



HAL
open science

À fleur de peau passée la fleur de l'âge. La douleur chez la personne âgée démente : L'apport du toucher thérapeutique en psychomotricité

Lise Leroy

► To cite this version:

Lise Leroy. À fleur de peau passée la fleur de l'âge. La douleur chez la personne âgée démente : L'apport du toucher thérapeutique en psychomotricité. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03287306

HAL Id: dumas-03287306

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03287306>

Submitted on 15 Jul 2021

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.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
Collège Sciences de la Santé
Institut de Formation en Psychomotricité

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

À fleur de peau passée la fleur de l'âge
La douleur chez la personne âgée démente : l'apport du
toucher thérapeutique en psychomotricité

Lise Leroy
Née le 11 avril 1998 à Ambilly (74)

Directrice de mémoire : Laure Cabanes

Mai 2021

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée dans l'écriture de ce
mémoire,

Clémence Mallegol et Marina Da Costa, mes maîtres de stage, qui m'ont tant appris sur la
clinique psychomotrice,

Ainsi qu'aux équipes qui m'ont accueillie sur mes lieux de stage.

Merci à eux de m'avoir partagée leur expérience.

Laure Cabanes, ma maître de mémoire, pour ses conseils avisés.

L'équipe pédagogique et les intervenants de l'Institut de Formation en Psychomotricité de
Bordeaux, pour leur implication et disponibilité.

Enfin, mes relecteurs pour une patience et une bienveillance sans limite.

Ma famille et mes amis, soutien sans faille dans les moments de doute.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
-------------------	---

PARTIE 1 : LA DOULEUR..... 5

1. <u>DEFINITIONS</u>	5
2. <u>HISTOIRE DE LA DOULEUR</u>	6
3. <u>LES QUATRE COMPOSANTES DE LA DOULEUR</u>	9
4. <u>DIFFERENTS TYPES DE DOULEURS</u>	13

PARTIE 2 : LES VIEILLISSEMENTS 17

1. <u>LE VIEILLISSEMENT NORMAL</u>	17
2. <u>UN VIEILLISSEMENT PATHOLOGIQUE : LA DEMENCE</u>	24

PARTIE 3 : LA PRISE EN SOIN DE LA DOULEUR 31

1. <u>L'EXPRESSION DE LA DOULEUR</u>	31
2. <u>LA PRISE EN SOIN DE LA DOULEUR</u>	36
3. <u>LA RELATION SOIGNANT/SOIGNE</u>	40
4. <u>APPORTS SPECIFIQUES DE LA PSYCHOMOTRICITE</u>	42

PARTIE 4 : L'APPORT DU TOUCHER THÉRAPEUTIQUE..... 45

1. <u>LA PEAU COMME ENVELOPPE</u>	45
2. <u>LE SENS DU TOUCHER</u>	47
3. <u>LES SEANCES DE TOUCHER THERAPEUTIQUE</u>	49
4. <u>ÉTUDE DE CAS : MME B.</u>	61

CONCLUSION..... 73

BIBLIOGRAPHIE..... 74

INTRODUCTION

Le corps humain est une machine perfectionnée, un ensemble de rouages où rien n'est laissé au hasard. La sensation douloureuse y tient une place de « chien de garde » qui « aboie » pour alerter et constitue une protection contre les aléas extérieurs mais aussi les dysfonctionnements internes. L'expérience douloureuse est généralement vécue comme désagréable, une sensation dont il faut se débarrasser au plus vite.

Or, chez certains individus, la douleur est partie prenante du quotidien, elle est alors douleur chronique. Chez le public spécifique de la personne âgée, les douleurs chroniques sont très fréquentes et d'origines variables. En effet, le vieillissement est sujet à l'augmentation des douleurs, comme par exemple celles associées au système locomoteur (arthrose, douleurs sciatiques...). Mais parfois, la sensation douloureuse n'est pas associée à un élément physiologique : elle est alors envahissement de soi, omniprésence diffuse dans le corps.

Les enjeux de la douleur chez la personne âgée sont vastes. Il est vrai que, la population vieillissant, le « bien vieillir » est une optique qui fait rêver tout un chacun et qui n'était pas une priorité auparavant, quand l'espérance de vie était de quarante ans. De plus, le vieillissement pathologique, notamment les démences, ouvre à de nouvelles interrogations, en particulier sur l'expression de la douleur. Avec l'essor des prises en soin non médicamenteuses, les efforts tendent vers une approche de la personne douloureuse dans sa globalité, et ne sont plus localisés sur une zone douloureuse privilégiée.

La psychomotricité s'inscrit dans cette approche globale. La spécificité du psychomotricien en lien avec la douleur est son questionnement sur la façon dont l'individu pense et vit son corps, y associant les aspects psychiques, relationnels et affectifs de l'Homme. En psychomotricité, le toucher thérapeutique par ses nombreuses vertus permet le réinvestissement d'un corps souffrant.

Je réalise mon stage en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), dans le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), encadrée par une psychomotricienne. J'ai été intriguée tout d'abord par les troubles du comportement, associés

à la démence et j'ai cherché à les comprendre. Ils ont menés ma réflexion jusqu'à la douleur, dont ils peuvent être l'expression. J'ai ensuite été interpellée par l'approche du toucher thérapeutique spécifiquement en lien avec la prise en soin de la douleur.

Ainsi, je me suis demandée : Pourquoi le lien vieillissement/douleur est-il tout particulier ? Comment se caractérise l'apport du toucher thérapeutique en psychomotricité dans la prise en soin de la douleur ? Quels sont les enjeux spécifiques de la démence dans la prise en charge thérapeutique ?

Mes réflexions ont débouché sur la problématique suivante :

Pourquoi le toucher thérapeutique constitue-t-il une approche clé dans la prise en soin de la personne âgée démente douloureuse en psychomotricité ?

Pour y répondre, j'ai structuré mon raisonnement en quatre parties.

Une première partie concernera la douleur, son histoire, ses composantes ainsi que les différentes distinctions faites au sein même du terme de douleur.

Dans une deuxième partie, j'aborderai les « vieillissements », qu'ils soient normaux ou pathologiques. Je développerai la notion de démence, une forme de vieillissement pathologique. Seront également abordés les bouleversements associés à ses différents vieillissements.

Une troisième partie sera dédiée à l'expression et la prise en soin de la douleur, ainsi que la relation thérapeutique qui en résulte.

Ma quatrième et dernière partie portera sur l'apport du toucher thérapeutique, en commençant par les caractéristiques et fonctions de la peau et le sens du toucher. Nous nous concentrerons ensuite sur les séances à proprement parler de toucher thérapeutique pour un public âgé dément douloureux, sans omettre les limites que peut avoir cette approche. Pour finir, je vous présenterai l'étude d'un cas : Mme B., résidente de l'EHPAD, avec qui j'ai mené des séances de toucher.

PARTIE 1 : LA DOULEUR

1. Définitions

L'Association Internationale d'Étude de la Douleur (AIED) définit la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en terme d'une telle lésion ». Cette définition, et notamment la dernière partie, met en valeur l'aspect non objectif de la douleur. Il se peut que la douleur ne puisse être décelée par un examen physique mais qu'elle soit tout de même décrite comme telle par le patient.

La douleur est le système d'alarme de l'organisme. Dans l'élaboration de cette perception, sont mêlés sensation, émotion et cognition.

Le terme d' « expérience sensorielle » utilisés par l'AIED mettent la subjectivité de chacun au premier plan de la douleur, plaçant le patient comme spécialiste de ses maux. (Le Bars, 2010) En effet, « la douleur est avant tout douleur du malade », nous dit Del Volgo (2003).

La douleur est une notion complexe, envahissante. En étant « actuelle et excessive, la douleur fait effraction à l'intérieur d'un appareil psychique dont elle bouleverse l'organisation » (Aubert, 1996). La douleur est ainsi définie comme vive et impossible à reléguer au second plan.

Il existe quatre grands types de douleur.

- La douleur par **excès de nociception** : il s'agit d'une douleur liée à une stimulation des nocicepteurs lors d'une lésion qui peut être traumatique, inflammatoire, métabolique, tumorale... Elle touche à l'intégrité des systèmes de transmission de la douleur.

- La douleur **neuropathique** : elle est liée à une lésion du système nerveux, des voies et/ou des centres inhibiteurs impliqués dans la transmission des activités nerveuses venant de la périphérie.
- La douleur **dysfonctionnelle** : est un dysfonctionnement neuropsychologique douloureux par somatisation avec ou sans psychopathologie associée. En effet, il y a une augmentation de la réactivité des systèmes de contrôle de la douleur. La sensibilisation centrale amplifie alors la transmission de la stimulation issue des tissus périphériques provoquant une sensation de douleur accrue.
- La douleur **mixte** : association de la douleur par excès de nociception et neuropathique.

La douleur est une notion vaste et de ce fait difficile à définir. Sa définition a évolué au cours du temps et il m'est apparu intéressant d'étudier les changements dans sa considération et sa prise en charge. L'histoire de la douleur permet, à mon sens, une meilleure compréhension des enjeux véhiculés par la société autour de cette notion.

2. Histoire de la douleur

Les hommes de tout temps ont accordé une place spécifique à la douleur et y ont associé un enjeu particulier. L'évolution dans le temps des conceptions autour de ce terme est très significative de la complexité de cette notion et contribue à expliquer certaines de nos pensées résiduelles actuelles à ce propos. Par exemple, de nos jours encore, les souffrances morales sont moins bien reconnues pour l'homme de la rue (personne de profil moyen représentant la société dans laquelle il vit) comme invalidantes pour l'exercice d'une activité professionnelle que les affections physiques. En guise d'autre exemple, une souffrance peut être jugée exagérée par rapport à un événement déclencheur. Ces deux exemples montrent la difficulté pour l'homme, probablement en lien avec l'historique de la notion, de concevoir la douleur comme subjective.

Dans cette partie nous allons nous intéresser à l'histoire de la recherche de sens autour de la douleur.

L'Antiquité est la période de l'histoire où on attribue les premières notions de souffrance. En Grèce Antique, Artémis est associée à l'état douloureux, lui-même interprété comme un châtement divin. La souffrance est ainsi fatalité à cette période.

Selon la morale stoïcienne, la personne souffrante peut réguler l'intensité de ses souffrances. Au 1^{er} siècle, Sénèque écrit « Douleur, tu n'es qu'un mot » ou encore « Nous accroissons notre douleur, nous l'anticipons, nous l'imaginons ». Ici, la douleur est considérée « maitrisable ». Épictète résume cette conduite stoïcienne à travers la maxime « Sustine et abstine », « Supporte et abstiens-toi ».

Sachant cela, il apparaît cohérent que la médecine de l'époque se limite à un rôle exclusivement réparateur. Réguler sa douleur incombant au malade, le médecin devait ignorer son expression.

Au Moyen Âge, l'Église devient influente en occident sur tout ce qui touche au corporel. L'Église catholique véhicule une idée de la douleur vue comme une nécessité, voire une injonction divine, comme dans la phrase biblique : « Tu enfanteras dans la douleur ». Lutter contre cette douleur reviendrait alors à commettre une faute punissable, il faut donc l'accepter.

L'idée de la douleur en tant que moyen de rédemption des pêcheurs reste omniprésente jusqu'à la fin du Moyen Âge, même si depuis l'Antiquité cela reste un sujet de débat qui n'a jamais fait l'unanimité. L'avis de l'Église évoluera plus tard comme le montre la phrase du pape Pie XII en 1952 : « La douleur n'est pas nécessaire à l'élévation de l'âme. »

Au XVI^{ème} siècle, des découvertes sont faites sur l'opium et le sirop de Laudanum pour lutter contre les douleurs. Au siècle des lumières, le sujet de la douleur est de nouveau d'actualité. On observe et étudie les membres fantômes, des douleurs résiduelles semblant provenir des membres amputés. Ces douleurs, incompréhensibles scientifiquement et avec les moyens de l'époque, font prendre aux hommes un tournant dans leur considération de la douleur. Elle n'est donc pas toujours la résultant d'un dysfonctionnement organique.

Il est intéressant d'étudier l'évolution de la considération de la douleur. En effet, elle n'a pas toujours eu le rôle qu'on lui attribue aujourd'hui : celui du signal d'alarme de l'organisme. L'histoire montre bien que les hommes ont du mal à se positionner par rapport à ce concept, entre nier sa douleur, la sublimer, la changer.

Depuis le XXI^{ème} siècle, nous constatons une amélioration significative de la prise en charge de la douleur, tant du point de vue de la prise en soin thérapeutique que de la législation. La prise en charge devient pluridisciplinaire et prend en compte la globalité du sujet.

Dans les institutions politiques, le processus s'est déroulé grâce à trois plans et un projet.

- **Le premier plan : le plan Kouchner : 1998 – 2000**

Bernard Kouchner, secrétaire d'état à la santé, met en place un plan en faveur de la lutte contre la douleur. Ce plan est la finalité d'une longue réflexion engagée par les pouvoirs publics en faveur d'une prise en charge globale du patient à toutes les étapes des processus de santé. Ce plan aborde quatre points : le développement de la lutte contre la douleur, la prise en compte de la demande des patients, la formation du personnel médical et l'information du public.

- **Le deuxième plan : 2002 – 2005**

La « loi phare de 2002 » figure dans ce plan (4 mars 2002, article L.110-5). Elle stipule que « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur ; celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ». Cette loi s'inscrit dans la continuité de la prise en compte de la demande du patient, évoquée dans le plan précédent. Elle est spécifiée par un corolaire stipulant que « La douleur est ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est, elle existe dès lors qu'elle affirme la ressentir, qu'une cause soit identifiée ou non ». La subjectivité de la douleur est reconnue.

- **Le troisième plan : 2006 – 2010**

Les objectifs du troisième plan de lutte contre la douleur sont l'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique rebelle (comme les lombalgies, les céphalées chroniques, les

douleurs cancéreuses...) et de la souffrance en fin de vie. Plus spécifiquement, les douleurs provoquées par les soins et la chirurgie, la douleur de l'enfant et la prise en charge de la migraine (type de céphalée) sont ciblées.

- **Le projet : 2013 – 2017**

Ce projet prévoit la prise en compte des personnes vulnérables, les personnes âgées en EHPAD, les personnes dépendantes avec des pathologies dégénératives. Sont également ciblés la douleur post-opératoire, le contrôle du mésusage médicamenteux qui a pour conséquence l'addiction, la douleur lors de l'hospitalisation à domicile.

Ce programme n'a pas pu voir le jour.

3. Les quatre composantes de la douleur

a) Composante sensorielle

La douleur est la résultante d'une lésion. Le but de la douleur est d'éviter qu'une lésion supplémentaire vienne se rajouter à la première et donc, par extension, notre protection.

Lors d'une lésion tissulaire, se produit une réaction inflammatoire, libérant des substances algogènes qui vont activer les nocicepteurs. Ils se situent dans tout le corps : les os, les vaisseaux, la peau. La seule exception est le cerveau. Il y a des nocicepteurs superficiels, chargés de signaler des douleurs aiguës d'origine thermique, mécanique ou diffuses alors que d'autres sont plus profonds, localisés sur les viscères.

Il existe deux voies de transmission des informations somesthésiques : le système lemniscal et le système extra-lemniscal. Les informations liées aux sensibilités nociceptives correspondent au système extra-lemniscal.

Ce système correspond aux sensibilités protopathiques (sensibilité cutanée déclenchée par une stimulation forte : température et douleur en particulier). La transmission se fait grâce à des fibres myélinisées de petit calibre et des fibres amyéliniques.

Pour la sensibilité nociceptive, de la douleur, il existe deux types de terminaisons libres particulières jouant le rôle de nocicepteurs :

- Les mécano-nocicepteurs activés par des stimuli mécaniques (transmission rapide)
- Les nocicepteurs polymodaux activés par des stimuli thermiques, chimiques ou mécaniques (transmission lente)

La différence de transmissions (lente et rapide) explique la sensation de double douleur. La première sensation est ressentie rapidement comme une piqûre et la seconde, évoquant une brûlure est ressentie plus tardivement.

L'information chemine de ce fait en direction de la moelle épinière, arrive au thalamus et termine dans le cortex somesthésique traitant l'aspect sensoriel de la douleur. Deux entités sont responsables de l'hypersensibilité affective présente lors d'une douleur chronique : l'amygdale responsable de la peur et le cortex cingulaire antérieur, associé aux émotions.

R. Melzack et P. Wall ont formulé en 1965 une théorie sur la modulation de la douleur aiguë et chronique : la théorie du « Gate control ». Dans cette théorie, il est dit qu'il existe un filtre modulateur de très grande importance située sur le chemin de la douleur et qui en régule l'entrée. Le message nociceptif transite par cette porte, pouvant être plus ou moins ouverte. Ainsi, le débit du message douloureux peut être augmenté, réduit ou interrompu. Plus la porte sera ouverte et plus le message douloureux sera perçu comme intense.

Des facteurs influencent le « gate control ». Les facteurs qui exacerbent l'intensité de la douleur sont le stress et l'anxiété, alors que ceux qui la réduisent sont par exemple les stimulations sensorielles comme masser la zone douloureuse. En effet, frotter l'endroit douloureux va créer un nouveau message nerveux (du toucher) qui est plus rapide que le message douloureux et va ainsi lui fermer la « porte ». Le froid va agir de la même façon.

Il est important de noter que cette théorie ne fait pas l'unanimité parmi les spécialistes.

b) Composante affective et émotionnelle

La composante affectivo-émotionnelle correspond à la façon dont le sujet ressent la douleur. Il s'agit du retentissement de la douleur sur l'affect et l'humeur globale de l'individu. La perception émotionnelle vient renforcer l'intensité de la douleur. Les ressentis vis à vis de la douleur peuvent être divers et variés : désagréable, supportable ou encore agressif, intolérable. Le vécu émotionnel dépend de facteurs comme l'âge, les connaissances sur la douleur, les capacités cognitives, le contexte environnemental. Les dimensions affective et émotionnelle de la douleur colorent la perception sensorielle et modifient la manière dont le sujet vit sa douleur.

Les émotions liées à la douleur peuvent être changeantes. Elles varient de la peur à la colère et la tristesse jusqu'à l'angoisse. Les enjeux des soignants sont de déceler et de prendre en compte cette détresse psychologique.

c) Composante cognitive

La composante cognitive équivaut à ce que le patient dit et comprend de sa douleur. Ce sont les processus mentaux mis en jeu par la souffrance, permettant la reconnaissance, l'interprétation et la perception de cette souffrance. Y sont alors adaptées les conduites pour y faire face.

La composante cognitive fait appel aux acquis culturels, éducatifs et sociaux, ainsi qu'aux croyances autour de la douleur. En effet, la religion par exemple est un facteur influençant nos pensées, où l'on note des divergences dans l'idée même de douleur. En effet historiquement dans la religion chrétienne, Jésus a souffert sur la croix comme un martyr, montrant peut-être ainsi que le salut est intimement lié à la souffrance ressentie et acceptée.

A contrario, dans l'islam, la douleur est perçue comme une fatalité, soumise au destin. La souffrance y a un rôle rédempteur. Enfin dans l'hindouisme, l'indifférence et le détachement sont visées, quel que soit l'émotion : douleur, joie, souffrance ou euphorie.

Par la religion, l'homme attribue un sens à sa douleur. Cela lui permet de s'éloigner de tout sentiment de panique quand il est frappé par une épreuve, un accident. Ainsi, la culture est une sorte de « bouclier géant » qui protège les hommes de la composante brutale du monde. (Le Breton, 2012)

d) Composante comportementale

La composante comportementale est ce que le patient montre de sa douleur. Il s'agit des répercussions sur le comportement. Les manifestations comportementales de la douleur sont verbales ou non verbales. Les expressions peuvent être de type physiologiques, verbales, motrices comme des plaintes, des prostrations, des mimiques, une agitation motrice, de l'agressivité ou encore de l'inhibition. Encore une fois, les apprentissages antérieurs, les facteurs sociaux, l'âge, le sexe, l'environnement familial et culturel influent sur le comportement du patient face à sa douleur.

Les manifestations comportementales sont ritualisées, elles sont associées à une signification collective. Elles représentent des « parades symboliques » qui servent à l'homme à contrôler ses maux et à prendre son destin en main. (Le Breton, 2012)

Les quatre composantes de la douleur, sensorielle, affectivo-émotionnelle, cognitive et comportementale mettent en avant l'aspect multifactoriel et laissent déjà entrevoir la difficulté de la prise en soin, du fait de l'interrelation des différentes composantes, ainsi que les répercussions qu'elles ont les unes sur les autres.

4. Différents types de douleurs

J'ai choisi de me pencher plus particulièrement sur les douleurs chroniques et aiguës ainsi que les appellations douleur et souffrance, pour une meilleure compréhension des enjeux en lien avec la personne âgée.

a) Chroniques/aiguës

La douleur chronique peut être associée à l'état chronique et aux maladies chroniques, définis ci-après.

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) définit l'état chronique en 2009 comme répondant aux critères suivants :

- Présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive appelé à durer,
- Ancienneté minimale de trois mois ou supposée telle,
- Retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :
 - Limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale
 - Dépendance médicale vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle
 - Nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

Cette définition considère les conséquences pour le malade chronique et la société pour que les réponses soient à la hauteur des enjeux de santé publique.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) n'a pas de définition unanime des maladies chroniques. Elles sont décrites en 2002 comme « tout problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou de plusieurs décennies ». En 2005, la

définition est précisée, est rajouté : « au-delà de la durée, l'ampleur des maladies et de leurs répercussions sur la vie quotidienne pour le patient et son entourage ». Enfin en 2008, les maladies chroniques sont pour l'OMS « des affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement et nécessitent un traitement et des soins à long terme. » Les États-Unis ajoutent au critère de durée de la maladie le critère de non-transmissibilité.

La maladie chronique a systématiquement des répercussions sur la sphère sociale, psychologique et économique du malade.

La douleur chronique peut résulter de cet état chronique. Elle est subdivisée en douleur chronique primaire et en douleur chronique secondaire.

- La **douleur chronique primaire** est une maladie en soi, caractérisée par une invalidité ou une détresse émotionnelle et qui ne s'explique pas mieux par un autre diagnostic. Elles incluent les douleurs chroniques généralisées, les douleurs musculo-squelettiques chroniques, les maux de tête et des affections primaires telles que la douleur pelvienne chronique et le syndrome du côlon irritable.
- A contrario, la **douleur chronique secondaire** est un symptôme d'une maladie.

L'International Association for the Study of Pain (IASP) définit la douleur chronique comme une douleur persistante ou récurrente, durant au-delà de ce qui est habituel pour la présumée cause et notamment si elle dure plus de trois mois, qui présente des réponses insuffisantes au traitement. Alors, il y a une détérioration significative des capacités relationnelles et fonctionnelles dans les activités, que ce soit au domicile, à l'école ou au travail.

La douleur chronique peut être accompagnée de manifestations psychopathologiques, d'une difficulté du patient à s'adapter à la situation et d'une demande insistante de ce dernier d'avoir recours à des médicaments ou des procédures médicales invasives.

La douleur aiguë, elle, débute soudainement. Elle est généralement forte et peut représenter un avertissement d'une menace pour le corps ou encore d'une maladie. De plus,

une douleur aiguë non soulagée peut mener à une douleur chronique. La douleur aiguë peut être causée par des affections telles que la chirurgie, les brûlures, les coupures... Elle peut être bénigne et être très temporaire ou sévère et durer jusqu'à six mois. La douleur aiguë disparaît lorsque la cause sous-jacente a été guérie.

b) Souffrance/douleur

Traditionnellement, la douleur en tant qu'atteinte du corps et la souffrance comme atteinte du psyché sont séparés, jusqu'à avoir deux termes distincts.

Ce clivage a été étudié par l'anthropologue David Le Breton. Pour lui, la douleur fait toujours sens du point de vue de celui qui souffre donc elle est toujours souffrance. La douleur efface tout clivage entre corps et esprit, physiologique et perception. En effet, le sens qui est associé à la douleur est une dimension qui interfère sans cesse en plus du biologique. Quand la douleur frappe, elle ne se cantonne pas à un organe ou à une partie du corps mais elle déborde l'individu sur son rapport à l'environnement. La douleur n'est pas que sensation mais aussi émotion et perception, comme le montre la définition de l'IASP précitée, qui insiste sur l'importance du ressenti du sujet et la validation de son récit. Ainsi, la douleur est englobée dans une souffrance, degré de pénibilité de la douleur. La souffrance est « la résonance intime » de la douleur, sa mesure subjective. Le Breton explicite ainsi : « Si la douleur est un concept médical, la souffrance est le concept du sujet qui la ressent ». La souffrance est paradoxale dans le sens où elle peut être envahissement de soi ou dérisoire, sans lien avec la lésion physique. La dimension personnelle du sens associé est en jeu. Enfin, la souffrance a, d'après lui, toujours un lien avec le sentiment d'impuissance. (Le Breton, 2010)

Paul Ricoeur a également étudié ce dualisme. Pour lui, la douleur serait les affects ressentis dans le corps, quand la souffrance s'applique aux affects ouverts sur « la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens, au questionnement » (Ricoeur, 1994)

Pour Freud en psychanalyse, il n'a pas été question de distinction entre douleur psychique et physique car la douleur est définie comme une réaction légitime à la perte d'une évidence d'exister à travers une brisure intérieure (deuils, séparation, perte de l'unité corporelle...).

Ainsi, les psychanalystes et les anthropologues sont sur la même longueur d'onde : l'affectivité est toujours présente dans le ressenti de la douleur, cette dernière fait alors sens et est donc souffrance.

Dans ce mémoire, j'ai fait le choix d'utiliser préférentiellement le terme de douleur pour des raisons pratiques, mais j'associe à ce terme autant une atteinte physique que psychique et ne fais pas de clivage.

PARTIE 2 : LES VIEILLISSEMENTS

1. Le vieillissement normal

« Vieillir, ce n'est pas mourir, car l'homme n'a que deux possibilités : ou vivre et vieillir, ou mourir. Alors que la vie ne peut se définir sans la mort, le vieillissement peut apparaître comme une victoire sur la mort. Mais le problème de la finitude n'exclut nullement une meilleure maîtrise des circonstances qui y conduisent » (Richard & Dirkx, 1996)

Cette citation nous montre bien que vieillir est un processus d'adaptation normal. Richard et Dirkx expliquent que, pour autant, il est nécessaire de tout mettre en œuvre pour être dans des conditions d'accomplissement et de développement jusqu'à cette finitude qu'est la mort et ne pas se laisser déchoir.

Mais d'abord, qu'est-ce que vieillir ?

Le vieillissement est un processus constant, qui aboutit sur un état de vieillesse. Pour Hadj Kalfat et Hélène Sauzéon, il est lié à l'âge chronique mais également à la culture et à l'époque. Même s'il est très personnel et non généralisable, la société, du moins française, associe le vieillissement à une régression, quand dans d'autres cultures, asiatiques ou africaines par exemple, il est associé à la sagesse. Il est vrai que dans nos sociétés occidentales, l'âgisme (discrimination à l'encontre des personnes âgées) domine. La jeunesse, la beauté et la performance prévalent sur l'essentiel des autres valeurs, laissant donc au vieillissement une place de notion à contrôler, à limiter.

Montaigne au XVI^{ème} siècle parle de vieillesse à trente ans, quand actuellement, les personnes de soixante-quinze ans ressemblent en termes de santé, de mode de vie, d'activité aux sexagénaires du siècle précédent, repoussant ainsi toujours les limites du vieillissement.

Le vieillissement physiologique, considéré « normal » est aussi appelé la sénescence. D'après le Larousse, il s'agit d'un « affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge. »

a) La physiologie

Les organes du sujet âgé vieillissent en même temps que lui. Ils deviennent avec le temps moins efficaces et performants. Les tissus s'usent et réagissent différemment aux médicaments notamment. Les organes altérés dans le vieillissement sont par exemple les muscles, le cœur, le foie, les reins...

Les organes sensoriels ne sont pas en reste. Eux-mêmes subissent un vieillissement normal. Le déclin des structures et fonctions perceptives joue sûrement un rôle sur les fonctions psychomotrices. Par exemple, un problème d'équilibre peut être dû à un mauvais traitement des informations proprioceptives et vestibulaires.

- La **vision** se voit modifiée car les tissus et composants oculaires changent. Dès quarante ans, la sensibilité aux couleurs est modifiée car les cônes et les bâtonnets, des cellules visuelles, diminuent et le cristallin s'opacifie. Le jaune et le bleu sont touchés les premiers dans la perception des couleurs, puis vient le vert. Les contrastes sont moins bien perçus et le sujet âgé est plus sensible à l'éblouissement. De plus, il s'adaptera moins bien aux changements lumineux. Le cristallin devenant de moins en moins élastique et déformable, l'accommodation se fera plus difficilement. Ainsi, la personne doit, pour voir nettement, éloigner l'objet de plus en plus. La profondeur du champ visuel est donc aussi sujette aux contraintes du vieillissement. Enfin, l'acuité visuelle, soit la capacité de l'œil à distinguer deux points dissociés, est moins performante.
- L'**audition** est de moins bonne qualité, la discrimination des sons se fait de manière moins efficace. Ceci peut être dû au vieillissement mais aussi aux bruits environnementaux. Les hommes semblent être plus touchés par les problèmes d'audition. Les cellules ciliées du premier quadrant cochléaire dégénèrent, ce qui a pour

effet une moins bonne perception des hautes fréquences, donc les sons aigus. Ces sons aigus qui se retrouvent dans les consonnes sont moins bien identifiés, entraînant une mauvaise compréhension du discours. La personne âgée a également du mal avec la stéréoaecousie, qui est la capacité à localiser un bruit dans l'espace.

- La **perception tactile** est modifiée du fait des caractéristiques physiques de la peau et ses composants (tissus adipeux et collagène). En effet, la peau perd en épaisseur et en élasticité. La qualité et la quantité d'informations reçues sont également changées. À cause de la diminution des récepteurs, le seuil de sensibilité tactile et digitale s'élève.
- L'**olfaction** est moins sensible.
- La pertinence de la **discrimination proprioceptive** de la personne âgée est déficiente à cause d'une diminution des récepteurs ligamentaires et capsulaires ainsi que des récepteurs neuro-tendineux de Golgi.
- Concernant le **vestibule**, on note une diminution des cellules ciliées dans les crêtes ampulaires. Cela a pour effet des changements dans la posture et participe au trouble de l'équilibre lors des déplacements rapides et complexes de la tête et du corps. Le vestibule féminin est plus touché par le vieillissement que le vestibule masculin.

b) Le plan cognitif

La dimension cognitive a pris une importance de plus en plus grande dans nos sociétés avec l'allongement de l'espérance de vie. En effet, les autres facteurs pouvant amener à une incapacité (physique par exemple) se sont quelque peu estompés, donc la demande en matière de qualité de vie s'est tournée vers le plan cognitif.

▶ Les mémoires

Le processus de mémorisation (encodage, stockage et restitution) est altéré chez la personne âgée.

La **mémoire de travail** décrit une mémoire à court terme permettant de stocker et de manipuler temporairement des informations afin de réaliser une tâche spécifique. Elle est indispensable aux fonctions cognitives supérieures tels le langage ou le raisonnement. Elle est très impactée par le vieillissement.

Dans les mémoires à long terme, nous trouvons une atteinte différente chez la personne âgée en fonction du type même de mémoire.

Les **mémoires déclaratives** sont appelées également explicites car l'individu récupère explicitement et consciemment les données stockées. Elles sont altérées assez fortement par la sénescence. Elles sont sous-divisées en deux :

- La **mémoire épisodique**, correspondant à la mémoire autobiographique, sur son propre vécu.
- La **mémoire sémantique**, elle, se rapporte aux connaissances brutes. Il s'agit en fait du stockage des connaissances conceptuelles intervenant dans le langage et dans les représentations abstraites.

Les **mémoires non déclaratives** ou implicites correspondent au comportement de la personne hors du souvenir conscient. Il s'agit des perceptions et impressions intégrées par le sujet.

- La **mémoire procédurale**, l'acquisition d'une capacité au cours d'expériences répétées (nos « savoir-faire »), est bien préservée.
- L'**amorçage**, qui est quant à lui la facilitation de la performance par le biais d'un stimulus spécifique, est également bien conservé.

Enfin, la mémoire physique, basée sur ce qui est perceptible autour de nous (mémoire sensorielle) est la dernière qui sera atteinte par le vieillissement.

▸ L'attention

Les capacités attentionnelles sont sensibles au vieillissement. Premièrement, l'attention sélective dirigée, capacité à sélectionner une source d'information en ignorant les autres baisses avec l'âge. Ensuite, l'attention sélective divisée, soit la capacité de traiter simultanément plusieurs sources d'information et enfin l'attention soutenue, la capacité à gérer un flot d'information rapide et continu, subissent tous deux les effets du vieillissement.

De plus, l'attention peut être influencée par d'autres facteurs comme l'anxiété, la dépression et les traitements.

▸ Les fonctions exécutives

Ce sont des fonctions intellectuelles de haut niveau, intervenant dans tous les comportements orientés vers un but et non routiniers, permettant l'adaptation aux situations nouvelles et la résolution de problèmes. La capacité à inhiber une réponse non pertinente se voit diminuée en vieillissant, tout comme la capacité à diriger correctement un comportement en fonction d'un but.

c) Le plan physique

La personne âgée est reconnaissable en société. En effet, son corps se modifie et apparaissent des rides et des cheveux blancs, venant ainsi altérer ses représentations d'elle-même.

Par rapport à sa motricité, une fonte musculaire associée à une déficience musculaire et articulaire obligent la personne âgée à se déplacer lentement, si ce n'est avec un appareillage. Le rythme lent des pas est dû à un élargissement du polygone de sustentation et aux diminutions de la longueur et de la largeur des pas.

Le tonus de fond se voit souvent augmenté, avec une hypertonie de tout le corps. Le tonus de fond est la contraction musculaire toujours présente chez les vertébrés, formant le point de départ à l'action statique ou cinétique.

Les praxies et la motricité fine sont également quelque peu diminuées quant à la précision. Les gestes sont hésitants.

d) Le plan psycho-affectif

En vieillissant, l'être humain voit son développement psycho-affectif se modifier. En effet, le vieillissement est marqué assez violemment par des deuils.

La personne âgée fait le deuil de son identité sociale avec le départ à la retraite. En effet, lorsqu'une personne a travaillé pendant des années, elle s'est elle-même définie par cette place dans la société.

De plus, la personne âgée fait face au deuil de ses proches, comme ses amis, sa famille ou encore son conjoint. Ce dernier a des répercussions toutes particulières, car il peut engendrer une solitude dans le cas du décès d'un membre du couple.

Enfin, la personne âgée doit faire un deuil de certaines de ses capacités, comme la marche, qui sous-tend finalement l'autonomie. Le corps peut être source de perte de confiance en soi, avec une matière première qui trahit des déficiences absentes jusqu'alors. Un sentiment d'impuissance s'en dégage, puisque rien n'empêche de subir les pertes des compétences.

Freud pense que l'énergie pulsionnelle libidinale du sujet âgé diminue à cause de l'appauvrissement de l'appareil psychique (« ça » et l'inconscient). Chez le sujet non atteint de démence, les tensions internes sont moindres. Ainsi, on note un effondrement narcissique et une perte de l'estime de soi. Par rapport au travail de deuil précité, on note que l'énergie libidinale investie sur quelque chose ou quelqu'un de perdu est réinvesti sur soi-même, constituant une régression narcissique.

La personne âgée fait face à une perte de ses relations sociales, en lien avec l'éloignement géographique, le veuvage, la difficulté à communiquer. Ce passage de relations sociales développées à une certaine forme de solitude est difficile à vivre pour la personne âgée qui a, comme nous l'avons vu, à faire avec beaucoup de remises en question. Ce nouvel état de solitude peut être source de réflexions et/ou d'angoisses.

Le vieillissement d'après Michel Personne engendre un certain chaos, naissant de la rupture entre le rêve et le temps « vécu tragiquement ». La sénescence implique une réadaptation des projets et de la vision du futur. (Personne, 2003)

e) Le plan psychomoteur

Nous observons des modifications des capacités psychomotrices chez la personne âgée. En effet, on trouve une limitation quant à la force, l'endurance, la souplesse, la vitesse et l'amplitude des mouvements. On observe également une réduction des capacités de traitement des informations (l'attention ainsi que les processus de sélection et programmation de la réponse motrice). Sont notables également des mouvements plus lents et des temps de réaction plus longs. (Albaret et al., 2003)

La personne vieillissante perd son équilibre. Le sentiment de manque de stabilité, de vertige, d'insécurité et de dépendance lors des déplacements sont accrus. La marche est de ce fait bouleversée par le vieillissement. Ces notions, associés à l'instabilité posturale constituent une cause de chute, très fréquente chez la personne âgée. Ainsi, cet événement traumatique peut provoquer un syndrome post-chute, caractérisé par un repli postural et des angoisses, des peurs du vide.

Le schéma corporel et l'image du corps sont basés sur nos représentations et sur nos sensations directement ancrées dans le réel. Le réel du corps est modifié (biologie, physiologie) et il ne correspond plus à l'image que nous nous faisons de lui. Le schéma corporel et l'image du corps s'en voient changés. Ces notions seront développées par la suite.

La sphère spatio-temporelle, qui est liée à la mémoire et à l'attention, donne lieu à des troubles comme celui de la désorientation et la confusion.

Les troubles psychomoteurs peuvent être exacerbés en cas de douleurs chroniques.

2. Un vieillissement pathologique : la démence

a) Définitions et généralités

Le vieillissement pathologique, ou sénilité, est « la résultante de pathologies chroniques invalidantes dont l'incidence croît avec l'âge. », d'après le Larousse médical.

Nous observons des classes de maladies fréquemment retrouvées dans un vieillissement pathologique :

- Les affections psychiatriques, comme la dépression et les délires,
- Les cancers,
- Les maladies dégénératives, qui affectent le cerveau (comme la maladie d'Alzheimer) ou les os et les articulations (arthrose, ostéoporose),
- Les maladies cardio-vasculaires, pouvant provoquer des accidents vasculaires cérébraux,
- Les troubles sphinctériens dont l'incontinence urinaire et fécale.

Nous développerons ici la démence, une maladie neurodégénérative.

Le DSM – 5 définit le trouble neurocognitif majeur, plus communément appelé démence. Ce trouble est caractérisé par un déclin cognitif qui compromet l'indépendance du sujet. Les symptômes sont variables entre les individus et selon le type de démence, dont la plus fréquente est la maladie d'Alzheimer.

Les critères diagnostiques sont les suivants :

- A. « Évidence d'un déclin cognitif significatif par rapport au niveau de performance antérieur dans un domaine cognitif ou plus (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémoire, langage, perception-motricité ou cognition sociale), sur la base :
 1. D'une préoccupation de l'individu, d'un informateur bien informé ou du clinicien quant à un déclin significatif de la fonction cognitive ; et
 2. D'un déficit de la performance cognitive, de préférence documenté par des tests neuropsychologiques standardisés ou, en leur absence, une autre évaluation clinique quantifiée
- B. Les déficits cognitifs interfèrent avec l'indépendance dans les activités quotidiennes
- C. Les déficits cognitifs ne se produisent pas exclusivement dans le cadre d'un délirium (trouble du psychisme caractérisé par une confusion des idées et un rapport faussé à la réalité)
- D. Les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental. »

La démence est une désorganisation neurologique dans lequel on observe une dégradation de la mémoire, du raisonnement, du comportement et de l'aptitude à réaliser les activités quotidiennes. D'après Ferreira, le délitement de l'appareil psychique entraîne une atteinte du pare-excitation. L'enveloppe psychique interne est altérée, entraînant un risque accru d'effraction du monde externe sur le monde interne du sujet atteint de démence. Par conséquent, les sujets peuvent voir émerger des angoisses archaïques affectant la relation à l'autre (vécu d'intrusion, vécu persécutif) et pouvant générer des comportements agressifs. Le moi n'assure plus alors sa fonction intégratrice. (Ferreira, 2011)

La démence se classe en trois catégories, selon l'ampleur :

- ▶ Légère : difficultés avec les activités instrumentales de la vie quotidienne (travaux ménagers)
- ▶ Modérée : difficultés avec les activités de base de la vie quotidienne (habillage, alimentation)
- ▶ Sévère : dépendance complète

Les démences sont divisées en plusieurs catégories.

- **Les démences corticales :**

Elles atteignent le cortex cérébral ou la substance grise. La démence corticale la plus connue est la maladie d'Alzheimer. Cette maladie est la plus répandue en France : elle correspond à environ 60% des cas. Caractérisée par une apparition brutale, la maladie d'Alzheimer atteint la mémoire, l'orientation spatio-temporelle, le langage, le fonctionnement visuo-spatial et les praxies. Dans le stade le plus avancé de la maladie, une altération des capacités motrices apparaît.

- **Les démences sous-corticales :**

Les démences sous-corticales affectent la substance blanche du cerveau, c'est-à-dire les fibres nerveuses, ou les noyaux gris centraux, situés sous le cortex cérébral. Elles sont caractérisées par une bradyphrénie (ralentissement des fonctions mentales, de la pensée et augmentation du délai d'évocation de souvenirs), un trouble du caractère ou de la personnalité et enfin des aspects frontaux et exécutifs. La maladie de Parkinson est un exemple de démence sous-corticale. Dans la maladie de Parkinson, il y a des troubles cognitifs d'apparition précoce, ainsi que des tremblements de repos, une bradykinésie (lenteur lors de l'initiation du mouvement) et de l'hypertonie.

- **Les démences vasculaires :**

Elles adviennent à la suite d'une répétition d'accidents vasculaires cérébraux (AVC), lors d'une accumulation de microtraumatismes ou suite à un AVC prédominant. Les AVC peuvent être ischémiques (obstruction d'un vaisseau sanguin par un caillot) ou hémorragique (rupture d'un vaisseau). Après l'accident, les cellules sont moins oxygénées, ce qui entrave leur fonctionnement voire provoque leur mort. Cela se déroule au niveau des régions corticales ou sous-corticales.

Les démences vasculaires sont caractérisées par un début rapide avec une atteinte motrice précoce. Les symptômes varient en fonction de la zone du cerveau lésée.

D'autres démences existent, comme les démences par agents transmissibles (maladie de Creutzfeldt-Jakob), les démences d'origine métabolique, les démences non dégénératives et non vasculaires...

Montani et Ruffiot (2009) explicitent la démence. Elle est vécue comme une perte de son histoire et de la permanence d'exister. Le corps est vécu comme poreux et Ferreira (2011) ajoute que l'image du corps est perturbée et perforée (ou perforable). Ainsi, les stimuli extérieurs sont trop excitateurs pour être intégrés par le Moi et cela provoque des troubles du comportement, sur lesquels nous allons nous attarder.

Les troubles du comportement sont des perturbations importantes à considérer car elles ont du sens et permettent une certaine forme de communication avec l'extérieur.

b) Les troubles psychologiques et comportementaux

Moreaud explique que les troubles du comportement sont « un comportement gênant, en référence à des normes culturelles et sociales, gênant souvent davantage l'entourage que le malade lui-même » (Delamarre, 2014).

Ils sont un enjeu important dans la maladie d'Alzheimer, puisque jusqu'à 90% des patients atteints présentent au moins un trouble psychologique ou comportemental au cours de l'évolution de la maladie. Dans ces troubles, certains peuvent avoir un retentissement fonctionnel important. De plus, avec l'évolution de la maladie et le déclin cognitif, les troubles peuvent augmenter.

Il existe deux types de troubles psychologiques et comportementaux :

- Les troubles déficitaires ou de retrait
- Les troubles du comportement jugés perturbateurs et dérangeants par l'entourage, ou dangereux pour elle ou pour autrui

Que ce soient les troubles déficitaires ou les troubles jugés perturbateurs, ils sont en rupture avec le fonctionnement antérieur du sujet. Les troubles sont interdépendants, fluctuants en intensité ou épisodiques. De plus, ils comportent des conséquences importantes, comme le risque de prescription médicamenteuse inappropriée et le risque d'épuisement des aidants ou des soignants et de souffrance des proches.

Les troubles sont d'origine multifactorielle. En effet, ils allient des facteurs environnementaux (liés à l'entourage professionnel et familial etc.), des facteurs propres à la personnalité du sujet et des facteurs liés à la maladie (neurobiologiques, cognitifs).

Un événement même considéré comme anodin peut représenter un stress pour la personne du fait de sa vulnérabilité et traduire un facteur déclenchant du trouble psychologique ou comportemental.

Les troubles du comportement déficitaires ou de retrait :

- ▶ L'**apathie** : il s'agit d'un trouble de la motivation, caractérisé par un émoussement des affects, une perte d'initiative et une perte d'intérêt.
- ▶ La **dépression** : est une humeur triste, qu'elle soit ponctuelle ou qu'elle dure dans le temps, avec une perte d'intérêt et de plaisir pour les activités, un pessimisme et, à son paroxysme, des idées suicidaires.

Les troubles du comportement perturbateurs :

- ▶ L'**opposition** : attitude verbale ou non verbale de refus d'accepter toute sorte de soins, d'alimentation, d'activité.
- ▶ L'**agitation** : il s'agit d'un comportement verbal ou moteur excessif, inapproprié.
- ▶ L'**agressivité** : comportement physique ou verbal vécu menaçant ou dangereux pour la personne ou Autrui

- ▶ Les **comportements moteurs aberrants** : ce sont des activités répétitives et stéréotypées sans but apparent ou dans un but inapproprié. Elles peuvent avoir différentes motivations ou causes : réponse à l'anxiété, réponse à une conduite exploratoire, survenir à un moment précis de la journée ou de la nuit. Par exemple, cela peut se traduire par des déambulations.
- ▶ La **désinhibition** : comportement inapproprié par rapport aux normes sociales et familiales. Par exemple, il peut y avoir des remarques grossières, des attitudes sexuelles impudiques ou envahissantes.
- ▶ Les **cris** : vocalisations plus ou moins compréhensibles, de forte intensité et répétitives.
- ▶ Les **idées délirantes** : perceptions ou jugements de la réalité qui sont erronés. Fréquemment, on retrouve : la persécution, la non-identification, l'abandon, la jalousie...
- ▶ Les **hallucinations** : il s'agit de perceptions sensorielles (auditives, visuelles) sans objet réel.
- ▶ Les **troubles du rythme veille/sommeil** : ce sont des troubles ciblés sur la durée et la qualité du sommeil avec possible inversion du cycle nyctéméral (cycle jour-nuit)

Un outil d'évaluation des troubles est l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) et notamment la version pour l'équipe soignante (NPI-ES). Ce test sert à objectiver les troubles. Il classe les troubles dans quatre catégories : les troubles psychotiques (délires, hallucinations), les troubles psychoaffectifs (dépression, anxiété...), les symptômes hyperactifs et frontaux (désinhibition, errance...) et l'agitation. Ensuite, le NPI-ES va évaluer la fréquence, la gravité et le retentissement des troubles. De plus, on peut utiliser l'échelle d'auto-évaluation de dépression gériatrique (GDS).

Les troubles psychologiques et comportementaux peuvent être un moyen d'expression de la personne démente (par exemple en cas de trouble de la communication verbale). Ainsi, rechercher le sens apparaît important pour la comprendre.

Ballouard nous parle des enjeux du psychomotricien en lien avec le vieillissement. Ainsi, pour lui « la psychomotricité devient marquée du sceau de la prévention et du loisir ». (Ballouard, 2011). Pour Potel (2019), l'intérêt de la psychomotricité est « le confort et la conservation au maximum des potentiels et du plaisir de vivre dans un corps investi ». Ces deux auteurs se rejoignent sur la place centrale du bien-être en ce qui concerne la sénescence.

Après avoir décrit la douleur ainsi que les vieillissements, nous allons nous attarder sur les enjeux du lien entre les deux : la prise en soin de la douleur chez la personne âgée. Nous étudierons l'expression de la douleur puis les réactions qu'elle suscite chez les soignants.

PARTIE 3 : LA PRISE EN SOIN DE LA DOULEUR

De manière assez logique, l'être humain est plus exposé à des douleurs en vieillissant. Cela s'explique par la multiplication des polyopathologies liées au grand âge telles l'arthrose, l'ostéoporose et l'augmentation de la fréquence des maladies graves comme les cancers. Nous allons voir premièrement les expressions de la douleur pour ce public particulier.

1. L'expression de la douleur

a) La communication verbale de la douleur

La communication verbale intègre les échanges qui passent par la parole, le langage et utilisant l'ensemble de codes que forment les mots. L'accès au langage fait appel au symbolisme, qui doit donc être acquis préalablement.

Là où le langage est l'outil, la pragmatique est l'utilisation, l'usage fonctionnel et social que l'on va faire de cet outil, l'interprétation ou l'utilisation appropriée que l'on va faire du langage. La pragmatique concerne également l'adaptation du langage au contexte et à l'interlocuteur.

La communication verbale de la douleur chez la personne âgée présente certains traits de caractère spécifiques. Exprimer sa douleur passe par différentes formes, plus ou moins subtiles. La douleur prend ainsi une dimension envahissante de soi et du quotidien. Lorsqu'une personne âgée exprime une douleur, le but derrière cette plainte n'est pas nécessairement le soin et le soulagement de cette douleur. En effet, que ce soit conscient ou inconscient, l'expression et la communication verbale d'une douleur présente des enjeux que nous détaillons ici.

- La quête relationnelle

La plainte peut tout d'abord représenter une carence affective. En effet, une personne âgée isolée de sa famille peut utiliser la plainte pour signifier une demande particulière d'attention. Pour Linx, le repli sur soi et sur son corps provoque la douleur. Le vécu s'en verrait décuplé afin de manifester un besoin d'être entendu. L'enjeu derrière ce besoin est une réassurance vis à vis des craintes de la mort, de la maladie. (Linx, 2005)

La plainte peut être un comportement d'attachement. Le système d'attachement d'après Bowlby et Ainsworth a pour objectif « l'établissement de la proximité physique avec la figure d'attachement en cas d'alarme ou de détresse ». (Guédeney, 2015) Par conséquent, la personne âgée peut se plaindre pour que sa figure d'attachement prenne soin d'elle.

Ainsi, la plainte n'est pas toujours le reflet d'une souffrance comme on l'entend. Elle peut être une demande d'entrée en relation avec l'Autre. Par exemple, dans le processus de deuil, la douleur a un rôle qui rappelle et compense l'absence de l'objet aimé. En effet, elle permet le lien avec l'objet aimé et perdu dans le cas du deuil. La douleur permet de rester en relation. (Chahbazian, 2011)

Au PASA, Mme T., une résidente atteinte de démence, crie beaucoup. Cette dame se plaint d'une douleur très intense aux jambes, constamment. Les jours se suivent et rien ne semble l'apaiser, que ce soient les traitements médicamenteux ou les approches psychocorporelles. Quand les soignants sont près d'elle, elle a un visage moins crispé et ne crie plus.

L'enjeu dans ce contexte n'est pas de déterminer si l'expression de Mme T. est fondée sur une douleur réelle puisque cela remettrait en cause la définition même de la douleur dans sa subjectivité, mais d'avoir conscience de la dimension relationnelle que peut avoir cette plainte.

- Les répercussions au quotidien

Chez la personne âgée, douleur est souvent synonyme de répercussions dans le quotidien. En effet, la sénescence s'associe, comme nous l'avons vu précédemment à une dépendance à l'Autre, même si toutes les personnes âgées ne sont pas dans ce cas. A différentes échelles, il peut leur être plus compliqué de s'adapter aux situations exceptionnelles ou tout simplement de subvenir à leurs propres besoins. L'isolement est une réaction possible à la douleur, formant de ce fait un cercle vicieux. La personne s'isole et son moral s'en voit chuté, amenant une anhédonie (incapacité à ressentir du plaisir dans des activités antérieurement qualifiées de plaisantes pour la personne) réduisant son cercle d'activités et de ce fait son cercle social pour, enfin, s'isoler d'autant plus.

- Une faille narcissique

La douleur peut également combler une faille narcissique. Les personnes âgées peuvent présenter ces failles en lien avec les pertes et les deuils que la douleur permet de dépasser. Il est vrai que certaines personnes vieillissantes se définissent par leur douleur, en lui donnant une place importante dans leur vie, par exemple en l'exprimant beaucoup verbalement. Les personnes peuvent ainsi s'y être attachés et s'identifier à elle.

- ▶ L'évaluation de la douleur

Quand le patient peut communiquer verbalement, on utilise les **échelles d'auto-évaluation**. Elles sont unidimensionnelles : elles mesurent l'intensité de la douleur.

L'échelle verbale simple (EVS) est utilisée préférentiellement avec les personnes âgées car ils peuvent utiliser des mots simples et familiers. On leur demande « Que ressentez-vous ? ». Cette échelle permet d'apprécier la douleur ressentie par pallier.

L'échelle visuelle analogique (EVA) est une règle graduée constituée d'une face adressée au patient et une face destinée au soignant. Le patient doit déplacer un curseur entre

la notion de « pas de douleur » et « douleur maximale imaginable ». La cotation se fera de 0 à 10.

L'échelle numérique (EN) est aussi utilisée dans l'auto-évaluation de la douleur. Le patient doit répondre à la question « Pouvez-vous donner une note de 0 à 10 pour situer le niveau de votre douleur ? », sachant que la note 0 correspond à « pas de douleur » et la note 10 à « la douleur maximale imaginable ».

Ces échelles permettent une estimation globale de l'intensité de la douleur. Mais sont à prendre en compte également la temporalité, la localisation et le type de douleur. Elles nécessitent une collaboration avec le patient et sa bonne compréhension de l'outil, compréhension qui peut venir à manquer en cas de troubles cognitifs.

b) La communication non verbale de la douleur

La communication non verbale consiste en tous les échanges non véhiculés par la parole mais pouvant parfois l'accompagner, comme les gestes, la prosodie (aspect mélodique du langage), le tonus, la posture...

La démence rend l'expression de la souffrance moins lisible pour autrui mais pas moins présente. Nous notons tout de même des caractéristiques spécifiques.

L'expression symptomatique de la douleur dans son état diffus et non qualifiable peut porter à confusion avec la dépression. Ainsi les patients non reconnus sont frustrés et des troubles du comportement peuvent se rajouter.

Mme G., une résidente âgée de 89 ans, a perdu son fils en février 2021. Depuis sa perte, cette dame semble être en grande souffrance morale qui se manifeste par de l'apathie et un repli physique. On remarque que Mme G. adopte une position d'enroulement sur son fauteuil.

En effet, comme nous l'avons vu précédemment, la démence peut être accompagnée de troubles du comportement, qui sont fluctuants dans leur forme, intensité, fréquence... Dans le cas de l'expression de la douleur chez la personne âgée démente, l'irritabilité ou l'agressivité peuvent apparaître. Une anxiété d'anticipation, pour des soins par exemple, advient parfois. Des comportements moteurs aberrants ou de la déambulation sont également possibles, comme pour décharger un trop plein pulsionnel par le biais de la motricité.

► **L'évaluation de la douleur**

Lorsque le patient ne communique pas, ou lorsque les troubles cognitifs altèrent les capacités de compréhension ou de jugement de la personne, les soignants réalisent une **hétéro-évaluation**.

Pour les douleurs chroniques, deux échelles sont utilisées : l'échelle Doloplus et l'échelle comportementale de la personne âgée non communicante (ECPA).

L'échelle Doloplus comporte dix items répartis en trois sous-groupes : cinq items somatiques, deux items psychomoteurs et trois items psychosociaux. Chacun des items est coté par le soignant de zéro à trois. Ainsi, le score global est compris entre zéro et trente, la douleur étant clairement affirmée pour un score supérieur ou égal à cinq sur trente.

L'échelle comportementale de la personne âgée non communicante (ECPA) est une évaluation de la douleur pendant les soins. L'échelle comprend huit items avec cinq modalités de réponses (de zéro à quatre), faisant varier le score global de zéro à trente-deux. Les items vont de la communication non verbale (expression du visage, position spontanée au repos, réactions pendant la mobilisation etc.) à la communication verbale (plaintes exprimées)

Pour évaluer les douleurs aiguës, on peut établir une évaluation par le biais d'une échelle Algoplus. Le soignant observe successivement le visage, le regard, la bouche et le corps. Il cote les comportements par défaut ou par excès.

Après avoir étudié comment la personne âgée exprime sa douleur, nous allons nous pencher sur la prise en compte de cette douleur : sa prise en soin.

2. La prise en soin de la douleur

a) Généralités et base des traitements

Chez la personne âgée de plus de soixante-cinq ans, nous pouvons distinguer trois modes évolutifs principaux du vieillissement. Statistiquement, la population se répartit de la sorte :

- Robuste : pour 60% des sujets
- Fragile : pour 30%
- Dépendant : pour 10%

La notion de fragilité fait référence à une situation dynamique réversible. L'âge accentue cette situation. En effet, il s'agit du reflet de la baisse des réserves physiologiques et des conditions de vie physiques, psychologiques et environnementales. La notion de fragilité fait aussi référence au fait que les personnes âgées sont plus sujettes aux maladies chroniques.

Les douleurs constituent le premier symptôme en gériatrie. En effet, la moitié des personnes âgées ressent de la douleur. Les types de douleur les plus fréquents sont les escarres, les ulcères et les douleurs chroniques comme l'arthrose.

Sur un plan purement physiopathologique, on observe une diminution du nombre de nocicepteurs et de fibres afférentes.

- **Base des traitements**

Le traitement de la douleur peut faire appel à un traitement médicamenteux. Il y en a de différentes sortes, pouvant eux-mêmes être classés de différentes manières, selon une

classification chimique et mécanique (différentes familles de molécules, structures chimiques et mécanismes d'action) et selon l'utilisation (intensité de la douleur ciblée).

- Les antalgiques ou analgésiques :

- Antalgiques périphériques

Ils agissent sur les voies périphériques. Ce sont les antalgiques non opiacés. Ils correspondent le plus souvent au pallier I (défini plus loin), donc donnés en cas de douleurs aiguës, par excès de nociception, de légères à modérées.

- Antalgiques centraux

Ils agissent eux sur le système nerveux central. Ce sont les antalgiques opiacés. Ils jouent sur la transmission du message électrique en agissant sur des récepteurs aux opioïdes endogènes. Ils sont utilisés en cas de douleur aiguë ou chronique par excès de nociception, dans ses formes sévères.

- Les coanalgésiques :

Il s'agit des anti-inflammatoires, anti-spasmodiques, myorelaxants, anxiolytiques...

- Les médicaments contre les douleurs neuropathiques :

Ils n'agissent pas directement sur les voies de la nociception. En effet, les douleurs neuropathiques font intervenir des voies nerveuses différentes que celles concernées dans les douleurs par excès de nociception. On y trouve les antidépresseurs et les antiépileptiques.

- Les anesthésiques locaux.

Pour les prescriptions, une attention doit être portée aux particularités gériatriques. En effet, le vieillissement provoque des modifications physiologiques au niveau des organes comme la peau et le foie par exemple. De plus, on observe une augmentation de la sensibilité aux morphiniques, ce qui augmente le nombre d'effets secondaires possibles.

b) Approche non médicamenteuse

Trop peu utilisés en France, les traitements non médicamenteux valorisent l'impact du toucher et font un dispositif thérapeutique autour du corps du sujet. En gériatrie, ils ont pour but la prévention, le soulagement et le traitement de la douleur. Ces traitements permettent de lutter contre la polymédication, qui touche beaucoup de personnes âgées, en diminuant les analgésiques.

- **Méthodes physiques**

La kinésithérapie se centre sur la zone douloureuse et, par le biais d'exercices de rééducation, diminue la douleur et augmente la mobilité de la personne douloureuse, qui prend parfois des positions vicieuses. Le kinésithérapeute procure des massages, des mobilisations actives ou passives, de la neuro-stimulation transcutanée (TENS). La TENS et les massages se basent sur la théorie du « Gate control » en stimulant les récepteurs tactiles et inhibant de ce fait le message douloureux.

L'ergothérapie cherche une position antalgique au patient grâce à un appareillage adapté (coussins de positionnement etc.). Le psychomotricien, par son écoute corporelle, permet un regard croisé avec celui de l'ergothérapeute pour trouver la position la plus confortable.

Pour traiter la douleur sont aussi utilisées les stimulations thermiques :

- La thermothérapie permet de lutter contre les douleurs causées par l'arthrose, l'ankylose matinale, les douleurs mécaniques... Elle fonctionne grâce à la vasodilatation et l'augmentation de la conduction nerveuse.
- La cryothérapie permet de lutter contre migraines et douleurs inflammatoires grâce à la vasoconstriction et le ralentissement de la conduction nerveuse
- L'utilisation de physiopacks : utilisation de compresses chaudes ou froides

- Méthodes psychocorporelles

La **relaxation**, qu'elle soit active comme la relaxation progressive de Jacobson ou passive comme des méthodes à inductions variables, induit une décontraction musculaire avec un passage de l'hypertonie à l'hypotonie. Elle a pour effet une diminution des troubles psychosomatiques tels les ulcères, la tétanie ou encore l'asthme. Des endorphines sont libérées, elles sont bénéfiques pour l'organisme et pour la qualité du sommeil, souvent endommagée par la douleur. Avec la relaxation, le sujet peut retrouver des sensations agréables, de bien-être. La gestion du stress, facteur aggravant de la douleur, est améliorée. En outre, elle permet d'apaiser l'agitation mentale et permet la purification, c'est-à-dire sortir des pensées obsédantes, que peuvent être les sensations douloureuses.

La **sophrologie** consiste à trouver en soi des ressources pour gérer sa douleur. Elle vise un renforcement des perceptions positives de l'environnement par le biais d'une phase de relaxation et d'une phase de suggestion.

L'**hypnose** permet de moins ressentir la douleur en se focalisant sur autre chose : une sensation (odeur, musique, image) ou la recherche d'un souvenir. Il s'agit d'un état de conscience modifié. Thibault et Moreaux nous expliquent dans leur conférence en 2007 que « l'hypnoalgésie consiste à utiliser l'intérêt de l'hypnose pour prévenir et limiter la douleur lors de certaines situations douloureuses : au cours des soins, en pré et post opératoire. (...) Les techniques hypnotiques agissent sur les composantes sensori-discriminatives et émotionnelles ou affectives. »

Le **toucher thérapeutique** permet lui-aussi un accompagnement dans la gestion de la sensation douloureuse avec notamment un réinvestissement corporel et une détente musculaire. Nous détaillerons cette approche par la suite.

Cas particulier : les soins palliatifs

D'après la charte des soins palliatifs et de l'accompagnement, énoncée en 1984, les soins palliatifs sont « des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale ». Les objectifs en psychomotricité sont de soulager les douleurs physiques et prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Ces soins sont pluridisciplinaires. Ils s'adressent au malade, aux proches, que ce soit à domicile ou en institution.

La prise en soin palliative a pour spécificité de ne pas avoir pour objectif de guérir. Cependant, deux concepts régissent cette spécialité :

- 1^{er} concept : Les phases curatives et palliatives continuent. Ainsi, il y a un espoir de guérison, de rémission et de soulagement en préservant la communication et l'autonomie.
- 2^{ème} concept : Les soignants prennent en compte cinq dimensions : le corps, la personne, l'entourage, l'équipe et la société.

Le toucher, que nous aurons l'occasion de détailler plus loin, nous permet d'établir la communication avec la personne mourante, quand les autres sens ne fonctionnent plus.

Le psychomotricien a un rôle important à jouer dans cette sphère. Grâce à des qualités d'écoute, de disponibilité et d'attention, il peut permettre une réappropriation du corps plaisir quand ce corps devient lieu de souffrance.

3. La relation soignant/soigné

Dans la prise en soin de la douleur, le psychomotricien crée une relation spéciale, en sa qualité de soignant mais aussi dû à la spécificité de ses séances, des rencontres.

Le dictionnaire Larousse définit la relation comme « le caractère, l'état de deux ou plusieurs choses entre lesquelles existe un rapport. » La relation, concernant au moins deux personnes, est en constante évolution ; elle constitue un phénomène actif.

Dans le cadre du soin, la relation soignant/soigné est la relation thérapeutique, pouvant être définie comme un ensemble d'échanges intervenant entre deux personnes dans le cadre d'une prise en soin apportée à l'une d'entre elles. En thérapie psychomotrice, la relation est au cœur même du processus thérapeutique alors qu'en rééducation psychomotrice, elle est un support au travail.

La relation thérapeutique requiert des capacités relationnelles de la part du psychomotricien et d'une position thérapeutique spécifique dans le mode de présence à l'autre. Premièrement, y a l'empathie, qui indique la capacité à se mettre à la place de l'autre pour le comprendre mais sans pour autant ressentir les mêmes émotions. Ensuite, le psychomotricien doit faire preuve d'une écoute spécifique, sollicitant toutes les modalités perceptives. Rogers parle de congruence pour expliciter la troisième qualité que nous pouvons attribuer au psychomotricien. En effet, la congruence est le fait que le thérapeute « doit être une personne intégrée, authentique, congruente. Cela signifie que, au-dedans de la relation, il est profondément et librement lui-même, avec son expérience réelle exactement représentée par la prise de conscience qu'il a de lui-même » (Rogers, 1957). Vient ensuite une valeur fondamentale mais qu'il est quand même utile de préciser : le respect. Le psychomotricien accepte l'Autre sans jugement de valeur, se centrant sur la personne et non sur sa seule pathologie et reconnaissant que le patient est un être unique dans sa façon d'être au monde. Enfin, le corps étant le médiateur principal des échanges, l'implication corporelle par où passent de nombreux processus relationnels, permet la relation thérapeutique.

L'alliance thérapeutique est un lien de confiance réciproque, entre le patient et son thérapeute. Elle est primordiale avant tout travail thérapeutique. C'est une collaboration patient-soignant qui commence déjà dans le projet thérapeutique que l'on établit avec lui. Il s'agit d'un atout non-négligeable de la qualité de la relation ; la qualité de cette alliance est le meilleur facteur prédictif de l'évolution du patient au cours de la thérapie. La relation

thérapeutique dépend de cette alliance, et l'alliance thérapeutique dépend elle-même de la capacité du psychomotricien à établir un cadre favorable à cette alliance. Le devenir du soin dépend de la qualité de l'alliance thérapeutique car elle est le signe d'une base de sécurité permettant le déploiement de la pensée.

Une relation thérapeutique solide est importante pour une bonne progression de la prise en charge. En psychomotricité la relation est un moteur central de la prise en charge car c'est autour de celle-ci que tout se construit.

La relation entre le psychomotricien et le patient, spécifiquement douloureux en ce qui nous concerne, a une place essentielle pour la prise en soin. Un patient qui ne serait pas à l'aise avec son psychomotricien aurait peut-être du mal à communiquer sur les causes de sa douleur, ou encore à s'investir dans les séances.

4. Apports spécifiques de la psychomotricité

La douleur étant un envahissement de soi, infiltrant le sujet et pouvant provoquer des troubles en lien avec un corps souffrant, la psychomotricité est indiquée avec les patients douloureux. Le psychomotricien, d'après le décret de compétences du 6 mai 1988 encadrant la profession, est habilité à une : « contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des **troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique** ».

De manière pratique, le psychomotricien a premièrement un rôle dans la lecture des différentes expressions de la douleur, comme les changements toniques ou les réactions de compensation (par exemple : le patient a mal au bras droit et par conséquent se sert davantage de son bras gauche).

Ensuite, la psychomotricité dans cette lutte contre la douleur a des moyens spécifiques. Elle utilise des techniques de médiations corporelles permettant à la personne d'accentuer ses ressentis avec un objectif de les communiquer. La douleur n'étant pas réductible à une sensation, étant donné qu'elle est aussi émotion, signification, valeur pour le patient. Dans la pratique psychomotrice, nous essayerons d'alterner entre les concepts suivants : les sensations, les perceptions, les émotions et les représentations.

Par le biais de l'expérience sensori-motrice, la psychomotricité recherche une forme de réactualisation du sentiment de soi et de sa présence aux autres.

Les objectifs sont concrets. Dans un premier temps, le psychomotricien cherche à rompre un cercle vicieux : stress – tension – douleur.

Le psychomotricien intervient au niveau des tensions corporelles pour tenter de susciter premièrement un **réinvestissement du corps**, où jusqu'alors tous les canaux sensoriels sont investis par un sentiment douloureux. Tout d'abord, les somatognosies (connaissance des parties du corps) puis ensuite la motricité sont une source de contrôle de l'intégration sensorielle. La motricité étant toujours liée à une expérience émotionnelle, d'après le psychanalyste Schilder (1950), on peut affirmer le lien entre la motricité et le travail de la lutte contre la douleur, sus-décrite comme étant autant une émotion qu'une sensation. La connaissance du corps va mettre en jeu la sensori-motricité et constituera une activité de représentation, donnant du sens aux sensations douloureuses et les incluant dans une modalité perceptive (avec donc une conscientisation) et une tonalité affective.

Ensuite, sera fait un travail sur la **régulation tonico-émotionnelle**. En effet, par le biais de mobilisations passives et actives, le lien entre le tonus et les émotions est remodelé. Le patient peut renouer le contact avec ses affects et son imaginaire, notamment car ce dernier est souvent très dégradé par le sentiment douloureux. L'étude du tonus est la toile de fond des affects. Par exemple pour le nourrisson, on observe un dualisme : hypertonie d'appel et hypotonie d'apaisement. Le travail autour du tonus permet l'intégration du « moi corporel », grâce à une combinaison des sens. De plus, le psychomotricien cherche par le biais d'un travail sur l'axe corporel de susciter chez le patient un sentiment « d'être tenu », intégrant la sensation

d'une attache corporelle autour de l'axe vertical vertébral. La défense contre la douleur se faisant sous la forme d'un bouclier défensif hypertonique. La douleur possède une valeur régressive qui réengage les réflexes innés de l'organisme. L'hypertonie est une réponse à l'angoisse de perte de la partie douloureuse. Par extension, elle est aussi une réponse à l'angoisse de morcellement du corps.

Nous cherchons à redonner une **structuration spatio-temporelle**. On donne au patient douloureux une certaine temporalité, marquée de rythmes. Le psychomotricien essaye également de faire toucher du doigt le rythme corporel. Le patient douloureux chronique est perdu dans le temps, du fait d'une immédiateté temporelle induite par cette douleur. Il est contraint de voir au jour le jour et ne se projette pas ou peu dans l'avenir.

Enfin, une **revalorisation du schéma corporel et de l'image du corps** est pensée. Le réinvestissement du corps va avec la restauration narcissique. En effet, Françoise Dolto dit que l'image du corps est le support du narcissisme et des assises identitaires. Or, chez le patient douloureux chronique, le narcissisme et les assises identitaires sont défailants, ce qui nous permet de comprendre que l'image du corps doit être un axe de travail. L'image du corps, contrairement au schéma corporel est inconsciente et propre à chacun (car elle est liée à l'histoire de vie). Le patient voit son image du corps violemment attaquée, puisque son corps le tiraille, lui est douloureux. On note une altération de l'équilibre somato/psychique et de la relation contenant/contenu. L'image du corps est soumise à des mécanismes défensifs archaïques comme le clivage des parties saines et des parties douloureuses. Ainsi, le travail pourra se faire à partir des parties du corps non douloureuses pour aller dans la globalité du corps. La finalité sera une réintégration des parties douloureuses dans l'image du corps du sujet.

Ainsi, le psychomotricien dans son approche psychocorporelle avec le patient douloureux peut être dans une optique de valorisation des sphères non douloureuses : parties du corps épargnées ou créativité, imaginaire... Le détournement de la douleur est alors plébiscité. Ainsi, du plaisir pourra être retrouvé et sera au centre de la thérapie. Les médiations telles que la balnéothérapie, la danse ou encore le toucher thérapeutique sont utilisés. Ce dernier a particulièrement attiré mon attention.

PARTIE 4 : L'APPORT DU TOUCHER THÉRAPEUTIQUE

1. La peau comme enveloppe

a) Les caractéristiques

La peau est un organe constitué de plusieurs couches de tissus. Elle occupe toute la surface du corps, c'est d'ailleurs l'organe le plus étendu et le plus lourd du corps humain. Son épaisseur varie de 0.5 millimètres au niveau des paupières à 4/5 millimètres sur le haut du dos.

La peau contient des glandes sudoripares qui fabriquent de la sueur et des glandes sébacées qui fabriquent du sébum. De plus, elle est vastement irriguée en terme de vaisseaux sanguins et comporte de nombreuses terminaisons nerveuses.

La peau comporte cinquante récepteurs sensoriels pour cent millimètres carrés. Elle contient cinq types de récepteurs. Il y a des mécanorécepteurs, qui sont des neurones sensoriels sensibles aux déformations mécaniques. Ils interviennent dans les sensations tactiles et sont de deux types, concernant le toucher et la pression. Nous trouvons également les thermorécepteurs, intervenant dans la perception de la chaleur et du froid et les nocicepteurs, récepteurs spécifiques de la sensation douloureuse.

La densité maximale des récepteurs est au niveau du bout des doigts avec 2000 récepteurs tactiles par cm².

Elle comprend trois parties principales :

- L'épiderme : la partie la plus superficielle et mince.
- Le derme : la partie interne la plus épaisse.
- L'hypoderme : la partie la plus profonde.

Elle apparaît chez l'embryon très précocement : entre la huitième et la dixième semaine. Elle constitue 20% du poids du nourrisson et 18% du poids chez l'adulte.

Avec l'âge, les propriétés physiques de la peau se modifient. La couche la plus superficielle s'amincit et se fragilise. Le collagène et l'élastine disparaissent progressivement, ayant pour conséquence un relâchement du derme. Ceci forme les premières rides.

En nous enveloppant en totalité, la peau nous permet de développer notre conscience de notre individualité.

b) Les fonctions

La première fonction de la peau est d'être une barrière de protection contre les agressions extérieures. En effet, elle agit au quotidien contre les microbes, les radiations, l'eau, la chaleur... Elle permet de maintenir la chair et les organes autour du squelette. Grâce à elle, le corps peut sécréter et éliminer via les glandes sébacées et sudoripares. Elle a également un rôle dans la thermorégulation. Enfin, elle a également une fonction sensorielle.

Montagu nous explique que la peau est essentielle par rapport aux messages qu'elle envoie au cerveau, prépondérant par rapport à ceux des muscles et des articulations par exemple. La peau jouerait pour lui un rôle de lanceur d'alerte : « Bien avant que la température du corps ne s'élève ou ne tombe pour des causes externes, la peau a enregistré le changement et communiqué au cortex les messages nécessaires pour trouver les réponses appropriées au niveau des comportements. » (Montagu, 2014)

D'un point de vue social, la peau est différente chez tous les êtres humains. Par exemple, l'empreinte digitale, peut servir à nous identifier individuellement.

Anzieu (1974) décrit le « Moi-peau », qu'il dit s'étayer sur trois fonctions de la peau pour se développer. Premièrement, il parle d'une fonction de contenant rempli d'expériences satisfaisantes. La deuxième fonction est celle de surface protectrice séparant l'intérieur de

l'extérieur. Enfin, la communication constitue la dernière fonction. De prime abord, l'enfant pense que l'enveloppe de sa mère et la sienne, matérialisées par leurs peaux, sont liées. Ensuite, pour lui, les deux peaux s'écartent et l'enfant obtient une enveloppe individuelle : le « Moi-peau ».

2. Le sens du toucher

a) Ontogenèse

Le toucher est le premier sens à apparaître. Cette sensorialité se développe à partir du troisième trimestre de la grossesse (vers six mois). Pendant la vie utérine, le fœtus baigne dans un ensemble de sensations tactiles. Il perçoit les sensations de la main de sa mère sur son ventre.

Le toucher est un des modes de relation et de communication privilégiés entre la mère et le bébé, d'où l'importance du peau à peau. En effet, dès la naissance, il est essentiel pour le bébé d'établir un lien tactile physique pour permettre la rencontre entre la mère et l'enfant et des interactions facilitées.

Les enfants privés précocement de contacts et caresses résistent moins bien aux maladies et peuvent plus tard développer des troubles du comportement. En effet, Spitz décrit la « dépression anaclitique » qui est une carence affective partielle chez les enfants séparés de leur mère durant leurs premiers mois de vie. Ce que Spitz appelle « hospitalisme » est la carence affective totale, résidu d'une séparation prolongée. Les enfants souffrant de ce syndrome d'hospitalisme sont très malades, jusqu'à dans certains cas dépérir. Le syndrome d'hospitalisme montre la nécessité de l'affection dans les premiers temps de la vie, passant en partie par le dialogue tonico-émotionnel. Ce dernier nécessite le sens du toucher, le contact peau à peau entre la mère et l'enfant. (Rousseau, Duverger, 2011)

Le toucher est un acte fondateur, essentiel dans le développement de l'être humain. En effet, c'est grâce à lui que l'enfant explore. Après une période où il met les objets dans sa

bouche, il utilisera ses mains pour prendre conscience des formes, des textures, des volumes. Le toucher est également fondateur car les parents échangent grandement par le biais des caresses, des baisers, des bercements pour rassurer leur bébé. Le toucher a, s'il est bienveillant, cette faculté d'apaiser, de faire diminuer les manifestations physiques et psychiques des angoisses.

Les contacts physiques évoluent avec l'âge : des jeux violents de l'enfance aux tabous du toucher à l'adolescence...

Cependant, les contacts physiques dans le jeune âge relèvent parfois plus souvent de l'éducation ou des soins que l'expression de l'affection d'après Montagu. L'auteur explique que pourtant, un degré d'intimité et notamment de proximité physique (par le toucher) permettrait de se sentir plus « ancré » dans sa famille. (Montagu, 2014)

b) Spécificités du toucher

La peau enveloppe la totalité de notre corps ; par le toucher nous appréhendons notre corps dans sa globalité. Toucher une partie du corps aura des répercussions sur l'ensemble de celui-ci.

A la différence des autres sens, comme l'ouïe, le toucher met en jeu une réciprocité immédiate : on ne peut pas toucher sans être touché. Ainsi, chacun des membres est concerné par le toucher en jeu.

Le corps garde en mémoire toutes les expériences agréables et désagréables, qui sont enregistrées par nos cellules. A titre d'exemple, une personne ayant subi des violences dans l'enfance, même si elle l'a refoulé dans son inconscient, peut avoir un vécu particulier au toucher.

c) Le toucher dans la relation et le soin

La plupart des soins prodigués à la personne âgée nécessitent le toucher pour être effectués.

Le proxémie, d'après Hall, est la distance physique s'établissant entre deux personnes prises dans une interaction, on peut parler de distance relationnelle. Les mécanismes provoquant ces distances demeurent inconscients. Ainsi, ont été définies la distance publique, équivalant à une distance de plus de trois mètres cinquante ; la distance sociale, qui représente la limite d'une conversation ; la distance personnelle qui définit les limites du toucher et enfin la distance intime. (Hall, 1994). Cette dernière met en jeu toutes les informations sensorielles produites par l'autre. La communication non verbale prend le pas sur la communication verbale. Cette distance est celle privilégiée dans le cadre de la relation de soins. Elle s'inscrit dans le même espace intime que celle de la relation affective et de la sexualité.

Le toucher en sa qualité de supports de la relation aide à libérer la parole. L'intention donnée dans le toucher et la qualité de présence de la personne touchant fera en sorte que la personne touchée se sente contenue et en sécurité physique et psychologique.

3. Les séances de toucher thérapeutique

a) Le cadre

Le cadre est contenant et sécurisant dans toutes les séances de psychomotricité. En étant physique et psychique, il structure la pratique. En séance de toucher thérapeutique, il se joue des phénomènes personnels. Il apparaît donc d'autant plus important que le psychomotricien soit le garant du cadre.

Le cadre physique est constitué premièrement d'horaires fixes, d'une fréquence prédéfinie et régulière et d'une durée de séance déterminée en fonction de l'âge du patient, sa fatigabilité, pathologie...

Marcelli parle de macrorhythmes et de microrhythmes dans la relation mère-enfant. Il définit les macrorhythmes comme correspondant au rythme des soins maternant, ayant une fonction organisatrice de par leur répétition, source de confiance chez l'enfant. Les microrhythmes sont introduits après, dans l'interaction avec l'enfant tels les sourires. Ils amènent à la différenciation. La relation au temps se construit ainsi à partir de la frustration. (Marcelli, 2007). Sachant cela, nous comprenons l'importance des notions temporelles comme les horaires et la fréquence dans le cadre des séances.

Ensuite, ce cadre passe également par un lieu conçu comme réceptacle contenant des expériences sensorielles et motrices, du matériel support à l'imaginaire et des types de médiation. Particulièrement concernant le toucher thérapeutique, l'espace se veut confortable, imperméable le plus possible aux dérangements extérieurs.

Au cours de mon stage au Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), au sein d'un EHPAD, le lieu privilégié pour des séances de toucher thérapeutique était la salle multi-sensorielle. Cette salle était très adaptée pour de nombreuses raisons :

- L'isolement, en particulier sonore, avec ses deux portes. Ceci procure un effet intime et contenant.
- Les installations lumineuses, contribuant à l'ambiance chaleureuse.
- Le matériel adapté, comme les fauteuils confort, les couvertures lestées. Il participe au bien-être de la personne.

Ces éléments font que la salle multi-sensorielle est un endroit qui se veut chaleureux et adaptable à tous les résidents.

Le cadre psychique lui est basé sur l'encadrement et la disponibilité psychique et corporelle du psychomotricien. De plus, interviennent dans la notion de cadre psychique les conditions de fonctionnement de l'institution si les séances psychomotrices se font dans ce cadre-là. En effet, le projet global du patient s'inscrit dans un travail pluridisciplinaire.

Ce cadre a plusieurs fonctions, dont celle de pare-excitation. Cette fonction permet de protéger l'organisme des excitations extérieures. Il a également une fonction contenant, en lien avec la notion de holding (portage et contenance psychique). La sécurité, les limites et la séparation sont également des fonctions de ce cadre, dans le sens où les règles assurent le bon déroulement des séances. Le cadre a un rôle d'étanchéité, matérialisant un endroit confidentiel où la personne se sent libre de dire et faire ce qu'elle veut. Ceci nous amène à la dernière fonction : la symbolisation. Par le cadre, la personne peut trouver d'autres moyens pour s'exprimer que le passage à l'acte en sublimant ses pulsions.

Ballouard dit « un cadre contenant est un cadre ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître » (Ballouard, 2006)

Dans le cadre de notre sujet, les séances de toucher thérapeutique, il apparaît essentiel que toutes les notions concernant cette enveloppe contenant et sécurisante que constitue le cadre soient respectées. En effet, le toucher est un acte non anodin qui nécessite un encadrement et un accompagnement optimal.

b) Indications et modes d'actions en psychomotricité

i) Généralités

Le toucher thérapeutique se nourrit du contact. Ce contact entre le thérapeute et le patient peut être direct, c'est-à-dire mettre en jeu les peaux directement ou bien indirect et médié par un objet, comme une balle à picots.

La technique s'organise en différents temps : la prise de contact, la phase de relaxation avec le toucher thérapeutique, la phase d'immobilité et la reprise. La reprise est souvent une verbalisation des ressentis.

Le toucher en lui-même a des aspects techniques précis.

- ▶ Au niveau de la peau, des mouvements glissés sont plébiscités, comme l'effleurage, l'éventail.
- ▶ Pour ce qui concerne les muscles, les pétrissages sont réalisés.
- ▶ Au niveau des os, sont réalisées des percussions.

Le toucher est un mode de relation immédiat, pouvant servir de relais afin de restaurer l'affectif. Des effets positifs ont été constatés, comme une amélioration de l'attention, une orientation spatiale plus efficiente en favorisant la conscience de l'environnement et une diminution des rétractions musculaires. Les touchers les plus utilisés sont ceux de la main et des bras car ils ne demandent pas trop de mobilisation de la personne. Les massages du dos, des jambes et des pieds peuvent également être donnés pendant la toilette ou avant le coucher (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013).

ii) Indications

Les indications du toucher thérapeutique sont très vastes.

Pour le cas des personnes démentes, il peut servir de médiation pour rassembler une enveloppe morcelée et réduire les comportements d'agitation.

Le toucher thérapeutique a montré des résultats très positifs dans la lutte contre l'anxiété, faisant de celle-ci ainsi que les angoisses et le stress, une indication. Le toucher fait baisser le taux de cortisol, la pression sanguine et la fréquence cardiaque, qui sont les principaux symptômes physiques du stress.

iii) Modes d'actions en psychomotricité

Le toucher est utilisé dans diverses professions, comme la kinésithérapie, et chacune y associe des enjeux ou des objectifs différents. Nous allons voir les modes d'actions du toucher thérapeutique en psychomotricité.

- **Détente psychique et physique**

Le toucher thérapeutique a des vertus de détente psycho-corporelle.

Physiologiquement parlant, stimuler la peau et les capteurs sensoriels permet de préserver une certaine sensibilité. La respiration peut s'en voir libérée et ralentie et donc l'oxygénation des tissus renforcée. La circulation sanguine est activée. Le transit intestinal est amélioré et le système immunitaire renforcé. Un mieux-être corporel est une voie d'entrée à des concepts psycho-corporels plus intimistes.

Concernant l'indication des tensions physiques, pour pouvoir se relâcher, la tension doit être associée à un cadre comme celui des limites du corps pour les tensions physiques et le sentiment de sécurité pour les tensions psychiques. De plus, si la conscience corporelle globale n'est pas présente, les tensions du corps deviennent le moyen pour la personne âgée de se sentir vivante. Pour cela, la personne peut résister de toutes ses forces car ses tensions sont leur lien avec la réalité de la matière, l'existence.

- **Dialogue tonico-émotionnel**

Le tonus musculaire pour le psychologue Wallon est un faisceau commun aux fonctions affectives, motrices et de pensée. Dans le cas du nourrisson, un dialogue tonique s'établit dans ses échanges avec sa mère. Les contacts peau à peau sont la première modalité interactive entre eux.

Ajuriaguerra développe le dialogue tonico-émotionnel, permettant des ajustements corporels interactifs entre l'enfant et sa mère. Leur lien affectif primitif est fusionnel dans les premiers moments de vie. Chez le bébé, la douleur provoque une hypertonie alors qu'une détente et un état de bien être se traduira par une hypotonie : c'est une motricité archaïque réflexe. La mère aura des réactions spécifiques en fonction de ses interprétations de ces états. Ainsi, peu à peu, l'enfant associe ses postures et son état tonique aux réactions provoquées chez sa mère. Il les utilise dès lors comme vecteur de communication. Par le tonus et donc le corps, le bébé agit sur autrui. Le tonus dans sa dimension affective est un mode privilégié d'échange et de communication. (Bachollet, Marcelli, 2010)

Le toucher rappelle ces notions de dialogue tonico-émotionnel. Il est empli d'émotions transmises, d'où l'intérêt que le psychomotricien soit en capacité de donner des émotions positives. Le toucher peut être une porte d'entrée vers les émotions à réguler.

- **Communication non verbale**

Les séances de toucher thérapeutique sont le lieu d'observation des communications non verbales, qui s'appliquent « à des gestes, à des postures, à des orientations du corps, à des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des organisations d'objets, à des rapports de distance entre les individus, grâce auxquels une information est émise » (Corraze, 1980). En effet, les communications non verbales sont transmises par le biais de différents canaux comme les cinq sens.

Lors des séances de toucher thérapeutique, les expressions faciales renseignent en priorité sur l'état émotionnel. Mais, la posture et l'attitude sont également importantes dans

l'analyse puisqu'elles peuvent manifester ce que la communication verbale ne dit pas. Sont observables qui plus est les gestes, l'expression corporelle et les réactions de prestance. Ces signaux peuvent être de l'ordre de la perception intuitive du psychomotricien, faisant appel à sa subjectivité.

Les communications non verbales étant précurseurs au langage, en apparaissant avant celui-ci, elles représentent un niveau plus archaïque, plus régressif. Le corps est vecteur de communication avec le milieu. Un regard éclairé sur celles-ci, empli de la sensibilité du psychomotricien, permet de repérer un malaise ou à l'inverse un bien-être et d'accueillir par la suite ces interprétations.

- **Le schéma corporel et l'image du corps**

Le schéma corporel est un concept fondamental en psychomotricité. Dans le décret de compétence, il est certifié que le psychomotricien est le professionnel qualifié dans la prise en charge de repérage des troubles du schéma corporel. Ajuriaguerra (1970) le définit ainsi : « édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification ».

Le schéma corporel évolue au cours de la vie en fonction des expériences. Ainsi, la sénescence, notamment par ses grands changements physiques et psycho-affectifs, le met à rude épreuve.

La dénomination, la verbalisation sont des moyens de prise de conscience corporelle. Pour cela, il apparaît intéressant d'associer cette verbalisation à une sensation, qui participe activement au schéma corporel. Ainsi lors du toucher thérapeutique, le psychomotricien ou la personne peut nommer les parties du corps, travaillant du coup également ses somatognosies.

Pour étayer la prise de conscience du corps et de ses représentations en séance de toucher thérapeutique, la respiration est également un élément clé. Elle permet d'accéder à l'intéroception et favorise le dialogue entre système conscient et inconscient.

Enfin, par le fait de l'implication corporelle du psychomotricien, la personne âgée peut se différencier et par conséquent se reconnaître. En effet, par la ressemblance et la différence de son corps et de celui d'autrui, la personne accède à la représentation.

L'image du corps est à distinguer du schéma corporel. Elle se reflète plus à une dimension inconsciente et subjective et est propre à chacun, quand le schéma corporel est lui plus commun et générique. Cette notion est également, dans le toucher thérapeutique, aux premières loges : les sensations tactiles sur tout le corps modifient la façon dont on pense son corps. En effet, réinvestir une zone corporelle ou alors globaliser les sensations peut avoir un effet renarcissant. Le concept d'estime de soi est particulièrement lié à l'image du corps. Le toucher en revalorisant le corps de la personne âgée permet donc une amélioration de cette estime.

Le toucher thérapeutique travaille sur la fonction de contenance et de barrière du « Moi-peau ». Il induit un travail sur la conscience corporelle, le schéma corporel, l'image du corps. Comme évoqué précédemment, dans le cas de démence, l'enveloppe peut être morcelée. Ainsi, le travail autour de la conscience d'un corps unifié est un axe clé auprès des personnes âgées démentes.

- **Le « holding »**

Winnicott (1956) développe la notion de « holding », signifiant la façon qu'ont les parents de porter leur enfant physiquement et psychiquement. Cela confère à l'enfant un sentiment de sécurité affective du Moi. L'enfant a le sentiment, à ses débuts, d'un corps morcelé, désuni et une indifférenciation intérieur/extérieur du corps. Grâce aux interactions entre la mère et l'enfant, ce dernier construit une enveloppe et un corps unifié. Winnicott développe aussi un autre concept, le « handling ». Il s'agit de la manière dont les soins sont investis par la figure maternelle et le nourrisson.

Le toucher thérapeutique peut se comparer aux premières relations entre la figure maternelle et le nourrisson. En effet, le toucher permet le sentiment de contenance et de portage, tant psychique que physique. Cette approche a donc une dimension archaïque et régressive. Elle permet l'expérience d'une peau unie et enveloppante et la conscience des limites corporelles, qui permet de lutter contre les angoisses de morcellement. Tout ceci agit sur l'image corporelle et l'identité de la personne. Le psychomotricien, dans l'aspect de « prendre soin », touche également des notions régressives, qui rappellent au patient l'enfance maternée.

c) Rapport spécifique à la douleur

Le toucher thérapeutique est indiqué dans la prise en soin du patient douloureux. En effet, il permet une revalorisation du corps. Dans certains cas de douleurs chroniques, le corps est désinvesti. Ainsi, « [la] revalorisation s'appuie sur le désinvestissement corporel évident dans certaines pathologies conçues comme une expression des difficultés à intégrer une identité. » Le corps sera ainsi replacé au centre des préoccupations du patient, avec un « vécu de plaisir et accroissement de l'autonomie ». (Andre et al, 1996)

Le toucher thérapeutique utilise la théorie du « Gate control ». En effet, comme expliqué auparavant, cela permettrait d'inhiber le message douloureux. Il peut être à base d'effleurages (toucher léger) ou lissages, pétrissages (touchers plus francs).

Le psychomotricien se doit de décrypter la communication non verbale pouvant être associée à une sensation douloureuse afin d'adapter son geste. En effet, un patient peut se crispier ou faire une expression du visage socialement codifiée comme associée à la douleur, sans oser parler. Il est donc de notre devoir de ne pas nuire et d'observer précocement les premiers signes.

Le toucher thérapeutique permet de retrouver un corps plaisir plutôt qu'un vécu corporel douloureux. Quand la douleur est omniprésente au quotidien, le corps est associé à un vécu douloureux. Le toucher massage peut donc réinvestir positivement un corps embrasé de douleurs. Ainsi, en prenant en compte la globalité du corps, le psychomotricien permet l'unification du corps par le biais de l'unification des sensations et perceptions.

Il est indiqué notamment pour des douleurs en lien à un repli sur soi, aux angoisses, aux troubles tonico-émotionnels, à un mal-être corporel, à des troubles du schéma corporel et de l'image du corps par exemple.

La psychomotricité permet la diminution du vécu de la douleur en écoutant et accompagnant les ressentis et donc en prenant en compte la personne souffrante dans sa globalité.

- **Positions vicieuses**

Le patient douloureux prend souvent contre son gré des positions vicieuses. Ces positions viennent de l'hypertonie dont ils peuvent faire preuve. Les muscles se contractent involontairement dans une visée antalgique, formant des crispations localisées sur les zones corporelles douloureuses. Ce comportement sert à soulager la douleur, en mettant la zone au repos ou dans une position non douloureuse.

Mais ces crispations s'étendent au corps et forment des contractures généralisées. En cherchant à soulager la douleur, l'effet inverse est obtenu : une douleur supplémentaire s'ajoute. En effet, maintenir durablement les contractions dans tout le corps devient source de douleur. L'hypertonie généralisée à tout le corps entraîne une diminution de l'amplitude articulaire et de l'activité motrice de manière générale.

Il s'agit souvent de positions liées à l'enroulement, pouvant faire penser à une position régressive du fœtus.

Ainsi, le toucher thérapeutique agit sur ces positions vicieuses en agissant sur l'hypertonie. En effet, en permettant une détente psychique et physique, le tonus s'en voit abaissé. Le toucher tente de réduire les rétractions tendineuses et de ce fait la position d'enroulement.

J'ai rencontré Mme R., une patiente âgée de 95 ans au cours de mon stage. Cette dame était en fauteuil roulant de type « confort ». Je lui ai proposé une séance de toucher thérapeutique dans la salle multi-sensorielle.

Mme R. présentait une position d'enroulement, tournée vers la droite. Son bras gauche ne bougeait plus et était replié vers son buste, sa main fermée et le poing serré.

Lors de la séance, il m'a été impossible d'accéder à sa main gauche, très hypertonique. Mme R. ne communiquant pas, je ne sais pas si cet enroulement et cette position vicieuse étaient dus à des douleurs.

d) Les précautions et limites du toucher

Le consentement du patient est une des premières conditions nécessaires à l'approche. Le toucher n'étant pas un geste anodin, même avec des précautions, il présente certaines limites qu'il est important de connaître.

La première précaution paraît évidente mais relève d'une attention particulière : le toucher ne doit pas engendrer de douleur. En effet, la peau de la personne âgée est fragile et plus détendue : il s'agirait d'éviter une torsion ou un étirement de celle-ci. L'utilisation de certaines crèmes ou huiles de massage peut être mieux tolérée. Une pression moindre serait de plus préférable par rapport aux veines et capillaires fragiles de ce public.

J'ai pu accompagner Mme T. lors d'une séance de toucher thérapeutique dans la salle multi-sensorielle. Mme T. s'installe et j'installe un temps de verbalisation sur ses ressentis actuels et ses envies. Durant ce temps, Mme T. se plaint d'une douleur très forte, qui a l'air insoutenable, à la jambe gauche. Il m'est impossible de détourner son attention.

J'essaye donc d'apaiser sa souffrance en lui prenant la main gauche, ce à quoi elle réagit en me disant de la laisser et d'arrêter tout. Cet exemple illustre bien la contre-indication au toucher thérapeutique qu'est la douleur qu'il peut engendrer.

Ensuite, les personnes atteintes de démence sont sujettes à des angoisses de morcellement qu'il est essentiel de contenir. Ces angoisses sont majorées par une rupture prématurée ou non préparée de la sensation tactile au cours d'une séance de toucher thérapeutique. La sensation des limites du corps serait alors mise à mal, tout comme la sensation de continuité corporelle.

Des troubles du comportement peuvent survenir durant une séance, avec ou sans éléments déclencheurs (geste brusque par exemple). Ces troubles peuvent être de nature auto ou hétéro-agressive, langagiers ou gestuels. Ces troubles sont une expression et partie prenante de la relation dans cette séance mais peuvent être sources de conflit. Ainsi, il s'agit d'en avoir conscience et de les accompagner.

De surcroît, le corps a une mémoire. Le toucher ayant une fonction régressive, il peut amener à se souvenir d'éléments vécus enfouis, refoulés, inconscients ou non. En cas de traumatisme physique (que ce soit une opération ou des violences physiques), toucher une zone corporelle lésée peut raviver des sensations douloureuses.

Enfin, la proximité intime est le lien entre le toucher et la sexualité. Le toucher devant être dépourvu d'un but libidinal dans son approche, un cadre clair et précis doit être posé par le psychomotricien. Les zones corporelles intimes sont à proscrire.

En lien avec les notions sus-présentées, je vais vous présenter l'étude du cas de Mme B. Cette étude fait écho au développement théorique. En effet, j'ai proposé à cette résidente atteinte de démence des séances de toucher thérapeutique, afin de lutter contre son ressenti douloureux.

4. Étude de cas : Mme B.

Introduction

Je rencontre Mme B. en octobre 2020 lors de mon stage en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Afin d'étudier le cas de Mme B., je commencerai par présenter la structure où elle est prise en soin, puis je m'intéresserai à son histoire de vie et à une relation toute particulière qu'elle a noué avec une résidente. Après avoir évoqué la première rencontre avec Mme B., je détaillerai son bilan psychomoteur ainsi que son projet de soin avant de m'attarder sur la manière dont elle a évolué au cours de mon stage, notamment par l'intermédiaire des séances de toucher thérapeutique.

a) Présentation du lieu de stage

L'EHPAD où je réalise mon stage accueille quatre-vingts résidents âgés de 60 à 99 ans. Plus spécifiquement, mon stage se déroule au Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA). Ce pôle a pour objectif d'accueillir des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement modérés. Ainsi, l'accompagnement des résidents permet de préserver une certaine autonomie ainsi que, autant que possible, le maintien des capacités.

Le PASA est coordonné par une psychomotricienne et est encadré par des assistants de soin en gérontologie (ASG). La psychologue de la structure y anime également des activités. Les activités sont de diverses natures : créatives, cognitives, sensorielles, motrices. Le PASA accueille douze résidents en journée, segmentée en trois grands temps : l'activité du matin, la prise d'un repas thérapeutique et l'activité de l'après-midi. Le matin est souvent l'occasion de prises en soin individuelles (bilan psychomoteur ou séance de relaxation en salle multi-sensorielle) alors que durant l'après-midi, nous animons un atelier de gymnastique douce ou de prévention des chutes.

b) Histoire de vie

Mme B. est née le 14 octobre 1933 à Paris. Elle a donc 87 ans quand je fais sa connaissance. Elle est arrivée dans la structure en février 2020 et a intégré le PASA en juin de la même année.

Physiquement, Mme B. est une femme grande et de corpulence normale.

Dès son plus jeune âge et à cause de la deuxième guerre mondiale, elle fut placée en famille d'accueil à Dax, dans les Landes. Elle a donc été coupée de ses parents très jeune et n'a jamais pu les retrouver. Son niveau scolaire est inférieur à celui du certificat d'études acquis à 12 ans. Ainsi, on peut dire qu'elle a été scolarisée peu de temps.

Au niveau de sa sphère professionnelle, Mme B. a fait du travail de ménage le soir, en plus d'élever ses enfants.

Mme B. s'est mariée à 19 ans et a eu de cet union quatre fils et une fille. Cette dernière est la seule à résider dans la région. Au demeurant, sa fille est la personne de référence de Mme B., soit la personne à appeler en cas d'urgence et celle qui a confié les informations essentielles sur l'histoire de vie de Mme B. à la psychologue lors du bilan d'entrée à l'EHPAD. Elle a également eu un enfant qui est décédé à sa naissance. Mme B. ne voit plus son fils aîné depuis quinze ans mais les raisons de cet éloignement ne sont pas connues. De surcroît, Mme

B. a six petits-enfants et trois arrières petits-enfants. Depuis 1994, Mme B. est veuve. Son mari est décédé d'un cancer laryngé. Son décès a mis fin à une très longue période d'accompagnement palliatif à domicile. Dès lors, elle a résidé dans la région bordelaise. Sa fille raconte qu'elle a toujours été « sous l'autorité de son mari ».

Après une chute, dont la cause n'est pas identifiée, dans la salle de bain de son appartement bordelais, Mme B. a été accueillie à l'EHPAD. Qui plus est, cette même année, elle avait perdu son chien dont elle était très proche et qui lui donnait un motif de sortie quotidienne. Sa fille confie qu'elle a été très affectée par cette perte et qu'elle s'est isolée depuis cette période.

De plus, Mme B. est décrite par sa fille comme une mère aimante, très proche de ses enfants. Concernant ses centres d'intérêt, elle aime beaucoup regarder la télévision, lire des revues, la variété française, le jardin et la couture. Elle est également coquette. En effet, elle apparaît toujours très soignée, avec un serre-tête assorti à sa tenue du jour.

Concernant son bilan d'entrée en EHPAD, il a été noté une prothèse totale de la hanche gauche. De plus, les pathologies en cours sont l'hypothyroïdie, la dépression, la démence avec les troubles du comportement (que nous détaillerons plus loin), de l'arthrose et du diabète de type II. Pour tenter de traiter ses maux, Mme B. prend un traitement médicamenteux chaque jour : un antidépresseur, un anxiolytique, un antipsychotique, puis, un diurétique, un médicament contre l'hypothyroïdie et l'hypertension.

L'ergothérapeute de la structure a également, à son entrée, fait un bilan concernant son autonomie. Ainsi, Mme B. a une dépendance minime aux gestes essentiels de la vie courante, a besoin d'une aide partielle pour l'hygiène, est autonome pour l'habillage tout comme la continence et la locomotion. Concernant ce dernier point, elle utilise parfois sa canne. Mme B. utilise des lunettes pour lire. Elle n'a pas d'appareillage auditif ni d'appareil dentaire. Son niveau de chute est considéré comme élevé, d'après le test du TINETTI.

Le Mini Mental State (MMS), test permettant d'évaluer les capacités cognitives et de mémorisation d'une personne, donne un résultat de 7/30, classant Mme B. dans la catégorie de démence sévère.

Lors de l'entretien d'accueil de Mme B., ses motivations ont été ciblées. En effet, en plus de la sécurité qu'apporte la résidence, qui lui est essentiel de par sa récente chute, Mme B. cherche une nouvelle maison au vu de sa récente solitude depuis le décès de son animal de compagnie. Elle était également en sous-nutrition, donc des motivations sur son bien-être ont été évoquées. Enfin, il s'agit aussi de rapprochement familial avec sa fille résidant dans la même ville. La décision d'intégrer l'EHPAD a été dure à prendre pour sa famille qui ne lui a d'abord pas expliqué le caractère permanent de la résidence. A ce propos, Mme B. confiera au psychologue qu'elle « se sent piégée par ses enfants », qu'elle se sent abandonnée et elle demande à ce qu'on vienne la voir plus souvent (ce qui est impossible dû à la situation sanitaire).

L'objectif global déterminé à l'accueil de Mme B. a été d'encourager le lien social et le sentiment d'utilité, le maintien et le développement de ses compétences motrices ainsi que l'accompagnement et l'encadrement des troubles du comportement.

Mme B. présente un trouble phasique. En effet, elle a du mal à s'exprimer notamment par le manque du mot. Elle peine à trouver ses mots, ce qui la met dans une situation d'hypertonie et d'anxiété intense.

Concernant ses prises en soin dans la structure, Mme B. bénéficie de l'accompagnement par l'orthophoniste de l'établissement notamment à cause de son trouble phasique. Elle est suivie également par le kinésithérapeute et le psychologue.

Il faut savoir que Mme B. est arrivée dans la structure quelques semaines avant un confinement qui a isolé les résidents dans leur chambre. Elle a donc eu un peu de mal à s'intégrer. Néanmoins, elle montre de la motivation et est volontaire quant aux activités proposées dans la structure.

c) Une relation particulière

Mme B. s'est nouée d'amitié avec une résidente de l'établissement, que l'on nommera Mme S. Elles ont l'air très proches, s'assoient toujours à côté à table et discutent beaucoup. Lors des moments où Mme S., qui semble plus indépendante, a des rendez-vous personnels (coiffeur, messe, visite des proches), Mme B. montre beaucoup de signes d'énervement. Elle peut avoir des réactions physiologiques de la colère comme des forts rougissements, de l'hypertonie. Elle peut être aussi déboussolée et très triste. En effet, elle pleure et il est difficile de l'aider à rationaliser la situation. Elle semble inquiète jusqu'à un retour de Mme S. dans son champs de vision. Elle montre également des signes de jalousie quand d'autres résidents interagissent avec Mme S. et, plus encore, devient agressive envers eux. Nous avons remarqué également qu'elle utilise le pronom « il », ainsi que le qualificatif « mon copain » pour parler de son amie. Elle peut également dire « ma sœur » ou « ma mère ».

Avec le psychologue, nous avons réfléchi à cette relation et avons émis des hypothèses. Nous pensions premièrement à un transfert. La relation de transfert est connue dans le cadre du thérapeute et de son patient, mais elle pourrait être appliquée à cette situation où Mme B. transpose ses affects pour une autre personne (son mari, sa sœur, sa mère) sur Mme S. Nous avons également évoqué le concept psychanalytique de « Moi auxiliaire », qui est également généralement associé à la relation soignant-soigné et qui rappelle le holding et la réponse aux besoins donnée par la mère. Mme S. serait donc le « Moi auxiliaire » de Mme B., qui a trouvé, en cette personne quelqu'un pour prendre soin d'elle. Enfin, nous avons évoqué la dépendance affective, car l'humeur de Mme B. dépend de la présence ou non de Mme S.

Je pense que le comportement de Mme B. traduit une peur de l'abandon, faisant peut-être écho à son sentiment vis à vis de ses enfants qu'elle ne voit pas souvent. Mme B. me semble souffrir beaucoup de cette situation. Même en présence de Mme S., elle agit dans la peur de perdre physiquement une figure d'attachement : elle ne s'endort pas, a toujours les yeux rivés sur elle, ne peut pas être distraite de cette surveillance continue. La figure d'attachement est une notion développée par Guédeney, comme étant une personne de soutien, protectrice, toujours accessible en cas de besoin. (Guédeney, 2015)

Dans *Démence et pertes cognitives*, Anys Amire avance que « Les troubles psychotiques se traduisent par deux principaux symptômes : délires et hallucinations. Les idées délirantes sont des « constructions psychiques déréelles entraînant une conviction inébranlable, survenant dans une conscience claire ». Les thèmes principaux peuvent être le vol, le préjudice, le rejet, la jalousie ou l'infidélité. (Amire, 2017) ». En coupant ces informations avec le cas de Mme B., on peut penser que sa confusion concernant son amie relève de l'idée délirante.

d) La première rencontre

Je rencontre pour la première fois Mme B. au PASA. Il s'agit de la première résidente avec qui j'entre en relation. En effet, elle est attablée et boit un café mais semble préoccupée. Je comprendrai plus tard qu'elle attendait que Mme S. arrive. Elle m'apparaît un peu agressive avec les soignants présents qui tentent de l'apaiser. Je lui pose des questions et tente d'installer un dialogue afin de la distraire de ses angoisses qui ne cessent de lui revenir à l'esprit. À la fin de notre entretien, je perçois que je lui ai changé les idées et elle me sourit. Plus tard dans la journée, elle me fait un signe de la main qui me laisse croire qu'elle m'a identifiée.

e) Bilan psychomoteur

J'ai pu observer les capacités de Mme B. avec l'Évaluation Géro-nto-Psychomotrice (EGP) en décembre. La passation s'est faite en deux fois, pour une durée totale d'une heure et quarante minutes. La résidente semble apprécier de partager un moment en individuel. Elle accepte avec plaisir les entretiens et montre de la motivation.

Concernant les coordinations globales, la résidente parvient à se déplacer seule, à s'asseoir seule à table. Son équilibre statique et dynamique est bon. Sa démarche est assez assurée, bien qu'un peu en rétropulsion. Le ballant des bras est faible. L'accélération de la marche ou la course sont possibles mais peu efficaces et sur une petite distance.

Le schéma corporel de Mme B. est investi. Elle n'a pas eu de problèmes concernant les somatognosies. Elle a également su reproduire les positions en imitation immédiate avec et sans modèle.

Le tonus global de Mme B. est plutôt hypertonique. Elle a des difficultés de relâchement, quasi impossible parfois. Les membres supérieurs ont une meilleure mobilité articulaire que les membres inférieurs, que ce soit passive ou active.

Bien que nous ayons noté une mobilité articulaire du membre inférieur diminuée par rapport au membre supérieur, les items de motricité fine rapportent une meilleure efficacité au niveau du membre inférieur. Mme B. utilise ses pieds pour des gestes précis, malgré une moindre force du côté gauche et une douleur à sa hanche du même côté. Au niveau du membre supérieur, les exercices de motricité fine révèlent une imprécision et une dissociation digitale faibles.

Le niveau praxique de Mme B. est très chuté, notamment à cause d'une opposition au graphisme. En effet, elle n'a pas voulu essayer d'écrire. Elle a tenté de reproduire les figures mais s'agace, a besoin d'être rassurée et cherche la perfection. Elle semble insatisfaite de son travail. Mme B. présente un tremblement des mains. Pourtant, au quotidien, elle parvient à manger seule, sans difficulté notable.

L'orientation spatio-temporelle de Mme B. témoigne d'une résidente très confuse. Elle nous dit se situer dans un café. Elle connaît sa droite et sa gauche sur elle et les notions de haut/bas, devant/derrière mais ne parvient pas à les projeter. En revanche, son orientation dans l'établissement est efficace. Les items de la sphère temporelle sont en partie biaisés du fait de la nécessité du langage oral. En effet, son aphasie l'empêche d'exprimer ses réponses, qu'elle assure connaître et trouver plus tard dans la journée. Après un effort et un travail laborieux, en essayant de se faire confiance et de se relâcher, elle réussit à donner quelques mois de l'année et quelques jours de la semaine.

La mémoire immédiate de Mme B. est assez efficace avec une mémoire kinesthésique et visuelle correcte mais une mémoire verbale chutée, peut-être en lien avec le trouble

phasique. En revanche, la mémoire différée fait défaut concernant la kinesthésie et la sphère verbale.

Mme B. présente une certaine impulsivité et une anticipation. Ceci dit, elle maintient son attention durant toute la durée de la passation et exécute correctement les consignes, ce qui témoigne d'une bonne vigilance. Ses perceptions sont relativement bonnes, qu'elles soient auditives, visuelles ou tactiles. Sa communication est fortement investie, malgré le trouble phasique. Elle semble apprécier l'humour.

Pour conclure, la résidente a obtenu un score de 59.5 sur 102, ce qui la situe dans le troisième écart-type en dessous de la moyenne de son âge. Elle est donc dans un vieillissement psychomoteur sévère au vu de son âge.

f) Projet de soin

Le PASA offre à Mme B. un cadre spatio-temporel très contenant. Son trouble phasique ne doit pas être source d'angoisse ou de frustration, c'est pourquoi elle peut participer à des activités comme l'expression libre. Cette activité est pertinente pour Mme B. car elle ne présente pas d'attente d'efficacité particulière : les résidents se retrouvent autour de photos anciennes pour entretenir leur imaginaire. Cela favorisera son intégration sociale d'une part et pourra créer un lien relationnel avec les participants.

Pour conserver sa motricité, il est recommandé pour Mme B. de participer à des activités de prévention des chutes ou de gymnastique douce. Ces activités sont animées par la psychomotricienne de la structure et moi-même.

Enfin, ses praxies pourraient être mobilisées dans les activités créatives ou culinaires. Cela permettrait une revalorisation de sa personne, de lui redonner confiance. Elle a signifié apprécier le jardin et la couture, ce qui pourrait être exploitable en activité afin de joindre l'utile à l'agréable.

L'accompagnement individuel en salle multi-sensorielle avec par exemple du toucher massage semble adapté afin de réduire son hypertonie et lui permettre une détente globale ainsi qu'un apaisement. En effet, ses troubles du comportement, manifestés par de l'agressivité, pèsent sur le groupe. Ainsi, le toucher thérapeutique pourrait agir sur ces troubles, avec pour objectif d'atteindre une détente corporelle pour aller vers un apaisement psychique.

L'intérêt de la psychomotricité dans ce cas pourrait être la renarcissisation et la valorisation de Mme B. en lui proposant des activités où elle sera en réussite. De plus, la spécificité du psychomotricien dans l'accompagnement des personnes âgées démentes est la considération de la personne dans sa globalité, comme un être de désirs et d'affects.

g) Activité spécifique : le toucher thérapeutique

Au vu des conclusions du bilan psychomoteur et du projet de soin de Mme B., je lui propose une séance de psychomotricité tous les jeudis, durant quarante-cinq minutes. Les objectifs sont donc l'étayage du réinvestissement de son unité psychocorporelle et l'apaisement des troubles du comportement. La séance se base sur du toucher thérapeutique.

Le toucher thérapeutique, comme nous l'avons vu, se nourrit du contact, qu'il soit direct ou indirect. Il agit grâce à un relâchement musculaire, aux stimulations sensorielles, au dialogue tonico-émotionnel et aux phénomènes psychocorporels.

Il touche à la fois au corporel et au psychisme. Chez la personne âgée, le toucher massage permet l'intégration de sensations afin de réinvestir le corps en tant qu'unité psychocorporelle dans un cadre contenant.

Le toucher thérapeutique présente des bénéfices tels que la diminution des tensions, la création de lien, l'amélioration de la confiance en soi, la restructuration du schéma corporel et permettre ainsi la verbalisation des maux.

Mme B. est au PASA la première fois que je viens à sa rencontre dans le but de lui proposer un temps de toucher thérapeutique dans la salle multi-sensorielle. Dans cette salle, est pratiquée une approche Snoezelen. L'approche Snoezelen (mot issu de la contraction de « snuffelen » signifiant « explorer, sentir » et « doezelen » qui signifie « somnoler ») est une invention néerlandaise, datant des années 1970. Cette terminologie laisse deviner deux objectifs de la thérapie : la stimulation sensorielle permettant la communication avec le monde extérieur et la relaxation favorisant le bien-être. Dans l'établissement, il s'agit d'une salle multi-sensorielle constituée d'un équipement spécifique : lumière, musique, matières à toucher. Ce lieu est indiqué pour la pratique du toucher thérapeutique car il confère un environnement propice à la détente.

J'explique donc à Mme B. ma proposition, qu'elle accepte avec plaisir, encore une fois heureuse du privilège d'être en individuel. Nous nous installons dans la salle multi-sensorielle où elle choisit le fauteuil confort, et je lui fais quelques propositions d'ambiance (lumières, musique) qui semblent l'indifférer. Elle m'apparaît souriante et curieuse. Pour la première séance, je lui propose d'utiliser une balle à picots comme médiateur, afin d'être moins intrusive. J'essaie d'instaurer un climat de confiance afin de soigner l'alliance thérapeutique entre Mme B. et moi. Elle investit premièrement beaucoup la sphère verbale (elle me confie souffrir de la solitude), ce qui l'énerve de par sa recherche de mots. Cela augmente son tonus. Après l'avoir aidée à se détendre en s'éloignant de cette sphère verbale, Mme B. sourit, ferme les yeux et me fait des compliments sur mon massage, ce qui me fait dire qu'elle semble apprécier le moment. Elle s'inquiète au bout de quelques minutes de manquer le repas.

Lors des séances suivantes, je fais un massage des mains et des bras avec une crème. J'ai pratiqué par ailleurs un massage des pieds, mais Mme B. m'a signifié être chatouilleuse et ne pas apprécier. Par l'intermédiaire du toucher thérapeutique, le corps redevient souvent une source de plaisir. La personne âgée ressent l'enveloppement, la contenance. Le schéma corporel est mieux intégré ainsi que les sensations corporelles de manière générale. De par une connaissance de plus en plus précise des habitudes de Mme B. dans la salle multi-sensorielle, j'ai pu personnaliser ma séance et faire des propositions adaptées à ses envies (présence de la poupée empathie, d'une peluche en forme de chat, d'une couverture lestée).

Mme B. a du mal à exprimer ses ressentis à cause de son trouble phasique. Cependant, ce qu'elle parvient à dire est positif. La qualité de la relation dans ces moments m'a semblée privilégiée avec une Mme B. attentive, réceptive et tournée vers l'Autre.

La détente de Mme B. est notable de manière objective en chaque fin de séance : ses muscles sont relâchés, son visage détendu et elle respire plus lentement. Le cadre contenant et sécurisant de la salle lui convient.

h) L'évolution dans le temps au sein du PASA

Tout au long de mon stage, j'ai pu observer Mme B. à raison d'un jour par semaine. J'ai ainsi pu voir une évolution dans son comportement. En effet, Mme B. est devenue de plus en plus possessive avec son amie, Mme S., ce qui la rend agressive envers les autres résidents et soignants. Cela peut rendre plus difficile les interactions dans le cercle fermé du PASA. Cette relation amicale a semblé prendre le dessus sur les intérêts personnels de Mme B., qui, à part les activités individuelles avec les soignants comme évoquées précédemment, ne souhaite pas participer seule à des ateliers, nous questionnant sur ses motivations intimes.

Cela dit, Mme B. voit ses troubles du comportement de type angoisses fortement diminués, d'après les soignants. Elle montre moins d'opposition et d'irritabilité au cours de la journée.

Conclusion

L'apport de la psychomotricité auprès de Mme B. a pris des formes diverses. Nous avons travaillé sur sa relation avec elle-même par le biais de la détente psychique et physique. Au travers de nos séances de toucher thérapeutique, j'ai tenté de lui faire émaner chez elle un ressenti corporel de détente. De plus, j'ai cherché à obtenir une certaine prise de conscience corporelle, avec une image du corps valorisée.

Le cadre apaisant et sécurisant a permis à Mme B. un apaisement. Dans le temps, l'objectif pourra être une généralisation de cet apaisement au quotidien.

Mme B. en étant mieux dans son « être », elle pourra peut-être avec le temps mieux accepter et s'adapter à certaines situations, ce qui pourra avoir comme effet une réduction de l'agressivité dont elle peut faire preuve.

Comme nous l'avons vu, la globalisation des sensations avec le toucher thérapeutique peut avoir un effet renarcissant. Cet effet pourra avoir des vertus concernant la souffrance de Mme B., par exemple son manque de confiance en elle ainsi qu'en ses capacités.

Il m'a parfois été difficile d'adapter mon comportement avec Mme B. Je me suis en effet retrouvée en difficulté lors de ses moments agressifs, surtout quand ils étaient dirigés contre moi. De plus, lors de ses moments de tristesse, j'ai douté de moi quant au réconfort que je pouvais lui apporter. J'ai aimé être dans cette position, car elle m'a obligée à réfléchir sur des alternatives et à sortir d'une zone de confort.

Être auprès de Mme B. m'a permis une réflexion sur la psychomotricienne que je voulais être. Proposer des séances de toucher avec cette dame a été très formateur pour moi et a surtout tissé du lien, du moins de mon côté, avec la résidente. J'ai aimé me poser des questions, essayer des choses, avoir des retours sur ma pratique. J'ai réalisé que j'étais à l'aise avec la médiation du toucher thérapeutique et qu'elle faisait sens pour moi. En effet, je trouve par exemple très valorisant d'observer que la personne, à vue d'œil, se détend. Il est vrai qu'avec ce public j'ai eu parfois du mal à voir les bénéfices de ma pratique, donc, assez égoïstement, être valorisée par un « résultat » m'a plu.

En construisant ce mémoire et en faisant des liens théoriques concernant le toucher thérapeutique, je comprends mieux certaines choses, comme par exemple la notion de « holding » ou même l'aspect régressif de l'approche.

CONCLUSION

Dans ce mémoire, ma réflexion s'est portée sur l'approche du toucher thérapeutique, l'outil qu'il représente pour le psychomotricien en quête d'un soulagement de la douleur chez la personne âgée démente.

Le psychomotricien voit l'individu et sa douleur dans une approche globale. Il ne considère pas la douleur comme isolée à une zone corporelle par exemple mais plutôt comme un tout.

Le toucher est le dernier sens à disparaître, faisant de lui un lien privilégié intergénérationnel et donc une médiation très utilisée avec la personne âgée. Le psychomotricien y associe par exemple des objectifs de réinvestissement psychocorporel et de diminution de l'hypertonie. Ces deux points sont des axes de prise en soin avec les patients douloureux chroniques.

Dans le cas de démences, l'expression de la sensation douloureuse est parfois plus subtile. Cette sensation peut transparaître via des troubles du comportement.

En EHPAD, la thérapie psychomotrice est partie prenante d'un projet pluridisciplinaire. Même si la douleur compromet parfois la relation à l'autre, la psychomotricité tente de redonner à la relation ainsi qu'à la recherche de plaisir et de bien-être les places qu'ils méritent.

La crise sanitaire actuelle a pu exclure le toucher pour favoriser une mise à distance. Nous avons ainsi pu nous rendre compte, en raisonnant à l'opposé, de la nécessité de ces contacts chez la personne âgée. En effet, le toucher avec ses vertus apaisantes a manqué en cette période anxiogène. Ayant réalisé mon stage entièrement dans ce contexte tout particulier, je n'ai pas pu observer la spontanéité de l'acte de toucher, car il est à présent encadré par des normes d'hygiène.

BIBLIOGRAPHIE

- Albaret, J., Aubert, E., & C. (2003). *Vieillesse et psychomotricité* (French Edition). Solal Editeurs.
- Andre, P., Benavides, T., Canchy-Giromini, F. (1996). *Corps et psychiatrie*. Editions Heures de France. 167-170.
- Anzieu, D. (1974). Le moi-peau. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 9(19), 5-208
- Aubert A. (1996) *La douleur*. Paris, PUF, 212.
- Amire, A. (2017). Chapitre 7. Démences et troubles psychotiques. In *Démence et perte cognitive*: Vol. 2e éd. 101-111.
- Ballouard, C. (2011). *L'aide-mémoire de psychomotricité*. Dunod. 150.
- Ballouard, C. (2006). *Le travail du psychomotricien* (2e édition. ed., Psychothérapies). Paris (France): Dunod.
- Bachollet, M-S., Marcelli, D. (2010) *Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements*, Enfances et psy, Numéro 49, 14-19
- Bonneton-Tabariés, F. et Lambert-Libert, A. (2013). *Le toucher dans la relation soignant-soigné* (3e édition actualisée et augmentée.). Éditions Med-Line.
- Chahbazian, M. (2011). *Entre l'âme et le corps, douleur et maladie*, 139-158.
- Corraze, J. (1980). *Les communications non-verbales*. Le Psychologue. 13
- Delamarre, C. (2014). *Alzheimer et communication non verbale*. Dunod.

Del Volgo M.-J. (2003) *La douleur du malade*. Ramonville Saint-Agne, Erès, 71.

Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps* (Seuil/Psychanalyse.) Seuil.

Ferreira, É. (2011). Démence et fonction de contenance dans les unités protégées. *Cliniques*, N° 1(1), 110-124.

Guédeney, N., Guédeney, A. (2015). *L'attachement : approche théorique*. Edition Elsevier Masson.

Hall, E. T. (1994). *La dimension cachée*. Points Essais.

Kalfat, H., & Sauzón, H. (2009). *L'ergothérapie auprès des personnes âgées*. Solal Editeurs.

Le Bars, D. (2010). Chapitre 1 - Douleur de l'homme, douleur de l'animal. Dans : Jean-Luc Guichet éd., *Douleur animale, douleur humaine: Données scientifiques, perspectives anthropologiques, questions éthiques* (pp. 20-41). Versailles, France: Éditions Quæ.

Le Breton, D. (2010). Douleur et sens : les modulations de la souffrance. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 11(4), 177-181.

Le Breton, D. (2012). 4. La construction sociale de la douleur. In *Anthropologie de la douleur* (p. 107-160). Éditions Métailié

Marcelli, D. (2007). Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : la surprise dans l'interaction mère-bébé. *Spirale*, 4(4), 123-129.

Montani, C., & Ruffiot, M. (2009). L'image du corps à l'épreuve de la démence. *Cliniques méditerranéennes*, 79(1), 103.

Montagu, A., Erhel, C., & Leboyer, F. (2014). *La peau et le toucher un premier langage*. Paris (France): Éditions du Seuil, 265-267

Linx, P. (2005). *La Revue de Gériatrie, Douleur et Personne âgée*. Tome 30, supplément C.

Personne, M. (2003). *Les chaos du vieillissement*. Toulouse, France: Érès.

Potel, C. (2019) *Être psychomotricien*. Edition Érès.

Richard, J., & Mateev-Dirkx, E. (1996). *Psychogérontologie (Médecine et psychothérapie)* (ELSEVIER-MASSON éd.). MASSON, 12

Ricoeur, P. (1994) La souffrance n'est pas la douleur. *Souffrances. Corps et âmes, épreuves partagées*. Ed. Autrement (p.59)

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, p.97.

Rousseau, D. & Duverger, P. (2011). L'hospitalisme à domicile. *Enfances & Psy*, 1(1), 127-137.

Schilder, P. (1950). *L'image du corps*, Paris, Gallimard

Thibault, P., & Moreaux, T., (2007). La place des méthodes psychocorporelles dans la prise en charge de la douleur provoquée par les soins chez l'enfant, l'adulte et la personne âgée [Conférence]. Douleur provoquée par les soins, Paris.

Winnicott, D. W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (Vol. 1969), pp. 285-291. Payot Paris

<https://medecine.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2018/12/Decret-de-competence-du-psychomotricien.pdf>

<http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2015-08-17/criteres-diagnostiques-demence-trouble-neurocognitif-majeur>

<https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/s%C3%A9nilit%C3%A9/16063>

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillessement/81927?q=vieillessement#80959>

http://www.reseaudouleurfc.fr/doc/enseignement/Historique_douleur_2009.pdf

<https://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur/>

<https://www.ensembleprevenonsladerpendance.fr/prevenir-la-dependance/quest-cest-fragilite/>

https://www.aspfondatrice.org/wp-content/uploads/2016/03/Charte_2008.pdf

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	2
INTRODUCTION.....	3
PARTIE 1 : LA DOULEUR	5
1. DEFINITIONS	5
2. HISTOIRE DE LA DOULEUR.....	6
3. LES QUATRE COMPOSANTES DE LA DOULEUR	9
A) COMPOSANTE SENSORIELLE	9
B) COMPOSANTE AFFECTIVE ET EMOTIONNELLE	11
C) COMPOSANTE COGNITIVE	11
D) COMPOSANTE COMPORTEMENTALE.....	12
4. DIFFERENTS TYPES DE DOULEURS.....	13
A) CHRONIQUES/AIGUES	13
B) SOUFFRANCE/DOULEUR	15
PARTIE 2 : LES VIEILLISSEMENTS.....	17
1. LE VIEILLISSEMENT NORMAL.....	17
A) LA PHYSIOLOGIE	18
B) LE PLAN COGNITIF	19
C) LE PLAN PHYSIQUE.....	21
D) LE PLAN PSYCHO-AFFECTIF	22
E) LE PLAN PSYCHOMOTEUR.....	23
2. UN VIEILLISSEMENT PATHOLOGIQUE : LA DEMENCE.....	24
A) DEFINITIONS ET GENERALITES	24
B) LES TROUBLES PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENTAUX	27
PARTIE 3 : LA PRISE EN SOIN DE LA DOULEUR	31
1. L'EXPRESSION DE LA DOULEUR.....	31
A) LA COMMUNICATION VERBALE DE LA DOULEUR.....	31
B) LA COMMUNICATION NON VERBALE DE LA DOULEUR.....	34
2. LA PRISE EN SOIN DE LA DOULEUR.....	36
A) GENERALITES ET BASE DES TRAITEMENTS	36
B) APPROCHE NON MEDICAMENTEUSE.....	38
3. LA RELATION SOIGNANT/SOIGNE	40
4. APPORTS SPECIFIQUES DE LA PSYCHOMOTRICITE.....	42
PARTIE 4 : L'APPORT DU TOUCHER THÉRAPEUTIQUE	45
1. LA PEAU COMME ENVELOPPE	45

A)	LES CARACTERISTIQUES	45
B)	LES FONCTIONS.....	46
2.	LE SENS DU TOUCHER	47
A)	ONTOGENESE	47
B)	SPECIFICITES DU TOUCHER	48
C)	LE TOUCHER DANS LA RELATION ET LE SOIN	49
3.	LES SEANCES DE TOUCHER THERAPEUTIQUE.....	49
A)	LE CADRE.....	49
B)	INDICATIONS ET MODES D' ACTIONS EN PSYCHOMOTRICITE	52
C)	RAPPORT SPECIFIQUE A LA DOULEUR.....	57
D)	LES PRECAUTIONS ET LIMITES DU TOUCHER	59
4.	ÉTUDE DE CAS : MME B.	61
	INTRODUCTION	61
A)	PRESENTATION DU LIEU DE STAGE	61
B)	HISTOIRE DE VIE.....	62
C)	UNE RELATION PARTICULIERE	65
D)	LA PREMIERE RENCONTRE	66
E)	BILAN PSYCHOMOTEUR	66
F)	PROJET DE SOIN	68
G)	ACTIVITE SPECIFIQUE : LE TOUCHER THERAPEUTIQUE	69
H)	L'ÉVOLUTION DANS LE TEMPS AU SEIN DU PASA.....	71
	CONCLUSION	71
	CONCLUSION	73
	BIBLIOGRAPHIE	74