



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Docteur Xavier PERROT

« Touchez-moi, j'ai mal » : la place du toucher thérapeutique en psychomotricité dans l'accompagnement de la douleur chronique chez la personne âgée

**Mémoire présenté pour l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien**

Par : Alexine NEUGNOT

Juin 2021 (Session 1)

N°1653

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Docteur Xavier PERROT

« Touchez-moi, j'ai mal » : la place du toucher thérapeutique en psychomotricité dans l'accompagnement de la douleur chronique chez la personne âgée

**Mémoire présenté pour l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien**

Par : Alexine NEUGNOT

Juin 2021 (Session 1)

N°1653

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique
Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services
M. ROLLAND Pierre

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyen **Pr. RODE Gille**

U.F.R d'Odontologie
Directrice **Pr. SEUX Dominique**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux
Doyenne **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directrice **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Président **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine
Directrice **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. Faculté des Sciences et
Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

U.F.R. Faculté des Sciences
Administrateur provisoire
M. ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

U.F.R. Biosciences
Administratrice provisoire
Mme GIESELER Kathrin

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education (E.S.P.E.)
Administrateur provisoire
M. Pierre CHAREYRON

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T.LYON 1)
Directeur **M. VITON Christophe**

2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques
M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD
Psychomotricienne

Responsable des stages
Mme Christiane TANCRAÏ
Psychomotricienne

Secrétariat de scolarité
Mme Lynda ABDELMOUMNAOUI

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Marine, ma maître de mémoire et référente, pour son soutien et ses conseils dans l'élaboration de cet écrit, ainsi que pour les riches réflexions que nous avons pu mener ensemble.

Je remercie Natacha, ma maître de stage pour quelques temps, de m'avoir accompagnée au début de l'année et d'avoir su me faire confiance auprès des différents patients rencontrés.

Un grand merci à Estelle pour sa disponibilité, sa confiance et son engagement tout au long de cette dernière année de formation.

Je remercie plus globalement les différents psychomotriciens et patients rencontrés au cours de mes trois années de formation, qui ont tous contribué, de près ou de loin, à la construction de mon identité professionnelle. Merci également à toute l'équipe pédagogique pour leur accompagnement.

Je tiens également à remercier ma famille pour leur présence et leur soutien indéfectible tout au long de cette dernière année de formation. Merci d'avoir toujours cru en moi.

Je remercie Loïse pour ses relectures attentives et pour m'avoir toujours accompagnée dans tous mes projets.

Je voudrais remercier ma promotion et mes amies, pour la solidarité qui s'est construite au fil de ces trois années, et encore plus en cette période particulière. Je les remercie sincèrement d'avoir été là et d'avoir évolué ensemble, sur le même chemin. Je souhaite qu'ils s'épanouissent tous dans ce merveilleux métier, qui nous rassemble depuis au moins trois ans.

Enfin, je terminerai par remercier particulièrement Emma et Lisa qui m'ont été d'un énorme soutien tout au long de la formation, malgré de nombreux doutes. Merci pour votre écoute et votre bienveillance.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PARTIE THÉORIQUE.....	3
1 Le vieillissement.....	3
1.1 Les pertes.....	3
1.2 Les modifications de l’image du corps.....	5
2 Le toucher.....	6
2.1 Définition : la peau et le toucher.....	6
2.2 L’évolution du toucher au cours de la vie	8
2.2.1 Au cours de la grossesse	8
2.2.2 La naissance et l’enfance : le rôle du <i> Holding </i> et du <i> Handling </i>	8
2.2.3 L’adolescence, l’âge adulte et le vieillissement.....	10
2.2.4 Le toucher en institution	11
2.2.5 Le dialogue tonico-émotionnel.....	12
2.3 Le Moi-Peau	13
2.4 Fonctions, cadre et limites du toucher thérapeutique	14
3 La douleur.....	16
3.1 Définition et classification	16
3.2 Les mécanismes physiologiques.....	18
3.3 La douleur et le vieillissement.....	19
PARTIE CLINIQUE.....	21
1 Présentation du lieu de stage.....	21
1.1 L’EHPAD	21
1.2 Ma place de stagiaire	22
2 Présentation de Mme V	22

2.1	Présentation générale et anamnèse.....	22
2.2	Bilan psychomoteur.....	24
2.3	Projet de soin en psychomotricité.....	25
3	Les séances de psychomotricité	26
3.1	Première rencontre	26
3.2	Une grande souffrance psychique.....	27
3.3	Une douleur physique importante.....	30
3.4	Un besoin d'enveloppe	33
3.4.1	Une enveloppe tactile	33
3.4.2	Une enveloppe verbale.....	35
3.4.3	Une enveloppe auditive.....	36
	PARTIE THÉORICO-CLINIQUE.....	38
1	Un besoin d'être touché.....	38
1.1	Régression du toucher.....	38
1.2	Invitation au dialogue tonico-émotionnel.....	40
2	Le toucher et la douleur.....	42
2.1	Quand la douleur tient compagnie	42
2.2	Limites de la prise en charge.....	45
3	Toucher pour se retrouver.....	48
3.1	La réappropriation d'un corps plaisir.....	48
3.1.1	Avoir confiance en son corps	48
3.1.2	Une régulation tonique plus harmonieuse	51
3.2	L'étayage psychocorporel du psychomotricien	52
	CONCLUSION.....	57
	BIBLIOGRAPHIE

LEXIQUE

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressource

ASH : Agent de Service Hospitalier

CANTOU : Centre d'Activités Naturelles Tir es d'Occupations Utiles

EAPA : Enseignante en Activité Physique Adapt e

EHPAD :  tablissement d'Hébergement pour Personnes  g es Dépendantes

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

INTRODUCTION

Pour ma troisième et dernière année de formation en psychomotricité, j'ai choisi de faire l'un de mes stages en gériatrie, clinique qui restait encore inconnue pour moi. C'est avec beaucoup de curiosité que j'ai commencé ce stage en septembre, dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Le travail du psychomotricien auprès de la clinique des âgés m'a toujours intrigué car je n'avais aucune idée de ses modalités d'intervention auprès de ce type de patients.

Mon premier jour de stage a été particulièrement marqué par la rencontre avec Mme V, âgée de 84 ans. Je rencontre d'abord cette patiente au travers des mots de ma maître de stage. Elle me présente Mme V comme une dame dont la problématique principale est la douleur. Elle caractérise cette douleur de « psychosomatique » et l'emploi de ce mot m'interpelle déjà. Que veut-elle dire par l'usage de cet adjectif ? Je rencontre par la suite Mme V dans sa chambre. Je découvre une dame extrêmement frêle, qui semble souffrir énormément. Elle m'investit tout de suite très bien dans la séance, elle me donne l'impression que nous nous connaissons déjà. Cet investissement qu'elle a vis-à-vis de moi me questionne sur l'aspect relationnel. Pourquoi vouloir investir autant une nouvelle personne ?

La douleur, mentionnée préalablement par ma maître de stage, prend tout son sens lorsque je vois le corps de Mme V. Une hypertonie scapulaire domine, face à ses membres inférieurs qui paraissent d'une extrême fragilité. Cette dichotomie m'amène à m'interroger sur son enveloppe corporelle. Tout son corps est soumis à des tremblements involontaires au repos. Comment investit-elle son corps ?

Lors de mon premier jour de stage, la séance de relaxation par le toucher thérapeutique apaise totalement ses tremblements, et son état tonique s'abaisse. Son hypertonie scapulaire, bien que toujours présente, paraît moins douloureuse. La médiation du toucher thérapeutique me questionne immédiatement. Quels en sont les effets sur la douleur ? En quoi permet-elle d'apaiser les tensions corporelles ?

Face à la complexité du vécu corporel de Mme V et à ses douleurs permanentes, je me suis alors interrogée sur la place et le rôle du toucher en psychomotricité auprès de la personne âgée douloureuse. **Comment le toucher thérapeutique en psychomotricité peut-il ramener une unité psychocorporelle à la personne âgée, quand la douleur chronique, en lien avec le vieillissement fait vaciller la vie physique et psychique ?**

Dans une première partie théorique, je définirai le vieillissement ainsi que ses conséquences sur le corps du sujet âgé. Ensuite, je développerai la notion du toucher et son évolution au cours de la vie, ainsi que ses modalités d'utilisation. Enfin, je définirai la douleur d'abord d'un point de vue général, pour ensuite la mettre en lien avec le vieillissement.

La seconde partie de cet écrit sera ma partie clinique dans laquelle je développerai le cadre de ma première rencontre avec Mme V. Je détaillerai également toutes mes observations et hypothèses cliniques que j'ai pu élaborer tout au long des différentes séances de psychomotricité auxquelles j'ai pu assister durant mon stage.

Je terminerai enfin, dans ma partie théorico-clinique, par une réflexion autour de l'apport du toucher dans l'accompagnement de la douleur chronique chez la personne âgée. Je tenterai ainsi de répondre à mon questionnement général et j'aborderai également les limites de la prise en charge de Mme V.

PARTIE THÉORIQUE

1 Le vieillissement

Chaque individu est unique, avec sa propre histoire de vie, sa personnalité et ses propres choix. De ce fait, le vieillissement sera différent pour chaque individu et sera spécifique pour une personne donnée.

D'après Le Rouzo (2008, p. 19), « le vieillissement biologique, ou vieillissement « primaire », concerne les modifications qui rendent le fonctionnement des organismes moins performant au fil des années et qui les conduisent naturellement à la mort. » Des déclin physiologiques sont visibles au fil de l'avancée dans l'âge. Chaque personne entrant dans le processus de vieillissement va donc se confronter à des pertes plus ou moins importantes, l'obligeant à remanier certains schémas de vie auxquels elle s'était jusque-là accoutumée. Ces pertes entraînent également d'importantes modifications des capacités corporelles et psychiques.

1.1 Les pertes

La société d'aujourd'hui prône une éternelle jeunesse, avec une dévalorisation du vieillissement. Le corps est idéalisé dans toutes ses capacités. Toutefois, la réalité biologique ramène le corps dans le présent, avec le déclin de ses capacités au fil du temps qui passe. Ainsi, l'avancée dans l'âge fait prendre conscience de certaines altérations. D'ailleurs, Lahaye (2014, p. 48) explique qu'aujourd'hui, le vieillissement est généralement associé aux pertes.

Le corps perd d'abord des capacités fonctionnelles. Les articulations s'enraidissent ou deviennent fragiles, avec un risque de fracture osseuse élevé. Le corps, marqué par une perte musculaire, devient une entité fragile pour la personne âgée, qui n'ose plus bouger au risque de se blesser. La marche, qui devient hésitante, est donc altérée, avec une dépendance plus ou moins marquée au niveau des déplacements. De même, les mouvements sont impactés dans leur amplitude, leur aisance et leur fluidité.

À ces pertes fonctionnelles, s'associent des pertes sensorielles. Chaque sens est altéré dans sa fonction principale, entraînant une désafférentation sensorielle. L'acuité visuelle et l'audition tendent à diminuer, la sensibilité cutanée et les récepteurs plantaires sont altérés, le goût et l'odorat sont amoindris (Juhel, 2010, p. 9-10). Le corps peut devenir douloureux, accentué par un vécu pénible. La sensorialité est donc mise à mal dans le vieillissement, ayant pour conséquences de nombreux retentissements sur le corps et le psychisme.

Le vieillissement provoque également des pertes cognitives, notamment au niveau de la vitesse de traitement de l'information qui est diminuée, et le temps de réaction qui est allongé. Le réseau neuronal est ralenti. De même, la mémoire immédiate est moins efficace avec le vieillissement, mais la mémoire des faits anciens est plus ou moins conservée (Juhel, 2010, p. 11-13).

Enfin, le plan social n'est pas épargné des effets de la vieillesse. La sensorialité étant altérée, elle peut provoquer un isolement social à cause de la diminution des capacités. Ceci se traduit par un repli sur soi, un sentiment de solitude, et des échanges qui s'appauvrissent. De plus, la personne âgée subit des changements importants au niveau de sa vie sociale. Le(la) conjoint(e) et les amis vieillissent également, certains tombent malades voire décèdent. Les enfants quittent le domicile, ce qui peut renvoyer un sentiment d'inutilité. Ceci peut être renforcé par l'entrée en retraite qui remet en question l'identité professionnelle. La dépendance grandissante de la personne âgée peut engendrer une entrée en institution, provoquant ainsi de brusques changements dans son mode de vie.

Le corps évolue au fil des années, notamment au niveau cutané. La peau est le témoin direct de nos diverses expériences de vie, de nos diverses émotions. Elle est le reflet de notre identité et de notre histoire. Au cours du vieillissement, la peau perd de son élasticité et change d'aspect. Elle devient transparente, se ride et des taches brunes peuvent apparaître (Juhel, 2010, p. 10).

Les cheveux vont également subir des changements. Ils vont blanchir et la production va diminuer, entraînant une perte graduelle des cheveux (Juhel 2010, p. 10). L'apparence physique, n'est plus la même qu'avant : le dos se voûte, la vitesse de déplacement diminue. L'image renvoyée à l'autre est donc l'image d'une personne qui devient de plus en plus fragile, d'une personne vieillissante.

Ces pertes, qui touchent la globalité du sujet, sont toutefois variables d'un individu à l'autre, et ne sont pas toutes présentes pour un même individu au même moment.

Le processus de vieillissement consisterait donc en la capacité d'adaptation de chaque sujet face aux changements corporels, cognitifs et sociaux qu'il va subir au cours de l'avancée dans l'âge. C'est en cela que le vieillissement est propre à chacun. Prendre en compte ces changements, c'est renoncer à sa vie d'avant, aux désirs et aux activités de la jeunesse. C'est aussi prendre conscience de sa propre finitude, de sa propre mort. Ainsi, la vieillesse s'accompagne souvent de souffrances psychiques, liées à la modification des capacités corporelles et cognitives.

1.2 Les modifications de l'image du corps

Dolto (1984, p. 22-23) décrit l'image du corps comme « la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles » en lien avec le corps et comme le « support du narcissisme ». Ainsi, elle est unique pour chaque sujet et dépend de son histoire.

Au cours du vieillissement, la réalité biologique du corps de l'individu se confronte à l'image de son propre corps. En effet, même si nous voulons occulter l'avancée dans l'âge, c'est l'apparence physique qui fait prendre conscience du temps qui passe. Il y a alors un réel décalage entre le corps réel et le corps perçu. Ainsi, l'image de soi est altérée par tous les changements qui s'opèrent.

D'abord, le corps n'est plus le même qu'avant, il n'a plus les mêmes capacités fonctionnelles, les mêmes capacités de séduction. Au niveau affectif, l'activité sexuelle est réduite (Juhel, 2010, p. 10) ce qui peut engendrer un profond changement dans la vie de couple. Les troubles cognitifs peuvent entraîner un oubli de son histoire personnelle, ce qui met à mal l'identité du sujet.

Aujourd'hui, la société valorise le corps jeune, beau et puissant. Le vieillissement n'a pas sa place et le regard social qui en découle est d'ailleurs assez négatif. L'image du corps des personnes âgées ne peut alors qu'être atteinte à cause de la dévalorisation du vieillissement. De plus, il y a une « discordance entre apparence et intériorité, car il y a désaccord entre l'apparence extérieure, l'image de soi que le sujet porte à l'intérieur de lui-même et l'image telle qu'elle apparaît dans le miroir ou dans le regard de l'autre, avec toutes les représentations sociales qui y sont attachées » (Korff-Sausse, 2001, cité par

Korff-Sausse, 2014, p. 23). En effet, l'image qu'on a de soi peut être en décalage avec l'image que notre corps renvoie. Ce sont les changements corporels, les pertes de certaines capacités qui permettent de prendre conscience du vieillissement du corps.

Tous ces changements entraînent une modification de l'image corporelle et de l'investissement de son propre corps, avec une perte de certains repères. Le vécu corporel se voit donc bouleversé. « Le corps est perçu comme défaillant, et une baisse de l'estime de soi est ressentie » (Charpentier, 2014, p. 11).

2 Le toucher

Dans cette partie théorique et au cours de cet écrit, j'emploierai le mot « mère » pour toute figure maternelle s'étant occupée du nourrisson et de l'enfant, comme figure d'attachement primaire. Cette expression est non-réductrice à la simple mère.

2.1 Définition : la peau et le toucher

L'organe qui permet le sens du toucher est la peau. D'après le dictionnaire le Larousse en ligne (s.d.), la peau est un « organe constituant le revêtement extérieur du corps de l'homme et de beaucoup d'animaux ». Elle est comparable à une enveloppe. La peau assure quatre fonctions physiologiques qui sont celles de protection, de sensorialité, de régulation thermique et de fonction métabolique (Montagu, 1979, p. 11).

La peau est le reflet de nos émotions : elle peut rougir sous l'effet de la honte ou de la timidité, elle peut devenir pâle sous l'effet de la maladie. Elle est le témoin direct de nos affects. Elle est également stimulée de manière permanente tout au long de la vie, par le contact qu'elle établit constamment avec le monde environnant. À la surface du corps, les récepteurs sensoriels tactiles sont répartis inégalement. En effet, certaines zones corporelles comme la bouche et la pulpe des doigts sont riches en capteurs afin de discriminer les sensations le plus finement possible.

La peau va donc permettre à l'individu de communiquer avec le monde extérieur et ainsi lui permettre de se structurer corporellement et psychiquement.

D'après le dictionnaire le Larousse en ligne (s.d.), le toucher est un « sens par lequel sont reçues les informations sur l'environnement qui sont perçues par contact cutané direct ». Toujours d'après ce même dictionnaire, c'est aussi « émouvoir quelqu'un, faire impression sur sa sensibilité ». Ainsi, le toucher comporte deux aspects. Le premier est un aspect physique : nous touchons le monde avec notre corps, nos mains. Nous établissons un contact tactile avec l'environnement. Le second aspect est un aspect émotionnel. Nous pouvons être touchés émotionnellement par une situation, un évènement, une personne. Il y a alors un réel lien entre toucher et émotions.

De plus, le toucher ne relève pas seulement de l'ordre du tactile mais regroupe tous les autres sens. Nous pouvons être touchés par ce que nous voyons, ce que nous entendons, ce que nous sentons à l'odeur, ce que nous goûtons...

Montagu (1979, p. 14) rappelle qu'« un être humain peut vivre aveugle, sourd et manquer totalement de goût et d'odorat, mais il ne saurait survivre un instant sans les fonctions assurées par la peau ». Ainsi, le sens du toucher semble être fondamental à la survie du sujet, notamment dans le cas de la perception de la douleur. De même, le toucher est l'un des seuls sens pouvant pallier certaines déficiences sensorielles.

Dans le toucher, ce sont deux corps qui se touchent. Prayez (2002, p. 111) souligne qu'« on ne peut toucher autrui sans être touché soi-même ». Ainsi, le contact tactile implique une réciprocité du toucher, mais également une transmission d'informations (émotions, message tonique) entre la personne touchée et la personne qui touche. Le toucher est donc forcément messenger et peut prendre différentes formes : toucher amical, sexuel, professionnel, thérapeutique... Mais aussi violent, doux, agressif, intrusif...

Ainsi, le toucher est créateur de relations depuis le début de la vie, et ce, jusqu'à la mort de l'individu.

2.2 L'évolution du toucher au cours de la vie

2.2.1 Au cours de la grossesse

Le toucher est le premier sens à se développer *in utero*, grâce à la peau qui est le premier organe sensoriel à se former. En effet, la peau de l'embryon commence à s'élaborer avant 8 semaines, et continue de se développer jusqu'à la naissance et bien au-delà. D'après Montagu (1979, p. 10), « il existe une loi générale en embryologie, qui veut que plus une fonction se développe tôt, plus il est probable qu'elle sera fondamentale ». Dans l'utérus, le bébé est sans cesse touché par le liquide amniotique et par les parois utérines au fur et à mesure de sa croissance.

Bien que la peau du bébé se développe de manière précoce, les sensations tactiles ne sont ressenties par le bébé qu'à seulement 5 mois de grossesse. À partir de ce moment-là, une communication par le toucher avec l'environnement extérieur pourra se mettre en place. Cette communication reposera sur des paroles ou des gestes intentionnels de la part des parents, et sur des mouvements de la part du bébé. Ainsi, la figure maternelle et le bébé se touchent corporellement. Ce toucher s'étend au psychisme puisque la mère et le père commencent à entrer en communication avec leur enfant. Ce début de relation amène à la prise de conscience du devenir parent. Plus tard dans la grossesse, ce toucher amènera à la différenciation mère-bébé, puisque les mouvements du bébé se feront ressentir indépendamment des volontés de la figure maternelle. Celle-ci va considérer son bébé comme un petit être à part entière.

2.2.2 La naissance et l'enfance : le rôle du *Holding* et du *Handling*

Au cours de la naissance, le bébé passe d'un milieu aqueux à un milieu aérien. Il ressent pour la première fois l'effet de la pesanteur et de la rupture du contact tactile continu sur son corps. En effet, dans le ventre de la mère, le bébé a un contact permanent avec les parois utérines. À sa naissance, il découvre qu'il y a des moments de toucher avec ses parents, mais également des moments où il se retrouve seul. Les instants de peau à peau avec l'un de ses parents lui permettront de retrouver des sensations sécurisantes.

Lors de ses premiers jours de vie, le nourrisson est immature et dépend de son entourage pour sa survie. Il a besoin d'être touché et d'être proche de ses parents, qui répondront le plus finement à ses besoins. Les caresses, le portage, les bercements, les

paroles sont essentiels à la survie, à l'épanouissement et au bon développement du bébé car « la stimulation permanente de la peau par l'environnement sert à maintenir son tonus à la fois sensoriel et moteur » (Montagu, 1979, p. 14). De plus, le contact cutané que va exercer la figure maternelle sur le corps de son enfant lors des soins et lors du portage, va lui permettre de développer son système neurovégétatif (Montagu, 1979, p. 49).

Le *Holding* pourrait se définir comme la manière de porter un enfant, aussi bien physiquement que psychiquement. Winnicott (1969, p. 250) explique que le *Holding* comprend les soins apportés au bébé, soins qui sont adaptés et ajustés aux besoins de celui-ci. Le *Holding* comprend également l'attention portée au bébé, la manière dont est porté psychiquement l'enfant par ses parents. L'environnement est alors essentiel pour le portage du bébé et pour la satisfaction de ses besoins.

Le *Handling* correspondrait plutôt au côté sensoriel des soins, à la manière dont la mère touche son bébé corporellement. Ce *Handling* permet à l'enfant de prendre conscience de ses limites corporelles et permet d'inscrire des traces corporelles tactiles, qui détermineront par la suite le rapport qu'aura l'enfant avec le toucher.

Ainsi, par le *Holding* et le *Handling* , le bébé fait l'expérience d'être contenu corporellement par sa mère. Ce contact peau à peau, dans un cadre sécurisant permet à l'enfant d'éprouver sa surface corporelle et donc de se sentir contenu psychiquement. Ainsi, grâce aux soins qui le portent physiquement et psychiquement de manière satisfaisante, le bébé pourra développer son sentiment de sécurité interne car le toucher répond au besoin de sécurité lié à l'attachement. De même, par les soins satisfaisants de la mère, le bébé pourra construire son « sentiment de continuité d'être, base de la force du moi » (Winnicott, 1969, p. 253).

Le toucher est donc indissociable des premiers soins et du portage de l'enfant au début de sa vie et est donc le premier espace développé par l'enfant. Ce toucher va lui permettre de sentir son corps dans un premier temps, puis de le découvrir par lui-même au fur et à mesure, notamment grâce à des expériences sensori-motrices. Cette modalité de toucher va s'inscrire dans le corps de l'enfant et va laisser des traces sensorielles, qui referont surface dans sa vie future. Un défaut de toucher dès la naissance, notamment dans le cas de la prématurité ou d'un handicap, révèle des dysfonctionnements physiologiques et psychologiques. D'ailleurs, Winnicott (1969, p. 250) souligne que « la santé mentale de l'individu [...] s'édifie sur les soins maternels ».

Ce contact tactile réciproque entre la mère et son enfant constitue également une première forme de communication. Le toucher est alors une première forme de langage d'abord émotionnel, puis celui-ci laissera la place par la suite à la communication verbale.

Ainsi, le sens du toucher est essentiel pour le développement harmonieux du corps et du comportement du bébé (Montagu, 1979, p. 30). Le toucher constitue l'un des besoins primaires du bébé nécessaires à son bon développement. C'est par le contact peau à peau avec le corps de sa mère que le bébé va établir ses premiers contacts, pour ensuite s'ouvrir sur le monde environnant. D'ailleurs, c'est avec ses mains que le bébé va explorer son corps, puis ce qui l'entoure, via de nombreuses expériences sensorielles essentiellement tactiles.

Si la figure maternelle a suffisamment porté son enfant et a répondu de manière adéquate à ses besoins de toucher, le corps maternel est et restera une source de sécurité pour l'enfant.

2.2.3 L'adolescence, l'âge adulte et le vieillissement

Le contact physique va progressivement s'amenuiser au fil de la croissance de l'enfant du fait de son autonomie grandissante, pour totalement disparaître lors de l'adolescence. Cette période est marquée par le désinvestissement du toucher. L'adolescent va se construire sur la modalité du toucher qu'il a vécu, soit du côté du plaisir et de la sécurité, soit du côté du déplaisir et de l'insécurité.

En ce qui concerne l'adulte, d'après Potel (2010, p. 126), « sa communication à l'autre, intégrant ou non le toucher, est souvent en écho de la façon dont il a été lui-même touché, enfant. » L'adulte, dans son rapport au toucher, va également se baser sur ses premières relations tactiles, sa manière d'avoir été porté et considéré par son entourage en étant enfant et adolescent.

Bien que la peau devienne fragile avec le vieillissement, le toucher reste l'un des sens qui se conserve le plus longtemps. En effet, si l'un des autres sens fait défaut, comme par exemple la vision ou l'audition, le toucher peut pallier cette déficience. Toutefois, la société détériore l'image du vieillissement, ce qui a un impact direct sur le contact tactile

auprès des personnes âgées, qui ne sont plus touchées (Charpentier, 2014, p. 10). Le corps n'est plus stimulé tactilement, les limites corporelles deviennent alors difficilement perceptibles. Le vécu corporel n'est plus de l'ordre de la globalité, mais plutôt de l'ordre du fractionnement.

Toucher c'est aussi le moyen de s'assurer de la réalité dans le monde qui nous entoure, et cela tout au long de notre vie. Montagu (1979, p. 84) indique que « tout ce que nos autres sens nous font percevoir de la réalité n'est rien d'autre qu'une hypothèse à vérifier par le toucher ». Toucher permettrait de prendre conscience des choses qui nous entourent, et de s'assurer de leur présence réelle. Toucher confirmerait l'existence de l'autre.

2.2.4 Le toucher en institution

La vie en institution signifie vivre en communauté. En effet, dans les institutions et plus particulièrement dans les EHPADs, nombreux sont les résidents qui y vivent de manière permanente. Chaque soignant a un nombre défini de toilettes à faire dans la matinée, selon un temps donné. Ainsi, la contrainte temporelle, le sous-effectif connu des services hospitaliers et la charge de travail qui augmente avec la croissance de la dépendance des résidents, contraignent les soignants à faire au plus vite. Lahaye (2014, p. 58) rappelle d'ailleurs la loi en mentionnant que « les actes définis par la loi sont des actes techniques minutés et non des actes de soin qui incluraient la prise en compte du sujet ». Face à cette notion « d'actes minutés », le sens du toucher et de la relation à l'autre est alors perdu car non investi par manque de temps. Le toucher des soignants lors des toilettes se résume à des gestes techniques et des gestes médicaux appris. Il n'y a pas de temps pour la relation.

Le toucher n'est pas non plus investi en institution auprès des personnes âgées car ne pas toucher, c'est respecter une distance affective qui permet de se protéger. En faisant l'économie des émotions, soigner un patient est plus supportable psychologiquement. C'est ce qu'appelle Lahaye (2014, p.58) « la logique du faire, contre la logique de l'être ». Rester dans le geste technique permet de ne pas s'impliquer émotionnellement dans la relation et constitue donc une barrière affective. Il en va de même avec l'utilisation de gants par exemple. Si les soignants les utilisent c'est d'abord pour une question d'hygiène, mais les

gants permettent encore une fois de se réfugier derrière le geste technique. Il n'y a donc pas seulement la contrainte de temps qui rentre en jeu dans le non-investissement du toucher.

Lorsqu'une personne est douloureuse, le toucher devient immédiatement redouté par certains soignants. Le contact physique est donc évité, par une peur de faire mal. Il reste encore aujourd'hui la notion de tabou du toucher, qui freine beaucoup les soignants à entrer en contact avec les patients. Toutefois, un simple toucher leur suffit parfois à apaiser leurs douleurs.

2.2.5 Le dialogue tonico-émotionnel

Lorsque la figure maternelle touche son enfant, il va se passer un réel échange entre les deux corps. Le contact peau à peau va véhiculer un message. C'est ce que nous appelons le dialogue tonico-émotionnel. Thiveaud (2000, p. 13) le définit comme « l'ensemble des échanges médiatisés par la manière dont l'enfant est tenu, soutenu, maintenu par le parent et la manière dont il va répondre ». Ainsi, le toucher va faire émerger des sensations, des représentations, des états toniques perceptibles par le sujet qui touche. L'état corporel de l'autre peut alors être ressenti au travers de cette main posée sur le corps. Ce contact va permettre un réel ajustement corporel entre les deux personnes, de manière à ce que la relation soit la plus adaptée possible.

Charpentier (2014, p. 12) évoque l'idée que toucher permet d'approcher l'autre. En effet, cette modalité sensorielle constitue un moyen de communication privilégié quand la parole est absente. Toucher n'engage que le corps et permet de véhiculer un message autre qu'un message langagier. Le toucher fait donc appel à la communication infraverbale.

Si nous en revenons au début du développement de l'enfant, celui-ci tente de communiquer uniquement par deux états toniques, que nous appelons la bipolarité tonique. En effet, n'ayant pas la maturité neurologique nécessaire pour le langage, c'est par le biais de son corps que l'enfant va exprimer ses besoins en premier lieu. Il est soit dans une hypertonie qui nécessite la satisfaction immédiate de ses besoins, soit dans une hypotonie qui signifie que ses besoins sont satisfaits. Ainsi, au cours de son développement, le bébé va utiliser son corps pour se faire comprendre de son entourage. La mère va donc ajuster

ses propres états toniques pour être au plus près des besoins du bébé et créer ainsi une résonance corporelle dans son propre corps. Un véritable dialogue s'installe alors entre les deux individus, afin de répondre le plus justement possible aux besoins de l'enfant. La mère, par son corps, va tenter d'être dans une empathie tonique.

« Le tonus est le support de la communication. Il est modulé par les réactions émotionnelles » (Thiveaud, 2000, p. 14). Ces deux phrases employées par l'auteur résument l'essentiel du dialogue tonico-émotionnel. Le tonus est vecteur d'émotions et inversement, les émotions ont une influence sur le tonus. Ces deux notions sont complémentaires et indissociables.

2.3 Le Moi-Peau

Les soins prodigués au bébé lui ont permis de vivre sa peau comme une surface corporelle, sous-tendant les notions de limites et de contenant. Ainsi, le bébé peut faire l'expérience de son intégrité corporelle, toujours dans une relation sécurisante avec sa mère.

D'après Anzieu (1995, p. 61), le Moi-Peau se définit comme « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. ». Il réunit donc deux notions clés : le corps et le psychisme. D'après les fonctions de la peau citées auparavant, la peau serait alors comme une enveloppe qui délimite l'intérieur et l'extérieur et donc qui contient le psychisme.

Le Moi-Peau regroupe huit fonctions que je vais brièvement détailler. La première fonction est celle de maintenance assurée par le *Holding* de la mère. Il permet de faire ressentir au bébé une unité corporelle ainsi qu'une cohésion psychique par la manière dont il est porté par la mère.

La seconde fonction est celle de contenance assurée par le *Handling* de la mère également. Par le toucher que la mère a sur son enfant, ce dernier va pouvoir ressentir et se représenter ses enveloppes corporelles mais aussi leurs limites. Si cette fonction est défaillante, le sujet va tenter de trouver une « écorce substitutive dans la douleur physique ou dans l'angoisse psychique » (Anzieu, 1995, p. 125).

La troisième fonction est celle de pare-excitation. Elle permet à l'individu de se protéger contre les agressions extérieures. Un défaut de cette fonction peut entraîner le développement d'une cuirasse musculaire de manière à se protéger d'un environnement agressif.

L'individuation de soi est la quatrième fonction du Moi-Peau. Chaque individu possède des caractéristiques cutanées qui lui sont propres (couleur, texture, grain de la peau...). Ceci permet au sujet de se différencier de l'autre et donc d'intégrer ses propres limites corporelles.

La cinquième fonction est celle d'intersensorialité. La peau relie les différents organes des sens et permet donc de lier entre elles les diverses sensations éprouvées. La base de cette intersensorialité est le toucher.

La sixième fonction est celle de soutien de l'excitation sexuelle. La peau de l'individu est investie au niveau libidinal, notamment grâce aux premiers contacts peau à peau de l'enfant avec sa mère. La peau devient alors source de plaisir et source d'excitation sexuelle.

Le Moi-Peau a également une septième fonction de recharge libidinale. En effet, la peau est sans cesse stimulée par l'environnement qui excite les récepteurs tactiles en toutes circonstances.

Enfin, la huitième et dernière fonction est celle d'inscription des traces sensorielles. Les expériences sensorielles tactiles s'inscrivent sur la peau. Celles-ci laissent des traces dans le corps, qui vont par la suite constituer la mémoire corporelle.

2.4 Fonctions, cadre et limites du toucher thérapeutique

D'après Prayez (cité par Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007, p. 104), le toucher possède trois fonctions dans la thérapie. D'abord, la première fonction est celle de réparation. Elle permet au patient de retrouver un contact sécurisant qui lui a fait défaut durant son enfance. Cette fonction de réparation renvoie à la notion de carence. Le toucher viendrait donc réparer des carences survenues de manière précoce dans la vie de l'individu.

Ensuite, la seconde fonction du toucher est celle de communication émotionnelle. Le contact tactile fait appel à la communication non-verbale qui mobilise des mouvements

émotionnels inconscients. Ainsi, toucher permet de libérer des émotions inscrites au plus profond de soi.

Enfin, la dernière fonction est celle d'érogénèse contenante, qui sous-tend la notion de pulsion de vie et de sexualité. En effet, le toucher peut venir convoquer plusieurs aspects de la vie psychique du patient. D'une part, notre toucher peut être vécu « sainement », c'est-à-dire comme un toucher sain qui prodigue des soins. D'autre part, notre toucher peut réactiver le conflit œdipien avec l'interdit de l'inceste et donc convoquer un toucher plutôt du côté du passage à l'acte.

Le toucher thérapeutique est une pratique corporelle qui doit être établie selon un cadre pensé par le soignant et présentant ses propres limites.

Tout d'abord, le soignant se doit de respecter les limites du patient et en premier lieu son consentement. Il faut savoir garder la juste distance relationnelle et corporelle afin de ne pas être dans la fusion avec le patient ou dans l'intrusion. Garder cette distance permet au patient d'éprouver la différenciation soi-autrui et de ne pas confondre son corps avec celui du soignant. La fusion amène la confusion. Il faut également savoir être au plus près des besoins du patient en écoutant sa demande, et non pas en dirigeant le soin en fonction de ce que nous pensons être bien pour lui. Il est indispensable de faire la différence entre ces deux aspects de la relation. De même, bien que le toucher soit un des sens privilégiés dans la relation avec les personnes vieillissantes, il peut ne pas être agréable et générer des vécus corporels insupportables, voire des angoisses. Le contact physique peut ne pas avoir sa place dans toutes les relations de soin, et doit être pensé en fonction de la problématique du patient. La pratique du toucher thérapeutique doit avoir un sens dans le projet de soin du sujet.

Ensuite, le soignant se doit également de respecter ses propres limites, dans un premier temps en fonction de son vécu personnel par rapport au toucher. En effet, si le professionnel ne se sent pas à l'aise avec cette médiation, il a le droit de ne pas l'utiliser. Il se l'approprie en fonction de ses compétences et l'utilise différemment selon chaque patient, tout en s'ajustant toujours au plus près de celui-ci. Plus tôt dans cet écrit, j'ai évoqué le fait que toucher, c'est aussi être touché. Ainsi, en proposant cette médiation, il faut savoir mettre une juste distance (Thiveaud, 2000, p. 14) afin que l'émotion qui se joue dans la relation ne nous atteigne pas excessivement. Il peut être proposé, si besoin, des temps de supervision en équipe afin de prendre du recul sur ce que nous avons vécu en séance. L'introspection est également une voie d'accès possible pour penser les suivis des

patients. Le toucher peut amener à vivre des expériences très intenses et particulières, engageant de nombreux ressentis et affects. Il est important d'être au clair avec nos ressentis pour pouvoir construire une relation de confiance, et ainsi tisser une alliance thérapeutique.

Dans la pratique du toucher thérapeutique, et dans n'importe quelle médiation utilisée, il est indispensable de penser son positionnement thérapeutique, en s'appuyant sur son propre cadre interne et sur le cadre externe sécuritaire qu'est l'institution. Ainsi, le soignant peut s'appuyer sur ces différents dispositifs tout au long de sa pratique. Son positionnement thérapeutique lui permet de poser certaines règles par rapport au toucher, notamment l'utilisation d'un toucher à visée thérapeutique et non-érotisant.

Ainsi, le toucher thérapeutique nécessite un savoir-être professionnel. Prayez (cité par Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007, p. 105) parle de « l'« intention juste » nécessaire à l'exercice du thérapeute qui utilise le toucher. Celle-ci permettra au patient, par le respect d'une juste distance relationnelle et corporelle, de se construire à lui-même un corps érogène, dénué de toute érotisation avec le thérapeute. Un toucher adapté, contenant et sécurisant pour le patient pourra lui permettre de réinvestir positivement ce contact tactile qu'il a perdu au fil de sa vie.

3 La douleur

3.1 Définition et classification

D'après l'International Association for Study of Pain (IASP, 2017), la douleur est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ». La douleur est une expérience de vie personnelle, singulière et subjective. Elle est en lien avec le contexte psycho-social. Elle peut provoquer des conséquences importantes au niveau physique, psychologique et social. De plus, les manifestations de la douleur, bien que souvent verbales, concernent également l'aspect corporel et comportemental, du fait du lien étroit entre sensation et émotion.

D'après Gaucher-Hamoudi & Guiose (2007, p. 27), la douleur aiguë est caractérisée par sa « limitation dans le temps et [a] une fonction d'alarme ». En effet, la

douleur aiguë, qui correspond à une atteinte tissulaire brutale, est souvent associée à des manifestations neurovégétatives et à un mouvement. Cette douleur permet d'informer le corps d'un danger qui menace son intégrité.

D'après l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM, 2016), « la douleur est dite chronique (ou pathologique), lorsque la sensation douloureuse excède trois mois et devient récurrente. » Cette douleur persistante engendre une réponse insuffisante au traitement proposé et devient une maladie en tant que telle. La douleur chronique peut aboutir à un syndrome anxiodépressif, dû à la récurrence des manifestations douloureuses. De plus, l'article démontre que l'incidence de la douleur chronique augmente avec l'âge. Ainsi, le vieillissement serait un facteur de risque de douleur.

Plusieurs facteurs influencent le vécu douloureux de l'individu (Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007, p. 31-32) :

- La culture : il existe des rites provoquant de la douleur dans certaines cultures, qui ne sont pas vécus comme douloureux. Dans d'autres sociétés, il y règne un idéal du corps sain, en forme et non douloureux ;
- Les expériences antérieures : le vécu émotionnel des premières expériences douloureuses conditionne la perception de la douleur. L'individu aura tendance à anticiper la douleur ;
- La signification de la situation douloureuse : selon l'origine de la douleur, cette dernière est plus ou moins bien supportée ;
- La possibilité de contrôle : maîtriser la douleur, par exemple par des positions antalgiques, permet de mieux la tolérer ;
- L'anxiété : elle majore le vécu de l'expérience douloureuse car plusieurs interrogations s'y attachent (évolution, soulagement, durée, recrudescence...) ;
- La dépression : elle amplifie également le vécu de l'expérience douloureuse et à l'inverse, la douleur chronique peut provoquer une dépression. De nombreuses plaintes somatiques s'y associent.

3.2 Les mécanismes physiologiques

La peau ne possède pas de récepteurs propres à la douleur. La peau présente des récepteurs sensoriels qui, par excès de stimulation, produisent un message douloureux. Ces récepteurs sensoriels sont appelés des nocicepteurs dès lors que l'intensité de stimulation a dépassé un certain seuil. Ainsi, on parle de douleur nociceptive lorsqu'il y a excès de stimulation et que le système nerveux se trouve intact. Le message douloureux arrive au système nerveux central, plus précisément dans le thalamus, après relais dans la moelle épinière. Ensuite, le message est redirigé vers les différents cortex, selon les caractéristiques du message douloureux (émotions, localisation, mémorisation...).

Il existe plusieurs types de fibres nerveuses qui permettent de transmettre le message douloureux :

- Les fibres A bêta (fibres myélinisées) : elles conduisent rapidement une première réponse sensitive tactile de la douleur ;
- Les fibres A delta (faiblement myélinisées) : elles évoquent une sensation de piquûre et la transmission du message douloureux est intermédiaire ;
- Les fibres C (non myélinisées) : elles évoquent une sensation de brûlure plus diffuse dans le corps et la conduction du message douloureux est plus lente.

Ainsi, seules les fibres A delta et C sont responsables de la transmission du message douloureux. Bien que ce système physiologique soit le même pour tous, il est important de rappeler que l'expérience de la douleur est subjective. Le seuil de tolérance à la douleur n'est pas le même pour tous.

La douleur présente également quatre composantes :

- Sensori-discriminative : cette composante permet de décrire la qualité de la douleur (décharge électrique, brûlure, durée, localisation...)
- Affectivo-émotionnelle : l'expérience douloureuse est perçue comme insoutenable, pénible ;
- Cognitive : processus d'attention, valeurs et interprétations attribuées à la douleur, anticipation... ;
- Comportementale : manifestations verbales et non verbales.

Il existe également des douleurs neuropathiques, qui se déclenchent en l'absence de stimulation nociceptive. Ces douleurs « sont des lésions des voies nerveuses périphériques ou centrales » (Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007, p. 33) et sont résistantes aux traitements antalgiques. On parle alors de désafférentation. Volontairement, je n'approfondirai pas ce type de douleur car il ne me semble pas pertinent dans le cas de mon sujet de mémoire.

3.3 La douleur et le vieillissement

Avec l'avancée dans l'âge, nous constatons une augmentation de la prévalence de la douleur. Ceci est dû au vieillissement du corps et de l'esprit, qui peut engendrer certaines pathologies, telles que le cancer, l'arthrose ou encore différents types de démences.

Bien que la douleur soit un symptôme souvent banalisé avec l'avancée dans l'âge, il est nécessaire de rester vigilant et porter une attention toute particulière aux manifestations de la douleur chez la personne âgée. Sebag-Lanoë (2008, p. 18) mentionne que « le corps du sujet âgé souffre souvent ». Toutefois, cette douleur est souvent multifactorielle et difficilement identifiable. Parfois, la personne âgée peut se réfugier dans le mutisme ou dans un repli sur soi, plutôt que d'exprimer cette souffrance. Aussi, la plainte douloureuse n'est pas forcément formulée clairement et peut se manifester par des comportements inhabituels tels que la confusion ou l'agitation. Malgré cela, la douleur a tendance à être considérée comme faisant partie du vieillissement. De ce fait, plusieurs personnes âgées n'osent pas exprimer leur souffrance, car elles pensent ce phénomène normal au vu de leur âge. Cependant, la douleur est un phénomène qui doit être pris au sérieux. Le vieillissement ne légitime en aucun cas la douleur.

La douleur peut avoir une fonction symbolique de langage. En effet, nombreux sont les patients qui disent avoir mal pour simplement recevoir une présence auprès d'eux et ne pas se sentir seuls. Sebag-Lanoë (2008, p. 41) parle de « langage du corps » qui permettrait d'entrer en relation avec l'autre. Toutefois, cette plainte douloureuse est variable selon chaque patient. Elle peut être omniprésente dans le cas de douleurs chroniques et aurait une valeur relationnelle comme nous venons de le voir. Elle peut également sous-tendre une autre problématique ou exprimer un autre mal-être. Par exemple, la douleur peut

traduire une dépression sous-jacente, ce qui est fréquemment le cas en gériatrie. Enfin, la plainte douloureuse peut être totalement absente du fait de la banalisation de la douleur dans le grand âge. Cette absence d'expression de la douleur peut également s'expliquer par une crainte de déranger l'entourage ou les médecins.

La douleur provoque des conséquences plus lourdes pour les sujets âgés que pour les sujets jeunes. En effet, le vieillissement fragilise la personne d'un point de vue physique et psychologique. D'après Sebag-Lanoë (2008, p. 43), la douleur aurait différentes conséquences sur la personne âgée telles que des troubles de l'appétit et du sommeil, une humeur triste qui peut parfois s'étendre à une dépression, une perte d'autonomie ou de la confusion.

Pour conclure, il me semble important de rappeler que la douleur constitue une urgence gériatrique et qu'il est indispensable de la prendre en charge le plus tôt possible. Le risque suicidaire reste élevé chez les personnes âgées et la douleur peut en être un facteur de risque. Ainsi, les traitements médicamenteux et non-médicamenteux doivent être adaptés à la souffrance du sujet, dans une dimension de soulagement et de prévention. C'est pourquoi ma première rencontre avec Mme V m'a beaucoup interrogée sur la place de la médiation du toucher thérapeutique dans l'accompagnement de la douleur chronique.

PARTIE CLINIQUE

1 Présentation du lieu de stage

1.1 L'EHPAD

L'EHPAD où j'effectue mon stage est une structure accueillant quatre-vingts résidents, répartis sur deux étages et sur le Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles (CANTOU). Bien que ce soit un EHPAD hospitalier, le bâtiment ne dépend pas de la structure de l'hôpital.

L'EHPAD accueille des personnes âgées de plus de 60 ans en situation de perte d'autonomie physique et/ou psychique, et dont le maintien à domicile n'est plus possible. Le CANTOU, lui, est une unité sécurisée accueillant des personnes âgées de plus de 60 ans qui présentent une démence moyenne à sévère et qui ont gardé des capacités de déambulation.

Le rez-de-chaussée de la structure comprend un grand espace dédié au rassemblement des résidents (salon, salle à manger) où ils peuvent se divertir avec des jeux de société, participer aux animations proposées ou simplement passer du temps ensemble. À cet étage se trouvent également la cuisine, une infirmerie, ainsi que la salle de psychomotricité, commune à l'Enseignante en Activité Physique Adaptée (EAPA). Les résidents ont accès à l'extérieur de l'établissement, où ils peuvent se promener. Dans un but écologique, des chèvres occupent une partie de l'extérieur. Ensuite, chaque étage se compose de chambres, d'une infirmerie et d'un espace commun pour les résidents. Globalement, l'espace est vaste à chaque étage, rendant l'atmosphère assez vide lors de la crise sanitaire, car les résidents étaient isolés en chambre.

L'équipe pluridisciplinaire se compose d'une cadre de santé, d'infirmières, d'aides-soignantes, d'Agents de Service Hospitalier (ASH) et d'intervenants extérieurs salariés de l'hôpital ou libéraux (kinésithérapeute, psychomotricienne, psychologue, ergothérapeute, EAPA, animatrice).

1.2 Ma place de stagiaire

J'ai débuté ce stage en présence d'une psychomotricienne, qui est ma maître de stage. J'ai d'abord occupé une place d'observatrice dans le suivi individuel de Mme V, que nous allions voir une fois par semaine. En février 2021, ma maître de stage a quitté son poste de psychomotricienne à l'EHPAD. Je suis alors devenue totalement autonome et actrice dans le suivi de Mme V, et supervisée par une psychomotricienne extérieure à l'EHPAD.

Je tiens également à préciser qu'à cause de la situation sanitaire due à la Covid-19, je n'ai plus participé aux séances de Mme V de novembre à décembre 2020, et j'ai repris par la suite le suivi de cette patiente en janvier 2021.

2 Présentation de Mme V

2.1 Présentation générale et anamnèse

Mme V est une dame âgée de 84 ans. Elle est de taille moyenne et de corpulence très fine. Sa maigreur renvoie une grande fragilité corporelle. Mme V est dénutrie : elle pèse 44 kg pour 162 cm.

Mme V est une dame avec de longs cheveux blonds, souvent bien apprêtée et elle est toujours maquillée. Elle porte beaucoup de gros bijoux, est souvent parfumée et ses ongles sont vernis. Elle porte parfois des lunettes, qui lui sont nécessaires pour la lecture et l'écriture.

Elle présente des tremblements au niveau des membres supérieurs, plus importants du côté gauche. Les tremblements s'étendent parfois aux membres inférieurs. La corporéité de Mme V, c'est-à-dire la manière dont elle habite son corps, est dominée par une hypertonie scapulaire importante. Son corps apparaît comme une seule entité, il y a peu de dissociations des différents membres. Le tonus global de son corps n'est pas harmonieux.

D'un point de vue général, Mme V est une dame qui se plaint souvent de douleurs et de solitude. Toutefois, elle se déplace peu pour aller voir les autres résidents et reste souvent seule dans sa chambre à lire et à écrire ou dessiner. Ses déplacements hors de la chambre se font en fauteuil roulant, qu'elle ne peut faire rouler seule ; pour ce qui est des

déplacements en chambre, elle se déplace en marchant avec l'aide d'une personne. Ainsi, Mme V n'est pas autonome pour ses déplacements. Elle est très exigeante envers les soignants et envers elle-même. Par ses douleurs incessantes et sa constante insatisfaction, Mme V suscite beaucoup d'agacement de la part de l'équipe.

Mme V a grandi en Algérie et est arrivée en France lorsqu'elle avait 24 ans. Elle a exercé le métier d'institutrice et s'est mariée avec un homme qui était avocat et substitut du procureur. Mme V a une fille unique de 53 ans ainsi que trois petits enfants respectivement âgés de 19 ans, 26 ans et 28 ans. Elle a également un frère de 80 ans, ainsi qu'une belle-sœur qui sont assez présents pour elle. Mme V entretient de bonnes relations avec sa famille, bien qu'ils habitent loin de l'EHPAD. Un homme de compagnie, qui s'est également occupé de son mari, vient lui rendre visite une fois par semaine. Les passions de Mme V se résument à son mari. Elle a pu me dire de n'avoir vécu que pour lui. Il me semble important de rajouter que Mme V se fait appeler par le prénom de sa tante qui est décédée à sa naissance, et non par son prénom officiel.

Mme V est droitrière et présente un syndrome extrapyramidal depuis l'âge de 14 ans, ainsi qu'une cervicarthrose avec discopathie. Ces pathologies lui génèrent aujourd'hui des tremblements importants au niveau des membres supérieurs et inférieurs, des douleurs intenses au niveau des épaules, une rétropulsion ainsi qu'un manque de coordinations (ce dernier étant présent depuis ses 14 ans). Mme V n'a pas d'atteinte cognitive.

Elle a vécu avec son mari, dont l'état s'est dégradé au fil des années. Il est entré à l'EHPAD pour une démence de type Alzheimer. Peu de temps après l'entrée de son mari en institution, Mme V a chuté à son domicile, et est restée au sol pendant 11h, seule dans sa salle de bain. Lors de sa chute, un fauteuil lui est tombé dessus, et lui a compressé le côté gauche. Mme V a été retrouvée par sa fille, en état de déshydratation.

Elle s'est donc faite hospitalisée en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) en septembre 2018, à la suite de cette chute. Lors de son séjour en SSR, Mme V a bénéficié de plusieurs prises en charge : diététique, psychomotricité, psychologie, ergothérapie et kinésithérapie. Malgré ces soins, un retour au domicile n'était pas possible. Elle est donc entrée à l'EHPAD en janvier 2019, dans le même établissement que celui de son mari. Ils ont résidé tous les deux dans une chambre double. Son mari étant décédé au mois d'août 2020, Mme V est veuve et réside dans une chambre simple. Actuellement, la grille nationale Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressource (AGGIR) cote un GIR 2 c'est-à-

dire personne ayant perdu toute autonomie pour la plupart des activités de la vie courante, mais qui a conservé ses facultés mentales.

Au sein de cet EHPAD, Mme V bénéficie de plusieurs prises en charge : diététique, EAPA, psychologie et kinésithérapie. De plus, un suivi hebdomadaire en psychomotricité lui est proposé depuis son entrée en institution.

2.2 Bilan psychomoteur

Comme je l'ai mentionné plus tôt dans cet écrit, j'ai d'abord été observatrice lors des séances de Mme V. En janvier 2021, après accord de ma maître de stage, j'ai décidé de faire passer un bilan psychomoteur à Mme V dans l'objectif de reprendre son suivi par la suite. Ainsi, le bilan a été effectué sur deux séances.

Tout au long du bilan, Mme V s'est montrée volontaire, avec un souci de bien faire malgré un visage marqué par la tristesse et la souffrance. Elle présente de bonnes capacités attentionnelles mais chaque épreuve semble lui coûter de l'énergie. Son langage est adapté et compréhensible. Toutefois, elle se plaint beaucoup de douleurs pour chaque épreuve qui engage son corps, ce qui l'a limitée dans ses capacités. Elle a besoin d'encouragement et de valorisation de ses capacités. De même, son hypertonie scapulaire s'accompagne de tremblements plus importants à gauche tout au long du bilan.

Mme V a un équilibre statique bipodal correct, avec l'aide d'un appui fixe. Les autres équilibres ne lui sont pas demandés car elle se plaint de douleurs aux épaules. Concernant l'équilibre dynamique, Mme V marche avec un appui fixe et avec l'aide d'une personne. J'observe que sa marche, qui paraît énergivore, est précaire, à petits pas et manque de fluidité. Je caractériserais ses mouvements de « roue dentée », ils sont saccadés. Mme V présente également un manque de coordinations ainsi qu'une rétropulsion. Ces observations m'amènent à penser à un syndrome post-chute. L'accélération de la marche et la course ne sont pas possibles lors du bilan, à cause de ses douleurs importantes.

La régulation tonique dans l'ensemble du corps de Mme V n'est pas harmonieuse. Son tonus est majoré par une hypertonie scapulaire. Lors des mobilisations passives que je lui propose, elle est dans l'anticipation totale avec un tonus de fond très élevé. J'observe également des douleurs plus importantes à gauche au niveau des membres supérieurs, avec

une incapacité à mobiliser ses épaules. Ses chevilles sont raides mais non douloureuses, de même que ses genoux. La raideur est un peu plus marquée à gauche.

Au niveau de la motricité fine, Mme V présente une impulsivité qui altère ses réponses, bien qu'elle soit dans le souci de bien faire. Ses mouvements sont, là aussi, saccadés, comme une « roue dentée », ce qui impacte son autonomie quotidienne. La raideur articulaire et les douleurs scapulaires la mettent en difficultés pour utiliser des objets et un stylo. La qualité graphique est altérée, les traits ne sont pas continus mais son écriture reste lisible.

La réalisation de gestes symboliques est possible mais limitée, et Mme V a peu d'expressions faciales. Seule la tristesse se lit sur son visage. Du fait de ses douleurs, l'imitation est possible et intégrée mais limitée. Elle n'utilise que sa main droite, son bras gauche étant douloureux.

Mme V a une bonne connaissance de son corps et du corps de l'autre. Toutefois, le dessin du corps révèle un corps scindé en trois parties : la tête, le tronc et les membres inférieurs. Il n'y a pas de liaison entre elles. Le trait constituant le contour du corps n'est pas continu. Mme V a une bonne perception de l'espace-temps, avec de bons repères spatio-temporels. Sa mémoire perceptive et verbale est conservée.

Certaines épreuves du bilan ont été refusées, d'autres n'ont pas été demandées du fait de ses douleurs scapulaires.

2.3 Projet de soin en psychomotricité

De ce bilan, j'ai pu en conclure un projet de soin avec des axes de travail définis. Le projet thérapeutique en psychomotricité pour Mme V s'oriente autour de l'accompagnement de la douleur, autant physique que psychique. Pour ce faire, j'utilise la médiation du toucher thérapeutique, outil qui me semble adapté pour cette patiente qui demande sans cesse des temps de toucher, en lien avec ses douleurs.

Le premier axe concerne la régulation tonique afin qu'elle puisse réinvestir un corps plaisir et non plus un corps douloureux. Dans ce but, j'oriente la séance de psychomotricité sur un temps de relaxation via le toucher. Je détaillerai plus loin le contenu des séances.

Le second axe concerne ce qui s'apparente à un syndrome post-chute. Pour cela, je travaille autour des appuis et de l'ancrage. Cet axe est un axe secondaire à celui de la

régulation tonique. En travaillant principalement autour de la douleur, j'aborde également cet axe mais ce n'est pas le cœur des séances. Il semble que ce qui s'apparente à un syndrome post-chute ne soit pas très bruyant chez Mme V, bien qu'il entre certainement dans la composition de ses douleurs.

3 Les séances de psychomotricité

3.1 Première rencontre

Lorsque je rencontre Mme V pour la première fois, je la vois d'abord de loin. Je suis dans le couloir de l'EHPAD, et elle est dans sa chambre avec la porte ouverte, assise sur son lit en train de lire. À ce moment-là et à cette distance, son apparence physique me donne l'impression qu'elle est âgée de 40 ans. Lorsque ma maître de stage et moi-même entrons dans sa chambre pour lui proposer une séance de psychomotricité, je découvre alors une dame de corpulence très fine. Sa maigreur renvoie une grande fragilité corporelle. Son corps m'apparaît comme une seule entité, marquée par une hypertonie scapulaire. Mme V bouge peu, il y a peu de dissociations des différents membres. Ses mouvements sont limités. Je perçois son corps comme un seul bloc. Ses jambes, qui semblent assez fragiles et peu investies, me donnent l'impression que Mme V porte tout son corps grâce à ses bras. Ses appuis corporels principaux semblent être dans ses épaules. Cette impression se majore avec l'hypertonie scapulaire qu'elle présente, qui semble ne jamais la quitter.

Comme évoqué précédemment, Mme V est bien apprêtée. Elle porte des vêtements assez serrés. Elle présente également des tremblements très importants au niveau des membres supérieurs, qui s'étendent aux membres inférieurs avec une plus faible intensité.

Un temps de toucher thérapeutique en musique est proposé à Mme V. Lors de la séance, elle alterne entre l'ouverture et la fermeture de ses yeux. Ses tremblements s'apaisent au fur et à mesure mais ils reviennent dès lors que la séance est terminée. Mme V se dit être détendue après le temps de toucher mais aussi « désespérée » et elle est au bord des larmes. Ses paroles touchantes s'accompagnent d'une accroche visuelle du regard de la psychomotricienne. Elle dit également qu'elle se sent frustrée de ne plus pouvoir réaliser certaines choses. Son état corporel me questionne beaucoup et je m'interroge tout de suite sur les effets du toucher dans la problématique de cette patiente.

Lors de cette première rencontre, je découvre le lieu de vie principal de Mme V, sa chambre. La pièce est remplie de livres, de cartons, de maquillage, d'objets divers et variés. L'atmosphère est étouffante par la chaleur qu'il y fait. Sa chambre comporte une armoire débordante de vêtements et dont la porte ne ferme plus, ainsi qu'un portant de vêtements qui croule sous le poids de ceux-ci. Sa salle de bain est également remplie de produits de beauté, de maquillage... Il y a peu de place pour la présence d'une autre personne dans cette chambre.

La manière dont Mme V vit son corps, occupe sa chambre et verbalise ses émotions m'amène à m'interroger sur le lien qui est à la base de la psychomotricité, le lien corps-esprit. En effet, Mme V semble éprouver des douleurs aussi bien physiques que psychiques. Cette première rencontre me laissera avec beaucoup de questions, et une envie de la revoir la semaine d'après, pour tenter de comprendre ce qui se joue pour cette patiente.

3.2 Une grande souffrance psychique

Chaque semaine, Mme V verbalise une grande souffrance psychique. Elle parle souvent de la solitude qui l'entoure, solitude accentuée depuis le décès de son mari. Je prends un temps à chaque début de séance pour parler avec elle de son état corporel du moment, de ses douleurs et de ses angoisses. La solitude et la douleur sont des sujets abordés chaque semaine, et amènent souvent des pleurs. À ce moment-là, les tremblements de Mme V cessent par intermittence, comme si quelque chose lâchait dans son corps. Ses épaules se baissent soudainement, et elle soupire. Souvent, je pose ma main sur sa cuisse, sur ses épaules ou sur ses mains en fonction de sa position dans son lit ou sur sa chaise. Ce contact semble l'apaiser car je remarque un certain relâchement de ses épaules. Son regard, qui était initialement douloureux, se transforme en un regard triste.

Je n'ai connu Mme V que sous l'angle de la douleur. Il ne se passe pas un jour sans qu'elle n'ait mal. Ainsi, je me questionne sur la valeur de la douleur, en lien avec cette solitude qui lui pèse. De plus, dès lors que je pose ma main sur son corps, que j'assure ma présence, ses tremblements s'apaisent. De ce fait, je me demande si la douleur ne serait pas finalement un moyen de lui tenir compagnie. Ne lui permettrait-elle pas d'exister ? Mme V

ne vivait que pour son mari, elle lui a été dévouée durant toute sa vie. Se retrouver seule semble être trop difficile pour Mme V, qui comble cette absence par la douleur et par l'accumulation d'objets dans sa pièce de vie.

Un jour, ma maître de stage et moi-même allons chercher Mme V au salon de la résidence pour lui proposer une séance de relaxation en chambre, après sa participation à une animation de l'EHPAD. Nous lui demandons si elle va bien, ce à quoi elle répond par un « oui » accompagné d'un grand sourire. Mme V paraît détendue, ses membres supérieurs tremblent peu. Nous l'accompagnons jusqu'à sa chambre afin de faire la séance proposée, et la psychomotricienne l'aide à s'installer dans son lit. À partir de cet instant, le visage de Mme V change d'expression, et son corps se manifeste. Elle verbalise à nouveau ses douleurs corporelles et répète à plusieurs reprises « j'ai mal ». Je me questionne alors sur l'investissement de sa chambre et sur le sens de ses douleurs. Ce lieu serait-il trop assimilé à des souvenirs anciens douloureux, au point que cette souffrance psychique retentisse sur son corps ? Comment comprendre l'apparition soudaine de ses douleurs ?

Mme V est une dame très exigeante sur ses soins et envers l'équipe. Elle n'accepte pas de procéder autrement que ce qui est prévu par les soignants. Ceci provoque généralement de l'agacement de la part des professionnels, qui n'ont d'autres choix que d'exécuter ses « ordres » pour la satisfaire. J'emploie le mot « ordre » car c'est ce que j'ai pu vivre et ressentir personnellement lors de certaines séances. Lorsque Mme V est trop douloureuse, elle devient très exigeante et rien ne la satisfait, bien que ses demandes soient entendues et exécutées dans la limite du possible. Plusieurs fois, Mme V m'a mise en échec dans la séance. Je ne parvenais pas à trouver ce qui pouvait soulager ses douleurs. Ces situations m'ont mise à mal dans ma posture professionnelle, ne trouvant plus de sens à ma pratique psychomotrice avec cette patiente. Avec du recul et de la réflexion, j'é mets l'hypothèse que Mme V maîtrise les situations anxiogènes par la douleur. Avoir mal peut être un moyen de détourner l'attention et de garder le contrôle. La douleur aurait alors une fonction de contenance de l'angoisse.

Plus globalement, et surtout au début de mon stage, je me suis aperçue que je mettais du temps pour assimiler l'âge de Mme V, oubliant souvent celui-ci quand je parlais de cette patiente. J'ai l'impression qu'elle fait tout pour qu'on ne sache pas son âge. Je me

demande alors l'image qu'elle a de son propre corps. Essaie-t-elle de surmonter le deuil de son corps du passé par le maintien d'une apparence soignée ?

Malgré la quantité importante de vêtements que possède Mme V, je la vois habillée presque toujours à l'identique, avec des vêtements proches du corps. Ces vêtements semblent lui apporter de la contenance physique, par la proximité avec la peau. De même, remplir sa chambre d'objets et de vêtements semble la rassurer. Elle a pu dire à la psychologue que ses objets sont le souvenir de sa vie d'avant. Je me questionne alors sur ce vide qui paraît être angoissant pour cette dame. Remplir l'espace de vie, l'espace visuel ne signifie-t-il pas une peur du vide ? Le décès de son mari, assez récent, n'a-t-il pas laissé un trop grand vide, au point qu'elle soit maintenant dans le trop plein ? Mme V était présente dans la chambre lorsque son mari est décédé. Ce décès n'a-t-il pas laissé une trop grande absence ?

Les séances de psychomotricité se font toujours en musique, à sa demande. La musique choisie par Mme V est une musique classique. Là encore, pourquoi vouloir remplir l'espace sonore ? Accepterait-elle le silence ?

À chaque fin de séance, Mme V accroche du regard la psychomotricienne. J'ai pu vivre cette accroche du regard lorsque je lui ai fait passer le bilan psychomoteur et lors des séances de relaxation par le toucher que je lui ai proposé. À ce moment-là, son regard semble avoir une valeur relationnelle : il est appuyé, insistant et pleins de douleurs. Ainsi, à chaque fin de séance, je trouve mon départ délicat car elle me donne l'impression que partir, c'est l'abandonner avec ses souffrances. Je m'interroge encore une fois sur la valeur de sa douleur, et si cette douleur ne lui permettrait pas de retenir l'autre.

En effet, j'ai l'impression que Mme V s'agrippe à cette douleur afin de solliciter l'attention de l'autre. Les séances que je lui propose chaque semaine sont quasiment identiques, à cause de sa douleur qui prend beaucoup de place dans son quotidien. Cette douleur, que je qualifierais de chronique, nécessite une prise en charge régulière afin d'accompagner Mme V au mieux dans ce vécu douloureux. Or, plus je lui propose des séances, plus elle est dans la demande. Ainsi, il y a comme un cercle vicieux entre sa demande et ses besoins. L'un entraîne l'autre, sans aucune amélioration. Je me questionne alors sur ce que cette douleur vient dire de son état. En effet, il semble qu'il y ait une demande sous-jacente à la demande initiale de prise en charge. Je pense notamment à une séance où Mme V était tellement douloureuse, que quoi que je fasse, rien ne pouvait la soulager. J'ai alors perçu qu'en deçà de la douleur, il y avait une demande non formulée

verbalement mais plutôt corporellement. Sa douleur permettrait de s'assurer de la présence d'une personne pour elle, pour combler cette solitude qui semble lui peser. Je me pose aussi la question des bénéfices secondaires de cette douleur, comme un signal d'appel qui ferait en sorte qu'on lui porte de l'attention.

La manière dont Mme V habite son corps me fait vivre un emprisonnement. J'ai l'impression que la zone scapulaire représente le cœur de ses douleurs aussi bien psychiques par la douleur émotionnelle et affective, que physiques par son hypertonie et ses tremblements. En effet, son hypertonie et ses douleurs sont localisées uniquement au niveau des épaules et des bras. Ses jambes ne lui sont pas douloureuses, bien que les articulations des chevilles soient raides. Centrer la douleur sur le haut du corps m'évoque la composante psychosomatique que peut comporter la douleur de Mme V. Liées à plusieurs facteurs, ses douleurs semblent se réunir en un seul et même endroit : la zone scapulaire, la zone du cœur.

3.3 Une douleur physique importante

Chaque semaine, Mme V présente des tremblements au repos plus importants à gauche, et verbalise une grande souffrance au niveau de ses épaules, due principalement à son hypertonie scapulaire. D'ailleurs, lorsqu'elle est dans son lit, Mme V est souvent en posture asymétrique, le côté gauche étant plus remonté et plus tonique. Lors des temps de relaxation et de détente par le toucher, je constate une diminution de ses tremblements pendant la séance, voire une disparition, ainsi qu'une absence d'expression de la douleur. Sa respiration, généralement toujours thoracique et courte au début, devient plus fluide et se transforme en une respiration abdominale et profonde. Un souffle libérateur marque la transition entre les deux types de respirations. Elle regroupe souvent ses mains au niveau de son plexus solaire, les mains l'une sur l'autre. Au cours de la séance, Mme V lâche de nombreux souffles libérateurs, comme si elle se débarrassait de quelque chose de trop lourd pour elle. Sa mâchoire se détend, elle ferme les yeux et peut parfois aller jusqu'à s'endormir.

Cependant, dès lors que la séance est terminée, ses tremblements et ses douleurs réapparaissent. Je finis le temps de relaxation par un lissage corporel global. Après ce temps, je retire mes mains de son corps et nous n'avons plus aucun contact corporel direct.

Je reste présente à ses côtés, le temps qu'elle profite pleinement de son état de détente plus ou moins accentué et qu'elle se remobilise au fur et à mesure. Quand la musique nous accompagne, je baisse le son progressivement pour que l'on puisse se retrouver dans le silence. Lorsque la séance se déroule sans musique, nous sommes immédiatement dans le silence. Je le comble en continuant de respirer lentement afin de lui signifier ma présence pour que la rupture de contact tactile ne soit pas trop violente pour elle. Je propose des temps de silence afin qu'elle puisse se concentrer sur ses ressentis corporels à l'instant présent, sans être parasitée par la musique ou par mon toucher. À ce moment, il ne reste plus qu'elle, son corps et les effets procurés par le toucher. Toutefois, malgré la détente qui perdure sur son visage, guider ce temps seulement par ma respiration ne semble pas lui suffire car elle manifeste tout de suite des tremblements, qui deviennent de plus en plus importants si je n'interviens pas. J'ai l'impression que son corps s'exprime à la place de ses mots et je comprends tout de suite sa demande. Je pose alors ma main sur son bras pour lui signifier ma présence, et de manière assez directe et magique, ses tremblements se dissipent et disparaissent. L'agitation de son corps s'apaise à mon contact. Je m'interroge à ce moment-là sur l'intérêt du toucher dans la prise en charge psychomotrice. Il semble que ce simple contact tactile entre nos deux corps vienne mobiliser quelque chose d'archaïque.

Lors des séances de Mme V, je donne un sens particulier à mon toucher, qui a pour objectif l'accompagnement de la douleur. En effet, le temps de toucher thérapeutique est divisé en trois temps, que je vais détailler ci-après.

Tout d'abord, j'effectue un toucher contenant et globalisant sur tout le corps de Mme V, dans l'objectif premier de lui apporter de la sécurité et de la contenance. J'effectue alors des pressions sur tout son corps, en commençant d'abord par les pieds. Je m'attarde sur les appuis podaux car j'ai remarqué que Mme V se porte uniquement par ses épaules, dû à son hypertonie scapulaire. Bien que cette région de son corps soit douloureuse, elle n'investit que ses épaules, et sa zone scapulaire ne forme qu'un seul bloc. Parallèlement, ses jambes sont frêles et renvoient une grande fragilité. En commençant par les pieds, l'objectif est de travailler sur la régulation tonique afin de lui offrir des appuis corporels fiables. Lui faire sentir ses jambes et ses pieds comme solides pourrait amener une réunification du tonus global. D'ailleurs, le toucher au niveau des pieds et des appuis est la porte d'entrée du relâchement de Mme V. J'ai remarqué qu'elle verbalise un bien-être quand j'insiste sur ses membres inférieurs. Toutefois, un seul travail sur cette partie de son corps ne suffit pas à sa détente corporelle globale. Par conséquent,

j'étends ces pressions contenant à l'ensemble de son corps afin de lui faire prendre conscience de ses limites corporelles et de sa contenance.

Dans un second temps, j'effectue de légères percussions osseuses sur tout son corps, et encore une fois, plus particulièrement sur ses membres inférieurs. En effet, dans le même objectif de réunifier le tonus et de réinvestir ses jambes, je stimule sa charpente osseuse afin qu'elle se ressente comme solide. Elle pourrait alors développer sa confiance en elle et en son corps.

Puis dans un dernier temps, j'effectue un lissage corporel unifiant. Après discussion avec Mme V et à sa demande, le toucher que je lui propose est relativement fort et appuyé, dans une volonté de contenance. Je m'interroge alors sur les effets du toucher sur la douleur de Mme V. Ressent-elle son corps de manière positive uniquement par des sensations fortes ? La stimulation sensorielle lui permet-elle de ressentir son corps autrement que dans la douleur ? Aussi, la sensation tactile de ma peau contre sa peau ne lui permettait-elle pas de sentir son corps autrement ? Lorsque je rentre dans la chambre de Mme V, mes mains sont toujours froides. Dès lors que je la touche, elles se réchauffent très vite et très fort, au point de devenir brûlantes. Mme V le souligne chaque semaine, et verbalise un vécu agréable de cette chaleur. Elle peut le répéter plusieurs fois au cours de la séance. Cette chaleur procurée par mon toucher, qui peut faire contraste avec ce corps immobile et désinvesti, ne lui permet-elle pas d'investir son corps plutôt d'un côté positif et non plus douloureux ?

Le dessin du corps de Mme V proposé lors du bilan, révèle un corps scindé en trois parties : la tête, le tronc et les membres inférieurs. En réalité, je perçois plutôt son corps scindé en deux parties : le haut du corps (tête et tronc) et le bas du corps. En effet, lorsque Mme V bouge et peut se déplacer, je remarque que tout son buste ainsi que sa tête forment un seul bloc sans aucune dissociation. Lorsqu'elle tourne la tête, ses épaules l'accompagnent. Ses rotations de la tête sont de faibles amplitudes et limitées par ses douleurs. De plus, elle passe de la position allongée à assise à la seule force de ses abdominaux. Ainsi, j'ai l'impression qu'il y a un seul point de mouvement dans son corps, son bassin, qui ne semble pas être un point appui, ni d'ancrage. Quant à ses jambes, elle arrive à les lever, les plier ou encore à les croiser. Ainsi, il semble que le corps entier de Mme V ne forme pas une seule entité mouvante, mais plutôt un corps scindé en deux. L'objectif du toucher, et plus particulièrement du lissage final, est de ramener de la globalité et de la cohérence dans le corps de Mme V qui semble dissocié en deux parties :

l'une saine qui ne pose pas de problèmes donc désinvestie, et l'autre complètement douloureuse et donc surinvestie. D'ailleurs, le lissage corporel procure beaucoup de bien à Mme V. Je remarque que son corps se détend et tremble moins à ce moment-là. Elle verbalise le bien-être que cela lui apporte. Ses yeux se ferment généralement à ce moment-là et elle prend de nombreuses respirations profondes. Je l'invite à se saisir de ce moment de détente, et à se l'approprier afin qu'il perdure le plus possible. Généralement, Mme V verbalise un mieux-être après la séance, certaines de ses douleurs ayant disparues.

Ainsi, par la contenance du toucher que j'essaie de lui apporter chaque semaine, Mme V semble se saisir de ces moments pour lâcher quelque chose de ses douleurs incessantes. Il semble que sous la manifestation douloureuse, il y ait une demande de présence et de réassurance. Je mets ceci en lien avec la manière qu'elle a d'habiter son corps et d'habiter sa chambre. Le vécu corporel de Mme V semble être mis à mal, ce qui se traduit en séances par un besoin d'être enveloppée, aussi bien au niveau tactile, verbal qu'auditif.

3.4 Un besoin d'enveloppe

3.4.1 Une enveloppe tactile

Mme V est une patiente qui est très en demande de toucher et de massages. Elle voudrait que je vienne plus souvent et que je reste plus longtemps. Il est vrai qu'au contact de mes mains, il y a quelque chose qui s'apaise dans le corps de Mme V. Parfois, lorsqu'elle pleure durant les temps de verbalisation en début de séance, une main sur sa cuisse ou son épaule suffit à apaiser ses pleurs. J'ai l'impression que ce simple contact vient la rassurer comme une mère rassure son bébé lorsqu'il pleure. De ce fait, je m'interroge sur la qualité de son enveloppe corporelle, enveloppe qui devrait lui apporter sécurité et contenance. Le fait que Mme V se porte uniquement par ses bras m'amène à penser qu'elle se tient uniquement par son enveloppe, et non pas par ses appuis internes. Je vois son corps comme une entité recouverte d'une enveloppe fragile à laquelle elle s'accroche mais qui menace de s'effondrer à tout moment. Ainsi, en la touchant corporellement, je viens conscientiser les limites de son corps et ramener du contenant à l'intérieur d'elle-même afin qu'elle puisse éprouver de réels appuis internes.

Par les séances hebdomadaires que je lui propose, ainsi que par la médiation du toucher, j'essaye d'instaurer des repères spatio-temporels afin de la sécuriser corporellement et psychiquement. En effet, le toucher joue la relation présence-absence, d'abord par l'alternance entre des phases de contact avec son corps, puis aussi par mes jours de présence et d'absence à l'EHPAD. Mme V est bien repérée temporellement, elle sait que je viens le mardi après-midi et m'attend avec impatience. De même, elle me reconnaît toujours. Ainsi, le cadre thérapeutique que je propose à Mme V par le toucher lui permet de se repérer et de s'appuyer sur un événement fixe.

Par ses douleurs incessantes, et par ses demandes de toucher, il semble que Mme V investisse beaucoup l'autre et pas assez elle-même. En effet, comme je l'ai évoqué un peu plus tôt, je pense que sous ses manifestations douloureuses, se cache la demande d'une présence. Ainsi, en surinvestissant l'autre, je m'interroge sur l'investissement qu'elle fait de son corps : quelle image a-t-elle d'elle-même ? En investissant son corps uniquement dans la douleur, comment perçoit-elle son corps ? A-t-elle une image de son corps autre que dans la douleur ? Cette interrogation se joint à l'image qu'elle renvoie à l'autre par son apparence soignée. Sa mise en beauté lui permet de soigner son apparence et donc son enveloppe corporelle. Finalement, qu'en est-il de la solidité de cette enveloppe ? Je me questionne alors sur les bénéfices du toucher en rapport avec la constitution des enveloppes de Mme V.

Cette demande de toucher, que j'interprète comme une demande d'enveloppe tactile, n'a pas toujours été facile à écouter, surtout quand les demandes de Mme V sont répétitives. Face à ses sollicitations toujours plus nombreuses, j'ai pu ressentir de l'agacement. Son exigence varie en fonction de périodes plus ou moins teintées d'angoisses pour elle. Lors de ses périodes difficiles, j'ai utilisé le temps de désinfection des mains avant de rentrer dans sa chambre pour me recentrer sur moi. Ce temps m'était réellement nécessaire pour que je sois plus disponible et plus à l'écoute de Mme V lors de la séance. Toucher induit la réciprocité directe entre deux personnes. Étant consciente de ce que le dialogue tonico-émotionnel pouvait véhiculer, j'étais à l'écoute de mes propres appuis internes, de mon propre tonus, de ma propre respiration. Après ce court temps de recentrage sur moi, j'ai pu accéder à la chambre de Mme V et être au plus près de ses besoins.

3.4.2 Une enveloppe verbale

Lors de chaque séance de psychomotricité que je propose à Mme V, nous prenons le temps au début de verbaliser autour de son état, de ses angoisses et de ses questionnements. Ce temps est nécessaire à Mme V pour qu'elle soit davantage disponible lors des temps de relaxation par le toucher. Toutefois, l'angoisse prend parfois le dessus et empêche l'accès à la détente corporelle. En effet, lorsqu'un changement se produit dans son environnement, Mme V est vite envahie par ses émotions. Par exemple, le médecin a pu lui proposer un déambulateur pour améliorer ses déplacements en toute autonomie et pour faciliter sa marche. Ceci a beaucoup inquiété Mme V qui ne voulait pas de cette aide, à cause de sa rétropulsion lorsqu'elle est debout. La séance de ce jour-là fut particulièrement compliquée à mettre en place à cause de l'angoisse que cette proposition de déambulateur lui a générée. Lors du temps de relaxation par le toucher, Mme V n'est pas parvenue à se concentrer sur ses sensations corporelles et sur le bien-être que cela pouvait lui procurer. Malgré le temps de parole de début de séance, elle a également beaucoup verbalisé durant le temps de relaxation. Elle semblait inquiète et posait de nombreuses questions par intermittence sur la mise en place de ce dispositif. Ainsi, quand l'angoisse l'envahit trop, Mme V a besoin de beaucoup parler afin qu'on la rassure. Là encore, ce comportement me renvoie à la mère qui peut rassurer verbalement son enfant lorsqu'il est inquiet. Je prends le temps de rassurer Mme V avant de continuer la séance. J'accompagne mes paroles par un toucher simple au niveau de sa cuisse, un toucher qui confirme ma présence.

Mme V a besoin d'être accompagnée verbalement et écoutée. Lors de ces temps de dialogue, je remarque que Mme V laisse parler son corps et ses émotions. Souvent, Mme V pleure beaucoup lors du début de séance, et j'ai l'impression que cela libère certaines tensions corporelles. Elle se met à souffler, ses inspirations et expirations sont plus profondes. Il semble que par les mots et par l'enveloppe verbale instaurée, certaines tensions corporelles lâchent.

3.4.3 Une enveloppe auditive

Cette enveloppe verbale s'accompagne toujours d'une enveloppe sonore musicale. En effet, Mme V souhaite faire les séances de relaxation en musique, qu'elle choisit elle-même. Il s'agit toujours de Chopin, elle n'accepte pas de changer. La musique classique porte, enveloppe, et contient. Je me pose alors la question de la valeur de cette musique. Comme dit plus tôt, le silence est-il insupportable ? Est-ce que la musique, par l'harmonie qu'elle provoque, lui permet-elle de se sentir enveloppée ? Lors des temps où elle est seule dans sa chambre, Mme V allume sa télévision, sans forcément regarder le programme qui y est projeté. Elle m'avoue que c'est un fond sonore pour « combler le vide de la solitude ». Là encore, la musique pourrait représenter les chants de la mère lors des soins du bébé.

Lors d'une séance, nous avons pu faire le temps de relaxation par le toucher sans musique. J'ai été étonnée du fait que Mme V ne me la demande pas, car elle a l'habitude de toujours remplir l'espace sonore. Avant de débiter cette séance, j'ai eu la crainte que l'attention de Mme V ne soit pas assez canalisée sur l'ici et le maintenant. C'est ce qu'il peut se produire par exemple lorsqu'un évènement l'angoisse. Dans ce silence, j'ai eu la crainte que l'effet de vide ne se fasse trop ressentir. J'ai alors profité de cette absence de musique pour me centrer plus sur l'influence de la respiration, bien que je l'utilise également dans les autres séances avec Mme V. J'alliais les pressions de mon toucher à mes inspirations et expirations. J'ai remarqué que le fait de rendre ma respiration bruyante aide Mme V à se poser dans son corps. Au fil de la séance, nos deux respirations se sont synchronisées et la respiration de Mme V s'est amplifiée pour devenir une respiration fluide, profonde et ventrale. La détente corporelle a été plus effective que lorsqu'il y a de la musique. La respiration a ainsi joué ce rôle d'enveloppe sonore car j'ai pu la guider et être présente via mes inspirations et expirations. Après cette séance, le visage de Mme V était beaucoup plus détendu, et son regard était moins souffrant. Elle a pu verbaliser un vécu corporel très agréable et était même étonnée que ses chevilles aient retrouvé de l'amplitude articulaire. Mme V a pu me dire « je ne sais pas ce que vous m'avez fait, mais j'arrive à bouger mes chevilles de nouveau ». J'ai l'impression qu'à ce moment-là, la conscience qu'elle a de son corps s'est entendue jusqu'au bas de celui-ci. En ayant une action sur ses chevilles, son attention a pu se porter sur l'ensemble de son corps, et non plus uniquement sur ses épaules douloureuses qu'elle ne maîtrise plus.

Beaucoup d'éléments d'observations m'amènent à penser que l'enveloppe corporelle de Mme V est défaillante dans sa constitution. Les mots, la musique et le toucher seraient alors des substituts pour pallier ce manque de sécurité corporelle. Les douleurs de Mme V prennent une place importante dans son quotidien et semblent mettre à mal son vécu corporel global. Toutefois, le toucher paraît être une voie d'accès à la détente corporelle et à l'apaisement de certaines de ses tensions.

Il n'a pas toujours été facile pour moi d'accueillir cette douleur persistante et chronique, surtout lorsque ses tremblements ne s'apaisaient pas au fil de la séance. Il m'est souvent arrivé de ressentir, lorsque je quittais sa chambre en fin de séance, que je l'abandonnais avec ses souffrances. J'ai donc beaucoup remis en question la pertinence de ce suivi et de l'accompagnement que je lui proposais. À la suite de mes différentes observations, je me suis alors demandée : comment le toucher thérapeutique en psychomotricité peut-il ramener une unité psychocorporelle à la personne âgée, quand la douleur en lien avec le vieillissement fait vaciller la vie physique et psychique ?

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, le toucher est l'un des sens indispensables au développement de l'individu. De même, le toucher est l'un des seuls sens à persister tout au long de la vie, contrairement aux autres sens qui peuvent se dégrader au fil des années. Toutefois, le toucher est désinvesti au cours de la vie, surtout en vieillissant. La situation de Mme V montre à quel point le toucher peut être important pour les personnes âgées, sujets très peu touchés et souvent abordés par un toucher mécanique lors des soins en institution.

La douleur chronique pose également question sur sa valeur sous-jacente. Mme V qui est très douloureuse, semble s'apaiser au simple contact d'une main posée sur elle. Comment le toucher peut-il avoir des effets sur la douleur ?

1 Un besoin d'être touché

1.1 Régression du toucher

Comme je l'ai dit dans la partie théorique, toucher est une modalité de communication que nous utilisons de moins en moins au cours de notre vie. La représentation sociétale du vieillissement ne favorise pas non plus l'accès au toucher. La personne âgée est souvent décrite comme « fragile » et « faible ». De même, l'entrée en institution ne permet pas de développer ce sens. Le véritable toucher en tant que tel est alors désinvesti et remplacé par un toucher limité aux soins. Il est fréquent de voir dans les institutions gériatriques qu'un simple toucher peut parfois être générateur de beaucoup d'émotions. Montagu (1979, p. 162) explique que « prendre la main d'une personne qui est dans un état d'angoisse est susceptible d'exercer sur elle un effet apaisant, de réduire l'anxiété et de donner globalement un sentiment de sécurité ».

Lorsque les émotions de Mme V débordent, je pose toujours une main sur son corps, généralement sur une de ses cuisses, ou sur ses mains. Je remarque que ce contact apaise quelque chose dans son corps. Son tonus s'abaisse légèrement et son regard se fait moins souffrant, mais plus triste. Elle peut verbaliser parfois que ce contact lui fait du bien, et qu'elle n'a besoin que de celui-ci.

La dépendance que suppose le vieillissement peut être assimilée à la dépendance du tout-petit, bien qu'il ne faille pas comparer une personne vieillissante à un enfant. Korff-Sausse (2014, p. 17) illustre ce propos lorsqu'elle écrit que « le vieillard retourne à l'enfance » ou que la vieillesse est une « reprise de l'infantile » avec tous les processus psychiques associés. En effet, nous avons vu que le contact tactile permettait au bébé de se développer au cours de sa vie. Dans le cas de la personne âgée, ce toucher pourrait faire appel à sa mémoire corporelle construite tout au long de sa vie. La personne âgée a besoin d'être touchée pour renouer avec ce toucher connu durant l'enfance, toucher sécurisant et apaisant. Thiveaud (2000, p. 14) évoque d'ailleurs l'idée que « le toucher fait appel au souvenir corporel ». La manière dont la personne a été portée et touchée durant l'enfance, serait alors reconvoquée via la mémoire tactile du corps, au moment de la vieillesse. Les modalités tactiles vécues durant l'enfance se réactiveraient alors. Parallèlement, le toucher a aussi un effet de soutien dans le processus de vieillissement car il permet à la personne âgée de réinvestir son corps en tant que personne unique.

Au cours de l'enfance, le toucher de la mère a également une fonction d'apaisement de l'angoisse. Elle permet de donner sens aux éprouvés corporels de son bébé par son toucher, mais également par la verbalisation.

Ces modalités relationnelles mère-enfant se retrouvent dans la clinique gériatrique lorsque je prête mes mots à Mme V de manière à ce qu'elle puisse se représenter son état corporel au plus juste de ce qu'elle ressent. Mme V me remercie souvent de prendre le temps de l'écouter et de discuter avec elle autour de ses douleurs et de ses angoisses. Ce toucher, qui est plutôt du côté émotionnel, me renvoie à la situation de la mère qui symbolise pour son enfant. En lui prêtant ses pensées et ses mots, la mère permet à son enfant de se créer sa propre représentation de ses éprouvés corporels. Par mes paroles et ma présence régulière, je tente de faire perdurer dans sa mémoire corporelle les effets que le toucher thérapeutique lui procure.

L'attitude que présente Mme V à vouloir remplir l'espace sonore de sa chambre me renvoie aux bercements de la mère. « On comprend mieux que les sons rythmiques apaisent l'enfant, car ils le ramènent au bien-être du fœtus *in utero* rythmé par les battements du cœur de la mère » (Montagu, 1979, p. 109). La musique choisie par Mme V peut renvoyer à cette fonction maternelle d'enveloppe sonore. Nous pouvons faire l'analogie entre son comportement et l'attitude de la mère qui remplit l'espace sonore de

son enfant. Les vocalises, les chants, les comptines, accompagnés de bercements au plus près des battements du cœur de la mère amènent un sentiment de sécurité à l'enfant. C'est parce qu'il est plus proche de sa mère et des conditions de gestation, qu'il est apaisé. Lors de la grossesse, le bébé est plongé en permanence dans un bain sonore de voix, de bruits aquatiques, de battements, de vibrations. Par une volonté de remplir l'espace sonore, Mme V semble rejouer cette période-là de la vie, qui apporte sécurité et contenance.

1.2 Invitation au dialogue tonico-émotionnel

Nous avons vu dans la partie théorique que toucher impliquait une réciprocité, c'est-à-dire que nous ne pouvons toucher, sans être touchés nous-même. Lorsque nous touchons une personne, nous avons donc un retour sensoriel de l'état tonique de l'autre (Thiveaud, 2000, p. 13) car le toucher est porteur d'un message qui transite réciproquement entre les deux individus. Le toucher, sens primaire et archaïque, comporte donc une fonction de zone d'échanges. Thiveaud (2000, p. 13) rajoute également que la médiation de la relaxation permet de rejouer ce dialogue tonique de manière plus harmonieuse.

En effet, Mme V qui est très douloureuse, présente une hypertonie scapulaire importante qui la gêne dans son quotidien. Par mon propre tonus, je tente de modifier son état tonique. En début de séance, j'accorde mon état tonique à celui de Mme V afin de m'ajuster à elle. Au cours de la relaxation, j'abaisse progressivement mon tonus, via la respiration, afin d'influer sur son tonus. Je remarque alors qu'un réel dialogue tonique s'instaure entre nous. En commençant d'abord par m'accorder à son état tonique, je l'invite progressivement, par mon toucher, à s'ajuster à mon propre tonus qui s'avère être moins élevé.

Le toucher étant réciproque, il permet souvent de libérer certains affects et émotions. Je peux le remarquer notamment lorsque je touche Mme V au niveau de ses épaules. Mon contact sur cette zone de son corps amène souvent des pleurs, des souvenirs douloureux. La souffrance psychique prend beaucoup de place à cet instant. J'accueille ses émotions par mon toucher et mon propre tonus. Lorsque je laisse ses émotions s'exprimer, je remarque que Mme V s'apaise plus facilement par la suite. Le toucher que je lui propose comporte une visée messagère puisqu'il y a une intention d'apaisement dans ce

débordement émotionnel. Ainsi, la médiation du toucher thérapeutique auprès de Mme V permet un travail au niveau de la régulation tonique via ce dialogue tonico-émotionnel permis par le contact de nos deux peaux.

D'après Durey, (2000, p. 53), le toucher peut solliciter des vécus corporels archaïques ainsi que des traces tactiles primaires des premiers contacts à la naissance. Ainsi, le toucher stimule la mémoire puisqu'il peut raviver certains souvenirs antérieurs. La dimension émotionnelle dans le toucher prend une place remarquable et non négligeable. Les vécus corporels engendrés par le dialogue tonique ont laissé des traces dans le corps du sujet et se sont inscrits dans sa mémoire corporelle.

Par conséquent, je tente de rejouer cet accordage tonico-émotionnel avec Mme V afin de laisser des traces positives dans son corps ou de raviver certains éprouvés corporels positifs antérieurs. J'essaye d'être au plus près de ses ressentis afin de m'accorder à elle. Souvent, lorsque les verbalisations d'angoisse ou de douleurs de Mme V l'envahissent, je l'invite à fermer les yeux et à être à l'écoute de ses ressentis. Je ferme également les yeux afin que l'accordage entre elle et moi soit le plus authentique possible. De manière plus globale, lors des séances de Mme V, je recrute un fort engagement corporel afin d'être au plus juste dans mes intentions. J'effectue un toucher appuyé, fort et contenant afin de lui faire ressentir de la sécurité au sein de son propre corps. J'investis alors tout mon corps, pour qu'elle puisse réinvestir le sien, et l'accepter avec ses douleurs. Pour Mme V, le toucher est un des moyens les plus faciles pour avoir accès à une détente corporelle.

Je me questionne sur la valeur de l'hypertonie scapulaire de Mme V. Ne permet-elle pas d'inhiber ses ressentis émotionnels ? Montagu (1979, p. 209) souligne que « la tension musculaire est un moyen fréquemment utilisé pour contrôler les troubles émotionnels et les sensations ». L'hypertonie de Mme V serait alors à considérer comme une cuirasse tonique permettant de tenir à distance ses émotions. Mme V souffre encore du deuil récent de son mari et de la solitude qui l'entoure. La mort de son mari a été un choc pour elle, et génératrice d'une grande souffrance, d'autant plus qu'il est décédé à ses côtés. Ce souvenir revient régulièrement dans la conversation que je peux avoir avec elle chaque semaine. Ainsi, face à cette souffrance qui semble l'envahir et ne pas la quitter, Mme V pallie cette douleur par une enveloppe tonique. Avoir mal pour une raison organique, en l'occurrence ici l'hypertonie, permet de masquer la réelle souffrance qui se cache en-dessous. Cette enveloppe tonique apparaît donc comme un moyen de défense contre la

souffrance psychique liée à la confrontation du vieillissement. Lorsque je prends le temps d'accueillir ses différents éprouvés en début de séance, sa cuirasse tonique ne semble pas être assez solide pour contenir tous ses affects. L'enveloppe corporelle de Mme V semble superficielle et constituée uniquement par cette hypertonie scapulaire. Un manque d'enveloppe corporelle solide peut entraîner parallèlement une insécurité interne. Si le corps n'est pas considéré comme étant assez solide, comment avoir confiance en lui et en ses capacités ? Comment investir un corps qui fait défaut ? Vivre dans l'hypertonie permet de se sentir exister et de se construire une carapace face aux agressions extérieures. Ainsi, Mme V semble n'exister qu'au travers de ses douleurs dues à son hypertonie.

Par son côté direct et concret, la médiation du toucher thérapeutique permet d'être au plus près de ce que ressent le patient. La réciprocité qu'amène le toucher permet également qu'un véritable dialogue s'instaure entre les deux individus concernés. Toutefois, ce toucher n'est pas possible avec tous les patients, il doit donc être proposé dans le cadre du projet de soin psychomoteur et en fonction des problématiques du patient.

2 Le toucher et la douleur

« La douleur s'éprouve et n'a pas à se prouver. » (De Lauriston et al., 2005, p. 17).

2.1 Quand la douleur tient compagnie

La douleur, qu'elle soit chronique ou aiguë, altère la qualité de vie du sujet par un vécu corporel pénible et insupportable. Mme V me dit souvent qu'elle en a « marre d'avoir mal », que ses journées sont insoutenables du fait de ses douleurs. Elle se plaint beaucoup de ces dernières qui l'empêchent de réaliser ses activités quotidiennes. J'ai pu observer que Mme V entrait souvent en relation avec moi par la plainte de ses douleurs et de sa souffrance. Cette observation m'a amenée à me questionner sur la valeur de ses douleurs qui ne semblent pas seulement organiques et qui, je pense, ont une valeur relationnelle.

En effet, l'enveloppe corporelle de Mme V semble fragile dans sa constitution. Lorsque j'observe Mme V marcher, j'ai l'impression que son corps ne tient pas solidement et qu'elle est peu ancrée dans le sol. Elle se retient par son hypertonie scapulaire et ses douleurs. Son vécu corporel ainsi que l'investissement de son corps m'amènent à penser que la douleur ferait office d'enveloppe corporelle. Ainsi, Mme V s'agrippe à quelque

chose qui est permanent pour elle mais superficiel, ses douleurs, qui semblent être à composante psychosomatique. Ces dernières pourraient alors avoir pour fonction de retenir un effondrement physique et psychique. Mme V s'accroche à l'une des seules choses qui tient en elle, ses douleurs. Elle comble le vide par celles-ci. Ainsi, par un toucher sécurisant et contenant, j'essaie de créer des sensations agréables et positives afin qu'elle puisse réinvestir son corps autrement. La douleur prend beaucoup de place dans ses pensées et le toucher serait alors un moyen de ramener du concret dans ses sensations corporelles. Le toucher est l'un des seuls sens à faire prendre conscience des limites corporelles.

La douleur de Mme V se manifeste verbalement, mais aussi corporellement. La part verbale concerne ses plaintes, tandis que la part corporelle concerne plutôt ses tremblements mais aussi et surtout son regard. Celui-ci est insistant et souffrant. Par ce regard qu'elle m'offre, j'ai l'impression qu'elle me retient. Elle me fait comprendre par ses yeux qu'elle a encore mal, que ses douleurs sont toujours présentes et qu'elle a encore besoin de moi. Je me sens alors démunie face à ce comportement. Je l'accompagne verbalement dans une tentative de comprendre sa douleur. Autrement dit, je prends le temps d'accueillir les différentes émotions qui la traversent afin d'avoir une écoute de ses besoins la plus juste possible. D'après Ploton (2009, p. 11), « la seule chose qui renvoie encore le sentiment d'exister à un certain nombre de patients, ce sont leurs douleurs ». La valeur relationnelle des douleurs de Mme V prend alors son sens. Si je tente de supprimer cette douleur, Mme V n'existe plus. Elle ne semble se sentir vivante qu'au travers de la douleur. Chaque semaine, lorsque je la questionne sur son état, elle aborde toujours en premier lieu ses douleurs et ses souffrances insupportables. Bien qu'elle ait la visite d'un de ses amis chaque semaine et que cette présence l'apaise, elle ne m'en parle pas. Lorsque je l'interroge sur les bienfaits de cette visite, Mme V change de visage. Ce dernier s'illumine et un grand sourire apparaît. Ce comportement renforce mon hypothèse de la valeur relationnelle de la douleur. Elle investit son corps uniquement dans la douleur car si elle n'a plus mal, elle a peut-être peur de ne plus avoir d'attention. « Un minimum de vécu douloureux leur assure la poursuite de nos soins » (Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007, p. 37). La douleur permet alors d'assurer une continuité de la présence de l'autre. De plus, face à ce corps qui lâche, qui est fragile et qui ne répond plus à ses exigences, Mme V semble l'avoir totalement désinvesti au profit de l'investissement de l'autre. Elle retient

l'autre par ses plaintes douloureuses parce qu'elle n'investit plus son corps. Elle déplace donc la confiance qu'elle a en elle, à la confiance qu'elle a en l'autre.

Korff-Sausse (2014, p. 21) affirme que « la dépendance est source de bénéfices, souvent inavouables ». Il semble que Mme V tire des bénéfices secondaires à cette douleur qui lui tient compagnie chaque jour. Être douloureux permet d'avoir l'attention sur soi, de se faire soigner par une personne, et donc de ne pas être tout seul. Bien qu'inconfortable, je pense que la douleur de Mme V peut prendre ce sens-là. Elle se plaint beaucoup de la solitude qui l'entoure, et ne plus avoir mal ne solliciterait plus autant l'attention des soignants. Parmi les différentes peurs réactivées par la vieillesse, on retrouve particulièrement la peur de l'abandon (Lahaye, 2014, p. 54). Ceci pourrait expliquer le comportement de Mme V à vouloir retenir l'autre par la douleur et à être sans cesse dans l'insatisfaction de ce que les soignants proposent pour la soulager.

« La plainte nous apparaît comme le trait d'union entre psychisme et somatique car elle peut exprimer la souffrance psychique et la douleur corporelle » (Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007, p. 28). Cette phrase illustre la situation de Mme V, et le lien étroit qu'il y a entre ses douleurs corporelles et sa souffrance psychique. En tant que psychomotriciens, nous savons l'importance de ce lien somato-psychique et Lahaye (2014, p. 51) l'énonce clairement : « le fonctionnement psychologique est inscrit dans le corps ». Ce qui rend la tâche difficile, est que la plainte de Mme V semble déguisée et pas clairement formulée. Il est intéressant de se pencher sur le sens de ses paroles lorsqu'elle dit « j'ai peur de tomber, je suis seule ». J'ai l'impression que ses plaintes corporelles sont quelque part des plaintes psychiques, conscientes ou inconscientes qu'elle n'arrive pas ou ne veut pas formuler. Cette hypothèse semble se renforcer avec la temporalité d'apparition de ses douleurs. Mme V m'évoque, lors d'une séance que son manque de coordinations dû à sa maladie ne l'a jamais fait souffrir. Ce n'est qu'à partir de sa chute à son domicile, et donc au moment de l'entrée en institution de son mari que ses douleurs sont apparues. Il y a donc potentiellement un lien entre ses douleurs physiques et sa souffrance psychique. Toutefois, je ne néglige pas ses douleurs corporelles qui, je pense, sont aussi importantes que sa souffrance psychique. Néanmoins, la douleur peut être le meilleur moyen d'exprimer une souffrance, un mal-être (Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007, p. 31), quand les mots sont trop compliqués à se poser.

Je lui offre alors un moment d'écoute et de compréhension de sa douleur et de sa souffrance. Nous prenons le temps de nous rencontrer, de nous retrouver chaque semaine, et de nous laisser toucher l'une et l'autre. Je veille à la distance relationnelle qu'il y a entre nous. En effet, comme je l'ai évoqué dans la partie théorique, la juste distance doit être respectée afin de ne pas être dans une fusion relationnelle. C'est en ceci que réside la complexité de la prise en charge de la personne âgée douloureuse.

2.2 Limites de la prise en charge

« Il nous faut accepter l'idée que nous n'arrivons pas à soulager toutes les douleurs. Mon premier postulat est « Nous ne sommes pas tout puissants. » ». (Gaucher-Hamoudi & Guiose, 2007, p. 37). Il me semble important de commencer ce paragraphe par cette citation, car elle paraît être tout l'objet de la prise en charge avec Mme V. Sa douleur chronique m'a beaucoup questionnée sur la pertinence du suivi. En effet, chaque semaine je retrouve Mme V pour sa séance de psychomotricité hebdomadaire, et à chaque fois, ses douleurs sont toujours aussi intenses, si ce n'est davantage. La vision de Mme V aussi douloureuse dans son corps et dans sa tête m'a également mise à mal dans ma pratique psychomotrice. La prise en charge de la douleur chronique est une question complexe à traiter du fait de l'intrication corps-psyché. Durant plusieurs séances, j'avais pour objectif d'atténuer le plus possible ses douleurs. Au fil des semaines, j'ai pu remarquer que mes efforts étaient vains, et que sa douleur restait présente malgré tout. Il m'a fallu du temps pour comprendre que sa douleur faisait finalement partie d'elle, et que l'objectif premier n'était pas de supprimer entièrement sa douleur, mais de l'aider à mieux vivre avec au quotidien. Comme je l'ai mentionné précédemment, faire disparaître sa douleur reviendrait à supprimer une partie de Mme V. Toutefois, la douleur est l'un des axes principaux de prise en charge chez la personne âgée. Elle n'est pas à banaliser mais reste une question complexe à traiter. Du fait de ses souffrances, j'aimerais apporter davantage de soins de confort à Mme V afin qu'elle vive le mieux possible son corps au quotidien. Cependant, répondre au besoin entraînerait une augmentation de la demande initiale, car Mme V souhaite toujours plus de séance de toucher thérapeutique. Elle dit souvent que les séances sont trop courtes. Elles durent néanmoins une heure, ce qui représente déjà beaucoup. Il y a donc un équilibre à trouver dans l'accompagnement de la douleur chronique, avec la juste distance à respecter. En psychomotricité et particulièrement dans ce type de

problématique, il faut accepter l'idée que nous ne pouvons pas guérir, mais plutôt apporter un mieux-être au quotidien par notre accompagnement.

Cette volonté de vouloir l'apaiser à tout prix, me pose question sur l'investissement que je fais des séances de Mme V. En effet, l'attitude d'exigence que peut avoir cette patiente m'agace souvent. Elle est dans le contrôle de tout ce qui l'entoure, y compris de son corps et de ses relations. Comme j'ai pu l'évoquer dans la partie clinique, elle exige de chaque soignant qu'il réponde à sa demande, même si elle est incongrue. Bien que je ressente parfois ce sentiment d'agacement, je m'aperçois que je m'implique particulièrement dans les séances de Mme V. Je remarque, d'une part, que tout mon corps est impliqué, je ressors souvent de la séance épuisée, avec une sensation d'être vidée de mon énergie. D'autre part, la chaleur qui se dégage de mes mains lorsque je touche Mme V témoigne de mon investissement important. Je m'interroge alors sur la considération que j'ai pour cette patiente. Lahaye (2014, p. 59) souligne que « la surprotection pourrait ainsi être la réaction (le contre-investissement) à cette agressivité inconsciente ». Dans le cas de Mme V, l'agressivité représenterait l'agacement que je ressens face à ses comportements d'exigence. Un des moyens de défense serait donc de surinvestir cette patiente, afin de conserver une relation thérapeutique. En prendre conscience, c'est déjà mettre le doigt sur ce qu'il se passe dans la relation à l'autre. Ainsi, je veille à respecter la juste distance relationnelle nécessaire à l'alliance thérapeutique, sans déborder sur le versant fusionnel de la relation.

La seconde difficulté que j'ai rencontré au cours de ce suivi, est la répétition des séances. La douleur chronique s'accompagne quasiment toujours d'une souffrance persistante pas toujours bien comprise par l'entourage. De nombreuses fois, Mme V a évoqué le fait que personne ne voulait entendre sa souffrance, ni ne prenait le temps de l'écouter. Afin de répondre le plus justement à ses besoins, j'ai développé ma capacité d'écoute et de disponibilité pour elle. Toutefois, lorsque les plaintes se ressemblent de semaine en semaine, il n'a pas toujours été évident pour moi d'être pleinement disponible. J'ai longtemps été agacée par sa constante insatisfaction des dispositifs mis en place pour soulager sa douleur. Je pense que la douleur chronique envahit tellement le corps et l'esprit de Mme V qu'elle n'a plus l'espace disponible pour penser à un moyen de limiter cette douleur. Elle demande chaque semaine la même chose, des « massages ». Ainsi, la répétition qu'induit la douleur chronique peut être l'une des limites de la prise en charge.

Les douleurs chroniques, qui limitent Mme V dans son corps et dans ses mouvements, la rendent très vite fatigable. Lors du bilan psychomoteur que je lui ai fait passer, tous les mouvements impliquant le corps ont été refusés à cause de ses douleurs, qui ont pris une grande place. J'ai l'impression que cette situation d'évaluation lui a généré beaucoup d'angoisses, et elle a réussi à les contenir grâce à la douleur. Celle-ci interviendrait alors comme une manière de contrôler ce corps qui ne l'écoute plus, ce corps qui n'est plus maîtrisable. De Lauriston et al. (2005, p. 15) parlent de « kinésiophobie, c'est-à-dire la peur et l'évitement du mouvement ». Je pense que dans le cas de la douleur chronique, le mouvement est refusé et évité car il y a un phénomène d'anticipation de la douleur. Ceci semble être le cas pour Mme V qui me dit souvent « je ne peux pas, j'ai mal », alors que le mouvement implique une zone de son corps qui n'était pas décrite comme douloureuse. Il y a donc un certain mécanisme de défense contre l'angoisse qui passe par le vécu douloureux du corps. Dans le cas de Mme V et plus généralement, je pense que la douleur chronique peut être envisagée comme moyen de lutte contre l'angoisse car verbaliser une douleur, c'est contrôler son corps. La douleur, qu'elle soit physique, psychique ou les deux, doit malgré tout être prise en considération dans sa globalité.

« La douleur nous déloge de nos certitudes » (De Lauriston et al., 2005, p. 16) et c'est en ceci que la prise en charge de la douleur chronique se veut complexe. La douleur doit alerter le soignant et doit être soulagée au plus vite. Quand cette douleur est persistante, l'accompagnement se doit d'être global et continu, ce qui coûte de l'énergie au soignant. J'ai pu vivre cet investissement au cours de chaque séance proposée à Mme V. Je m'aperçois, avec du recul, que je m'engage corporellement et psychiquement dans cette séance, plus que les autres. À chaque fois que je lui propose de la relaxation par le toucher, je ressors de la séance avec les mains brûlantes et une sensation de fatigue. J'ai l'impression que Mme V m'a drainée de mon énergie. Parce que ce suivi m'a beaucoup interrogée, et parce que la douleur chronique n'est pas évidente à prendre en charge, je me suis donc beaucoup impliquée. De même, comme je l'ai évoqué précédemment, les fins de séance ont été compliquées à gérer en début de stage car j'avais l'impression d'abandonner Mme V à ses douleurs à la suite de ses demandes incessantes de toucher et de massage. Toutefois, bien que la douleur soit un symptôme à limiter le plus possible, le thérapeute peut s'autoriser à ne pas répondre à toutes les demandes du patient (Thiveaud, 2000, p. 13-14).

La douleur chronique demande de l'investissement de la part du soignant mais ici encore, la juste distance relationnelle doit être respectée afin de conserver une posture professionnelle adéquate. L'équipe pluridisciplinaire est également présente pour faire ce relais nécessaire quand l'énergie psychique fait défaut, afin que le suivi du patient ne soit pas impacté.

Je pense finalement qu'en psychomotricité, la douleur chronique s'accompagne plus qu'elle ne se prend en charge. En tant que psychomotricien, nous ne pouvons guérir cette douleur. Parfois, il ne faut pas chercher à la supprimer, mais simplement se demander comment le patient peut vivre avec cette douleur constante et continue au quotidien. C'est en cela que cette pathologie est complexe à accompagner. Aussi, voir un patient souffrir de manière permanente peut remettre en question le positionnement professionnel du soignant et son aptitude à penser le suivi. Sebag-Lanoë (2008, p. 44) parle de « sentiments d'échecs, d'impuissance, de souffrance et de culpabilité » que peuvent ressentir les soignants face à la douleur chronique des patients. Accompagner une douleur qui se soulage peu, voire qui ne se soulage pas, met à mal le narcissisme professionnel et force le soignant à se remettre sans cesse en question.

3 Toucher pour se retrouver

Quand « le corps n'est plus que douleur, l'identité psychomotrice de la personne est ébranlée » (Charpentier, 2014, p. 6). La douleur entraîne un vécu corporel et émotionnel désagréable qui empêche d'investir pleinement son corps. La confiance en soi est abolie, l'image de soi est impactée et le quotidien ne devient que souffrance. Le corps devient difficilement habitable, et le rapport au monde s'en trouve modifié.

3.1 La réappropriation d'un corps plaisir

3.1.1 Avoir confiance en son corps

La personne âgée peut éprouver son corps dans l'insécurité à cause de toutes les pertes associées au vieillissement. Sa confiance en elle diminue à chaque fois qu'un changement négatif s'opère pour elle. L'avancée dans l'âge peut provoquer de nombreuses

pertes corporelles, cognitives et sociales. De plus, la douleur, vécue comme incontrôlable peut vite engendrer de l'insécurité dans le corps de la personne âgée, qui ne parvient plus à gérer ses ressentis corporels. « Ce qui devrait être un compagnon bienveillant devient un intrus menaçant » (Korff-Sausse, 2014, p. 28). Le corps devient alors fragile et plus assez solide pour pouvoir avoir confiance en lui.

Cette citation fait écho aux mots de Mme V lorsque je l'aide à se lever de son lit pour s'installer dans son fauteuil. Juste avant de prendre appui sur ses jambes pour se lever, elle me demande si je tiens bien. Nous voyons alors en quoi Mme V fait davantage confiance en mes appuis, qu'en son corps. Ainsi, en faisant appel aux éprouvés archaïques du nourrisson lors des soins par le toucher, je viens réinvestir des sensations corporelles agréables et faire revivre à Mme V son corps comme positif. Toucher amène un retour sensoriel direct sur ce qui est en train de se passer corporellement. D'ailleurs, Mme V me fait souvent part d'une sensation agréable au simple contact de mes mains sur elle.

Toucher c'est aussi permettre au patient de s'approprier son vécu corporel à l'instant de la séance, et ainsi de s'approprier ses propres émotions ressenties. J'invite Mme V à se centrer sur elle et ses sensations. De même, en fin de séance, lorsqu'elle verbalise un vécu corporel agréable, je l'invite à profiter le plus longtemps possible de cet état de détente. Plus le vécu corporel sera positif, plus elle pourra réinvestir son corps et se réconcilier avec. « Le but du toucher par la relaxation ou par le massage, est de renouer avec l'histoire de son corps » (Konjik, 1996, p. 70). Renouer avec son corps c'est également se sentir sujet et acteur de celui-ci, là où la douleur fait sentir son corps comme un corps-objet source d'insécurité. L'objectif du toucher thérapeutique est de passer d'un corps subi (du côté de la douleur) à un corps vécu (du côté du plaisir).

La douleur dans le vieillissement renvoie à la personne âgée une image d'elle-même diminuée et affaiblie parce que souffrir fait craindre une aggravation de l'état corporel, un mauvais diagnostic ou encore une augmentation de la prise de médicaments. Avec l'avancée dans l'âge, la douleur entraîne donc une peur. Pouvoir offrir un toucher enveloppant à la fin de la séance à Mme V permet de contenir toutes ses angoisses corporelles liées à ses douleurs. Par exemple, lors du bilan psychomoteur évoqué précédemment, plusieurs observations m'ont amenée à penser à un syndrome post-chute. Lorsque j'aide Mme V à aller de sa chaise à son lit, elle verbalise une peur intense de tomber. Je me pose alors la question de la considération qu'elle a d'elle-même et dans les capacités de son corps. Elle semble avoir peur que celui-ci lâche, qu'il ne la soutienne

plus. L'aspect tactile du toucher permet de ramener de la contenance au corps et de faire ressentir les limites corporelles. La main du soignant apporte de la sécurité dans le corps du patient, de manière à ce qu'il puisse progressivement s'approprier son corps avec tous les changements induits par le vieillissement.

Dans l'objectif de réappropriation d'un corps plaisir, le toucher pallie les fonctions défaillantes du Moi-Peau. Si la fonction de contenance est fragile, l'individu va trouver dans la douleur une enveloppe substitutive (Anzieu, 1995, p. 125). La douleur physique et la souffrance psychique seraient alors un moyen d'assurer de la contenance au corps. Il semble que ce soit le cas pour Mme V, qui ressent la douleur de façon constante. Je pense donc que sa douleur aurait pour fonction de pallier ce manque de contenance qu'elle ressent au sein d'elle-même. Par mon toucher, je prends le temps de lui faire ressentir le contenant de son corps en plaçant mes mains de manière à englober une grande surface corporelle au niveau de son bassin. J'effectue de légères oscillations afin de lui offrir un enveloppement sécurisant. Celui-ci contribue, par le toucher, à détendre le corps autant physiquement que psychiquement (Charpentier, 2014, p. 10). Lorsque le vécu corporel sera plus serein et que le sujet aura retrouvé une certaine maîtrise corporelle, il pourra développer une confiance en lui. L'enveloppe corporelle douloureuse substitutive pourra alors être remplacée par une enveloppe corporelle sécurisante et soutenante pour le sujet.

Je commence chaque séance de toucher par les pieds de Mme V. Les pieds représentent les appuis que nous avons sur le monde. C'est également la partie du corps sur laquelle nous nous érigeons pendant notre vie et sur laquelle nous tenons notre équilibre. Il me semble pertinent de souligner que Mme V verbalise un vécu corporel agréable souvent à ce moment-là de la séance. Ses jambes ne lui sont pas douloureuses, mais elle les investit peu. J'insiste donc beaucoup sur ses membres inférieurs et sur ses pieds, de manière à lui faire ressentir cette partie du corps comme essentielle dans l'image qu'elle a d'elle-même. En considérant le lien étroit qui s'établit entre le corps et l'esprit, nous pouvons affirmer que la stimulation de la peau physique permettrait également de stimuler la peau psychique. Ainsi, pouvoir solliciter tactilement ses appuis, lui permettrait alors de retrouver les bases de l'ancrage et de la sécurité.

3.1.2 Une régulation tonique plus harmonieuse

Potel (2010, p. 123) explique que le toucher provoque un effet immédiat sur la tonicité du patient. En effet, le contact tactile permet d'une part de prendre conscience de ses limites corporelles, et d'autre part d'apporter un retour sensoriel sur son état tonique. Si ce toucher s'accompagne d'une verbalisation de l'état tonique du patient, la prise de conscience du corps sera d'autant plus grande.

J'ai pu observer ce changement tonique dès lors que je posais ma main sur le corps de Mme V. Les jours où sa souffrance et sa douleur étaient plus importantes, j'ai pu observer que son hypertonie scapulaire était davantage marquée. Lors de ces moments-là, une simple main posée sur sa cuisse ou sur son épaule lui a permis de relâcher toniquement une partie de ses tensions corporelles. J'ai pu observer que ses épaules se sont relâchées, de même que son souffle qui s'est fait libérateur. Cette main que je pose sur son corps vient signifier une présence rassurante et sécurisante, dans la libération de certains affects douloureux.

Le vieillissement, par toutes les pertes qui s'y associent, peut provoquer un désinvestissement du corps. La personne âgée ne se reconnaît plus dans celui-ci, et ne parvient plus à le maîtriser comme avant. Il est donc indispensable de pouvoir retrouver du plaisir à habiter son corps. En apportant des sensations agréables à la personne âgée, le psychomotricien permet de redonner de l'importance au corps et à ses ressentis. L'attention est alors portée sur le corps plutôt du côté du désir, là où la personne âgée douloureuse investit son corps plutôt du côté de la souffrance. Par son approche corporelle, la psychomotricité permet de proposer différentes expériences corporelles dont le patient peut se saisir. Ces différents vécus peuvent permettre au sujet de découvrir des capacités corporelles jusque-là oubliées, voire méconnues. Thiveaud (2000, p. 13) évoque d'ailleurs que « toucher en relaxation c'est accepter d'aller à la découverte d'une autre perception de son corps propre ».

Dans le cas de Mme V, retrouver du plaisir dans son corps passe d'abord par une baisse de sa tonicité. En effet, son hypertonie scapulaire et ses tremblements sont importants à chaque début de séance. Petit à petit, ces manifestations diminuent. Je l'accompagne ainsi d'un état d'hypertonie vers un état moins tonique. Lorsque Mme V s'aperçoit en fin de séance qu'elle ne tremble plus et que certaines de ses douleurs se sont apaisées, je perçois de la joie dans ses yeux et dans son corps. Ses paroles sont plus

calmes, ses yeux pétillent et un sourire apparaît sur son visage. Cette régulation tonique a permis de lui faire ressentir son corps comme lieu de plaisir.

La douleur comporte de lourdes conséquences sur le corps du sujet. En effet, elle provoque un sentiment de non-maîtrise du corps, qui limite dans les capacités fonctionnelles. L'image de soi du sujet se voit alors modifiée car le corps paraît fragile, faible et soumis à la douleur. Ainsi, « la douleur touche le sujet dans son identité psychocorporelle » nous dit Charpentier (2014, p. 53). Cette fragilité corporelle est renforcée par le tabou du toucher autour de la personne vieillissante. Étant de moins en moins touché, le corps devient vite désinvesti par le sujet. Ce tabou du toucher est majoré dans le cadre de la douleur car nous craignons tous de faire mal à la personne en touchant son corps douloureux. Or, à l'inverse, le toucher est parfois la seule solution à l'apaisement des douleurs.

Les paroles de Mme V et son état corporel montrent à quel point le toucher peut avoir une influence sur la douleur. L'image corporelle de Mme V se voit être valorisée par les effets du toucher. À la fin des séances, elle a davantage d'amplitude articulaire et moins de douleurs. Elle semble retrouver une certaine maîtrise de son corps qui la revalorise beaucoup et la convoque du côté de l'existence. En ayant récupéré de l'amplitude articulaire au niveau des chevilles, elle me dit d'ailleurs d'emblée « j'ai retrouvé de l'espoir ». Nous voyons ici combien il est important de mobiliser le corps du côté du plaisir et de la pulsion de vie.

Cette séance de relaxation par le toucher tente alors d'inscrire en elle des traces sensorielles positives. L'approche corporelle de la psychomotricité permet de faire appel à la mémoire du corps, et le psychomotricien représente un véritable appui pour l'exploration des différents vécus corporels.

3.2 L'étayage psychocorporel du psychomotricien

Le psychomotricien, par ses compétences de liaison corps-psyché, a toute sa place dans la médiation du toucher thérapeutique auprès des personnes douloureuses. Au sens large, le toucher comprend la sphère tactile et la sphère émotionnelle. C'est en cela que le psychomotricien peut agir auprès des patients car son étayage se réalise via deux axes : un

axe psychologique et un axe corporel. Ces deux axes sont toujours liés, et l'un ne va pas sans l'autre. Le plan corporel et le plan psychique sont indissociables et le psychomotricien va s'appuyer sur son observation psychomotrice de ces deux plans pour proposer un travail au plus près des besoins du patient.

Tout d'abord, le psychomotricien doit être attentif et à l'écoute de toutes les manifestations du patient, qu'elles soient corporelles ou verbales. Korff-Sausse (2014, p. 19) souligne que le rôle du soignant en gériatrie consiste essentiellement en l'écoute de la personne âgée. Par son observation fine, il doit être capable d'ajuster ses propositions en fonction de ce que le patient donne à voir de lui.

Mme V parle avec son corps. Des tremblements importants, une hypertonie massive et un visage souffrant témoignent d'un état d'angoisse ou d'appréhension. Ses paroles sont des plaintes de solitude. Plus son corps manifeste de la souffrance, plus le premier contact tactile avec Mme V se fait rapidement. C'est comme si sa souffrance appelait le toucher. Lorsque je pose ma main sur la sienne ou sur sa cuisse, je viens la soutenir corporellement mais également psychiquement. Ce toucher que je lui offre à ce moment-là a une visée d'apaisement et de rassurance, comme une mère prendrait dans ses bras son enfant qui pleure.

Ce toucher sécurisant permet à Mme V de réinvestir un corps unifié. Lorsque je vois la manière dont elle habite son corps, c'est-à-dire de façon assez morcelée comme le prouve son dessin du corps, j'ai l'impression que son vécu corporel traduit une perte de sentiment d'unité. Par le contact peau à peau, je tente de remobiliser son corps plutôt du côté des sensations agréables et positives, là où certaines parties de son corps ont été complètement désinvesties. Je dirais alors que le toucher a, dans la prise en charge de Mme V, une fonction revalorisante. Korff-Sausse (2014, p. 19) parle des personnes âgées comme « des êtres en devenir ». En touchant Mme V, je lui offre un véritable soutien narcissique en stimulant son corps et donc les limites de son enveloppe corporelle. Toucher son corps, c'est la reconnaître en tant que sujet unique.

L'empathie du psychomotricien me semble être une valeur indispensable dans l'accompagnement de la douleur. Thiveaud (2000, p. 15) parle « d'empathie totale psychique et tonique » qui permettrait de développer une écoute indéfectible de la part du soignant, tout en conservant sa place de professionnel et ne débordant pas sur la place du

patient. Le risque est de basculer dans la compassion, autrement dit, de souffrir avec le patient. L'empathie permet de conserver la distance relationnelle nécessaire à la relation thérapeutique. L'écoute bienveillante du patient douloureux me semble indispensable pour accueillir ses éprouvés. L'empathie, en complément d'un toucher sécurisant et rassurant, contribue au maintien du sentiment d'exister de la personne âgée. Contenir l'enveloppe corporelle par le toucher, et contenir le psychisme par un portage effectué par le psychomotricien, permet d'assurer une continuité corporelle. Le psychisme ne peut être contenu si l'enveloppe n'est pas contenue.

Le psychomotricien assure un rôle de miroir pour le patient. En effet, notamment par le dialogue tonico-émotionnel qui se joue entre le soignant et le soigné, il se produit un effet miroir des états et éprouvés de chacun. Korff-Sausse (2014, p. 33) explique que « l'autre est perçu comme un miroir de soi ». Par l'ajustement de son état tonique et par la verbalisation de ce qu'il perçoit du corps du patient, le psychomotricien permet de renvoyer au patient des éléments de lui-même.

Lorsque Mme V se trouve dans un état d'hypertonie, je tente de lui renvoyer son état tonique corporellement et verbalement afin de lui en faire prendre conscience. De même, lorsque j'allie le toucher avec la respiration, je tente de lui insuffler une détente corporelle. Comme l'enfant se voit dans les yeux de sa mère, je tente de rejouer cet effet miroir entre nos deux corps. Sebag-Lanoë (2008, p. 19) souligne d'ailleurs que le corps soigné est reflété par le regard que le soignant lui porte. Ce regard, aussi bienveillant soit-il, permet de reconstruire une estime de soi parfois altérée par les pertes dues au vieillissement.

Lahaye (2014, p. 52) définit l'étayage en faisant référence à la notion « d'appui corporel ». Par son corps, le psychomotricien offre un appui au patient afin de lui proposer de l'aide. Le corps du psychomotricien vient donc faire office de base de référence, qui assure contenance et sécurité au patient. Ce point d'appui fixe, sûr et solide, lui permet d'explorer et de ressentir diverses sensations corporelles dans un cadre sécurisé.

À chaque séance que je propose à Mme V, je m'engage corporellement de manière à ce qu'elle puisse ressentir cet appui que je lui propose. De même, la stimulation de ses appuis corporels pourra lui permettre de s'appuyer progressivement sur son propre corps. C'est en prenant appui d'abord sur le corps de l'autre, que Mme V pourra prendre appui sur le sien.

Je fais l'analogie avec l'enfant qui a d'abord besoin d'être soutenu par sa mère, pour ensuite trouver ses propres appuis sur l'environnement et explorer seul ce qui l'entoure. L'appui de mon corps que je propose à Mme V lui permet de s'assurer de la fiabilité du cadre pour ensuite trouver ses propres appuis et les ressources nécessaires au sentiment de confiance en elle et en son corps. Sebag-Lanoë (2008, p. 20) définit d'ailleurs la relation soignant-soigné comme une relation de « corps-à-corps ». La dépendance que peut supposer le vieillissement nécessite une proximité des corps assez importante, notamment via le toucher. Dans la douleur, les manifestations corporelles prennent beaucoup de place dans la relation et dans le quotidien du patient. Par ses gestes, le soignant tente de soulager ces douleurs en proposant un toucher rassurant et contenant. Le soignant et le soigné sont touchés par le contact tactile qui s'établit entre eux. Une réelle communication infraverbale se met en place et permet alors à cette relation de « corps-à-corps » de se construire au fil du temps.

La douleur met à mal le vécu du corps dans sa fiabilité et sa sécurité interne. En effet, avoir mal c'est ne pas pouvoir contrôler ce qu'il se passe à l'intérieur de notre propre corps, car nous le subissons lorsqu'il est douloureux. Dans le cas de la douleur chronique, le sujet doit apprendre à vivre avec cette douleur constante et lancinante qu'il ne maîtrise pas. Ce vécu douloureux continu met à mal la sécurité interne du sujet car il n'est plus maître de son corps. Il ne peut plus faire les mouvements désirés, il doit adapter sans cesse son quotidien à ce qu'il ressent, sans savoir ce que sera sa douleur le lendemain. Une épée de Damoclès plane sans cesse au-dessus de la tête du sujet concernant sa guérison, ses traitements, ses examens éventuels. Cette incertitude sur son état de santé peut provoquer des angoisses plus ou moins identifiables par le sujet.

Mme V vit avec l'incertitude de sa maladie. Elle est atteinte d'un syndrome extrapyramidal depuis l'âge de 14 ans, mais aucun diagnostic n'a été posé. Malgré de nombreuses recherches, aucun médecin n'a pu mettre des mots clairs sur sa maladie. Elle vit alors constamment dans l'incertitude de l'évolution de celle-ci, qui a fait l'objet de nombreux traitements, en vain. Aujourd'hui, aucun médicament ne la soulage de ses douleurs, et ceci l'angoisse et la fait beaucoup souffrir. Le moindre changement dans son quotidien réactive ses angoisses.

Le psychomotricien doit alors assurer un cadre contenant et sécurisant afin de pouvoir apaiser totalement ou en partie ces angoisses. De Lauriston et al (2005, p. 22) soulignent que « le patient douloureux chronique et surtout le patient qui présente une

souffrance globale a besoin d'une cohérence, d'une juste disponibilité, et d'un cadre rassurant ». La continuité du soin en psychomotricité est primordiale afin de rassurer le patient. En effet, mettre en place des séances régulières, avec la même fréquence permet au patient d'anticiper et d'avoir un repère sur lequel s'appuyer. Les séances de Mme V se déroulent toujours le même jour et à la même heure. N'ayant pas de troubles cognitifs, Mme V se rappelle de notre rendez-vous hebdomadaire et m'attend avec impatience. Elle sait que lorsque je viens, c'est pour lui apporter un moment de bien-être et de détente corporelle via la relaxation.

Ainsi, le toucher thérapeutique, par le retour sensoriel direct, permettrait au sujet de renouer avec son corps qui possède une histoire et qui est vecteur d'affects. Malgré le tabou du toucher qu'il y a autour du corps douloureux, le contact tactile serait un moyen d'accéder pour Mme V à une détente par la sensation d'un vécu corporel agréable et teinté de plaisir. Par la stimulation des limites corporelles, le toucher permet de restaurer une enveloppe contenant, nécessaire au sentiment d'exister. Le corps de Mme V, dont l'enveloppe est mise à mal par la douleur, trouve de l'apaisement dans ce contact peau à peau qui peut rappeler le toucher archaïque à la base de la vie.

CONCLUSION

« Toucher, c'est en quelque sorte « porter l'autre » vers une connaissance ou une reconnaissance de lui-même en tant que sujet » (Potel, 2010, p. 125).

Nous l'avons vu tout au long de cet écrit, le toucher est indispensable au bon développement de l'enfant, et assure un sentiment de sécurité tout au long de la vie de l'individu. Ce toucher, bien que nécessaire, devient vite tabou et désinvesti lorsqu'il s'agit de la personne vieillissante, à cause de toutes les représentations sociétales associées à cette dernière. Ma rencontre avec Mme V m'a permis de constater l'importance du toucher dans le vieillissement, et plus particulièrement dans la douleur. Le cœur des séances avec Mme V a reposé sur le dialogue tonico-émotionnel qui s'est établi entre nous, et qui m'a permis d'accueillir sa douleur.

Il n'a pas toujours été facile pour moi, en tant que stagiaire psychomotricienne, d'accompagner Mme V au plus près de ses besoins. La douleur chronique, par la récurrence et la permanence des symptômes, a parfois figé ma pensée autour du suivi de cette patiente. J'ai pu ressentir de l'impuissance face au vécu corporel douloureux de Mme V et il m'a fallu du temps pour comprendre que je n'occupais pas une place de sauveuse. L'accompagnement de la douleur chronique de Mme V n'a donc pas toujours été évident pour moi, du fait de l'intrication corps-psyché. Toutefois, c'est en cela que le psychomotricien a toute sa place. Le toucher, par ses fonctions psychocorporelles, permet de réinvestir son corps autrement que dans la douleur. Le toucher du psychomotricien, et plus généralement son corps entier constitue un véritable appui pour le patient afin qu'il s'approprie son propre corps dans tous les changements qu'il subit, et particulièrement dans le vieillissement.

Par la complexité de cette prise en charge, j'ai beaucoup questionné ma propre identité de future psychomotricienne. J'ai initié un début de posture professionnelle, avec ses potentialités et ses limites mais elle reste encore en construction.

Tout au long de ce stage, j'ai appris à me laisser toucher par la rencontre des différents patients, et particulièrement Mme V que j'ai beaucoup investie psychiquement. Je me suis laissée touchée corporellement par mon contact avec le corps frêle de Mme V,

mais également affectivement dans une volonté de soulager ses douleurs. Cet accompagnement, aussi riche soit-il, m'a permis d'élaborer une vaste réflexion autour de la prise en charge de la douleur, et de l'intérêt du toucher plus généralement en psychomotricité.

Ce stage et ce sujet de mémoire m'ont confortée dans l'idée de travailler plus tard avec les personnes âgées, car nous avons autant de choses à leur transmettre, qu'elles en ont, elles, à nous transmettre. La place des émotions et des ressentis y est grande, tout comme le langage du corps est flagrant chez la personne âgée. Le corps apparaît donc comme une expression de soi.

Au fil de l'avancée dans l'âge, la personne âgée doit faire face à de nombreux changements évoqués au cours de cet écrit, qui nécessitent d'intenses remaniements psychiques et corporels. Selon Montagu (1979, p. 155), « la perte du contact avec le corps aboutit à la perte du contact avec la réalité ». Nous pouvons alors évoquer le sujet de l'identité dans le processus de vieillissement. En effet, la préservation de l'identité propre de la personne âgée est incertaine quand le corps, base de notre unicité et de notre continuité identitaire, se dégrade et devient incontrôlable.

BIBLIOGRAPHIE

- Anzieu, D. (1995a). Fonctions du Moi-Peau. In *Le Moi-Peau* (p. 119-138). Dunod.
- Anzieu, D. (1995b). La notion de Moi-peau. In *Le Moi-peau* (p. 57-66). Dunod
- Bouhassira, D. (2016). *Douleur : Pour qu'elle ne soit plus vécue comme une fatalité*.
Inserm - La science pour la santé. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur>
- Charpentier, É. (2014). *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée : Soutien à l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée*. De Boeck-Solal.
- De Lauriston, S., Pillot, D., & Matta, B. (2005). La souffrance dans la douleur chronique. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 142, 14-23.
- Dolto, F. (1984). Schéma corporel et image du corps. In *L'image inconsciente du corps* (p. 7-62). Éditions du Seuil.
- Durey, A. (2000). Le toucher dans la relation soignant-soigné. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 123, 50-60.
- Gaucher-Hamoudi, O., & Guiose, M. (2007a). La douleur. In *Soins palliatifs et psychomotricité* (p. 27-40). Heures de France.
- Gaucher-Hamoudi, O., & Guiose, M. (2007b). Le psychomotricien au plus près de la clinique. In *Soins palliatifs et psychomotricité* (p. 95-116). Heures de France.
- IASP. (2017). *IASP Terminology*. International Association for Study of Pain.
<https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576#Pain>
- Juhel, J.-C. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée. Réfléchir, agir et mieux vivre*. Les Presses de l'université Laval.

- Konjik, M. (1996). *La relation thérapeutique et le toucher en psychomotricité* [Mémoire de Psychomotricité]. Université Claude Bernard Lyon 1.
- Korff-Sausse, S. (2014). Le corps vécu et la vie psychique des personnes âgées et des personnes handicapées. In P. Ancet, *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée* (p. 15-34). Dunod.
- Lahaye, A. (2014). Le corps vieillissant et sa perception par les soignants. In P. Ancet, *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée* (p. 47-62). Dunod.
- Larousse en ligne. (s.d.a). *Peau*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/peau/58854>
- Larousse en ligne. (s.d.b). *Toucher*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/toucher/78627>
- Le Rouzo, M. L. (2008). Le vieillissement psychologique : une vue d'ensemble. In *La personne âgée : Psychologie du vieillissement* (p. 13-64). Bréal.
- Montagu, A. (1979). *La peau et le toucher : un premier langage*. Éditions du Seuil.
- Ploton, L. (2009). Interview du Pr Louis Ploton. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 160, 6-13.
- Potel, C. (2010). Le toucher. Du corps touché aux jeux de l'imaginaire. In *Psychomotricité : Entre théorie et pratique* (p. 123-148). Editions in press.
- Prayez, P., & Savatofski, J. (2002). Toucher et communication non verbale. In *Le toucher apprivoisé* (p. 107-118). Éditions Lamarre.
- Sebag-Lanoë, R. (2008). *Propos sur le grand âge : réfléchir une expérience*. Doin-Lamarre.
- Thiveaud, M. (2000). Le toucher en thérapie de relaxation psychomotrice. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 121, 12-15.
- Winnicott, D. W. (1969). La théorie de la relation parent-nourrisson. In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 358-378). Science de l'homme Payot.

Vu par la maître de mémoire Marine JOET, psychomotricienne D.E.,

Le : 18/05/2021

À : Aix-Les-Bains

Signature :

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized loop followed by a smaller loop and a horizontal stroke extending to the right.

Auteur : Alexine NEUGNOT

Titre : Titre du mémoire :

« Touchez-moi, j'ai mal » : la place du toucher thérapeutique en psychomotricité dans l'accompagnement de la douleur chronique chez la personne âgée

Mots - clés : douleur chronique (chronic pain) – toucher thérapeutique (healing touch) – confiance en soi (self confidence) – plaisir (pleasure) – vieillissement (aging)

Résumé :

Ce mémoire retrace ma rencontre avec Mme V, âgée de 84 ans, au sein d'un EHPAD, ainsi que mon accompagnement en psychomotricité. La douleur chronique vient complexifier le processus de vieillissement qui nécessite de nombreux remaniements tant au niveau psychique que corporel. Le rapport au corps du sujet se voit alors bouleversé. Ainsi, nous pouvons nous demander en quoi la médiation du toucher thérapeutique en psychomotricité permet-elle de réinvestir le corps dans le cadre de la douleur chronique en lien avec le vieillissement ? Comment le contact peau à peau permet-il de renouer avec son corps comme source de plaisir ?

This dissertation sums up my meeting with Mme. V, who is 84 years old and lives in a nursing home (EHPAD), as well as the psychomotor care that I provided to her. The chronic pain complicates the ageing process which requires many rehabilitations, on a psychic and a physical level. The subject has a disrupted relation to her body. We shall wonder to what extent the mediation of the healing touch in the psychomotricity area can help to re-invest the body within the scope of the chronic pain linked to the ageing process ? And how skin to skin contact encourages the reconnection with one's body as a source of pleasure ?