceptibles de le toucher par notre posture, notre regard, notre gestuelle et nos mots, à travers lesquels il peut se faire une idée de nos intentions et de notre attention. Il est donc important alors de faire attention à notre manière de nous présenter au patient. Le toucher thérapeutique requiert une présence à soi en même temps qu'une présence à l'autre. Il faut, dans un premier temps, si nous en avons le besoin, appréhender notre état dans l'ici et maintenant afin de ne pas laisser nos émotions prendre le pas sur la prise en charge. Ainsi avant de toucher le corps de l'autre un ajustement du thérapeute est nécessaire. Il faut avoir une attitude corporelle ouverte et poser les bons mots et le bon regard sur le patient. Pour cela, il est important d'essayer de comprendre la souffrance du patient et la manière dont il habite son corps avec elle. L'état que nous voulons apporter à l'autre, que ce soit de la détente, un recentrement sur soi ou une expression de soi, doit d'abord être le nôtre. Il est difficile d'amener dans un état voulu une personne ou même seulement d'entrer en contact avec, si le thérapeute est lui-même angoissé, dérangé ou sous l'emprise de pensées négatives.

Lorsque le thérapeute est disponible à la relation, son corps peut constituer un appui à l'engagement corporel du patient, dans son acceptation de la prise en charge. Mais aussi dans son expressivité psychocorporelle pendant la séance et en dehors. Dans la séance, le patient peut s'appuyer sur le corps du psychomotricien comme d'un miroir à travers lequel il peut l'imiter et expérimenter de nouvelles représentations et de nouveaux modes d'expressivité. Ainsi le psychomotricien agit comme un médium malléable caractérisé par sa sensibilité, sa transformabilité, sa disponibilité et son animation. Sa posture subjective et thérapeutique est un élément nourrissant et structurant pour le patient qui peut dès lors laisser libre court à ses expériences sensori-motrices.

d. Le toucher et l'être touché

« Ce toucher a en effet la particularité d'être par essence mutuel. Il fait partie de cette très petite catégorie d'actes où le faire équivaut à subir [...] La mutualité essentielle du toucher pur, [...] révèle aussi la vulnérabilité du corps de celui qui soigne. » (Meyer, 2019, p. 191)

Le toucher est un besoin vital au même titre que les besoins physiologiques (se nourrir, s'hydrater). Le toucher prend son sens autant qu'il est adressé à quelqu'un. Nous ne pouvons d'ailleurs toucher sans être touché. Le toucher crée un lien visible, senti, ressenti, perçu et vécu. Il est une réponse au corps en souffrance et le témoin d'une présence attentive.

Le traumatisme de la pathologie modifie le rapport à l'autre. Il existe une possibilité que l'individu se sente inférieur dans la relation. Or, dans le toucher les deux protagonistes sont impliqués. *« La main qui touche sent ce qu'elle touche mais peut aussi se sentir elle-même en train de toucher, à même l'objet qu'elle touche. » (Meyer, 2019, p. 200).* Dans ce sens, dans le toucher, on s'expose au patient qui est vulnérable. Nous nous mettons au même niveau que lui, en nous dévoilant et en devenant nous aussi vulnérable. Dans mes séances avec Monsieur G, j'ai remarqué

qu'il est hautement attentif à mon toucher. En effet, à travers celui-ci, il a un accès à mes émotions, à mes possibles tensions, mais aussi à l'attention que je lui porte. Ainsi, cette exposition au patient est un soutien au laisser-aller dans la détente de Monsieur G et permet de renforcer notre alliance thérapeutique. L'« *Exposition de celui qui touche à celui qui est touché, c'est un dévoilement du soignant à celui qui est déjà, par la force de la maladie, dénudé. Dans le toucher pur, la vulnérabilité de malade est non seulement acceptée, mais confirmée et validée par le dévoilement de la vulnérabilité du soignant.* » (Meyer, 2019, p. 201).

e. Le dialogue tonico-émotionnel, le Holding et le Handling

Je considère le toucher thérapeutique, à travers la posture et la qualité de toucher que renvoie le thérapeute, comme un moyen de communication corporelle dont le langage est le dialogue tonico-émotionnel. Le corps, de par sa régulation tonico-émotionnelle, est le principal lieu de l'expression affective, il est l'instrument de communication du dialogue tonico-émotionnel. Le tonus se perçoit par le tact mais aussi par la vue. Il est révélateur de l'intentionnalité de nos gestes. Les réactions tonico-émotionnelles (1954) sont un concept d'Henri Wallon. Ce concept est repris plus tard par Ajuriaguerra qui décrira le dialogue tonico-émotionnel. H. Wallon remarque que dans la communication corporelle du bébé, le contact de la mère donne lieu à un transfert de réactions tonico-émotionnelles de la part de l'enfant. Et inversement. Le dialogue tonique est une communication primitive, archaïque, présente dès que l'embryon est âgé de 2 mois. Le dialogue tonico-émotionnel repose donc sur le lien d'attachement entre l'enfant et sa figure maternante. C'est-à-dire la personne qui lui apporte le *Holding* et le *Handling*. C'est deux notions sont décrites par Winnicott en 1969 dans son livre *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Le *Holding* que nous pouvons traduire par « maintien » correspond à la manière dont la mère porte l'enfant autant physiquement que psychiquement. Ce portage demande un processus d'accommodation tonique et postural entre les corps de l'enfant et de la mère. Le *handling* correspond à la manière dont la mère prend soin de l'enfant, la qualité (rythmicité, force) des gestes appliqués à celui-ci. A

travers la qualité de ses gestes, paroles ou actions qui vont stimuler la sensorialité de l'enfant, la mère lui fait passer un message.

« *Les soins de la mère produisent des stimulations involontaires de l'épiderme, à l'occasion des bains, des lavages, des frottements, du portage, des étreintes. De plus, les mères connaissent bien l'existence des plaisirs de peau chez le nourrisson - et chez elles - et, par leurs caresses, leurs jeux, elles les provoquent volontairement.* » (Anzieu, 1995, p. 60).

La stimulation de la peau permet à l'enfant d'élaborer une enveloppe corporelle contenante. Ce sont donc ces deux processus psychiques qui vont permettre à l'enfant d'instaurer un moi-corporel stable et fonctionnel. Mais aussi, « *La recherche du contact corporel entre la mère et le petit est un facteur essentiel du développement affectif, cognitif et social de ce dernier.* » (Anzieu, 1995, p. 49).

Dans le cas de Madame B, Il existe d'abord un dialogue tonico-émotionnel à distance. Lorsque nous prenons contact avec elle par nos mots, notre regard, elle nous répond en se tournant vers nous et en nous regardant ou en grognant. Comme vu plus tôt dans ce mémoire, Madame B s'agrippe à son tonus pour créer une sensation de contenance comme réaction à l'angoisse de perte motrice et cognitive et donc de vide. Elle fabrique alors une sorte de deuxième peau musculaire. « *Les perturbations de l'introjection* » du Moi-peau « *conduisent au développement d'une formation* « *seconde peau* ». » (Anzieu, 1995, p. 257). Le concept de seconde peau a été développé par Esther Bick (1967). Nous créons une seconde peau musculaire pour suppléer au processus contenant défaillant de notre peau. Lorsque nous effectuons un toucher-massage avec Madame B, elle arrive à se relâcher malgré sa paratonie défensive. Alors, nous la tenons comme la mère tient le bébé, en référence au *Holding* de Winnicott. La fonction de maintenance du psychisme est une des fonctions du Moi-peau qui sera décrite dans la partie *Les fonctions de l'instance du Moi-peau* ci-après. Cette fonction permet l'intériorisation du *Holding*, Madame B ressent au travers de nos dialogues tonico-émotionnels que notre toucher n'est pas agressif mais bienveillant. Il existe alors une réaction contre l'angoisse. Le Moi du psychomotricien supplée à celui de Madame B affaiblit par la pathologie. Le psychomotricien fait office de figure d'attachement permettant de redonner une sécurité par la répétition des contextes d'attachement (la répétition des touchers

thérapeutiques), la continuité des soins psychomoteurs et la prévisibilité et la cohérence des réponses (le ressenti d'un toucher bienveillant et non agressif).

4. Les fonctions de l'instance du Moi-Peau

Anzieu a conceptualisé, pour la première fois, en 1974, le Moi-Peau à partir de l'étude de Freud sur l'appareil psychique. « *Une des idées neuves de Freud a été d'étudier le psychisme comme un appareil et de concevoir cet appareil comme articulant des systèmes différents (c'est-à-dire comme un système de sous-systèmes).* » (Anzieu, 1995, p. 94). De plus, il reprend l'idée de Freud : Le Moi est avant tout un Moi corporel. Le Moi est une des trois instances de l'appareil psychique. Je considère le Moi comme un médiateur entre l'environnement extérieur et les exigences des pulsions internes. Il a donc un travail de régulation des pulsions. Le moi se construit dans la petite enfance. Au début de sa vie, le nourrisson ne se vit pas comme un être distinct de sa figure maternelle. Ce sont dans un premier temps les expériences sensorielles, notamment tactiles, sur la surface de la peau, qui vont symboliser la peau et permettre à l'enfant d'intégrer les limites de son corps différent du corps de l'autre. Ce processus va donner un préambule d'une figuration du Moi, le Moi-peau. Par la suite, grâce à la maturation neurologique, l'enfant va pouvoir faire de plus en plus d'expériences sensori-motrices qui vont lui permettre de progressivement prendre conscience de son corps propre.

Anzieu s'est aussi basé sur les travaux de Federn concernant les limites qu'il décrit « *non comme un obstacle, une barrière, mais comme la condition qui permet à l'appareil psychique d'établir des différenciations à l'intérieur de lui-même, ainsi qu'entre ce qui est psychique et ce qui ne l'est pas, entre ce qui relève du Moi et ce qui provient des autres, le non-Moi.* » (Anzieu, 1995, p. 111).

Le Moi-peau d'Anzieu « *désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la*

surface du corps. » (Anzieu, 1995, p. 61). Les expériences sensorielles précoces au niveau de la surface de la peau de l'enfant, accompagnées de leurs affects de plaisir et de déplaisir, vont constituer une figuration symbolique de la peau. C'est ce qu'Anzieu nomme *Moi-peau*. Il se construit lorsque la pulsion d'attachement (Bowlby, 1958) est suffisamment satisfaite par le *holding* et le *handling* de la mère. « *L'instauration du Moi-peau répond au besoin d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien-être de base.* » (Anzieu, 1995, p. 61). Le *Moi-peau* est une enveloppe corporelle sur laquelle l'enfant va pouvoir s'appuyer pour construire son enveloppe psychique. Le *Moi-peau* est donc une sorte de base d'enveloppe psychocorporelle.

Lorsque nous touchons le corps nous stimulons la peau. Celle-ci est à la fois le contenant de nos bonnes et mauvaises expériences sensorielles, affectives et motrices. Elle est aussi une barrière qui délimite et différencie l'intérieur et l'extérieur. Enfin, elle opère la communication et l'échange entre l'extérieur et l'intérieur. « *Le Moi-peau trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau.* » (Anzieu, 1995, p.61). Dans la suite de ce mémoire, je m'attèlerai à nommer les fonctions du *Moi-peau* et définirai plus précisément celle en corrélation avec les cas cliniques présentés dans ce mémoire.

La fonction de maintenance du psychisme : Cette fonction se développe par l'introjection du *Holding* de la mère. « *Le Moi-peau est une partie de la mère - particulièrement ses mains - qui a été intériorisée et qui maintient le psychisme en état de fonctionner* » (Anzieu, 1995, p. 121). Cette intégration du portage de la mère permet à l'enfant de ressentir sa colonne vertébrale comme appui interne. Lorsque cette fonction est défaillante, il manque l'objet d'appui interne. L'enfant ressent un vide interne qui lui procure des angoisses de perte. C'est cette sensation que ressent Madame B et qui produit son agrippement tonique qui lui permet de satisfaire sa pulsion d'attachement. Le toucher thérapeutique reconstruit la fonction de maintenance en corrigeant le manque de *Holding* et en satisfaisant la pulsion d'attachement.

La fonction contenant : Cette fonction se développe par l'introjection du *Handling* de la mère. « *Le Moi-peau comme représentation psychique émerge des jeux entre le corps de la mère et le corps de l'enfant ainsi que des réponses apportées par la mère aux sensations et aux émotions du bébé, réponses gestuelles et vocales, car l'enveloppe sonore redouble alors l'enveloppe tactile.* » (Anzieu, 1995, p. 124). Cette fonction correspond au rôle d'enveloppe psychique en retenant les pulsions et les conflits internes. Au manque de contenance, apparaît l'angoisse. « *L'angoisse d'une excitation pulsionnelle diffuse, permanente, éparse, non localisable, non identifiable, non apaisable, traduit une topographie psychique constituée d'un noyau sans écorce ; l'individu cherche une écorce substitutive dans la douleur physique ou dans l'angoisse psychique : il s'enveloppe dans la souffrance.* » (Anzieu, 1995, p. 125).

C'est ce qui se produit chez Madame L. Ne pouvant plus être portée par ses jambes, c'est comme si un objet interne ne la portait plus. Son angoisse de perte est projetée sur le nouvel objet d'appui, les soignants. Elle les cherche, les appelle par ses plaintes de souffrance. Madame L s'agrippe à eux pour retrouver dans la réalité externe une sécurité physique et psychique qui lui font défaut. L'insuffisance des réponses de l'entourage à ces besoins psychiques de *holding* et *handling* entraîne des troubles de la différenciation du Moi et du non-Moi. Lorsqu'elle évoque son pied qui bouge sans son contrôle, elle ressent une étrangeté dans son corps. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'elle subit des angoisses dissociatives et de morcellement suite à cette sensation d'étrangeté. Elle ne se sent plus en contact avec elle-même, elle perd le contrôle de ses membres. Le toucher thérapeutique a une fonction auxiliaire de contenance, en contenant ce corps étrange et qui n'est pas relié. Le toucher fait émerger une dimension sensorielle archaïque qui marque corporellement et psychiquement en laissant une trace interne de son passage. A travers cette contenance corporelle, donnée par le toucher thérapeutique, Madame B ressent son corps comme une unité. Cette réparation de la fonction de contenance va diminuer l'angoisse de dissociation.

La fonction de pare-excitation : Cette fonction correspond à la protection de l'organisme contre les agressions.

La fonction d'individuation : Cette fonction permet la distinction entre le Soi et le non-Soi, c'est-à-dire ce qui est étranger. Elle donne le sentiment d'être un être unique.

La fonction d'intersensorialité : « *Le Moi-peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures de fond originaires qu'est l'enveloppe tactile* » (Anzieu, 1995, p. 127).

La fonction de soutien de l'excitation sexuelle : Cette fonction correspond à la localisation, la reconnaissance et l'excitation des zones érogènes, c'est-à-dire les zones où la couche superficielle est plus fine.

La fonction de recharge libidinale du fonctionnement psychique : Cette fonction correspond à la maintenance et à la répartition de l'énergie interne, la libido, dans les systèmes de la psyché. La libido est la force énergétique produite pour faire naître la pulsion sexuelle dans le corps. Le terme « sexuelle » est ici utilisé dans le sens large de la sexualité. Cette fonction se trouve défaillante chez Monsieur G. L'agressivité de Monsieur G est le résultat de la projection de son angoisse, donc son excès de tension qui créent une surcharge libidinale, sur le mauvais Objet, les soignants. Or, le psychomotricien est, pour Monsieur G, un bon Objet capable de contenir ses angoisses et de soutenir son narcissisme (Freud, 1914). Il dit se sentir « revalorisé » par cette attention donnée par le toucher. Le narcissisme est un retournement de la libido sur soi. Cet investissement libidinal du Moi correspond à l'investissement de soi mais aussi à l'investissement que les autres nous portent. C'est-à-dire que l'autre nous reconnaît comme être humain à part entière. Accorder un temps de toucher à une personne, c'est lui dire qu'il est digne d'être touché au sens corporel et psychique. Il y a dans le toucher une réelle réhumanisation de la personne avec un bénéfice sur son narcissisme. Le toucher apporte une sensation de sécurité, de respect, de communication, de valorisation et de reconnaissance.

L'inscription des traces sensorielles : Cette fonction regroupe des informations biologiques et sociales. « *Biologique : un premier dessin de la réalité*

s'imprime sur la peau. Sociale : l'appartenance d'un individu à un groupe social se marque par des incisions, scarifications, peintures, tatouages, maquillages, coiffures et leurs doublets que sont les vêtements. » (Anzieu, 1995, p. 128).

Conclusion

Le psychomotricien prend en charge la souffrance de la personne âgée endolorie, en diminuant sa douleur, en l'aidant à gérer l'impact de celle-ci sur son quotidien et son unité psychocorporelle. Il agit aussi sur sa souffrance en remettant la personne âgée dans l'agir, dans sa place de sujet ressentant, percevant et intégrant le monde qui l'entoure. La séance de psychomotricité est un espace qui propose à l'individu douloureux de retrouver une perception de sensations autres que douloureuses et une image du corps moins écorchée, à travers l'agir moteur.

Le toucher comme médiation thérapeutique permet de reprendre le contrôle sur le corps douloureux. Nous savons que le toucher de la zone douloureuse provoque une sécrétion d'endorphine. Cette hormone est reconnue pour ses propriétés antalgiques. De plus, les signaux du toucher arrivent plus rapidement au système nerveux que les signaux de la douleur. Les informations données par les récepteurs du tact (la qualité du toucher et sa localisation) vont prévaloir sur les signaux douloureux. Le phénomène douloureux est amplifié, par le manque de contact, de par la quantité moindre de toucher accordée à la personne âgée mais aussi par le manque de mouvement (qui procure lui aussi des sensations tactiles). Ainsi les sensations tactiles se faisant plus rare que celles douloureuses, la personne âgée va être d'autant plus vigilante à ces premières. Le toucher thérapeutique va aussi permettre d'agir sur la souffrance psychique en reconstruisant l'enveloppe psychique, le Moi-peau, capable de contenir les souffrances. En complémentarité du toucher thérapeutique, il est important de laisser une place à la verbalisation. Pour que des prises de conscience soient faites et que le patient puisse intégrer son expérience de la séance, la parole est nécessaire. Le patient peut ainsi faire une association entre son vécu dans l'ici et maintenant de la séance et son histoire personnelle. Si le toucher permet une contenance des angoisses, la parole permet leur symbolisation.

Il est important, aujourd'hui, de prendre en compte la prise en charge par les traitements non médicamenteux pour les personnes endolories de tous âges. Le

changement sociétal veut qu'aujourd'hui les patients douloureux se remettent dans le mouvement pour combattre leur mal. Les traitements non médicamenteux permettent un réinvestissement de l'être, c'est-à-dire une reprise de l'investissement libidinal de Soi et de l'extérieur. Cet investissement remet le patient endolori dans l'agir. Les techniques non médicamenteuses peuvent être une économie de la prise médicamenteuse. Elles peuvent se révéler être un réel bénéfice au regard des nombreux possibles effets secondaires de certains médicaments.

Chaque douleur est unique, ce qui la rend difficile à comprendre. Pourtant la compréhension de la douleur du patient, autant dans son contexte d'apparition que dans les répercussions qu'elle entraîne chez l'individu et sa manière de communiquer, est une aide précieuse à la prise en charge. Elle nous permet d'offrir un toucher personnalisé à l'individu. Un toucher qui va le marquer dans son corps et son esprit. Un toucher doit être approprié pour chaque patient, chaque personnalité, chaque corps démuni face à sa douleur. Un patient va préférer regarder comment vous le touchez pour mieux le ressentir. Quand Monsieur G regardait comment je le touchais, je sentais qu'il s'assurait que je prenais soin de lui et que j'avais l'envie de le faire. Un autre va préférer fermer les yeux. Pour un autre, je vais mettre de la musique et parfois chanter pour créer une relation de confiance. Un autre va préférer le silence.

Il est vrai que j'ai décidé dans ce mémoire de parler de trois patients pour lesquels le toucher thérapeutique a eu un bénéfice. Pour autant, j'ai pu faire l'expérience que parfois le toucher thérapeutique n'agit pas sur la souffrance du patient, et ne va pas le détendre ou lui procurer des sensations agréables. Parfois, il lui permet « seulement » de se sentir bien ou du moins mieux. Parfois même, j'ai pu ressentir que ce bien-être apporté à l'autre ne durait que jusqu'à ce que j'ôte mes mains de leur peau ou que je passe la porte de leur chambre. J'ai occulté le fait que le toucher thérapeutique, chez Madame L, avait été bénéfique sur ses idées dépressives, jusqu'à la survenue d'un délirium tremens qui a réduit à néant ses progrès. Le toucher est donc une affaire de chaque jour, chaque heure, chaque soin. C'est ainsi que j'en viens à mon ouverture : l'importance d'éduquer les soignants au toucher en leur apportant du toucher.

Ouverture

Aujourd'hui, le toucher n'est plus une priorité, notamment à l'hôpital où les effectifs et le temps manquent. Dans l'année écoulée, les soignants ont fait savoir, en manifestant, qu'ils étaient épuisés de devoir « maltraiter » leur patient. Chaque jour, les soignants relèvent un défi, en prenant en charge les patients du mieux qu'ils peuvent avec du temps et du matériel limités. Les soignants doivent alors se tourner vers le résultat du soin et non vers la qualité du soin apporté au soigné.

« La difficulté est de trouver le compromis entre 'le faire vite' et 'prendre son temps'. [...] Il s'agit d'une attention à l'autre qui nous permet d'évaluer quelles sont les possibilités. C'est une relation de soins individualisée qui nous permettra de décider que pour certaines personnes il faut peut-être 'perdre du temps' au début afin qu'elles ré-investissent leur autonomie et nous en redonne secondairement ; alors que pour certaines personnes la dépendance étant devenue définitive, nous chercherons à sauvegarder la communication dans les gestes afin de ne pas rentrer dans 'un corps objet'. » (Ponton, 1996, p.13).

Proposer un temps de toucher aux soignants peut avoir un réel bénéfice au niveau personnel et professionnel. Au niveau personnel, pour leur propre bien-être. Un temps de toucher thérapeutique leur permettrait de libérer les tensions accumulées par des difficultés personnelles ou par leur charge de travail. Tout au long d'une journée, les soignants portent psychiquement le patient. Cela est épuisant moralement pour les soignants et augmente leur état de stress. Pour se défendre, ils n'ont d'autre choix que d'objectiver les patients. Le toucher thérapeutique revêt donc une réelle importance pour libérer la pression émotionnelle autant pour le soignant lui-même que pour le patient.

Au niveau professionnel, proposer un moment de toucher thérapeutique permettrait de développer la sensibilité au toucher du soignant pour appréhender la valeur thérapeutique du toucher, et ainsi développer l'importance du toucher dans le quotidien du soignant et du patient. Les intentions des soignants sont bonnes mais leurs actions sont parfois inadaptées. Rappelons que le toucher se retrouve autant

dans le contact que dans la distance. Pour comprendre au mieux l'importance du toucher thérapeutique auprès des patients, il est important de le recevoir. Ceci amène à la compréhension que pour chaque individu unique avec une personnalité, une intention et une émotion, correspond une manière de toucher unique. Ces caractéristiques sont ressenties à travers le toucher par la personne touchée. Ainsi, le toucher d'un soignant stressé, qui est pris dans une réflexion sur les tâches qui lui restent à faire, ne sera pas le même qu'un toucher d'un soignant qui est disponible à la relation. Un toucher adapté de la part des soignants dans les soins quotidiens apportés à la personne âgée peut l'aider à restaurer son unité psychocorporelle. De plus, le toucher thérapeutique possède un avantage non négligeable : adapter son toucher ne prend pas de temps.

Bibliographie

Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Paris : Dunod

Ballouard, C. (2006). *Le travail du psychomotricien* : 2ème édition. Paris : Dunod

Boddaert, J.(dir.) (2018). *Gériatrie* : Collège National des Enseignants de gériatrie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier

Charpentier, M. (2014). *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée : soutien à l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée*. Paris : Boeck-Solal

Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris : Editions du Seuil

Fève, S. Dormia, C. (2014). *Psychomotricité auprès de la personne âgée : fiches d'activités à l'usage du psychomotricien*. Paris : ERA, Editions Robert Atlani

Guillemain, A. (2015). *Les maux de l'existence, quand la douleur déshumanise l'individu. Douleur chronique adulte : comment le psychomotricien peut-il accompagner le patient vers une reconstruction identitaire ?* (Mémoire de psychomotricité). Sorbonne-université : Paris

Guiose, M. (2007). *Relaxations thérapeutiques*. Paris : Heure de France

Kaës, R. (2007). Du Moi-peau aux enveloppes psychiques. Genèse et développement d'un concept. *Le Carnet PSY*, 117(4), p 33-39. doi:10.3917/lcp.117.0033.

Larger, V. (2017). *L'accompagnement des personnes âgées en établissement et à domicile*. Langres : Balland

Le Breton, D. (2019). *La tentation d'Alzheimer*. Dans Schumacher. N, B (dir.), *L'éthique de la dépendance face au corps vulnérable* (p. 119 - 136). Toulouse : Erès.

Lefevre, C. Pitteri, F. (2018). *J'ai un proche atteint de la maladie d'Alzheimer : 23 fiches d'activités psychomotrices au quotidien*. Malakoff : Dunod

Leroy, B. Morel, M. (2020). *Réadaptation du handicap douloureux chronique : Pain Management Programmes en pratique*. Issy-les-moulineaux : Elsevier

Louvel, J-P. (2002). Douleur chronique, narcissisme et relaxation. *Evolutions Psychomotrices*, Vol 14 (N° 57), p. 126 - 132

Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. Originally published in *Psychological Review*, n° 50, p 370 - 396

Meyer, P.Y. (2019). Tolstoï, Levinas et le corps vulnérable. Dans Schumacher. N, B (dir.), *L'éthique de la dépendance au corps vulnérable* (p.181 - 203). Toulouse : Eres.

Montagu, A. (1979). *La peau et le toucher, un premier langage*. Paris : Seuil

Moras, L. (2003). *Prendre en charge la souffrance à l'hôpital : patients, soignants, familles*. Paris : Dunod

Ogden, P. Minton, K. Pain, C. (2015). *Le trauma et le corps : une approche sensorimotrice de la psychothérapie*. Louvain-la-Neuve : Boeck supérieur

Pireyre, E. (2011). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept*. Paris : Dunod

Ploton, L. (2001). *La personne âgée : son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*. Lyon : Chronique Sociale

Ponton, G. (1996). Pour une formation corporelle des soignants. *Thérapie psychomotrice et recherches au seuil d'une rencontre : ... La personne âgée, réflexion sur la place du corps en gériatrie* (n° 106), p 12 - 18

Postel, J. (2011). *Le dictionnaire de la Psychiatrie*. Paris : Larousse in extense

Potel, C. (2015). *Etre psychomotricien*. Toulouse : Erès.

Prayer, P. Savatofski, J. (2009). *Le toucher apprivoisé*. Rueil Malmaison : Lamarre 3ème édition

Roussillon, M. (2014). *Le toucher et l'être touché : Les enjeux du toucher dans la relation soignant-soigné en psychomotricité auprès de personnes âgées atteintes de démence*. (Mémoire de psychomotricité). Université de la Sorbonne-Université

Toucher. (1989). Dans *Le dictionnaire de la langue française*. Evreux : Hachette

Vieillesse. (2013). Dans *Le petit Robert*. (p 2711). Paris : Le Robert.

Vincent, F. (2019). Le bilan psychomoteur sous toutes ses formes. Dans Vachez-Gatecel, A et Valentin-Lefranc, A (dir), *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (p 39 - 48). Malakoff : Dunod

Résumé

A travers cet écrit, je raconte le suivi de trois patients, le long d'une année. J'ai pu observer que ces patients sont opposés dans leur caractère et dans leur manière d'entrer en relation mais qu'ils se retrouvent dans leur souffrance. J'aborde leur prise en charge par la compréhension et la prise en compte de l'origine de leur douleur et de son impact dans leur quotidien. Je décris également l'expérience d'un possible soulagement de la souffrance du patient grâce au toucher thérapeutique du psychomotricien.

Personnes âgées, Toucher thérapeutique, Douleur, Angoisse, Psychomotricien

Summary

Through this writing, I describe the care of three patients all this year long. My observations have revealed that these patients haven't got the same behavior neither the same relational approaches but they are suffering in the same way. In this report, I deal with the care given to these three elderlies in distress, first looking for the origin of their pain and after trying to understand the incidence of this pain on these patients in their way of life. Besides, I deal with how the therapeutic touch of the psychomotor therapist can help successfully these patients.

Elderlies, Therapeutic touch, Pain, Anguish, Psychomotor therapist