

Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice

Mémoire présenté en vue de l'obtention
du diplôme d'Etat de Psychomotricité

« Des sensations à fleur de peau »

ou l'importance du toucher
dans une pratique psychomotrice
auprès des personnes âgées.

TOSTIVINT Isabelle
Session Juin 1996.

Référent de mémoire:
Madame CHARPENTIER Marielle

RESUME

Le sens du toucher est essentiel à la vie.

Très présent pendant l'enfance, il permet un développement harmonieux de la personnalité. Tout au long de l'existence, il assure, au travers de la peau, de nombreuses fonctions de l'organisme, qui peuvent devenir défaillantes en vieillissant. Anzieu établit une relation entre ces fonctions et celles du psychisme. Nous ne sommes pas tous égaux devant le toucher : la culture, l'interdit, la formation professionnelle, modifient la façon dont nous appréhendons ce sens. Les techniques utilisant le toucher sont vastes : massage, haptonomie, contrôle de relaxation ... ; et chacun possède une sensibilité qui lui est propre.

C'est à travers une prise en charge individuelle remplie d'affectivité, et la création d'un groupe de « Sensibilisation au toucher et Relaxation », que je montre combien le sens du toucher occupe une place importante auprès des personnes âgées. Il peut jouer différents rôles : réassurant, restructurant, de détente et de communication. Enfin, il permet d'accéder aux notions de plaisir et de bien-être.

**VIE
TOUCHER
RESSENTIR**

PERSONNE ÂGÉE
UNITÉ CORPORELLE

Je remercie mon référent de mémoire
et maître de stage : Marielle CHARPENTIER,
pour l'aide précieuse qu'elle m'a apportée
tout au long de mon stage.

Je remercie Nade THIERY,
pour m'avoir conforté dans ma passion du Toucher.

Enfin, je remercie toutes les personnes âgées,
qui m'ont permis d'enrichir mon expérience de la Vie.

SOMMAIRE :

INTRODUCTION	5
---------------------	----------

LE TOUCHER	7
-------------------	----------

1. Généralités sur le toucher :	7
--	----------

1.1 Définitions :	7
-------------------	---

1.2. Quelques notions anatomo-physiologiques :	9
--	---

1.3 Le vieillissement cutané :	10
--------------------------------	----

1.4 Evolution du toucher selon l'âge :	11
--	----

1.5 Le toucher selon les cultures :	14
-------------------------------------	----

1.6 L'interdit du toucher dans notre société :	16
--	----

2. La place du toucher dans le rapport soignant/soigné :	20
---	-----------

2.1 Toucher le corps d'un malade :	20
------------------------------------	----

2.2 Toucher une personne âgée :	21
---------------------------------	----

3. Notions théoriques sur le toucher :	25
---	-----------

3.1 « Les fonctions du Moi-peau » d'après Didier ANZIEU :	25
---	----

3.2 « L'haptonomie : Science de l'affectivité »	
---	--

d'après Frans VELDMAN:	30
------------------------	----

LA PRATIQUE	33
1. Description de l'institution :	33
1.1 Le centre Gériatrique :	33
1.2 La psychomotricité :	34
2. Prise en charge individuelle :	36
2.1 <u>Présentation de madame M</u> :	36
2.2 Anamnèse :	36
2.3 Bilan psychomoteur :	37
2.4 Projet thérapeutique :	39
2.5 Prise en charge et séances :	40
2.6 Conclusion :	42
3. Prises en charge en groupe de « Sensibilisation au Toucher et Relaxation » :	43
3.1 Présentation et description du groupe :	43
3.2 <u>Présentation de madame C</u> :	48
3.4 Bilan psychomoteur :	50
3.5 Projet thérapeutique :	52
3.6 Prise en charge et séances :	52
3.7 Conclusion :	55
3.8 <u>Présentation de madame Q</u> :	55
3.10 Bilan psychomoteur :	57
3.11 Projet thérapeutique :	59
3.12 Prise en charge et séances :	59
3.13 Conclusion :	62
3.14 Conclusion de la pratique :	63

DISCUSSION _____ 65

1. Les techniques : _____ 65
2. La place du toucher chez chacun : _____ 67
3. Le Moi-peau : _____ 68
4. Notion de distance : _____ 70
5. Notion d'instant : _____ 71
6. Le corps comme moyen de communication : _____ 72
7. Le « toucher relationnel » : _____ 74
8. Le « toucher-détente » : _____ 75
9. Le « toucher-réassurant » : _____ 76
10. Le « toucher-restructurant » : _____ 77
11. Le toucher et les souvenirs : _____ 78

CONCLUSION _____ 82

BIBLIOGRAPHIE _____ 83

ANNEXES _____

86

INTRODUCTION

Ce mémoire présente l'expérience que j'ai vécue pendant 8 mois dans un hôpital gériatrique.

Je me souviens de ma plus tendre enfance où le doux toucher de mon ours en peluche sur ma peau me procurait des sensations tellement agréables.

Mais que deviennent toutes ces sensations lorsque nous grandissons, puis lorsque nous vieillissons ? A jamais perdues ? Je ne crois pas, elles sont enfouies peut-être, mais elles peuvent resurgir à tout moment.

D'abord attirée par les bébés et par l'importance que prend le toucher à cet âge à travers le maternage, l'opportunité d'une rencontre m'a conduite à découvrir le monde des personnes âgées. Dès les premières semaines j'ai été étonnée de voir à quel point ces personnes soignées semblaient méconnaître leur corps et ne percevoir que des sensations douloureuses. Peu à peu, elles semblaient même abandonner leur corps au personnel soignant.

Je me suis interrogée sur ce que pouvait apporter le toucher dans une pratique psychomotrice auprès de ces patients. C'est à cette période que j'ai rencontré Nade THIERY. J'ai lu son mémoire, et j'ai participé à un de ses ateliers sur le toucher et l'écriture. Son approche du toucher m'a plu, et j'ai décidé de m'en inspirer pour mettre en place un groupe avec des personnes âgées.

Dans une première partie, je développe les notions de base du toucher. Puis j'expose mon expérience de stagiaire dans une prise en charge individuelle, et dans la création du groupe de « Sensibilisation au Toucher et Relaxation ». Enfin, j'essaie de montrer la place et les apports du toucher en psychomotricité, et les différents rôles qu'il peut avoir auprès de personnes âgées.

*« Il ne suffit pas de dire que les sables des plages sont doux,
je veux que mes pieds nus le sentent.
Toute connaissance que n'a pas précédé une sensation m'est inutile. »*
André GIDE

LE TOUCHER

1. Généralités sur le toucher :

1.1 Définitions :

Le toucher est un mot complexe qui peut avoir plusieurs sens.

Pour moi le mot « toucher » signifie entrer en contact par l'intermédiaire de notre enveloppe corporelle, c'est à dire la peau, avec soi-même, avec une autre personne ou avec un objet.

Le toucher est l'un de nos cinq sens, il s'exprime au travers de la peau grâce aux différentes fonctions tactiles. « Le toucher comprend l'ensemble des sensibilités tactiles (superficielles et profondes) intervenant dans l'exploration des objets par palpation. Le tact correspond à la réception des stimulations mécaniques ».(COSTE, 1976).

« A condition que l'appareil du tact soit engagé dans une opération complexe d'exploration et d'investigation psychomotrices, les sensations proprement tactiles prennent une valeur discriminative et une signification qualitative autant que quantitative. » (THIEFFRY,1973 p117).

« Expression motrice de l'une de nos voies sensorielles, le toucher apparaît en première approche comme l'un des modes exploratoires, donc de connaissance, des plus élémentaires, peut-être le plus archaïque ». (BERNARCHON 1989).

On peut dire que la palpation amène à la perception puis à la reconnaissance des objets.

Le Toucher peut s'employer dans de nombreux autres sens: « toucher de l'argent », « toucher des yeux », « toucher au but », « toucher le fond », « avoir une drôle de touche », « être touché par » etc. Ainsi le toucher peut-être apparenté à une émotion, car ses éléments sensoriels induisent des changements d'ordre nerveux, glandulaire, musculaire et mental. Le verbe « toucher » signifie aussi être sensible aux sentiments humains.

Au cours de mon mémoire, je serai amenée à employer le mot « massage ». Pour qu'il n'y ait pas d'ambiguïté avec le massage du kinésithérapeute, je vais définir le massage dans le sens où je l'entends pour mon étude.

Le massage vient de l'arabe *mass* « toucher, palper » ; masser signifie : « Frotter, presser, pétrir avec les mains ou à l'aide d'appareils spéciaux, dans une intention thérapeutique ou hygiénique ». (Petit Robert, 1970).

« Le massage correspond à une pression, par pétrissage avec les mains ou avec un appareil, des différentes parties du corps pour leur donner de la souplesse, pour leur enlever la fatigue, une douleur... Les personnes âgées peuvent en bénéficier à différents titres ». (LEGER, TESSIER, MOUTY 1989, p101).

La définition la plus importante pour moi est la suivante : « Le massage est relation par l'intermédiaire du toucher qui, dans son sens premier signifie entrer en contact avec quelqu'un en éprouvant les sensations du toucher. Dans le massage on retrouve les deux significations du mot toucher. Le massage fait naître des sensations physiques, réveille peu à peu des zones engourdies parce que jamais sollicitées, ou contractées par les tensions ; mais il peut aussi être le révélateur d'émotions aussi variées que la joie, la tristesse, la colère ou la peur ». (DUPREY, 1989).

Je rajouterai qu'après des personnes âgées, le massage devra surtout apporter les notions de plaisir et de bien-être.

1.2. Quelques notions anatomo-physiologiques :

La peau est le premier né de nos organes, et le plus sensible. Le sens du toucher qui est étroitement relié à la peau est donc le premier sens à se développer chez l'embryon (avant 8 semaines).

La peau provient de l'ectoderme, la plus externe des 3 couches de l'embryon. L'ectoderme donne également naissance aux cheveux, aux dents, ainsi qu'aux organes sensoriels de l'odorat, du goût, de l'audition, de la vision, du toucher, et surtout du système nerveux. L'endoderme donne naissance aux muqueuses (peaux internes). Les deux peaux se rejoignent aux zones anale et buccale.

D'après Ashley MONTAGU 1979, on a estimé qu'il existe environ 50 récepteurs sur 100 mm². Le nombre des points tactiles varie de 7 à 135 par cm². La peau est de loin le système le plus étendu de notre corps: environ 2 500 cm² chez le nouveau-né et de 18 000 cm² en moyenne chez l'adulte (p 9-10-11).

« La peau n'est pas une couverture jetée sur le corps. Si, par sa couche superficielle (l'épiderme) elle marque les limites visibles du corps, en revanche par sa partie profonde (le derme et l'hypoderme) elle est littéralement incorporée. (...) Sur toute l'étendue et dans toute la profondeur de la peau sont semés les corpuscules récepteurs des stimulations physiques et vecteurs des sensations tactiles. » (THIEFFRY, 1973 p118-119).

Les récepteurs cutanés de la sensibilité peuvent être classés en trois grands groupes correspondant aux trois grands types de modalités sensibles : les thermorécepteurs (chaud, froid), les nocicepteurs (stimulations douloureuses), et les mécanorécepteurs (stimulations mécaniques: tact, pression, vibration etc...).

La peau, d'après MONTAGU, assure 4 fonctions physiologiques =

- Elle protège ce qu'elle recouvre,
- elle est un organe sensoriel,
- elle est un régulateur thermique,
- elle est un organe métabolique.

Je développerai les notions physiologiques dans ma partie sur ANZIEU.

1.3 Le vieillissement cutané :

D'après le livre:« Vieillissement Cutané » de MEUNIER, MICHEL, DUNTZE, MEYNADIER,1990.

Le vieillissement cutané est défini par l'ensemble des altérations du revêtement cutané, résultant de l'accumulation au fil des années de modifications progressives de ses différents constituants. On peut distinguer deux formes de vieillissement cutané:

_ Celui intrinsèque, inéluctable :

Il est caractérisé par des altérations qui sont dues à un déterminisme génétiquement programmé, et à un ensemble de facteurs endogènes.

On peut alors observer :

- un amincissement portant sur l'ensemble des composants de la peau (atrophie de l'épiderme, du derme et de l'hypoderme), avec pour conséquence une augmentation de la fragilité cutanée.
- une diminution quantitative et une altération fonctionnelle du tissu élastique responsable de la perte de l'élasticité cutanée.
- une discrète accentuation des rides d'expression.

Cela engendre des modifications fonctionnelles :

- une desquamation cutanée accrue.
- une moins bonne cicatrisation des plaies.
- une diminution de la fonction de barrière.
- une diminution de la perception sensorielle avec augmentation du risque de traumatisme par pression, brûlure ou agents chimiques.
- une diminution de la capacité de réponse immune, avec pour conséquence une diminution de la fréquence et de l'intensité des réactions d'hypersensibilité et une augmentation du risque de cancer cutané.
- une diminution de la capacité de réponse inflammatoire, avec pour conséquence une absence de détection précoce des agents nocifs.
- une diminution de la thermorégulation, avec majoration du risque d'hypothermie et de coup de chaleur, diminution de la production de sueur et de sébum.
- une diminution de la protection mécanique, avec pour conséquence un risque important d'escarres aux points de contact.

Celui en rapport avec les facteurs de l'environnement :

- Il est caractérisé par le vieillissement cutané actinique, dont les modifications sont dues principalement aux expositions solaires qui se sont produites pendant toute la durée de la vie. On peut observer des modifications cliniques qui siègent sur les zones photo-exposées : le visage et le dos des mains (épaississement de la peau, coloration jaunâtre, apparition de rides profondes etc).

D'autres facteurs peuvent être mis en cause :

- le tabagisme.

- et sans doute les facteurs nutritionnels, traumatiques, et professionnels.

Le vieillissement, cutané intrinsèque et celui en rapport avec les facteurs de l'environnement, modifie considérablement la peau et ses fonctions.

1.4 Evolution du toucher selon l'âge :

D'après BERNACHON , DUPREY 1989; CONSOLI 1995 :

Nous rougissons lorsque nous sommes intimidés, pâlissons à la suite d'une mauvaise nouvelle, tandis que nous transpirons par peur. Si nos émotions transparaissent ainsi sur notre peau, c'est manifestement qu'il existe un lien entre la peau et le psychisme.

On peut penser que ce lien commence à se tisser bien avant la naissance. Le fœtus est alors en relation unique avec sa mère, mais il perçoit les mouvements, les sons, la lumière et il inscrit toutes ces sensations dans son corps.

Le sens du toucher est le premier sens à se développer vers 8 semaines, parallèlement à l'audition.

Lors de l'accouchement, le bébé reçoit de fortes stimulations tactiles provenant des contractions de sa mère. Dès la naissance, la mère entretient de nombreux échanges tactiles avec son bébé. Une véritable communication préverbale, témoignage d'amour, se tisse au travers des manipulations telles que le portage, le lavage, le nourrissage, le change. Ces contacts chaleureux apaisent le bébé.

Comme le dit ANZIEU : « Le massage devient message », et ces échanges tactiles participent à la construction de la personnalité de l'enfant. Ils permettent au bébé de se développer harmonieusement tant sur le plan physique que psychique. C'est prioritairement par le toucher, que l'enfant explore et qu'il découvre le monde environnant, puis par un retour de la perception à la sensation découvre son corps propre.

SPITZ a prouvé qu'un enfant hospitalisé, que l'on touche uniquement pour les soins indispensables, régresse. Privé de véritables contacts affectifs, il peut se laisser mourir : c'est l'« hospitalisme ». Le toucher est un besoin vital, qui lorsqu'il n'est pas satisfait peut entraîner des troubles plus ou moins importants : retard du développement psychomoteur et psychoaffectif.

D'après Ashley MONTAGU 1979, « la carence en stimulations tactiles pendant la petite enfance aboutit à une incapacité grave à établir des relations et un contact avec les autres ».

Le toucher, quelque soit sa motivation, aboutit à la connaissance puis à la reconnaissance de l'objet ou de la personne touché. Il pourra alors être source de plaisir ou de souffrance pour le sujet toucheur, comme pour le sujet touché. Cet aspect met en évidence un facteur essentiel du toucher, qui est l'instauration éventuelle d'une relation, et d'une communication.

Lorsque nous grandissons, le toucher perd la place importante qu'il a occupé dans les premiers mois de notre vie. THIERY N 1992, écrit : « la privation du toucher est encore plus importante que celle de la vue, car le toucher concerne, bien plus que les autres sens, le corps. Souvent, on a entendu étant enfant : « Ne touche pas ! ». Il est ajouté « c'est sale » quand il s'agit de notre propre corps ». C'est alors que se met en place l'interdit du toucher que je développerai dans une partie ultérieure.

Le toucher s'amoindrit et l'adulte reçoit de moins en moins d'informations sur lui-même, les autres et l'environnement. Le toucher ne se réduit plus qu'à l'aspect sexuel, et toute la sensualité est mise à l'écart.

Les contacts corporels disparaissent pour ne pas être interprétés de façon abusive. C'est l'exemple des procédures pour harcèlement sexuel.

Chez la personne âgée, le toucher est encore plus limité. En effet l'éducation, la culture, et le vieillissement cutané (chapitre 1.3) amoindrissent l'utilisation de ce sens. Cependant, le toucher peut retrouver la place importante qu'il occupait lors du maternage avec des personnes âgées se trouvant dans des périodes de régression psychologique importante (retour au stade anal, puis au stade oral).

D'après LEGER, TESSIER, MOUTY 1989 : « Le toucher garde en chacun de nous une résonance profonde. Le toucher est un moment émotionnel et un moment relationnel qui induit la mise en oeuvre d'énergie, de représentations à la fois mobilisatrices, apaisantes, source possible de récupérations, de réhabilitation, et de restructuration ».

Chez la personne vieillissante, la perception fléchit et les différents canaux sensoriels voient leur efficacité se restreindre.

Les modifications qui affectent l'organisme sénescant influent sur la façon singulière dont l'individu perçoit son identité et son rapport au monde. La peau cerne et définit le corps. Le sujet âgé connaît l'insécurité, car cette enveloppe se fragilise en vieillissant et les agressions, même celles apparemment banales ou habituelles, deviennent plus incisives pour lui qui les ressent plus intensément. Le corps a alors tendance à être surinvesti. « La somatisation apparaît comme une modalité existentielle. Le corps et sa représentation deviennent de façon paradoxale l'unique support des relations à soi-même et aux autres et le lieu privilégié des projections. » Les modifications corporelles entraînent une défaillance narcissique. « L'image de soi est remise en cause dans sa valeur personnelle et aux yeux des autres. »

Le corps des personnes âgées, bien que vieillissant, a toujours autant besoin de stimulations sensorielles. Il n'y a pas d'âge pour retrouver l'harmonie avec son corps et redécouvrir la sensualité qui vient du toucher.

1.5 Le toucher selon les cultures :

« Les différences sociales d'expériences sensorielles se traduisent sur le développement de la personnalité et dans une certaine mesure sur le « tempérament » national ». (MONTAGU, 1979, p165)

Il existe des cultures où le toucher prend une place importante dans la vie de tous les jours, d'autres cultures où il est presque inexistant. De même les différences de classes sociales influent aussi sur les expériences tactiles.

DUPREY C 1989 résume ainsi une étude effectuée par R. James de Boer sur les Esquimaux Netsilik, vivant dans l'arctique canadien : Dès sa naissance l'enfant est porté sur le dos de sa mère dans une parka en fourrure jusqu'à ce qu'il sache marcher. La mère ressent tactilement les besoins de son enfant et y répond d'emblée de façon adaptée. Les bons rapports tactiles que l'esquimau a eu pendant son enfance, lui permettront d'avoir à l'âge adulte des relations harmonieuses avec autrui. Le peuple esquimau est très chaleureux et il s'exprime facilement par le toucher.

MONTAGU 1979 résume différentes études(pages 178-179) : Celle du docteur Mary Ainsworth porte sur les bébés Ougandais de l'Est africain jusqu'à l'âge de 15 mois : Ils sont portés sur le dos et nourris au sein pendant 12 mois et parfois plus. Ils passent la plus grande partie de leur temps dans les bras de quelqu'un, et leur mère les tapotent et les caressent souvent. Le développement sensori-moteur et psychomoteur des bébés Ougandais est en général plus rapide que celui des bébés occidentaux.

Celle de T.R WILLIAMS porte sur une culture à tradition orale: Les Dusun du nord de Bornéo (pages 180-181). Pendant les 8 premiers jours de sa vie, le nourrisson n'a de contacts tactiles qu'avec sa mère.

Et pendant sa première année, il est dit que : « Aucun étranger ne pourra te toucher et appeler sur toi le malheur. » De nombreuses subtilités du langage, des gestes codifiés, et différentes positions du corps, sont utilisés par les Dunsun comme substituts aux sensations tactiles:.

Celle du Docteur William Caudill et Helen Weinstein compare l'expérience tactile entre les bébés japonais et les bébés américains âgés de 3 à 4 mois. Les mères japonaises privilégient le contact physique au détriment d'une relation verbale ; elles souhaitent un bébé passif et satisfait. Tandis que les mères américaines, qui souhaitent un bébé actif et plein d'assurance, privilégient les relations verbales plutôt que les contacts physiques. Elles passent moins de temps avec leur bébé que les japonaises.

Les américains sont plus indépendants (ils prennent leur bain seuls et dorment seuls), alors que les japonais sont plus collectifs (ils prennent leur bain en groupe et dorment à plusieurs). Si les comportements sont si différents entre les américains et les japonais, c'est qu'ils reçoivent dès leur plus jeune âge des stimulations bien différentes.

Dans les pays Occidentaux, depuis quelques années le bébé reçoit de plus en plus de stimulations corporelles de la part de sa mère. L'allaitement, qui n'a pas toujours été encouragé, reprend une place plus importante. Mais le bébé reste encore souvent seul dans son berceau. Les réponses de la mère ne sont pas toujours bien adaptées aux besoins de son bébé. Or Le bébé privé de contacts tactiles va donner naissance à un adulte incapable d'exprimer ses émotions et de manifester de la chaleur aux autres (c'est surtout le cas des Anglo-saxons).

A l'extrême, cela se caractérisera par une grande froideur et une forte rigidité.

Tous ces exemples nous confirment l'importance du toucher pour un développement harmonieux et équilibré de la personnalité.

Je n'ai pas trouvé d'études faisant référence aux personnes âgées selon leur culture. Nous pouvons supposer que la culture tient une place encore plus considérable dans leur vie, et que mieux que quiconque elles en connaissent les différentes règles. Dans les pays Orientaux, elles sont porteuses des traditions, elles représentent la connaissance et la sagesse. Dans certaines tribus, leurs contacts tactiles sont très importants avec les autres membres et en particulier avec les nouveau-nés qu'elles ont pu baptiser et les jeunes enfants qu'elles élèvent.

Par contre, de nos jours, dans les pays Occidentaux, la vieillesse est considérée comme une maladie qu'il faut fuir. Et avec la grande culture de l'interdit du toucher, les personnes âgées restreignent leurs contacts tactiles.

1.6 L'interdit du toucher dans notre société :

Notre culture occidentale, européenne et française, est très fortement marquée par l'influence judéo-chrétienne.

« Dans notre société, le toucher est sans doute le plus réprimé de tous les sens.

Il ne viendrait à l'esprit de personne de se priver de la vue en se bandant les yeux, de l'audition en se bouchant les oreilles et pourtant tout est fait pour que les hommes prennent constamment leurs distances, les uns par rapport aux autres. Le toucher n'est autorisé que sous une forme codifiée et dans des conditions bien établies. Pourtant tout nous rappelle que le toucher est vital au développement de l'être humain au même titre que se nourrir, respirer, boire et dormir... » (SAVATOFSKI , 1989-b).

L'interdit concernant le sexe est le grand responsable de la privation du toucher. Le toucher, par ses nombreuses cellules sensorielles, est un récepteur immense de sensations agréables et de plaisir. Mais plaisir, toucher et corps évoquent la sexualité qui fût réprimée. C'est ainsi qu'associé à la sexualité, le toucher fût aussi interdit. Mais on oublie toute la sensualité du toucher que l'on englobe dans la sexualité.

Les croyances des religions, notamment catholique et protestante, sont à l'origine des restrictions et des condamnations dans le domaine sexuel et corporel. Ce refoulement et ce moralisme ont atteint toute la population.

Tous les sens sont atteints par l'interdit puisqu'ils peuvent procurer du plaisir. Mais l'interdit est moins puissant pour les sens situés au niveau de la tête, on a tendance à surinvestir l'intellect par rapport au corps. Alors le toucher dérange et on craint le plaisir qu'il procure. (THIERY, 1992).

ANZIEU (1995) parle aussi de l'interdit christique. Les cultures chrétiennes, où la psychanalyse s'est fortement développée, ont en commun la conviction de la supériorité spirituelle de la communication par la parole sur les communications de corps à corps.

Que devient l'interdit du toucher pour:

- La psychanalyse : Dès ses débuts dans sa pratique, Freud a institué des règles strictes concernant l'interdit du toucher. Il a mis en place une distance à travers cet interdit. Il préfère utiliser l'enveloppe sonore qui double l'enveloppe tactile, et montre à ses patients que l'on peut « toucher » avec des mots.
- Le jeune enfant : A la découverte du monde par la marche et la communication, il doit intégrer très rapidement les premières interdictions familiales concernant les contacts tactiles.
- Le MOI : Pour se structurer, il doit renoncer aux plaisirs de la peau, et ainsi pourra s'effectuer la différenciation entre le MOI psychique et le MOI corporel.

L'interdit du toucher prépare et rend possible l'interdit Oedipien en lui fournissant son fondement présexuel. L'interdit du toucher à la différence de l'interdit Oedipien ne demande pas de renoncement définitif à un objet d'amour, mais un renoncement à la communication écho-tactile comme mode principal de communication avec les autres.

Les interdits et leurs 4 dualités :

- Première dualité : L'interdit porte à la fois sur les pulsions sexuelles et sur celles agressives (c'est l'expression de la violence pulsionnelle en général).
- Deuxième dualité : L'interdit du toucher contribue à l'établissement d'une frontière entre le MOI et le CA, entre le familial et l'étranger. (L'interdit Oedipien établit une frontière entre le MOI et le SURMOI).
- Troisième dualité : Tout interdit se construit en 2 temps. L'expérience tactile est marquée par:
 - * Un premier contact peau à peau, c'est une fusion corporelle.
 - * Le toucher devient manuel et peut-être contrôlé.
- Quatrième dualité : L'interdit s'applique aussi bien à l'émetteur de l'interdiction qu'à son destinataire.

L'interdit du toucher occupe une place importante surtout dans notre société.

Il restreint la quantité et la qualité des expériences tactiles, mais il permet aussi de mettre en place certaines règles (interdit de l'inceste) qui permettent à chacun de bien se développer.

*« Torturés par la crainte de vieillir,
les adultes ressemblent aux adolescents terrifiés
par les transformations physiques de la puberté.
Les uns et les autres tentent de nier le corps
dans sa réalité charnelle. »*

Eliane CARO

2. La place du toucher dans le rapport soignant/soigné :

2.1 Toucher le corps d'un malade :

« A l'hôpital, le toucher est avant tout fonctionnel, quand les soignants prennent contact avec le corps du malade, lors de l'accomplissement de soins usuels, lors des toilettes, lors de la réfection des pansements ou encore à l'occasion de la pose d'une perfusion ». (SAVATOFSKI, 1989-b)

« Les soins de nursing sont souvent effectués de façon rapide et brutale, ou du moins, sont-ils vécus comme tels. Les soins infirmiers et les examens médicaux sont douloureux et souvent mal expliqués, ce qui les rend d'autant plus agressifs ». (CLAIR, 1985).

Le médecin, l'infirmière, se cachent souvent derrière un diagnostic. Le patient n'est plus considéré comme une personne souffrante mais comme la maladie elle-même. Pour ne pas être touché émotionnellement, les interventions du médecin ou de l'infirmière seront précises mais aussi méthodiques et froides sur un corps devenu objet. (PRAYEZ, 1989-b).

Ces touchers professionnels, même s'ils permettent au praticien d'être plus à l'aise dans ses gestes quotidiens, restent souvent impersonnels. Les gestes, mêmes techniques, devraient avant tout éviter la douleur et se réaliser dans un climat de confiance et de détente. Le facteur temps joue souvent contre ce principe. Pourtant il suffit de quelques secondes pour serrer une main et engendrer chez le soigné un sentiment de chaleur et d'apaisement. Ce calme et cette réassurance ont souvent plus d'importance que le peu de temps passé !

Toutes les professions paramédicales et médicales, qui sont amenées à avoir des interactions corporelles fréquentes avec leur patient, n'ont pas eu la chance d'avoir une sensibilisation à la communication non-verbale au cours de leur formation. Pourtant, n'est-il pas important de connaître l'impact de nos gestes ?

Cette relation, qui passe par le corps du soignant et du soigné, est vraiment évidente dans les hôpitaux où l'objet premier du problème est précisément le corps du malade.

Un contact privilégié peut-être établi entre le corps du soignant et celui du soigné par la voix, par le regard, par le toucher, par l'odeur, pouvant alors donner lieu à une communication particulière (de la ROCHEFORDIERE, BURONFOSSE, 1984). Cette communication, toujours existante, rappelle les notions de transfert et de contre-transfert. Il faut tenir compte autant du praticien dans sa disponibilité et sa perception de l'autre, que du malade avec sa personnalité et ses réactions émotionnelles.

2.2 Toucher une personne âgée :

Touchons-nous différemment lorsqu'il s'agit d'une personne âgée ?

Certes OUI ! Toucher un bébé: sa chair est rose, douce, et ferme. Plaisir partagé, plaisir des yeux, plaisir de toucher cette peau « câline ». Se laisser séduire par une enfant, plein de vie, plein d'amour, de beauté et de fraîcheur, et partager avec lui des moments de tendresse et d'affection.

Mais toucher des personnes âgées...? Leur peau est flétrie, leur teint est clair, leur chair est molle, et leurs membres sont déformés...

D'après l'article de De la ROCHEFORDIERE, BURONFOSSE, 1984 :

Ce corps vieillissant nous renvoie l'image de notre propre déchéance future, c'est à dire notre mort ! Alors que faire devant ce corps âgé ?

Le soignant réagit souvent par une certaine distance. Celle-ci peut-être augmentée par : des problèmes de communication liés à la surdité ou à la démence, l'aspect repoussant (mauvaises odeurs, manque d'hygiène, image négligée ...) que nous donnent à voir certaines personnes âgées. Elle se fonde sur la différence de corps entre le soignant et le soigné.

Un sentiment d'ambivalence peut apparaître chez le soignant :

- L'envie de soigner pour apporter ce que l'on souhaiterait avoir si l'on était à la place de ce patient. On trouve aussi le dévouement, l'attachement, la tendresse, l'émotion et parfois les larmes.

- Ou au contraire, ne pas s'impliquer physiquement et affectivement. Pour ne pas souffrir, lutter contre l'angoisse ? On trouve des réactions comme : l'indifférence, l'agressivité, le découragement, la dépression et l'absentéisme.

Une régression importante peut apparaître et donner lieu à de nombreux éléments transférentiels. Tout se passe par le corps mais à un niveau fantasmatique :

le patient peut voir en nous un père, une mère, un enfant.

Les soins esthétiques et infirmiers prennent alors une importance considérable, ils peuvent apporter plaisir et bien-être dans un contexte affectif rassurant.

Existe-t-il un âge idéal pour soigner les personnes âgées ?

On peut supposer qu'un jeune soignant, qui a choisi cette voie, sera plein d'ardeur à ses débuts, puis il se protégera de ses angoisses derrière un désinvestissement affectif. Tandis qu'un soignant plus âgé, et plus habitué à rencontrer la mort, paraîtra moins vulnérable et acceptera plus facilement d'accompagner ces patients diminués ou mourants.

Mais, il faut savoir que chaque soignant, quelque soit son âge, a sa propre personnalité et ses motivations.

Le plus important pour la personne âgée est de pouvoir trouver autour d'elle des repères affectifs. Plus que la technique, la personne âgée attend du soignant une présence, une écoute compréhensive qui la rassure.

Les éléments culturels, enfin, pourraient influencer le rapport soignant/soigné dans leur façon d'appréhender le corps et le toucher. Les femmes d'une culture plutôt orientale et d'âge avancé, ayant déjà de l'expérience, seraient donc les soignants idéals en gériatrie ? ...

PRAYEZ, 1989-b (p. 106-107), parle de la peur de la contagion.

Les liens, qui s'établissent, par le toucher, entre le malade et le thérapeute, peuvent réveiller la peur de la contagion et de la contamination. Dans le cas d'une personne âgée, il s'agira de la peur de la vieillesse en elle-même et de la peur des maladies qui l'accompagnent. En approchant et en touchant un corps malade, n'y a-t-il pas de risques d'être infecté ? C'est alors que rejaillit du fond des âges la peur du lépreux et du pestiféré. Même en sachant, qu'il n'y a pas de risque : cette peur resurgit.

En soignant, en touchant ce corps souffrant, traumatisé, le thérapeute doit faire face à ses angoisses : la peur de la maladie, de la folie et de la mort. A chaque instant, ces angoisses, qu'il tente de refouler, réapparaissent à travers ce corps malade. La souffrance de chaque patient le blesse un peu plus chaque jour.

« Notre apparence n'est autre que le reflet de notre maturité. »

Eliane CARO

3. Notions théoriques sur le toucher :

3.1 « Les fonctions du Moi-peau » d'après Didier

ANZIEU :

Je vais définir en quelques lignes ce que ANZIEU (1984, 1995) entend par le Moi-peau et quelles sont ses fonctions.

ANZIEU, en tant que psychanalyste, a exprimé la place capitale qu'occupe la peau : « elle fournit à l'appareil psychique les représentations constitutives du Moi et de ses principales fonctions » (1984, p.871).

Il définit le Moi-peau ainsi : « 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 à partir de son expérience de la surface du corps. » (1995, p.61).

Pour mettre en place ce Moi-peau, il s'est fondé sur deux grands principes :

- Un principe Freudien : « Toute fonction psychique se développe par appui sur une fonction corporelle qu'elle transpose sur le plan mental ».
- Un principe Jaksonien : Dans le développement du système nerveux, c'est le cortex (organe le plus récent), qui prend la direction de ce système en intégrant les autres sous-systèmes neurologiques.

Au début de ses recherches, ANZIEU ne définissait que 3 fonctions principales :

- Une fonction d'enveloppe contenant et unifiante du Soi, figurée par le sac.
- Une fonction de barrière protectrice du psychisme, figurée par l'écran.
- Une fonction de filtre des échanges et d'inscription des premières traces, figurée par le tamis.

Actuellement, on peut trouver plus d'huit fonctions du Moi-peau qu'ANZIEU met en parallèle avec des fonctions du Moi psychique.

Pour ma part, j'essayerai de compléter certaines fonctions en les appliquant à la personne âgée :

- **La maintenance** : Comme la peau soutient le squelette et les muscles, le Moi-peau exerce une fonction de maintenance du psychisme, grâce à l'intériorisation du « holding maternel » (Winnicott, 1962). Si la mère a su correctement soutenir le corps de son bébé, c'est à dire le maintenir dans un état d'unité et de solidité, celui-ci pourra accéder à la verticalité (position assise, debout puis la marche) et son Moi s'adossera à cet axe pour mettre en place des mécanismes de défenses satisfaisants.

La personne âgée ne trouve plus en elle la verticalité qu'elle a élaborée dans son jeune âge, à cause de ses modifications physiologiques et du changement de son environnement. Il faut qu'elle puisse comme le jeune enfant à nouveau s'appuyer sur un objet qui la soutiendrait, d'où l'utilisation fréquente d'une canne ou d'une tierce personne pour compenser les problèmes locomoteurs. Cela lui redonne confiance en elle, et lui permet d'avoir une meilleure stabilité pour avancer. C'est un apport autant physique que psychique.

- **La contenance** : De même que la peau enveloppe tout le corps et contient les organes des sens, le Moi-peau vise à envelopper tout l'appareil psychique et à contenir les pulsions ayant leur source dans le corps. Il assure cette fonction grâce au « handling maternel » (Winnicott, 1962), qui se caractérise par les soins que la mère apporte à son tout-petit. Les échanges circulaires sonores et tactiles entre la mère et son bébé permettent au tout-petit d'éprouver des sensations comme étant les siennes. Cette fonction fonde « le sentiment de la continuité du Soi ».

Pour la personne âgée, cette fonction est durement mise à l'épreuve: la peau devient terne, elle s'assèche et se ramollie, les plaies se referment difficilement; le contenant perd les qualités qu'il pouvait avoir autrefois (voir Chap.1.3). De même le nombre important d'incontinence peut refléter l'angoisse d'un corps qui se vide. Du point de vue du psychisme, on trouve des fuites d'idées, des pertes de mémoires évoquant un Moi-peau « passoire » (ANZIEU, 1995, p.125). Face à cette angoisse d'un Moi-peau parsemé de trous, l'équipe soignante peut jouer un rôle important. A travers les différents soins, comparables au « handling », elle permet au patient de retrouver ses limites corporelles et par la même de diminuer son angoisse.

- **Le pare-excitation** : Comme l'épiderme protège l'organisme des agressions extérieures, le Moi-peau remplit une fonction de pare-excitation. C'est la mère qui jouerait d'abord ce rôle jusqu'à ce que le Moi de son enfant puisse assumer seul cette fonction.

La personne âgée semble avoir des difficultés à assumer cette fonction, elle met alors en place des structures de suppléance telles que: La seconde peau musculaire (E.BICK) où le pare-excitation prend appui sur le derme, et la cuirasse caractérielle (W.REICH).

- **L'individuation du Soi** : La peau humaine par son grain, sa couleur, sa texture, son odeur présente des différences individuelles importantes, qui permettent à chacun de s'affirmer en tant qu'individu ayant sa peau personnelle. Les cellules protègent leur individualité grâce à leur membrane qui refuse l'entrée aux corps étrangers, mais accepte l'entrée aux substances semblables.

Tout comme la peau et la membrane des cellules, le « Moi-peau assure une fonction d'individualité du Soi », qui donne à chacun le sentiment d'être un être unique.

Chez la personne âgée, on trouve une peau qui se modifie, et parfois un mauvais fonctionnement de certaines cellules. En plus de ces modifications physiologiques, la personne âgée subit des pertes sociales. Tout cela entraîne chez elle une atteinte narcissique. Elle ne se reconnaît plus.

- **L'intersensorialité** : On a vu que la peau contenait, dans ses poches et cavités, les organes des sens autres que ceux du toucher (l'ouïe, la vue, l'odorat, le goût). Le Moi-peau est une surface psychique qui relie les diverses sensations de ces organes entre elles, pour former ce que l'on appelle « le sens commun »(dont la référence de base est le toucher). C'est la fonction d'intersensorialité.

Pour la personne âgée, la conscience du toucher est souvent très peu développée. Elle s'ajoute souvent à une carence importante en stimulations tactiles nouvelles et variées. La base de référence à l'intersensorialité étant fragile, la fonction d'intersensorialité pourra avoir des défaillances.

- **Le soutien de l'excitation sexuelle** : Les plaisirs de la peau, d'abord apportés par les soins de la mère à son enfant puis par l'auto-érotisme, sont considérés comme la toile de fond des plaisirs sexuels. Le Moi-peau capte l'investissement libidinal, et devient une enveloppe pour l'excitation sexuelle, il remplit la fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle.

Pour la personne âgée, la peau n'est plus utilisée dans son rôle de soutien de l'excitation sexuelle, car les contacts physiques, peau à peau, sont pauvres voire absents.

- **La recharge libidinale** : Comme la peau sert de surface de stimulation permanente du tonus sensori-moteur aux excitations externes; le Moi-peau sert de recharge libidinale du fonctionnement psychique. Il maintient la tension énergétique interne et la répartie entre les sous systèmes psychiques.

Chez la personne âgée, le manque de stimulations tactiles risque d'entraîner une réduction de l'énergie libidinale.

- **L'inscription des traces** : Par les différents organes de sens tactiles qu'elle contient, la peau nous informe sur le monde extérieur. Le Moi-peau joue alors la fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles, autrement nommée par Pierra Castoriadis-Aulagnier « fonction de pictogramme ». Elle est renforcée par « l'object presenting » (Winnicott, 1962), c'est à dire la manière dont l'entourage maternel présente les objets à l'enfant. Cette fonction s'appuie sur un aspect biologique : « un premier dessin de la réalité s'imprime sur la peau » ; et sur un aspect social : les tatouages, le maquillage, la coiffure et même les vêtements marquent l'appartenance d'un individu à son groupe social.

Pour la personne âgée, la peau sert de présentoir d'un passé médicalement chargé. La peau devient un parchemin où les cicatrices, zones colorées, reliefs particuliers, suppurations, odeurs, sont donnés à voir comme preuve des différentes épreuves de la vie.

Comme le dit ANZIEU, cette liste n'est pas exhaustive. Il existe d'autres fonctions de la peau : fonction d'autodestruction, de stockage, de production, d'émission, etc, auxquelles peuvent correspondre des fonctions du Moi.

3.2 « L'haptonomie : Science de l'affectivité » d'après Frans VELDMAN :

Je vais définir ce qu'est l'haptonomie (VELDMAN, 1989), et l'apport qu'elle peut apporter à des personnes mourantes (De HENNEZEL, 1992).

Etymologiquement, le mot haptonomie peut se décomposer en deux termes grecs (p.36) :

- « hauto » signifie au sens propre : Je touche, je réunis, j'établis une relation, je (m')attache à.; et au sens figuré : j'établis (tactilement) un contact pour rendre sain (entier) et guérir.

- « nomos » signifie : La loi, la règle, la norme.

Veldman rajoute (p.36) : « L'haptonomie, science du sentiment et de la vie affective de l'homme, peut, en un mot, se définir comme la science de l'affectivité. Elle embrasse intégralement l'existence humaine - de la conception à la mort - et s'adresse à l'actualité du fonctionnement humain. »

L'haptonomie est une approche tactile affective et confirmante.

De nos jours, nos capacités affectives sont peu développées voire réprimées (voir chap.1.4 et 1.6). Notre civilisation, basée sur l'industrialisation, privilégie **l'effectif** (c'est à dire la rentabilité et l'efficacité), à **l'affectif**. Ce dernier est souvent réduit aux contacts érotiques et sexuels et a perdu sa dimension de contacts interhumains. L'haptonomie propose un chemin pour libérer son affectivité et la vivre de manière juste dans sa relation à autrui.

L'haptonomie se base sur 3 règles :

La présence : Il faut être là avec tout notre corps, notre personne, et pas seulement avec notre fonction. Pour rencontrer l'autre, il ne faut pas se cacher derrière un masque de soignant.

La transparence : Le toucher doit être clair, les intentions doivent être explicitées. Il s'agit de toucher pour confirmer l'autre dans ce qu'il a de bon, pour l'affermir dans son existence.

La prudence : Le toucher doit être au service de l'autre. Il doit tenir compte des réactions de l'autre pour pouvoir y répondre de façon adaptée. Le respect de l'autre est essentiel.

« Nous reconnaissons un homme à ses gestes, à sa manière de se déplacer, de marcher, à sa mimique, à sa voix, à ses expressions caractéristiques - à ce qu'on appelle sa « psychomotricité » personnelle totale - comme autant de signes révélateurs de son unicité corporelle (...) » (VELDMAN, p.54).

Dans l'approche haptonomique, on ne rencontre plus un corps au moyen d'un corps ; mais on rencontre un être humain, une personne, par la corporalité à travers laquelle l'homme exprime son âme.

« C'est grâce à sa qualité psychotactile que le contact haptonomique, tout d'abord simple contact relationnel s'adressant surtout au corps existentiel, se transforme en une rencontre confortante, confirmante, et sécurisante, qui dépasse le corps et embrasse l'homme comme être doué d'âme, dans l'intégralité de sa manière d'être » (p.56-57).

*« À l'être grabataire, physiquement dégradé, dépendant,
il reste encore la faculté d'aimer et d'être aimé ».*

Marie De HENNEZEL

L'haptonomie est utilisée par Marie De HENNEZEL dans un centre de soins palliatifs comme moyen d'accompagner les mourants.

Aujourd'hui pour « bien mourir », il faut mourir vite, en étant inconscient, et loin de sa famille pour ne pas déranger. Face à ce déni de la mort, plus d'humanité serait bienvenue.

On peut tenter de soulager les douleurs physiques d'une personne en phase terminale, mais il faut aussi tenir compte des facteurs psycho-affectifs, sociaux et spirituels de sa souffrance. Dans les services de soins palliatifs, il devient alors important de privilégier la qualité de la vie à sa durée.

Le corps est souvent dégradé, morcelé, et l'unité de la personne, est menacée. Le corps est alors vécu comme un objet « ennemi ». « Nous savons que lorsque sa richesse affective est stimulée et reconnue, valorisée jusqu'au bout, le mourant peut vivre des échanges intenses ».

L'haptonomie joue un rôle important auprès du mourant, elle lui permet, à travers une présence affective, de trouver la sécurité dont il a besoin pour apaiser les angoisses des derniers instants de la vie.

L'haptonomie est exercée auprès des personnes âgées mourantes, mais qu'en est-il des personnes âgées à qui il reste encore de nombreuses années à vivre ?

LA PRATIQUE

1. Description de l'institution :

1.1 Le centre Gériatrique :

J'ai effectué mon stage dans un centre hospitalier gériatrique appartenant à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

D'abord appelé « Hospice », ce centre a accueilli tout au long de son histoire des personnes âgées, mais il accueillait aussi des enfants et des malades atteints de tuberculose.

Actuellement, le centre dispose de 1145 lits dont 24 au centre d'alcoologie. En plus des lits d'hospitalisation traditionnelle, il y a 24 places à l'hôpital de jour gériatrique. Au premier Janvier 1995, il emploie 1429 personnes de qualifications diverses: médicales, paramédicales, médico-techniques, hôtelières, et administratives.

Dans le centre, il existe 5 services différents, j'ai effectué mon stage dans le service de Gérontologie clinique.

Il comprend 3 bâtiments (A.B.C) et un hôpital de jour situé au rez-de jardin du bâtiment A. J'ai été accueillie comme stagiaire à l'hôpital de jour et dans le bâtiment C. Ce bâtiment reçoit des malades hospitalisés en long et moyen séjour. J'ai pu travailler en collaboration avec tout le personnel soignant: médecins, infirmières, aides-soignants, kinésithérapeutes, ergothérapeute et j'ai aussi rencontré l'équipe hôtelière.

1.2 La psychomotricité :

Sur l'ensemble du centre gériatrique, il n'y a que 2 psychomotriciennes :

- L'une travaille au centre d'alcoologie.
- L'autre, mon maître de stage, travaille à l'hôpital de jour et sur le bâtiment C.

La salle de psychomotricité se situe au-dessus de l'hôpital de jour, à côté du service d'urodynamique, on y accède par un ascenseur.

Elle est bien située pour les malades de l'hôpital de jour. Mais elle pose des difficultés pour les malades du bâtiment C. En effet pour accéder à l'hôpital de jour, il faut traverser un long couloir où l'atmosphère est très froide et sombre. L'hiver, il est nécessaire de bien se couvrir ! Par appréhension, certains malades refusent de traverser ce couloir, pour d'autres il est nécessaire d'emprunter un fauteuil roulant, enfin il y a des malades que l'on ne peut pas transporter. Ce déplacement pour accéder à la salle de psychomotricité peut prendre 15 minutes. Il en faut autant pour repartir. Cela raccourci parfois le temps d'une séance de psychomotricité !

La salle de psychomotricité est très grande et bien éclairée, elle peut contenir des groupes de 10 à 20 personnes. Elle possède un grand miroir, deux espaliers, un lavabo, un plan de Bobath, des plantes vertes ; et du petit matériel comme des ballons, des bambous, des cerceaux, des puzzles, des décorations, un tableau blanc, de quoi écouter de la musique, faire de la peinture, de la terre ou de la pâte à modeler. C'est une salle très belle et très fonctionnelle.

La psychomotricienne travaille à plein temps. Elle effectue des prises en charge individuelles permettant une relation affective plus importante, et des prises en charge de groupes où les objectifs sont plus généraux.

Elle a mis en place différents groupes :

- un groupe d'expression verbale et non-verbale avec l'orthophoniste ;
- un groupe de repas thérapeutique avec l'assistante sociale ou l'ergothérapeute;
- un groupe de gymnastique avec une kinésithérapeute ;
- et un groupe de peinture avec l'ergothérapeute.

Ces groupes s'adressent aussi bien aux patients de l'hôpital de jour qu'aux patients de long et moyen séjour du bâtiment C.

2. Prise en charge individuelle :

J'ai choisi de vous présenter le cas de Madame M. âgée de 95 ans.

2.1 Présentation de madame M :

C'est une femme aux formes opulentes, à la chevelure brune et grisonnante, qui semble comme « affalée » dans un grand fauteuil où elle passe toutes ses journées. Sa vie ressemble à la chanson de Jacques BREL : « Les vieux ne bougent plus, leurs gestes ont trop de rides, leur monde est trop petit, du lit à la fenêtre, puis du lit au fauteuil et puis... » Quand on passe devant sa chambre, on peut l'apercevoir dormant ou parlant toute seule en remuant ses doigts.

2.2 Anamnèse :

Madame M. est née le 24 Novembre 1900.

Ancienne comptable à la société générale puis au greffe de la justice, elle est veuve depuis 1949.

Service : Long séjour.

Motif de l'hospitalisation :

Le 15 janvier 1994, madame M. à 93 ans est adressée, par son médecin traitant, à l'hôpital général pour délires hallucinatoires, impossibilité à se tenir debout, somnolence, tremblements des 4 membres, agitations nocturnes et ralentissement moteur.

Date d'entrée dans l'institution :

Le 08 Février 1994, elle est orientée à l'hôpital gériatrique pour rééducation suite à sa perte d'autonomie, et suivi en cardiologie. A son arrivée à l'hôpital elle avait une escarre sacrée très importante ainsi que 2 escarres aux talons. On lui a posé une sonde urinaire.

Antécédents médicaux :

1951 : Mammectomie droite.

1993 : Fracture malléolaire droite.

Décembre 1993 : Accident ischémique transitoire.

Hypertension artérielle.

Synthèse et diagnostic :

Elle a des délires hallucinatoires importants. C'est une personne très anxieuse.

Elle ne tient pas debout, a des problèmes de surdité et de vision.

2.3 Bilan psychomoteur :

La prise en charge en psychomotricité :

Elle a été demandée le 23 février 1994.

Le bilan de l'évaluation : Il est basé sur l'observation et l'entretien lors des premières séances. Il a été réalisé en Mars 1994.

Une réévaluation a été faite en **Octobre 1995** :

Etude de la motricité :

_ Madame M. ne marche plus du tout.

_ Les équilibres, statique et dynamique, sont impossibles. Elle peut tenir debout quelques secondes avec de l'aide. On observe un grand ralentissement moteur.

_ Elle peut encore manger seule mais difficilement.

Etude du tonus et de l'émotivité :

- _ On observe une hypertonie du tronc et des membres, et des paratonies.
- _ L'habileté manuelle est difficile, on observe des raideurs et des tremblements.
- _ Elle est très anxieuse, elle contrôle difficilement son émotivité d'où des pleurs, par moments, incessants.

Etude de l'organisation temporo-spatiale :

- _ Elle conserve de bons repères temporo-spatiaux (jour, mois, année, saison).

Etude du schéma corporel et de l'image du corps :

- _ Elle a une bonne connaissance des différentes parties du corps sur elle et sur autrui.
- _ Elle a une bonne orientation droite/gauche sur elle et sur autrui.
- _ Son image du corps est dévalorisée. Elle ne veut pas être une « charge » pour les autres. Ses handicaps et sa dépendance entraînent un isolement qu'elle n'a pas choisi.

Etude de la communication :

- _ Elle a un important besoin de parler.
- _ Sa communication verbale est bonne. Mais les mêmes thèmes sont souvent abordés (enfant, argent, handicaps).
- _ Sa compréhension est bonne.
- _ Mais lors de périodes de délires hallucinatoires (avec des notions de persécution), son discours devient incohérent, et la communication est difficile.
- _ Elle ne lit et n'écrit plus (déficience visuelle).
- _ Quand elle voit et reconnaît une personne : sa mimique et son sourire sont adaptés.
- _ C'est une personne très volontaire qui a toujours souhaité remarcher.

Etude de la mémoire et de la vigilance :

- _ Elle possède de bonnes fonctions supérieures.
- _ Elle a d'importantes périodes d'endormissement, surtout le matin.

Conclusion :

- _ Elle n'a pas de troubles mnésiques, pas de désorientation temporo-spatiale.
- _ Elle a une bonne connaissance du corps. Mais son image est dévalorisée. Son vécu douloureux, et son anxiété sont augmentés par les délires hallucinatoires. Son état de dépendance entraîne une souffrance morale importante bien au-delà de la douleur physique.
- _ Elle a de gros problèmes moteurs et toniques. On observe un ralentissement psychomoteur.
- _ Malgré son isolement actuel, elle a un grand besoin de communication et un désir de récupération important.

2.4 Projet thérapeutique :

Il devra favoriser une meilleure image d'elle par une relation privilégiée d'écoute et une approche corporelle (notamment des massages relaxants) qui lui permettent de vivre des situations de bien-être, un meilleur ancrage dans la réalité. (Ses délires hallucinatoires gênent beaucoup la qualité du vécu, il faudra donc la rassurer et calmer sa souffrance morale.) Enfin, il faudra stimuler sa motricité pour qu'elle conserve son autonomie autour du repas.

2.5 Prise en charge et séances :

Tout au début les séances étaient de 4 fois par semaine, actuellement elles ne sont plus que deux fois par semaine en individuel. Madame M. a fortement investie la relation avec la psychomotricienne et moi-même. Les longs moments d'échanges lui procurent des repères d'identité, affectifs et temporels.

Pour la première séance au mois d'Octobre, nous rendons visite à madame M. dans sa chambre individuelle, il en sera de même pour les autres séances car madame M. peut difficilement changer de lieu. Elle reconnaît la psychomotricienne et est heureuse de la voir. Elle parle sans arrêt, et ses propos sont assez déconcertants: « on nous traite comme des animaux en cage ». Parler lui permet de se relâcher émotionnellement, elle laisse couler des larmes. Elle parle beaucoup de sa fille unique qu'elle aimerait voir plus souvent, car dans sa chambre elle vit isoler. Nous lui faisons un massage des pieds et des mollets, chacune s'occupant d'une jambe. Elle nous remercie et précise qu'elle apprécie vraiment notre toucher qui lui semble bien différent de celui des infirmiers. Elle est contente de faire ma connaissance et me demande mon prénom.

Les séances suivantes, des mois de Novembre, Décembre et Janvier, se ressemblent fortement. Elle me reconnaît, et se rappelle mon prénom. Les massages relaxants du dos, du visage, des mains et des jambes la soulagent et lui apportent du bien-être. On peut voir apparaître des moments de calme et de plaisir. Cependant, elle continue à parler des mêmes thèmes et à pleurer. Ses délires hallucinatoires sont fluctuants, ils semblent être en corrélation avec des modifications de traitements. Par nos paroles, et nos touchés à visé restructurante et rassurante, nous tentons de ramener madame M dans la réalité.

Pour les mois de Février, Mars, et Avril, madame M. va beaucoup mieux psychiquement. La progression se fait lentement, on peut observer une importante diminution des délires hallucinatoires et des pleurs. Madame M. peut passer une séance sans parler de sa fille, mais il y a toujours quelque chose qui la tourmente. Nous continuons les massages des mollets, des mains, du visage et du dos. C'est pour elle toujours un véritable plaisir, elle peut nous exprimer sans crainte son contentement et les endroits qu'elle préfère: « (...) sur ma colonne vertébrale ça me fait beaucoup de bien ».

Du fait de son immobilité, de nombreuses parties de son corps ne sont plus mobilisées ou même touchées. Nous lui faisons effectuer des exercices de contraction et de relâchement principalement des bras et des mains. Elle prend à coeur les exercices et continue à les faire lorsque nous nous en allons. Avec un grand sourire, elle dit que nous la « tripotons, la ballottons », et que c'est agréable.

Le massage du visage semble un moyen efficace d'obtenir une détente chez madame M., elle ferme les yeux, ne parle presque plus et il lui est même arrivé de s'endormir.

Elle a été heureuse de m'apprendre le jeu de « la main chaude ». C'est un jeu que nous utilisons assez souvent car il permet à madame M. d'étendre ses mains qu'elle a le plus souvent recroquevillées, de participer de manière dynamique, et de rire. A travers ce jeu, j'ai pu observer que madame M. a de très bonnes sensations tactiles, elle réagit vite, mais ses mains restent toujours crispées.

Evolution :

Actuellement, madame M. est beaucoup plus réaliste. Ses délires hallucinatoires ont diminué. Elle parle souvent de ses handicaps: « Je ne vois plus, je n'entends plus et surtout je ne marche plus. Je ne sais plus comment je vis! (...) A mon âge, je ne peux plus rebondir, je me vois seulement flétrir. » Cependant, elle exprime aussi son envie de se reprendre pour pouvoir à nouveau faire des choses qu'elle ne fait plus (la cuisine, la couture etc). Elle réalise progressivement le deuil de sa marche. Elle nous remercie du bien que nous lui apportons, et précise que nos visages souriants lui remontent pour quelque temps le moral. Les infirmiers nous ont fait part de son changement après notre visite: elle est moins anxieuse, plus calme et plus détendue.

2.6 Conclusion :

Pour madame M. la communication par le toucher permet de contenir son flux de paroles importantes et ses délires hallucinatoires. De plus, elle joue un rôle de réassurance en montrant à madame M. qu'elle n'est pas toujours isolée, et lui permet d'accéder à un état de détente en lui procurant pour quelques minutes bien-être et plaisir. Par la mobilisation de parties du corps qu'elle n'a plus l'habitude de ressentir, le toucher permet à madame M. de se sentir plus unifié. Madame M. a fortement investi la relation, elle connaît les jours de prises en charge et elle nous attend. C'est une prise en charge très enrichissante et remplit d'affectivité. Madame M. continuera à voir la psychomotricienne régulièrement.

3. Prises en charge en groupe de

« Sensibilisation au Toucher et Relaxation » :

3.1 Présentation et description du groupe :

Après 3 mois d'intégration au sein de l'hôpital, et à la suite de la lecture du mémoire sur « La réhabilitation du sens du Toucher : Une expérience auprès de personnes du troisième âge » de THIERY N, 1992 ; j'ai eu envie de créer un groupe portant sur le Toucher et la relaxation.

Dans un premier temps, ma démarche a été de définir les différents objectifs du groupe, et la façon dont il se déroulerait.

Il se compose de 10 séances d'une heure, à raison d'une séance chaque lundi après-midi.

Les objectifs sont :

_ Découvrir et faire renaître des sensations du Toucher :

- Découvrir les différentes sortes de Toucher,
- Susciter l'envie de les utiliser plus souvent pour communiquer,
- pour ressentir et percevoir.

_ Permettre une meilleure connaissance de son corps :

- Découvrir et redécouvrir son corps,
- le percevoir différemment ;
- Par la conscience corporelle, apprendre à mieux se connaître ;
- Faire connaissance avec le corps de l'autre ;
- Mieux se respecter soi-même puis les uns les autres ;
- Renarcissiser son image du corps.

_ Améliorer la communication et la relation avec autrui,

_ Développer les notions de plaisir et de détente.

Voici le déroulement des 10 séances :

- _ Séance n°1 : Présentation des personnes
 Toucher d'objets divers cachés sous des tissus (plume, laine, cuillère, coquille Saint Jacques)
 Relaxation assise
 Ecriture (moment où chacun peut écrire ce qu'il pense ou ce qu'il a ressenti)
- _ Séance n°2 : Présentation
 Toucher selon différentes pressions
 Toucher avec différentes parties de la main
 Différence de toucher entre les 2 mains
 Relaxation assise
 Ecriture
- _ Séance n°3 : Présentation
 Toucher la salle
 Toucher des ingrédients (riz, semoule, farine, sucre, eau)
 Relaxation assise
 Ecriture
- _ Séance n°4 : Présentation
 Toucher-massage-effleurage du visage, de la tête, des cheveux, et des mains
 Relaxation assise
 Ecriture
- _ Séance n°5 : Présentation
 Massage des mains 2 par 2
 Relaxation assise
 Ecriture

- _ Séance n°6 :
 - Présentation
 - Toucher des bouillottes
 - Repérage sur le corps d'autrui
 - Relaxation assise
 - Ecriture
- _ Séance n°7 :
 - Présentation
 - Découverte de la nature
 - Toucher d'arbres, de pommes de pins, de plantes, de fleurs
 - Relaxation à l'extérieur
 - Ecriture
- _ Séance n°8 :
 - Présentation
 - Relaxation assise et allongée
 - Toucher de l'argile et créer dans la détente
- _ Séance n°9 :
 - Présentation
 - Par 2, massage du dos avec ballons, balles, bambous et baguettes
 - Relaxation assise
 - Ecriture
- _ Séance n°10 :
 - Présentation
 - Ce qu'elle souhaite refaire:
 - Toucher de nouveaux objets sous un tissu (pomme de pin, éponge grattante, petite bouteille, coquille Saint Jacques)
 - Exercices activo-passifs et de déliement des doigts
 - Relaxation assise
 - Ecriture

La présentation se déroule ainsi : il faut trouver la date du jour que j'inscris alors sur un tableau blanc, puis chaque personne se présente en disant son prénom, son nom de famille et autre chose si elle le souhaite ; parfois le jeu consiste à ce que chacun retrouve le nom de son voisin.

Les différents exercices se rapportant au Toucher ont été établis de manière progressive, parce qu'après 70 années d'interdit du Toucher le retour aux sensations doit se faire très lentement. La progression se fait en touchant d'abord des objets, des matières, puis en apprenant à toucher son propre corps, et dans un dernier temps en touchant le corps d'autrui. Ce Toucher de l'autre devient possible dans les dernières séances, alors que le groupe est bien constitué et que chaque membre a établi des relations affectives plus ou moins inconscientes avec les autres.

La relaxation s'est effectuée pour la plupart du temps en position assise dans des gros fauteuils, d'abord pour des raisons de commodités (on ne peut allonger que 2 personnes dans la salle), et ensuite par choix des patientes qui ont des difficultés à se relever. Je me suis inspirée de la méthode de Relaxation Psychosomatique et Psychomotrice de G.B SOUBIRAN, car c'est une méthode qui permet de s'adapter à chaque personnalité, à chaque cas sans contraindre le patient à s'adapter à une doctrine. De plus, c'est la méthode dans laquelle je me sentais le plus à l'aise en tant que thérapeute, et qui s'adapte parfaitement au groupe (BOSSE, 1994).

La séance de relaxation peut se décomposer en plusieurs phases :

- une phase d'installation dans la position souhaitée par le patient.

- une phase d'approfondissement dans laquelle s'inclut un contrôle, c'est à dire une mobilisation passive, permettant une mesure objective du niveau de relâchement, et donnant des informations au patient de son état tonique : détente, tension, participations actives et réactions tonico-émotionnelles. Cette mobilisation peut aussi être utilisée au repos pour une prise de conscience des sensations.

- une phase permettant la reprise, avec étirements et bâillements.

Au début de la relaxation, des exercices psychomoteurs sont proposés pour une prise de conscience du corps en dynamique (exercices activo-passifs, exercices d'installation en position assise, exercices de respiration etc..)

En fin de séance, un temps est réservé à la verbalisation du ressenti.

Dans le groupe, la verbalisation des sensations et des émotions n'a pas toujours été facile : manque de mots, appréhension; mais l'écriture et la terre ont servi d'objets médiateurs pour exprimer le ressenti. La consigne était d'écrire ce que l'on a ressenti lors des exercices du toucher ou lors de la relaxation, ou d'écrire ce que l'on veut, puis de le lire aux autres si on le souhaite.

Dans un deuxième temps, avec la psychomotricienne et l'équipe soignante il a fallu établir une liste des patients susceptibles de pouvoir participer à ce groupe. Sachant que j'étais seule à faire ce groupe, je recherchai 4 patients au maximum qui soient, dans la mesure du possible, capable d'effectuer les différents exercices que j'avais envisagés, et qui nécessitaient une prise en charge en psychomotricité. Je suis allée voir les différents patients, et à la mi-janvier j'avais une liste de 4 personnes acceptant de venir au groupe.

J'ai choisi de vous présenter la prise en charge de deux patientes du groupe: madame C. et madame Q.

Auparavant, voici une brève présentation des autres personnes du groupe :

_ Madame B., âgée de 77 ans, est hospitalisée en moyen séjour pour chutes à répétition attribuée à une hypotension artérielle iatrogène. C'est une femme anxieuse. Fatiguée, elle n'a pas pu assister à toutes les séances.

_ Madame H., âgée de 88 ans, est hospitalisée en moyen séjour pour chutes et fractures. Elle a une vision très défailante et se déplace le plus souvent en fauteuil roulant. Elle n'est jamais venue aux séances, malgré mes sollicitations. Je suis allée la voir jusqu'à la cinquième séance. Elle ne se sentait pas prête, très fatiguée, et surtout ne voulait pas traverser le long couloir (qu'elle avait déjà eu l'occasion de traverser).

Au sein du groupe, chacun a pu trouver sa place, et évoluer selon ses propres capacités. C'est ce que va illustrer les deux études de cas suivantes.

3.2 Présentation de madame C :

De taille moyenne, madame C. se déplace avec une canne qu'elle n'utilise pas. Elle se tient courbée, la tête et le regard baissés. Elle est toujours bien habillée et bien coiffée. Madame C. passe beaucoup de temps à broder ou à raccommoder. Elle porte des lunettes.

3.3 Anamnèse :

Madame C. est née le 29 Juillet 1920, elle est actuellement âgée de 75 ans. Elle tenait un commerce avec son mari. Elle est veuve depuis 1994. Et elle a perdu un de ses fils la même année. Sa fille est décédée à l'âge de 10 mois. Elle a encore deux enfants et deux petits enfants.

Service : Hôpital de jour. Elle y vient du Lundi au Vendredi.

Motif de l'hospitalisation :

Depuis 1992, madame C. alterne les séjours entre l'hôpital de jour et le moyen séjour. Elle a été hospitalisée pour chutes à domicile (12-1995), fracture du col fémoral gauche (1992), hallucinations visuelles (1992) dues à une erreur médicamenteuse, cancer du sein gauche (mammectomie le 21-04-1995) et syndrome occlusif du grêle.

Date d'entrée dans l'institution :

Sa dernière entrée à l'hôpital de jour remonte au 23 Octobre 1995. Elle était adressée pour réadaptation au domicile après plus d'un an d'hospitalisation en moyen séjour, et le décès de son mari et de son fils.

Antécédents médicaux :

Madame C. est atteinte de la maladie de Parkinson depuis 1976.

1992 : Fracture du col fémoral gauche.

1993 : Syndrome occlusif de l'intestin grêle.

1994 : Cancer du sein gauche.

Elle a des troubles cardiaques (extrasystoles) et de l'arthrose.

Mode de vie :

Elle vit seule dans un pavillon situé près de l'hôpital. Elle a une aide-ménagère qui passe chaque jour 2 heures, ainsi qu'une infirmière le matin.

Synthèse et diagnostic :

Madame C. a subi plusieurs interventions. Sa maladie de Parkinson est bien équilibrée, seul subsiste un tremblement en cas d'émotions. Depuis le décès de son mari, on peut observer un état anxieux très important avec pleurs.

3.4 Bilan psychomoteur :

La prise en charge en psychomotricité :

Elle a débuté le 22 Janvier 1995 dans le groupe de sensibilisation au Toucher et de Relaxation.

Le bilan : Il a été réalisé en Janvier 1996.

Etude de la motricité :

- _ L'équilibre statique est bon, mais il est plus précaire sur un pied.
- _ La marche est figée, nous pouvons observer un retard au démarrage.
- _ Difficultés dans les coordinations visuo-manuelles (lenteur, raideur) dues à sa maladie de Parkinson.

Etude du tonus et de l'émotivité :

- _ Nous observons une hypertonie extrapyramidale (plastique) des membres et du tronc propre à la maladie de Parkinson, ainsi que des paratonies.

_ La maladie de Parkinson entraîne des tremblements notamment lors d'efforts ou d'émotions.

_ Elle essaie de contrôler son émotivité, mais il lui est arrivé de pleurer ne pouvant s'exprimer verbalement.

Etude de l'organisation temporo-spatiale :

_ Elle possède de bons repères temporo-spatiaux.

_ Les notions de rythme sont excellentes.

Etude du schéma corporel et de l'image du corps :

_ Elle a une bonne connaissance des différentes parties du corps sur elle et sur autrui.

_ Elle a une bonne orientation droite/gauche sur elle et sur autrui.

_ Elle prend soin de son image: elle est toujours bien peignée et bien habillée, elle se lave avec l'aide d'une infirmière. Elle n'accepte pas de ne plus pouvoir effectuer les mêmes mouvements que dans le passé.

Etude de la communication :

_ Elle a une bonne communication spontanée et pas de troubles du langage.

_ Elle peut encore écrire et lire.

_ Ses mimiques sont limitées (elle lève les yeux mais ne peut pas lever les sourcils), et elle a souvent le regard baissé.

Etude de la mémoire et de la vigilance :

_ Elle possède de bonnes fonctions supérieures.

Conclusion :

- _ Elle n'a pas de troubles mnésiques et de désorientation temporo-spatiale.
- _ Elle a une bonne connaissance du corps et son image du corps n'est pas vraiment dévalorisée.
- _ Elle a un ralentissement sur le plan moteur avec une perte d'autonomie, raideurs dans les mouvements et réduction de l'amplitude.
- _ Son désir est de pouvoir retrouver certaines capacités motrices.
- _ Elle est très anxieuse et angoissée, surtout depuis qu'elle a perdu son mari.

3.5 Projet thérapeutique :

Il devra permettre à madame C. de redécouvrir son corps et ses capacités (limites et possibilités) à travers des exercices du toucher ; lui donner la possibilité d'accéder à une détente autant corporelle que psychique. Enfin lui permettre de s'ouvrir aux autres pour partager ensemble des sensations agréables et des moments de plaisir.

3.6 Prise en charge et séances :

Avant la première séance du 22 Janvier, j'ai rencontré 3 fois madame C. La première fois mon maître de stage m'a présenté à elle, et je lui ai expliqué en quoi consistait le groupe de Sensibilisation au Toucher et de Relaxation, et si elle souhaitait y participer. Elle nous a raconté que ça n'allait pas très bien, elle avait les larmes aux yeux. Elle a accepté de participer au groupe, tout en ne sachant pas exactement ce que ça pouvait lui apporter. Je l'ai revu deux fois pour effectuer un bilan, discuter et lui annoncer quand le groupe allait débiter.

Lors de la première séance, madame C. a fait connaissance avec les deux autres patientes, et une petite conversation a pu s'installer sur la satisfaction qu'elles ont eue pendant les exercices. Madame C. a vraiment pris son temps pour toucher chaque objet mais elle n'a pas pu exprimer son ressenti (annexe n°1). Elle semblait très anxieuse et tendue. Lors de la relaxation, elle s'est presque endormie, un bâillement lui a permis de revenir à la réalité. Cette séance lui a plu et elle souhaite refaire des exercices de relaxation chez elle.

Lors de la deuxième et de la troisième séance : madame C. n'ose pas se laisser aller à découvrir les choses en touchant, de plus son arthrose la gêne dans certaines manipulations. En relaxation, elle s'endort, et on peut observer un état de détente plus important à droite. Elle semble détendue physiquement, mais pas psychiquement: elle a un grand besoin de parler et d'écrire, mais cela reste très difficile (annexe n°2).

Lors des séances 4, 5, 6, et 7 : On observe toujours une restriction du Toucher, que ce soit d'objets, de son propre corps ou de celui d'autrui. Mais, elle me demande de venir contrôler sa respiration en posant ma main sur son ventre, comme je l'avais fait pour madame Q. Elle s'endort complètement pendant les séances de relaxation, elle se laisse aller, et la reprise n'est pas toujours facile. Les toutes premières fois, elle s'est sentie gênée de s'être endormie, mais je l'ai rassurée en lui expliquant que cela arrive souvent. Le fait qu'elle s'endorme à chaque séance de relaxation pourrait être interprété comme un moyen de fuir la réalité, cette réalité qui lui « empoisonne » la tête (annexe n°3).

Lors des séances 8, 9, et 10 : Madame C. est plus ouverte au Toucher, surtout depuis qu'elle a travaillé la terre (ce qu'elle n'avait jamais fait dans le passé). La terre comme objet médiateur a permis à madame C. de mettre des mots sur son ressenti, ce qu'elle n'arrivait pas à faire jusqu'alors. Elle a pu nous dire que bien qu'assise, elle s'imaginait allonger dans un bon lit et qu'elle se sentait totalement relâchée (annexe n°4-a). Même à travers cette approche particulière du Toucher, j'ai pu observer que madame C. ne s'autorisait pas vraiment à entrer en contact avec la matière ; elle n'a pas utilisé toute la terre, et a manipulé celle-ci du bout des doigts comme pour ne pas se salir les mains. Lors de la dernière séance, madame C. a pu écrire ce qu'elle pensait de cette expérience et ce que le groupe lui avait apporté (annexe n°5). Pour elle, le plus important semble être la relaxation où elle a pu se détendre « aussi bien le corps que le cerveau ». Elle a aussi été heureuse de faire la connaissance d'autres personnes qui ne sont pas de l'hôpital de jour.

Evolution :

Tout au long des séances, l'attitude de madame C. a changé :

Elle est plus ouverte aux autres, elle plaisante, les embrasse , et les aide à s'habiller. Spontanément, elle me tutoie et m'appelle « ma petite fille, ma grande, ma belle, ma cocotte », comme le ferait une grand-mère avec ses petits enfants. Elle accepte tout ce que je lui propose, mais me montre par ses paroles que c'est elle la plus âgée et que je suis encore bien jeune !

Elle a réussi après quelques séances à exprimer qu'elle n'allait pas très bien. La relaxation a été pour elle un moyen d'oublier un peu la réalité et de se détendre. Mais le toucher est resté un élément enfantin, elle ne se sent pas le besoin de toucher puisqu'elle sait ce que s'est, à quoi ça sert... Par exemple, lors d'une promenade où il fallait prendre contact avec la nature, toucher les arbres, les fleurs : elle nous expliquait le nom de l'arbre où il vivait mais ne l'a jamais touché.

3.7 Conclusion :

Dans le service madame C. est moins repliée sur elle-même, elle semble moins anxieuse. Lors de la dernière réunion à l'hôpital de jour, le personnel a fait part de l'amélioration de madame C. Le toucher n'est pas un médiateur très bénéfique pour un travail psychomoteur auprès de madame C. Quant à la relaxation, madame C. m'a exprimé qu'elle se détendait et même s'endormait, mais qu'il lui fallait plusieurs heures pour retrouver la forme. A la suite de ce groupe, j'ai proposé à madame C., un travail plus individuel et plus approprié à elle. Elle était demandeuse, et nous avons mis en place un projet à court terme (8 séances) qui est le suivant :

Permettre à madame C., à partir d'une gymnastique rythmique sur fond musical, de redévelopper certaines capacités motrices diminuées par un manque d'activités, la maladie de Parkinson et son arthrose. Ces stimulations motrices pourront amener madame C. à une certaine détente musculaire et psychique. De plus ce projet à court terme permettra à madame C. d'intégrer, par la suite, le groupe de gymnastique faite par la psychomotricienne à l'hôpital de jour.

3.8 Présentation de madame Q :

Madame Q. est une petite femme aux formes arrondies. On peut la voir déambulant dans sa chambre ou dans la salle à manger, le sourire aux lèvres, et s'occupant de sa voisine comme d'une amie de classe.

3.9 Anamnèse :

Madame Q. est née le 09 Décembre 1918, elle est actuellement âgée de 77 ans.

Ancien professeur de français, elle ne s'est jamais mariée et n'a pas eu d'enfant.

Elle vivait avec sa mère qui est décédée en 1988.

Service : Long séjour.

Motif de l'hospitalisation :

Elle est adressée dans le service pour troubles mnésiques associés à un syndrome dépressif.

Date d'entrée dans l'institution :

Elle est entrée à l'hôpital le 17 Novembre 1994.

Antécédents médicaux :

1939 : Infection pulmonaire.

1969 : Zona.

1978 : Hystérectomie totale.

Elle a de l'hypertension artérielle.

A l'examen clinique lors de son admission, il a été observé des troubles mnésiques, une désorientation temporo-spatiale, un ralentissement psychomoteur ainsi qu'un syndrome dépressif accompagné d'une forte anxiété. Les troubles mnésiques évoluent depuis quelques années, et le syndrome dépressif s'est accentué depuis l'agression qu'elle a subie sur le chemin de son domicile. Des troubles du comportement étaient apparus : dépenses inconsidérées et pleurs incessants.

Mode de vie :

Elle vivait seule dans un pavillon depuis le décès de sa mère.

Synthèse et diagnostic :

Madame Q. est atteinte d'une démence et d'un état dépressif.

3.10 Bilan psychomoteur :

La prise en charge en psychomotricité :

Elle a débuté en Avril 1995 dans le cadre de repas thérapeutiques qui ont duré 8 séances, puis madame Q. a intégré le groupe de peinture organisé par la psychomotricienne et l'ergothérapeute. En plus de la peinture, elle a participé au groupe de sensibilisation au Toucher et de Relaxation.

Le bilan : Il a été réalisé en Décembre 1995.

Etude de la motricité :

- _ Bonnes coordinations statiques et dynamiques
- _ Bonnes coordinations visuo-manuelles, mais quelques raideurs dans les doigts.

Etude du tonus et de l'émotivité :

- _ On observe une hypertonie générale et des paratonies.
- _ Face à l'émotion, elle a des difficultés à respirer (elle s'essouffle vite), sa voix tremble et elle peut pleurer. Elle est très anxieuse.

Etude de l'organisation temporo-spatiale :

_ Elle a une désorientation temporo-spatiale importante. Elle sait quand même retrouver sa chambre de la salle à manger, et se repère dans une journée grâce au repas.

Etude du schéma corporel et de l'image du corps :

_ Elle a une bonne connaissance des parties du corps sur elle et sur autrui.

_ Elle conserve une bonne orientation droite/gauche par apprentissage. Mais les épreuves de Bergès et de Head sont réalisées avec beaucoup d'erreurs et de difficultés.

_ Elle a une image du corps satisfaisante. Elle sait dire quand une robe ne lui plaît pas. Elle se lave avec l'aide d'une aide soignante, et refuse que se soit un homme.

_ Le dessin du bonhomme terminé semble structuré mais il ne l'est pas dans la composition.

Etude de la communication :

_ Elle a une bonne communication spontanée, mais un manque de mots importants.

_ Sa voix tremble par l'émotion, et elle trouve encore moins bien ses mots.

_ Elle peut encore lire et écrire.

_ Elle reconnaît les visages et sourit de façon adaptée.

Etude de la mémoire et de la vigilance :

_ Déficit de la mémoire antérograde (elle ne peut pas dire ce qu'elle fait de ses journées), mais aussi rétrograde (elle ne sait pas toujours sa date de naissance, et ses souvenirs anciens sont imprécis).

Conclusion :

- _ Elle a une désorientation temporo-spatiale.
- _ Elle a des troubles de la mémoire.
- _ Elle a un léger ralentissement psychomoteur.
- _ Son souhait est de trouver un moyen de limiter ses pertes de mémoires et surtout de pouvoir retourner dans son pavillon.

3.11 Projet thérapeutique :

Il devra lui permettre; à travers une restructuration de son schéma corporel, c'est à dire un réinvestissement de son enveloppe corporelle, de l'axe du corps et de sa latéralité au sens large que l'on abordera par des exercices du Toucher ; d'avoir une meilleure orientation temporo-spatiale. De plus, les exercices de relaxation pourront lui apporter détente, et le groupe lui amènera des repères affectifs et un cadre sécurisant (jour et heure fixe).

3.12 Prise en charge et séances :

J'ai fait connaissance avec madame Q. dès Novembre 1995, elle participait tous les vendredis au groupe de peinture. La psychomotricienne a émis l'idée qu'elle puisse participer à mon groupe. J'ai donc expliqué à madame Q. en quoi consistait le groupe et si elle souhaitait y participer. Elle a tout de suite accepté, car elle s'ennuie et recherche les activités. Je suis allée la voir plusieurs fois dès Décembre pour effectuer son bilan psychomoteur, et discuter.

Lors de la première séance, madame Q. parle peu. Elle est un peu perdue dans les consignes : mettre ses mains sous le drap pour toucher l'objet. Elle ne peut pas se relâcher pendant la relaxation. Tout cela semble inconnu et angoissant? Le premier écrit de madame Q. semble montrer des sentiments ambivalents de peur et de confiance, de joie et de tristesse (annexe n°6). Cependant elle est très heureuse d'avoir participé au groupe, elle a fait connaissance avec d'autres patientes et cela lui a occupé une bonne partie de l'après-midi. En effet, je vais chercher madame Q. en premier et nous faisons 15 minutes de marche pour aller à la salle, et autant pour en revenir.

Lors de la deuxième et de la troisième séance : madame Q. est très anxieuse et tendue. Les exercices du Toucher sont fait rapidement et sans grande conviction. Elle n'arrive pas à garder les yeux fermés pendant la relaxation. Elle s'essouffle rapidement sur le chemin pour arriver à la salle. Cependant, elle reste souriante et est contente de sa participation au groupe.

Je dois lui répéter, à chaque fois que je vais la voir, mon prénom, et pourquoi je viens la chercher. Madame Q.écrit peu, il y a souvent quelque chose qui la perturbe mais elle n'arrive pas toujours à le verbaliser (anxiété, manque de mots), par contre elle arrive mieux à l'écrire (annexe n°7).

Lors de la quatrième séance : Madame Q. est toujours anxieuse. Mais, elle masse volontiers les différentes parties de son corps et elle découvre son corps sans appréhension. Le toucher de son propre corps semble plus naturel que le toucher des objets. Elle s'applique à faire les exercices de respiration pendant la relaxation. Lors de l'écrit, elle note mon prénom, et pour la première fois, elle me dit envoie « Isabelle » alors que 20 minutes se sont écoulées !

C'est le premier écrit où madame Q. parle de la séance (annexe n°8). Il n'y aura en tout que 3 écrits sur 9 où madame Q. fera référence à la séance.

Lors des séances 5, 6, et 7 : madame Q. reste toujours anxieuse (un cousin à l'hôpital) mais elle arrive à se relâcher quelques secondes. J'ai mis en place un exercice de repérage, et j'ai demandé à madame Q. de me dire sur quelle partie du corps de sa voisine j'avais déposé un objet (ici la bouillotte). Pour me répondre, elle a eu besoin d'aller toucher l'objet sur la voisine. Lors de la promenade, elle a sans hésitation touché arbres, fleurs et plantes. Cette sortie a été marquante car elle n'était pas sortie depuis plusieurs semaines (annexe n°9-a). Elle a, à nouveau, écrit mon prénom et a pu me le redire une fois dans sa chambre. Durant ces séances, j'ai pu m'apercevoir que le toucher et l'écrit semblaient jouer un rôle important pour madame Q (repérage, mémorisation, découverte et plaisir). Je retiendrai aussi que madame Q. est très gênée par ses trous de mémoire et ses manques de mots (annexe n°9-b).

Lors des séances 8, et 9 : madame Q. a toujours autant de mal à se relâcher pendant la relaxation. Dès que je ne parle plus, elle ouvre les yeux et me cherche du regard, je lui réponds alors par un petit sourire. Elle semble très agitée surtout mentalement. Par contre, elle est très heureuse pendant les exercices de Toucher, et apparaît plus détendue. Travailler la terre l'enthousiasme, car cela lui rappelle sa profession. Elle fabrique d'abord un crocodile, qu'elle détruit pour en faire une marguerite : c'est le deuxième jour du printemps (annexe n°4). Elle n'a pas peur d'utiliser toute la terre, et passerait bien de longues minutes à faire et défaire ce qu'elle fait, juste pour le plaisir de créer et de manipuler. Les exercices de toucher avec les bambous l'enchantent, surtout quand on lui fait découvrir son dos tout entier. Elle dit que cela lui procure beaucoup de bien.

Voilà la dernière séance : j'ai déjà prévenu plusieurs fois les patientes que le groupe se terminerait après 10 séances, mais madame Q. ne s'en souvient pas. Je leurs redis au début de la séance, puis nous faisons les exercices. Madame Q. est la seule à pouvoir exprimer ce qu'elle ressent en touchant les objets, et non pas leur fonction. Elle va lentement, mais décrit avec justesse ses sensations. Voilà ce qu'elle dit pour la pomme de pin: « C'est aigu, très irrégulier, ça craque sous mes doigts, c'est assez léger. » Pour les autres objets, elle arrivera à trouver des adjectifs appropriés. La relaxation semble toujours aussi difficile. Au moment d'écrire, elle dit qu'elle ne peut pas, car elle est trop triste que le groupe se termine. Je lui explique que c'était prévu, qu'il devait de toute façon se terminer un jour, car bientôt je ne travaillerai plus à l'hôpital. De plus, je lui précise qu'elle continuera à participer au groupe de peinture chaque semaine. Les larmes aux yeux, elle écrit alors une phrase sur ce qu'elle pense (annexe n°10). Madame Q. s'attache rapidement aux personnes qu'elle voit régulièrement, et la séparation devient alors très difficile.

Evolution :

Madame Q. est toujours autant anxieuse. La moindre chose peut la tracasser. Par contre, elle communique plus facilement avec les autres personnes du groupe, et de l'extérieur. Actuellement, elle reconnaît les lieux (son étage, sa chambre), et sait aller de la salle de psychomotricité aux toilettes seule. Elle peut se rappeler de certains événements surtout si elle l'a noté. Elle utilise d'ailleurs souvent l'écriture comme pense-bête (elle essaie de tenir un journal intime).

3.13 Conclusion :

Cette méthode de relaxation n'a pas été efficace pour madame Q. D'ailleurs peut-être ne serait-elle pas vraiment conseillée dans son cas ?

En effet la relaxation, les yeux fermés, lui enlève le repère visuel, ce qui augmente l'anxiété. Par contre, le Toucher prend une place importante dans sa vie : Il lui a permis de découvrir son corps, et d'exprimer ses sensations. J'ai fait remarquer à madame Q. qu'elle reconnaissait son manteau en le touchant. En effet, il est bleu marine comme celui de la psychomotricienne, et pour distinguer son manteau, madame Q. m'a expliqué qu'elle touchait la doublure qui a une texture particulière. Elle continue à aller tous les vendredis au groupe de peinture.

3.14 Conclusion de la pratique :

D'autres études de cas, comme celle de madame J. en individuel et celle de madame B. en groupe, auraient été très intéressantes à développer pour illustrer l'importance du Toucher. Je ferais référence à ces deux cas dans ma discussion. Je conclurai par les difficultés que j'ai eu à mettre en place ce groupe.

- En premier : trouver des patients correspondants à ce que je recherchais et acceptant de participer.
- En second lieu : trouver un jour où tous les patients sont présents sur l'hôpital et qu'ils ne soient pas pris ailleurs. Il m'est arrivé un lundi de venir les chercher 10 minutes plus tard; mais à ma grande déception : L'une était chez le coiffeur, l'autre à la chorale et la dernière à un repas thérapeutique !
- Il me paraît important de bien définir les caractéristiques du groupe : groupe fermé ou ouvert, cadre thérapeutique (lieu, jour et heure fixes), préciser le début et la fin du groupe, les objectifs généraux et les objectifs plus précis pour chaque personne. Et surtout si le groupe dure longtemps : faire le point pour voir l'adaptation de chaque patient et l'intérêt du groupe, de façon régulière toutes les x semaines.

*« La sensation d'identité vient de la sensation
du contact avec le corps.
Pour savoir qui il est,
l'individu doit être conscient de ce qu'il ressent. »*

LOWEN

DISCUSSION

sur l'importance du toucher dans une pratique psychomotrice auprès des personnes âgées :

Comme dans la vie, le Toucher peut tenir une place plus ou moins importante en psychomotricité. En effet, la spécificité de notre approche thérapeutique est de tenir compte du corps et de son histoire. Histoire inscrite, et lisible à travers le corps; histoire consciente et inconsciente de notre vie depuis notre conception. A l'inverse de la psychanalyse où le transfert est primordial et le toucher apparaît dangereux; la psychomotricité, thérapie psycho-corporelle, peut utiliser le toucher comme véritable outil thérapeutique. Le toucher, comme la relaxation, le jeu, la peinture, la musique, l'expression corporelle ..., peut être utilisé en psychomotricité comme objet médiateur de la relation. Chaque technique sera choisie par le professionnel en fonction de ses compétences, de ses goûts et selon les intérêts du patient. Il ne s'agit pas de toucher pour toucher, il faut avoir des objectifs précis et une technique adaptée.

1. Les techniques :

Il existe de nombreuses approches du Toucher : massages (Occidental, Shantala, du kinésithérapeute...), le shiatsu, la réflexologie, l'haptonomie etc...

Anne Durey, membre de l'association suisse des thérapeutes en psychomotricité 1994, écrit : « Le massage peut-être, pour nous psychomotriciens, un moyen d'affiner nos perceptions dans la connaissance de notre propre corps et du corps de l'autre. »

Pour ma part, je suis attirée par cette dernière approche : L'haptonomie. Elle demande plus qu'un simple massage, il faut être « bien dans sa peau », présent à l'autre, et respectueux. De plus, elle peut-être utilisée à tout âge.

Mais mieux pratiquer, il est nécessaire de se spécialiser dans un domaine.

Je n'ai pas encore eu l'occasion d'être formée à une technique particulière de toucher. J'ai donc fait selon ce que je ressentais.

Voilà un exemple de mon approche :

* Madame J. que je vois depuis le mois de Novembre, se trouve actuellement (en Mars) continuellement alitée. Elle ne mange presque plus. Quand je viens, elle doit faire de grands efforts pour rester éveillée et réussir à ouvrir les yeux quelques secondes. Sa voix est très faible, elle ne parle presque plus. Plusieurs fois dans la séance, je lui ai fait des massages enveloppants. Partant de sa tête jusqu'à ses pieds, je l'ai touchée en nommant différentes parties de son corps pour qu'elle en ressente l'existence. Les premières fois, elle a ouvert les yeux et m'a souri, puis progressivement elle s'est endormie. Le toucher devient, dans son cas, le moyen principal de communication : Quand j'arrive, elle touche mon gilet comme elle l'a toujours fait, et me touche la main, je lui réponds alors en lui prenant la sienne. Le toucher permet, à travers une relation privilégiée avec le psychomotricien, de réinvestir le corps et d'apaiser les souffrances psychiques et physiques.

L'expérience personnelle et professionnelle occupe une place indispensable.

Il faut bien se connaître pour ensuite correctement appréhender l'autre. L'expérience est toujours enrichissante. Cette richesse que j'ai trouvée auprès des personnes âgées pendant huit mois, continuera de se développer au travers de ma future expérience professionnelle.

2. La place du toucher chez chacun :

Le Toucher joue un rôle indispensable pour le développement harmonieux de chaque être humain. Il garde une valeur essentielle aux différentes étapes de la vie (maternage, sensualité, sexualité...). Chez la personne âgée, il reprend une place importante, et occupe de nombreux rôles que je développerai ultérieurement. Mais nous ne sommes pas tous égaux devant le toucher. On dit souvent qu'il existe un sens privilégié en chacun de nous : ce peut être la vue, l'audition, le goût, l'odorat ou encore le toucher. Pourquoi ce sens privilégié diffère-t-il selon les individus ? La première réponse pourrait être que ce sens qui prédomine en chacun de nous est héréditaire, qu'il est inscrit dans nos gènes. La deuxième réponse serait plus liée à l'environnement et aux facteurs socio-culturels. Des enfants élevés dans une famille de musiciens auront de grandes chances d'avoir une ouïe très fine. En plus de ces différences d'éducation, il faut préciser que chaque être humain est unique au monde et qu'il développe des capacités sensorielles qui lui sont propres.

Nous savons que la culture et l'interdit influencent la façon dont nous allons utiliser le sens du toucher tout au long de notre existence.

* Je n'ai pas eu l'occasion de voir concrètement l'influence que peuvent avoir les cultures sur le toucher. Mais dans mon groupe de sensibilisation au toucher, j'ai pu observer une grande évolution quant à l'approche du toucher, et des différences considérables entre chaque patiente.

Madame Q. s'autorise à toucher, à participer activement aux différents exercices ; tandis que madame C. est réservée, elle touche du bout des doigts, chez elle l'interdit est puissant. Au début du groupe, les patientes ne se connaissaient pas, mais des relations se sont vite nouées et le toucher y a trouvé sa place. Dans les dernières séances, elles s'entraidaient, se taquinaient, plaisaient et s'embrassaient.

3. Le Moi-peau :

Anzieu établit un lien entre les fonctions du Moi-peau et celles du Moi psychique. Il nous montre la relation entre le corps et le psychisme, base de la psychomotricité. La thérapie psychomotrice agit par l'intermédiaire du corps sur les fonctions mentales, affectives et comportementales de l'individu en tenant compte de son environnement. Les troubles psychomoteurs reflètent, au niveau du corps, les perturbations de la personnalité.

* Prenons l'exemple de la fonction de maintenance :

« Quand on fait l'expérience d'une séparation, ou d'une privation, souvent définitive, on perd une partie de Soi. » Sylvia LIAKHOFF.

Depuis le décès de son mari, madame C. se tient de moins en moins droite, elle a une position de renfermement (la tête baissée, le cou rentré dans les épaules, le regard vers le bas). Elle utilise une canne comme soutien autant physique que morale, mais elle ne s'en sert pas vraiment. Je lui en ai fait la remarque, elle m'a répondu qu'elle en était consciente, et qu'elle ne l'utilisait qu'en cas de perte d'équilibre. Pendant les séances de psychomotricité, où l'on a besoin de se déplacer debout, elle laisse sa canne de côté, et ne la reprend que pour partir. Cette canne, utilisée comme soutien, semble être une étape transitoire qui l'aide à surmonter ses difficultés actuelles. Lors des séances, la psychomotricienne peut jouer ce rôle de soutien à travers un regard, des paroles, ou encore des gestes et un toucher adaptés.

* Comme deuxième exemple, je parlerai de la fonction d'inscription des traces :

Madame C. a subi de nombreuses interventions laissant sur son corps marques et cicatrices, mais pour quelqu'un qui ne la connaît pas, cela n'est pas visible de l'extérieur. Cependant quand j'ai rencontré madame C., en Janvier 1996, elle avait deux plaies rouges au niveau de l'index et du majeur de la main droite. Cela la faisait souffrir et l'empêchait de broder correctement. La cause de ces plaies était inconnue, et malgré les soins des infirmières, elles ne disparaissaient pas. Je lui demandais de temps en temps si cela allait mieux. A ma surprise, je me suis aperçue à la dernière séance du groupe de sensibilisation du Toucher que les plaies avaient presque totalement disparu. En même temps que nous pouvions voir disparaître ces plaies, un mieux être psychologique apparaissait.

* Comme troisième exemple, je parlerai de la fonction de contenance :

Madame Q. est une personne démente. Sa peau n'est pas sèche ou ramollie, elle n'a pas de plaies ; mais Madame Q. laisse percevoir, à travers une sudation importante, ses différentes angoisses. Elle a de nombreuses pertes de mémoires, et n'arrive pas à fixer ses idées : nous pouvons faire référence à un « Moi-peau passoire ». Les séances de psychomotricité ont pour rôle de faire diminuer ses angoisses. Il lui est arrivé pendant une séance d'écrire mon prénom, et de me le redire à haute voix une demi-heure après et dans un lieu différent. Elle avait pu fixer pour quelques temps ce mot. Quant aux angoisses, elles diminuaient parfois le temps d'une séance, mais réapparaissaient après.

4. Notion de distance :

PRAYEZ (1989-b, p. 103 à 105) parle des recherches de HALL (« la dimension cachée » 1971, Seuil) à propos de l'espace nécessaire à l'équilibre de l'être humain. Bien entendu, cet espace varie selon les cultures. Mais on peut retenir quatre distances : sociale (de 3.60 à 7 mètres ou plus),

publique (de 1.2 à 3.6 mètres),

personnelle (de 45 cm à 1.2 mètre),

et enfin intime (du contact à 45 cm).

Le toucher intervient dans cette dernière. C'est le sens de la plus grande proximité où la distance physique s'annule. Plus que n'importe quel autre sens, il exacerbe les phénomènes d'échanges émotionnels : respiration plus ou moins rapide, pâleur ou rougeur, transpiration, tensions ou détente. Le toucher met en jeu autant le contact corps à corps, que la confrontation de nos réactions intérieures. On ne peut toucher autrui sans être touché soi-même (au sens propre comme au sens figuré).

A travers son toucher, le soignant laisse paraître qui il est, et peut ressentir s'il est attentif, sensibilisé ou sensible, comment est son patient. La sensibilité des soignants dépend d'une part de leurs qualités personnelles, et d'autre part de leur formation professionnelle.

* Lors d'un contrôle de relaxation auprès de madame C., je mobilisais doucement les articulations de son bras, et je lui expliquais que je la sentais très participante dans la manipulation. Elle m'a répondu ceci : « Tu veux mon bras, alors je te le donne ! ». A travers le toucher, j'avais senti qu'elle était tendue et son explication m'a confirmé qu'elle voulait au plus vite se débarrasser de cette « épreuve ». Plus que le contact physique, ses paroles m'ont aussi touché.

5. Notion d'instant :

J'aimerais rajouter une notion dont je n'ai pas entendu parler. Cette notion s'appellerait l'instant. **L'instant propice** pour toucher. Savoir quand il faut toucher, en restant respectueux et en apportant notre présence. Cet instant peut-être explicite : Comme madame C. qui m'a demandé de venir contrôler sa respiration lors d'un exercice de relaxation. Mais le plus souvent, il requiert de l'intuition, ou plutôt l'observation minutieuse de l'autre. Et on a beau être plus ou moins bon thérapeute, et savoir interpréter les appels du corps ; trouver l'instant propice pour toucher n'est pas une tâche facile ! Débutant dans cette expérience, j'ai progressé lentement et il m'est arrivé de commettre des erreurs, et j'en ferai certainement encore.

* Lors d'un contrôle de relaxation, j'ai prévenu mes patientes que j'allais venir toucher leurs bras et leurs épaules pour évaluer leur état de détente. J'ai doucement posé ma main sur le bras de madame Q., et je suis restée environ une minute dans cette position pour établir un contact satisfaisant. Mais madame Q. a ouvert les yeux, j'ai senti sa respiration s'accélérer, et sa sudation augmenter. Le contrôle a alors été très léger pour ne pas accentuer ses phénomènes émotionnels. Cet exemple met en évidence l'impact que peut avoir le toucher dans la modification des réactions émotionnelles et toniques de chacun des individus : celui qui touche et celui qui est touché. Une véritable communication non-verbale s'installe, et le psychomotricien doit trouver des réponses adaptées aux réactions du patient.

Pour les chapitres qui suivent, je me suis inspirée des travaux de LEGER, TESSIER, MOUTY, 1989, et de THIERY Nade pour la partie sur les souvenirs.

6. Le corps comme moyen de communication :

*« Le langage est une peau : je frotte mon langage contre l'autre.
C'est comme si j'avais des mots en guise de doigts,
ou des doigts au bout de mes mots... »*

R. BARTHES

Son caractère, l'environnement social, familial et affectif, influencent considérablement la façon dont la personne âgée va appréhender son corps et ses modifications. Le plus souvent elle éprouve des sentiments de dévalorisation par rapport à ce qu'elle a pu être.

Pour faire face à cette situation :

- soit elle désinvestit totalement son corps. C'est ce que l'on rencontre dans les syndromes de glissement.

- soit elle surinvestit son corps de façon pathologique. Elle peut alors utiliser la somatisation, et exprimer par son corps ses douleurs psychiques.

La personne âgée utilise son corps pour amener l'autre à s'occuper d'elle.

La douleur, qui s'exprime à travers ce corps souffrant ou malade, permet à la personne âgée de se sentir exister. Face au rejet de la société, elle utilise ce corps souffrant pour conserver un statut.

Ne pouvant pas toujours le faire par la parole, et n'en ayant pas forcément conscience, la personne âgée exprime par son corps des conflits qui lui sont propres et qui sont liées à son passé ou à ce qu'elle vit actuellement. A l'hôpital, le corps est le centre d'intérêt pour les soignants : on le touche, on l'examine, on le regarde, et on en parle. Il occupe une place fondamentale, mais où se situe la personne ?

L'expression des douleurs psychiques, des traumatismes psychoaffectifs peut se faire par le corps au niveau de la peau. Les maladies de la peau, comme l'eczéma, le psoriasis, la pelade, touchent directement l'image que la personne a d'elle et celle qu'elle offre aux autres. Paradoxalement, ces maladies de la peau, qui attirent l'attention, bouleversent aussi les relations avec l'entourage : peur d'être contagieux, honte et culpabilité du patient.

* Madame W. est une très belle femme, mais une maladie de la peau la fait se gratter jusqu'au sang. Sur son corps, on peut voir s'exprimer ses conflits psychiques. Dès les premières séances de psychomotricité, elle dit : « J'ai mal dans tout mon corps, je suis mal dans ma peau, regarder ce que je suis devenue ! », puis « Je souffre dans ma chair ». Pourtant, il lui arrivait de ne pas se gratter du tout pendant les séances de psychomotricité.

Enfin dans de nombreuses pathologies mentales, que l'on peut retrouver chez la personne âgée, le corps est un moyen prévalent de communication : il est défaillant chez le névrotique, morcelé chez le psychotique, et constamment présent dans le discours de l'hypocondriaque, et fait souffrir le malade psychosomatique.

7. Le « toucher relationnel » :

Comme nous venons de le voir le corps peut servir d'objet médiateur, de support, pour la communication. A travers ce corps, le toucher devient un moyen d'expression. Moyen d'expression qui est utilisé dans la relation soignant/soigné à travers des massages, des soins de nursing, soins esthétiques etc... Mais comme nous l'avons vu dans le chapitre 2-1 de la théorie, ce toucher qui est quotidiennement présent ne s'effectue pas toujours dans les meilleures conditions. En effet, les impératifs de temps et le manque de personnel empêchent le soignant d'accomplir pleinement sa fonction relationnelle.

* La première fois que j'ai rencontré madame M., j'ai été surprise par ses propos qui semblaient très réalistes : « Nous sommes traités comme des animaux en cage! On nous trimballe d'un lieu à un autre. » Lors du massage que nous faisons au niveau de ses mollets, elle a rajouté : « Je sens bien que vous n'êtes pas des infirmières, votre contact est vraiment différent. »

Le massage permet une stimulation de la personne âgée, il la fait sortir pour un moment de son isolement. Même quand les gestes se veulent techniques, pour une prise de sang par exemple, le soignant doit savoir rester respectueux vis à vis de son patient. Ce respect pourra se faire grâce à une bonne dextérité, de la précision, dans une relation affective satisfaisante. Le toucher est toujours pourvu de significations et d'émotions.

Le soignant doit aussi tenir compte de l'intimité de son patient, afin que son massage puisse calmer, réconforter, et prévenir la douleur. Le massage doit pouvoir se faire dans un climat d'apaisement et de confiance.

* Pour respecter l'intimité du patient, les infirmières prenaient soin de faire sortir les personnes présentes, et de bien fermer la porte avant chaque acte médical. Ce geste simple permet de débiter l'acte dans un climat serein sans spectateurs. Mais, il m'est arrivé d'être dérangée en pleine séance par quelqu'un (aide-soignant, personnel hôtelier) qui est entré sans frapper. Le déroulement de la séance est alors interrompu.

8. Le « toucher-détente » :

Ce toucher peut se réaliser sous forme de massages relaxants qui apportent à la personne âgée bien-être et apaisement. Il faut d'abord prendre le temps d'installer correctement le patient pour diminuer au maximum les tensions qui seraient dues à une mauvaise position. Puis, nous effectuons un massage lent et régulier au niveau soit du visage, soit des mains, soit des pieds, ou encore au niveau du dos, des épaules et de la nuque. Ce toucher peut entraîner un degré important de décontraction. Il est détendant dans la mesure où le patient effectue une régression ; il se laisse aller quelques instants et cela lui permet d'oublier les difficultés quotidiennes qu'il peut rencontrer. Il laisse de côté, pour un moment, sa souffrance physique et psychique, et profite de quelques moments de plaisir. Il peut même arriver qu'il s'endorme dans cette satisfaction. Les auteurs ont écrit : « dans ces circonstances, il importe d'introduire parfois quelques mots pour ponctuer le silence ». Je préciserai que la parole est parfois nécessaire, mais le silence peut lui aussi être bénéfique. Pourquoi ne pas laisser le patient s'endormir dans cet état de bien-être, faut-il tout de suite le ramener à la réalité ? Pour ma part, je laisse quelques minutes dans cet état de détente, puis je le fais doucement revenir à la réalité par mes mots et mon toucher.

* Il nous est arrivé avec madame M. de lui faire un massage du visage alors qu'elle était en plein délire et n'arrêtait pas de parler. Nos paroles n'arrivaient pas à la faire revenir à la réalité. Mais, au cours du massage, nous avons senti qu'elle se détendait et son flux de paroles a peu à peu disparu. Le massage terminé, elle semblait être mieux, moins délirante, et plus ouverte à nous.

Pour illustrer cette partie, voilà quelques paroles de madame B. et de madame C. lors de séances en groupe de sensibilisation au toucher et relaxation :

*« Cela m'a fait grand bien de me laisser-aller,
aussi j'ai rêvé que j'étais très bien ! »*

*« Le temps passe trop vite pour ressentir
le bien-être de cette détente bénéfique
en tout sens, musculaire et nerveux. »*

9. Le « toucher-réassurant » :

Ce toucher peut se réaliser, avec l'aide d'une crème, sous forme d'un effleurage de certaines parties du corps comme : la colonne vertébrale, les pieds, les mains, ou le front. Ces parties du corps induisent un sentiment de sécurité. La manière dont nous nous présentons au patient, notre voix, notre regard, et notre toucher doivent eux aussi être réassurants. Le toucher doit permettre à la personne âgée de retrouver le sentiment d'exister, et la réassurer sur le bon fonctionnement de son organisme. Je rajouterai qu'en plus de la conforter sur sa physiologie, il faut aussi la tranquilliser sur ce qu'elle pense, sur l'image qu'elle a d'elle-même. C'est une réassurance continuelle qu'il faut apporter à la personne âgée, elle qui se sent souvent persécutée et isolée.

* Depuis le mois de Mars, madame J. pleure souvent. Pour la rassurer, lui montrer que je suis là, bien présente dans la relation ; j'utilise souvent une émulsion à base de biafine que j'étale sur les mains et les avant-bras de madame J. Cette action permet, d'une part de réhydrater sa peau, et d'autre part de l'apaiser. Ses pleurs cessent, et elle devient plus souriante.

Pour illustrer cette partie, voilà quelques paroles de madame B. après une séance de sensibilisation au toucher et relaxation :

*« Le toucher, c'est la Vie.
C'est partager, rencontrer, connaître et reconnaître.
C'est ressentir par le corps un océan de bien-être. »*

10. Le « toucher-restructurant » :

Ce toucher peut prendre la forme d'un massage contenant, enveloppant. S'effectuant sur l'ensemble du corps, il permet au patient de retrouver ses limites, de différencier le « Moi » du « non-Moi », le « dedans » du « dehors ». Le patient peut ressentir son corps en globalité, il se sent unifié. Ce massage peut aider le patient à se réinvestir narcissiquement. Il permet aussi de mobiliser l'énergie et de la faire circuler harmonieusement dans le corps, le patient peut alors retrouver une certaine vitalité.

* Madame J. est dépressive, elle ne mange plus et reste aliter. De plus, depuis une fracture du cubitus droit en Octobre 1995, son bras droit est devenu inexistant, il est complètement recroquevillé. Comme je l'ai expliqué plus haut, j'effectue un toucher-enveloppant de tout son corps, en nommant les principales parties.

Il m'arrive d'insister sur son bras droit pour qu'elle prenne conscience de son existence. Madame J. exprime sa dépression par des manifestations somatiques : son bras droit n'a pas de raisons mécaniques de ne plus bouger. Lors de mes premières visites au mois de Novembre, je lui ai posé des questions concernant sa somatognosie, j'ai pu voir apparaître de nombreuses confusions. J'ai donc pensé que le toucher-restructurant, accompagné de la parole, serait un bon moyen pour lui permettre de retrouver une unité corporelle.

11. Le toucher et les souvenirs :

Il existe une relation très importante entre les sens et la mémoire. Marcel Proust nous en donne un illustre exemple : les odeurs liées aux souvenirs des madeleines de son enfance. Notre mémoire s'est construite grâce à nos cinq sens. Nous nous remémorons des vacances, et nous pouvons décrire les couleurs du bateau, le bruit des vagues, et le goût des crustacées.

A tout moment, et dès notre plus jeune âge, nos cinq sens sont mis en éveil pour découvrir puis mémoriser. L'expérience par l'intermédiaire des sensations est indispensable au développement de la personnalité. L'enfant pourra associer à l'acquisition du langage des sensations. En même temps qu'il apprendra le mot peluche, il pourra associer la douceur, la couleur, l'odeur propre à sa peluche.

Lorsque l'enfant grandit, l'accent n'est plus mis sur ce qu'il ressent mais sur les connaissances intellectuelles. Le corps et les sensations qui lui appartiennent sont mis de côté pour laisser place à la « tête » et aux connaissances livresques.

L'adulte n'utilise ses sens que de façon machinale. Il fait appel à sa mémoire et pense tout savoir, tout connaître. Il ne cherche plus à faire l'expérience de la nouveauté et se prive ainsi de l'enrichissement de la découverte.

* Lors d'une séance du groupe de sensibilisation au toucher, nous sommes allées découvrir la nature. Les réactions de madame C. et de madame Q. ont été très surprenantes. Madame C. en est restée à ce stade où la connaissance livresque lui suffisait. Elle n'a pas voulu découvrir par le toucher les arbres et les fleurs. Mais elle nous a montré qu'elle connaissait leur nom, leur lieu de vie etc... Pour elle, c'était suffisant. Par contre madame Q. a pris le temps de toucher chaque fleur, chaque arbre et même de sentir. A la fin de la séance, elle a écrit ceci :

« Avec Isabelle et Madeleine nous avons fait une jolie promenade, j'ai découvert des bosquets que je ne soupçonnais pas » (annexe 9-a).

Pour madame Q. ce fut un enchantement, elle a été émerveillée par ses découvertes. Elle a pris le temps de s'imprégner de sensations et de se faire plaisir.

L'âge avançant, les personnes âgées se rendent compte que leur corps, leurs intérêts, leurs conditions de vie et leur mémoire changent, les choses n'ont plus la même importance. C'est ainsi que le sensoriel peut retrouver une place de plus en plus grande. Et pour faire face à l'altération de certains sens comme la vue et l'ouïe, le toucher tient un rôle grandissant.

* En touchant une coquille Saint Jacques cachée sous un drap, madame B. a fait resurgir de nombreux souvenirs d'enfance. Elle écrit :

« Une coquille Saint Jacques m'en rappelle beaucoup. Boulogne sur mer, où je fus heureuse avec mes parents et Didier. Puis des amis (...) ».

A chaque séance, madame B. écrivait une page de souvenir d'enfance, de guerre, et de mort. D'ailleurs quand j'ai demandé aux patientes ce qu'elles pouvaient se rappeler du groupe, ce fut pour elle le toucher de la coquille Saint Jacques et le fait d'avoir parlé de la mort. Ce texte, où Madame B. exprimait qu'elle n'avait pas peur de la mort, et qu'elle savait qu'il fallait encore qu'elle profite des années qu'elle avait à vivre, m'a vraiment étonné. Bien qu'il fasse appel à des souvenirs sombres : de morts, de guerre ; Madame B. s'est exprimée positivement.

Pouvoir, comme madame B., parler de ses souvenirs est un moyen d'exister.

De plus, cela peut permettre de dépasser une épreuve qui a été douloureuse. Eprouver des sensations peut ramener à l'esprit des souvenirs enfouis. En prenant de l'âge, on a besoin de se remémorer des morceaux de sa vie, pour retracer son déroulement, et reconnaître son importance.

La personne âgée qui retrouve ses sens, et ses sensations, retrouve le sens de sa vie. Chez la personne âgée, la mémoire s'amointrit, ce qui entraîne une diminution de la communication verbale, puis conduit à la solitude et à l'isolement. Le toucher joue un rôle fondamental : Il rassure, réconforte, permet l'échange, et fait resurgir les souvenirs.

*« C'est curieux ce que je ressens,
je devrai te dire Je t'aime,
tu viens de me masser,
de t'occuper de moi pendant un long moment,
mais ce ne sont pas ces mots qui me viennent.
Ce qui me vient, c'est : Je m'aime ».*

Anonyme

CONCLUSION

A travers cette expérience de thérapie psychomotrice à l'hôpital, je me suis aperçue combien il était nécessaire pour ces patients de redécouvrir leur corps. En effet celui-ci est souvent vécu comme une souffrance, or le toucher peut apporter à ces patients plaisir, bien-être et apaisement. Quotidiennement présent, il joue en psychomotricité des rôles importants : de restructuration de l'image du corps, de détente, de réassurance, et de communication.

Au-delà de la technique elle-même, le toucher doit s'effectuer dans une relation affective sécurisante, et dans un cadre rassurant.

La psychomotricité et le toucher contribuent à redonner à la personne âgée le sentiment d'exister en tant qu'être humain à part entière. Ils lui apportent les repères nécessaires à son épanouissement personnel.

Il serait intéressant grâce à une pratique psychomotrice plus longue de prendre en considération les autres sens (la vue, l'ouïe, l'odorat et le goût). En effet, une meilleure qualité de l'intersensorialité ne permettrait-elle pas de retarder les effets du vieillissement ?

Il m'a semblé indispensable d'approfondir les notions de base relatives au toucher afin de développer correctement mes recherches sur les apports de ce sens à la personne âgée.

Je souhaite par la suite continuer à enrichir mon expérience professionnelle, en poursuivant mes recherches relatives au toucher auprès de différentes populations. J'aimerais également me spécialiser dans une technique particulière telle que l'haptonomie. Enfin, ce stage m'a apporté un enrichissement personnel dans la découverte de l'autre et de moi-même.

BIBLIOGRAPHIE

ANZIEU D ; 1984, « Fonctions du Moi-peau », L'information Psychiatrique, Vol.60, n°8, p.871-875.

ANZIEU D ; 1995, première édition 1985, Le Moi-peau, Dunod, Paris, 291 p.

Association SUISSE des THERAPEUTES de la PSYCHOMOTRICITE ; 1994, La Psychomotricité : reflets des pratiques actuelles, Georg (m+h), Genève, p.49-69.

BERNACHON P ; Juin 1989, « Propos sur le toucher », Pratiques corporelles, n°83, p.4-6.

BOSSE F ; 1994, « Pratique du psychomotricien en relaxation psychosomatique : abord du groupe. », Evolutions Psychomotrices, vol.6, n°26, p.39-42.

CLAIR O ; 1985, « Psychomotricité en gériatrie...vous avez dit plaisir ? », Thérapie psychomotrice, n°65, p.33-38.

CONSOLI S ; Septembre 1995, « Le psychisme à fleur de peau », Psychologies: L'harmonie du corps et de l'esprit, n°134, p.62-66.

COSTE J.C ; 1976, Les 50 mots clés de la psychomotricité, Privat, Toulouse, p.145-146.

De HENNEZEL M ; 1992, « Accompagnement Haptonomique du mourant », Présence haptonomique, n°2, p. 127-133.

De la ROCHEFORDIERE G, BURONFOSSE D ; Janvier 1984, « Le soignant, le vieillard et son corps », La revue de Gériatrie, Tome 9, n°1, p. 19-22.

DUPREY C ; Juin 1989, « Massage : Communication et Communion », Pratiques corporelles, n°83, p.38-40.

LEGER J.M, TESSIER J.F, MOUTY M.D ; 1989, Psychopathologie du vieillissement, Doin, Paris, p.91-107.

MAHUSIER A et al ; Mars 1992, « Place de la thérapie psychomotrice dans un service de gériatrie clinique », La Revue Gériatrique, Tome 17, n°3, p.142-146.

MEUNIER L, MICHEL B, DUNTZE F, MEYNADIER J ; 1990, Vieillesse cutanée, Vigot, Montpellier, p.27-33.

MONTAGU A ; 1979, La peau et le toucher: un premier langage, Seuil, Paris, 219 p.

PAILLAT P et al ; Avril 1985, « Des thérapies », Cahier de la fondation Nationale de Gériatrie, n°32, 112 p.

PITTERI F ; Avril 1990, « Vous dites en corps des choses ? Psychomotricité auprès de personnes âgées », Gestions hospitalières, n°295, p.316-320.

PLANCKAERT J ; Juin 1989, « Sécurité et parole », Pratiques corporelles, n°83, p.17-20.

PRAYEZ P ; Juin 1989-a, « Tactophiles et tactophobes », Pratiques corporelles, n°83, p.28-31.

PRAYEZ P ; 1994, Le toucher en psychothérapie, Desclée de Brouwer, Paris, 273 p.

SAVATOFSKI J, PRAYEZ P ; 1989-b, Le toucher apprivoisé : pour une approche différente du soigné, Lamarre-Poinat, Paris, 157 p.

SAVATOFSKI J ; Juin 1989-a, « Plaidoyer pour le toucher », Pratiques corporelles, n°83, p.32-34.

THIEFFRY S ; 1973, La main de l'homme, Hachette, Paris, p.117-131.

THIERY N ; 1993, « Toucher c'est permis », L'enfant et la vie, n°93.

THIERY N ; Juin 1992, La réhabilitation du sens du toucher : Une expérience auprès de personne du troisième âge, Mémoire du Diplôme Universitaire de Formation à la Communication, Université de Lille, 136 p.

VELDMAN F ; 1989 première édition, HAPTONOMIE : Science de l'affectivité, PUF 1994 , Paris, première partie.

VINCENT-MASSET J ; 1995, « A la recherche du sens », Evolutions Psychomotrices, vol. 7, n°29, p.46-47.

WINNICOTT D ; 1962 première édition, Processus de maturation chez l'enfant, tr. fr. Payot 1970, Paris, chap.1.