

Emmanuelle Riou Psychomotricienne

21/05/26

SMR Gériatrique Plaie & Cicatrisation Hôpital Rothschild
Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

SOINS DOULOUREUX ET ANXIOGÈNES

LA PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITÉ AUPRÈS DE LA PERSONNE ÂGÉE

AVEC DES SYMPTÔMES PSYCHOCOMPORTEMENTAUX

AU MENU

INTRODUCTION

- LA PSYCHO-QUOI ?

- SPC & PLAIES CHRONIQUES

Une brèche dans l'armure

- CLINIQUE PSYCHOMOTRICE

Mme B : Soutenir l'enveloppe psychocorporelle

- PLURIDISCIPLINARITÉ

Plaie chronique & travail d'équipe : le pansement humain

CONCLUSION

INTRODUCTION



Järjestäjä / organizer, 2015

Copyright Raija Jokinen, avec l'aimable autorisation de l'auteur

SMR gériatrique (*Soins Médicaux et Réadaptation*) prise en soin **plaies chroniques & amputations** :

- ❖ Ulcères veineux/artériels/mixtes
- ❖ Escarre
- ❖ Plaie du moignon post amputation membre inférieur
- ❖ Plaies traumatiques/brûlures (chute, AVP ou domestique)
- ❖ Angiodermite nécrotique, hématome disséquant, pemphigoïde bulleuse, etc...

LA PSYCHO-QUOI ?...

Le travail de la psychomotricienne est à la fois préventif, curatif, rééducatif et palliatif.

Il consiste au moyen de thérapies à **médiations corporelles**, à évaluer, améliorer, restaurer l'adaptation **psychologique, perceptive, sensorielle** et **motrice** de l'individu en lien avec son milieu de vie et ses affects.



Illustration Janusz Jurek

SPC & PLAIES CHRONIQUES

« *Au commencement était le toucher* » (Prat, 2015)

LA PEAU

- ❖ Réseau de **communication** le plus **vaste** du corps humain
- ❖ Un des premiers sens à se développer
- ❖ Organe le plus étendu / 3 à 5 kg chez l'adulte
- ❖ Organe **sensoriel** de **protection** : contient/retient, délimite dedans/dehors, régulateur thermique, acteur métabolique
- ❖ Organe de la **relation & communication** dans la construction de la sécurité interne => émergence **subjectivité**

PEAU = puissant « *cerveau périphérique* » (Clerget, 1997)



Kytkentöjä / Connections, 1999

Copyright Raija Jokinen, avec l'aimable autorisation de l'auteur

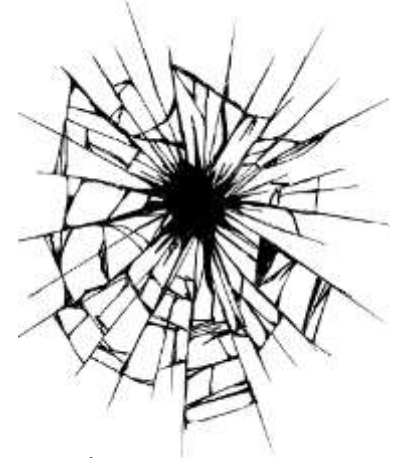
« *Rien n'est plus banal, plus partagé, et moins exploré que le toucher* » (Richard, 2023)

SPC & PLAIES CHRONIQUES

Une brèche dans l'armure : quelle plaie !

La PC obstacle à toutes les fonctions de la peau

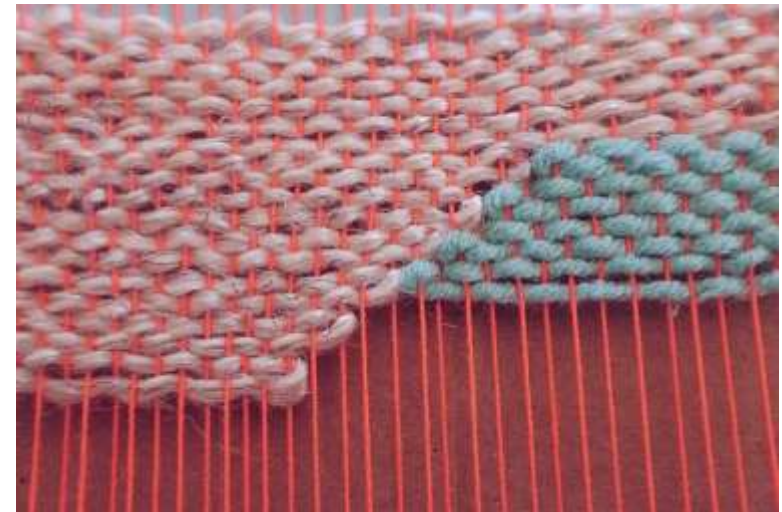
- ❖ Hiérarchie **contenant/contenu** : faillite de la **fonction contenante / protectrice**
- ❖ Sensation d'anormalité, **fascination/horreur**, fenêtre ouverte sur le contenu (caché) du corps
- ❖ Vieillesse de la peau altération de la représentation de soi : une **perte** qui vient s'ajouter à toutes les autres
- ❖ Brèche physique & psychique, vulnérabilité visible et concrète d'un corps « **qui part en morceaux** »
- ❖ Perte d'autonomie, **dépendance** aux soins, désinvestissement/surinvestissement partie du corps fragilisée
- ❖ Déluge **émotionnel** : dégoût, colère, tristesse, honte, anxiété, perte de contrôle, repli sur soi, dépression, perte de sens et de repères...

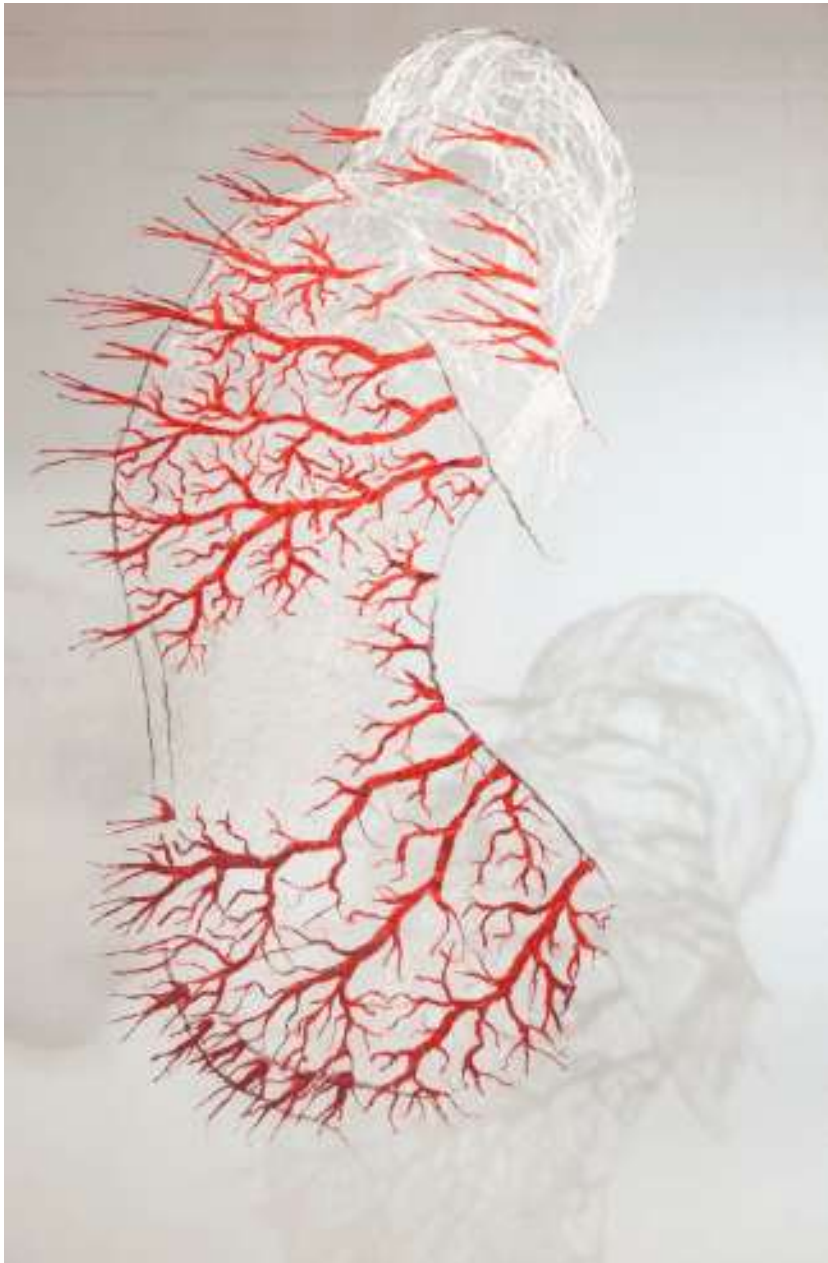


SPC & PLAIES CHRONIQUES

Relation thérapeutique **psychomotrice** devient **enveloppe protectrice provisoire** pendant le processus de cicatrisation, lorsque celui de la peau fait défaut.

= **LE PANSEMENT HUMAIN**





CLINIQUE PSYCHOMOTRICE

Mme B : Soutenir l'enveloppe psychocorporelle

*L'étape du « retrait du pansement est
angoissant[e] car l'ouverture
matérialise la béance du corps, ces
trous dans la peau réactivent
l'angoisse de vidage psychique »*

Dr Emmanuelle Candas & Caroline
Baclet-Roussel

CLINIQUE PSYCHOMOTRICE

Mme B : soutenir l'enveloppe psychocorporelle

- Mme B. 82 ans, vit en EHPAD région parisienne
 - 2 filles, la plus jeune vit proche de son lieu de vie + présence hebdomadaire = personne ressource
 - Motif d'hospit : Ulcères veineux + nécrose hallux
- Syndrome anxieux, méfiance envers l'équipe soignante, persécution
 - Cri pendant les soins de pansement + retire ses pansements plusieurs fois par jour
 - Soin de toilette : hétéroagressivité à l'étape du déshabillage
 - Déambule à la recherche de présence, voisins/voisines tensions relationnelles
- Ressentis psychocorporels + expression verbale limités : manque du mot + persévérations
 - Aggravation ulcères + transfert dans le service => augmentation des symptômes psychocomportementaux : agitation psychomotrice, anxiété, désorientation spatio-temporelle, discours persécutif, hétéroagressivité

► **Perte de repères psychocorporels et environnementaux (humain/matériel)**

CLINIQUE PSYCHOMOTRICE

Mme B : soutenir l'enveloppe psychocorporelle

Problématiques identifiées

- Cri pendant les soins à deux moments clés : retirer le pansement + étape détersion
 - > Patiente **anxieuse/douloureuse** malgré prémédication
 - > **Sentiment d'impuissance** équipe soignante
- Retire son pansement plusieurs fois par jour
 - > **Épuisement** équipe soignante > Mécanismes de défense
 - > Obstacle à la cicatrisation / Impacte santé de la patiente / Augmentation temps d'hospit
- Hétéroagressivité pendant la toilette
 - > Renvoie à l'équipe soignante de « *mal faire* » / Appréhension à la relation de soin
 - > Fuite / **évitement**
- Déambulation / agitation psychomotrice
 - > Tension avec d'autres patients/patientes > alimente désorganisation de la patiente + sentiment de persécution



CLINIQUE PSYCHOMOTRICE

Mme B : soutenir l'enveloppe psychocorporelle

Pistes de réflexion

- Combo **toucher thérapeutique** + **bain verbal** pdt soins de pansement binôme IDE/psychomot
 - > Rythme + tonalité voix = enveloppe/contenance/dialogue tonico-émotionnel = du cri au soupir > **neurones miroirs**
 - > Toucher vient s'accorder au rythme de la voix (pression progressive dans le soupir par ex)
- Pansement qui tient le plus longtemps possible = « ***un bon pansement est un pansement qui s'oublie*** » (Candas, 2017)
 - > Tests essais/erreurs protection du pansement secondaire + vêtements (pantalon large serré aux chevilles système élastique/coulissant)
- **Observation & adaptation** de la toilette en binôme AS/Psychomot
 - > Contenance / barrière psychocorporelle des fonctions de la peau + **lecture psychocomportementale douleur/SPC**
 - > 1 jour sur 2 douche complète avec AS + 1x par semaine douche complète binôme AS/fille de la patiente **personne ressource/médiatrice** = repère + soutien émotionnel pour la patiente

CLINIQUE PSYCHOMOTRICE

Mme B : soutenir l'enveloppe psychocorporelle

Pistes de réflexion

- Séance relaxation & toucher thérapeutique en chambre : **stimulation sensori-motrice + dialogue tonico-émotionnel**
 - > Maintenir sensation de **contenance** limites corporelles
 - > **Harmoniser** sensation de compression bandes à l'ensemble du corps
 - > Rassembler et maintenir la **sécurité interne** : par le bain verbal et le contact tactile aussi en dehors des soins
 - > Mettre en place **rituels rassurants** : j'arrive dans la chambre, je salue et je m'installe toujours de la même manière
Idem avant les soins de pansements
- Déambulation avec recherche de présence
 - > Installation dans 1 chambre proche poste de soins IDE
 - > Installation chaises à des endroits clés de son **parcours rituel** de déambulation pour incitation à des pauses + limiter **risque de chute** + favoriser **échanges relationnels** (devant la salle commune et proche de la l'accueil/salle de rééducation).

Plaie chronique & Travail d'équipe : le pansement humain

- ✓ PC arsenal d'outils stratégiques développés par soignant·es : compétences relationnelles, organisation, gestion du temps, priorisation des soins, formation continue à l'évolution techniques + matériel de soin, questionnements éthiques/SP
 - > Bien au-delà de la réalisation technique d'un pansement
- ✓ Place de la psychomotricité : **posture médiatrice**
- ✓ Transmission de connaissances IDE / AS / Psychomot : observation/analyse **comportementale douleur/SPC**
- ✓ Dynamique triade PA / IDE / Psychomot = ajustements de posture + challenge organisationnel

**Objectif commun du binôme soignant : placer au cœur du soin la PA dans toute son unicité identitaire
et soutenir son agentivité pour former une triade relationnelle harmonieuse**

CONCLUSION

La plaie chronique chez la PA avec des SPC

- ❖ Obstacle à toutes les **fonctions** essentielles de la peau => organe à la base de notre sécurité interne
- ❖ Favorise la **perte d'autonomie** et la **dépendance** aux soins de la PA
- ❖ **Effraction sensorielle multiple** impacte identité psychocorporelle de la PA et sa **relation au monde**

Outils thérapeutiques en psychomotricité > relaxation, hypnose analgésique/conversationnelle, toucher thérapeutique, stimulation sensori-motrice, étayage relationnel, médiation, travail pluridisciplinaire etc.

Objectif thérapeutique initial > créer un lien de **confiance** avec la PA dans un contexte de **douleur** et **d'anxiété** qui **majorent les symptômes psychocomportementaux**

La thérapie psychomotrice, associée au travail en pluridisciplinarité d'une équipe soignante formée à la spécificité des PC et des SPC soutiennent l'identité fragilisée de la PA + participe au soutien de son enveloppe psychocorporelle et à sa réadaptation

BIBLIOGRAPHIE (1)

Albaret, J.M., Aubert, E. (2001). *Vieillesse et psychomotricité*. Deboeck.

Ancet, P. (2015). *Être marqué dans sa chair*, Champ psy N°68, pages 11 à 24.

Ancet, P. (2022). *Image du corps, honte et estime de soi*. Le carnet Psy, N°250. Pages 26 à 29.

Berthelot, J-M. (1998). *Les corps contemporains : Figures et structures de la corporéité*. Recherches Sociologiques.

Boutinaud, J., Lauras-Petit, A. (2014). *Toucher et être touché*. Thérapie Psychomotrice et Recherches, n°179.

Braizaz, M. (2016). *Le problème de la beauté : l'ambition d'un corps « normal »*. Colloque international : corps meurtris, beaux et subversifs : réflexions transdisciplinaires sur les modifications corporelles, Université de Strasbourg. Consulté le 22/06/22 sur <https://www.canalc2.tv/video/13869>

 **Candas, E., Baclet-Roussel, C. (2017). *Plaies et démence : une double peine pour le patient, un défi pour le soignant*. Revue Francophone de cicatrisation, N°2.**

BIBLIOGRAPHIE (2)

Clerget, J. (2012). *La main de l'autre, le geste, le contact et la peau, approche psychanalytique*. Eres.

Fleury, C. (2023). *La vulnérabilité*. Conférence de la faculté de santé, Sorbonne Université. Consulté sur <https://sante.sorbonne-universite.fr/evenements/conference-de-cynthia-fleury> le 10/07/23

Lahaye, A. (2014). *Le corps vieillissant et sa perception par les soignants*. Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée. Pages 47 à 62.

 **Richard, C. (2023). *Des mains heureuses, une archéologie du toucher*. Seuil.**

MERCI POUR VOTRE ÉCOUTE

Des questions ?



La psychomotricité en UCC



Unité Cognitivo-Comportementale

- **Unité spécialisée dans la prise en soin des symptômes psycho-comportementaux perturbateurs**
- **Chez des patients atteints de maladies neurodégénératives**
- **Objectifs : Stabilisation des symptômes et prévention de leur réapparition, maintien des capacités préservées**



Public accueilli

- **Personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée**
- **Présentant des symptômes psycho-comportementaux perturbateurs : opposition, agressivité, hallucinations, agitation, troubles moteurs, troubles du sommeil, ...**



L'UCC du centre Antonin Balmès

10 patients

Intégrée dans un SMR gériatrique

Séjour moyen 3 semaines

Équipe pluridisciplinaire

**Structure adaptée : espace contenant, boucle de déplacements
sécurisés avec un accès à un jardin thérapeutique**



Psychomotricienne en UCC : quelles missions ?



Ce qu'en disent les soignants...

Proposer des activités thérapeutiques

Travail en équipe

Apaisement des patients anxieux

Évaluation des capacités préservées

Évaluation des toilettes complexes

Recueil/rédaction des histoires de vie

**Prévention des symptômes psycho-comportementaux
(repérage des signes précurseurs)**

Création d'outils pour les patients

Lien avec les familles et les établissements partenaires



PSYCHO

Apaisement de l'anxiété

Apaisement de l'agitation

Gestion de la douleur

Stimulation cognitive

Bien-être et détente corporelle

MOTRICITE

Equilibre

Coordinations

Motricité fine

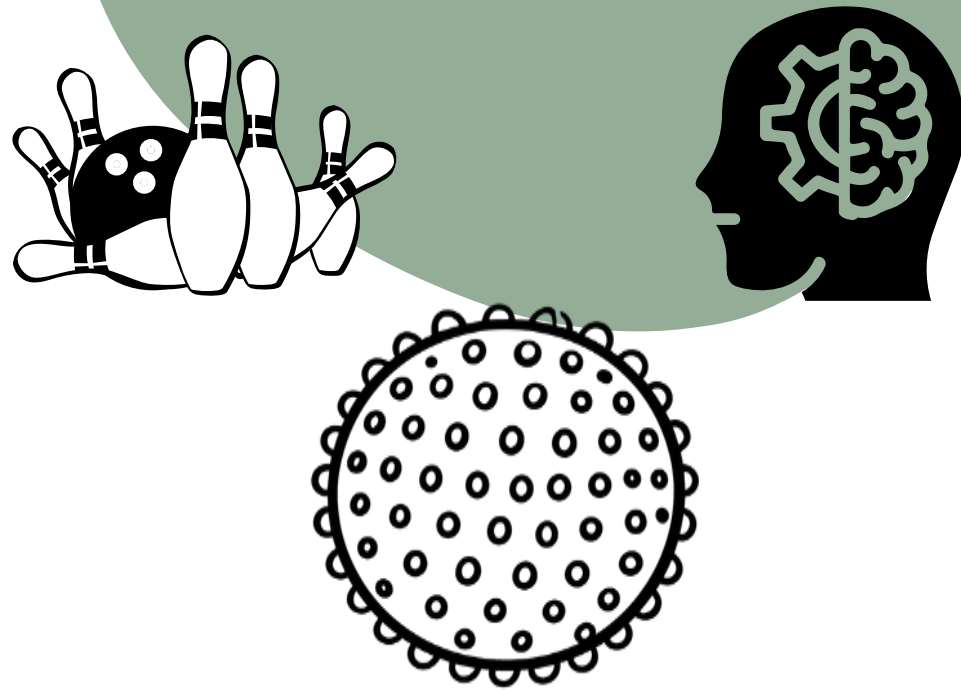
Ajustement postural

Praxies



Interventions non médicamenteuses

**Stimulation cognitive,
motrice et sensorielle**



**Évaluation des
capacités
préservées**



**Renforcement
du lien social**



Travail en équipe pluridisciplinaire

Réunions pluridisciplinaires hebdomadaires



Projet de vie individualisé pour chaque patient



Précisant :

- l'histoire de vie du patient
- ses habitudes antérieures
- des préconisations suite à son hospitalisation

Travail en équipe pluridisciplinaire

accompagnement pour les soins difficiles
(toilette, soins infirmiers)



temps d'échanges informels avec
l'équipe



Travail en équipe pluridisciplinaire

Ateliers en binôme avec les autres thérapeutes



Zoothérapeut
e



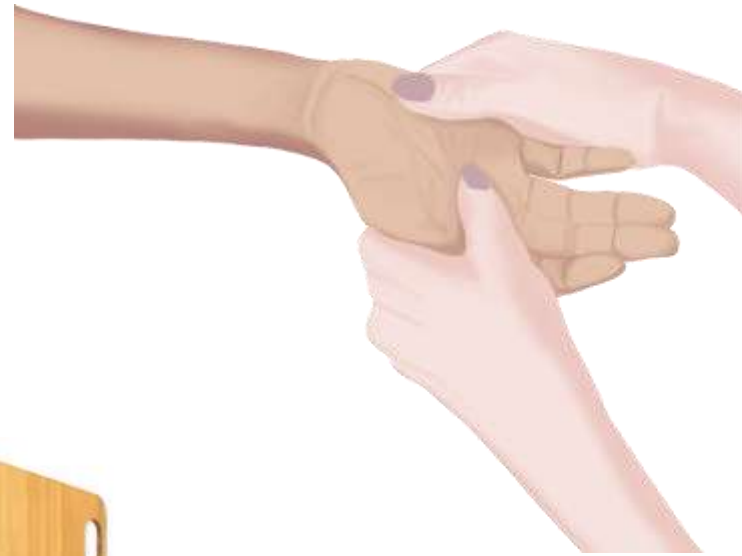
Ergothérapeute



Orthophonist
e

Apaiser les patients anxieux

Par des prises en soin en individuel



Par un accompagnement individualisé dans le groupe



Mais aussi...

Évaluer les capacités préservées

Recueil / rédaction des histoires de vie

Lien avec les familles et les établissements partenaires

Création d'outils pour les patients



Limites et difficultés

Durée de séjour
Variabilité des symptômes

Temps d'intervention limité
Réalisation de bilans normés complexe
Suivi des préconisations



Conclusion

**Psychomotricité en UCC =
accompagnement global du patient sur les versant corporels,
émotionnels et relationnels**

**Malgré l'importance des symptômes psycho-comportementaux, il
est possible d'améliorer le confort, le bien-être et la qualité de vie
des patients**

Impact important des thérapies non médicamenteuses



L'analyse des symptômes psycho-comportementaux

Un levier d'accompagnement de la
personne âgée

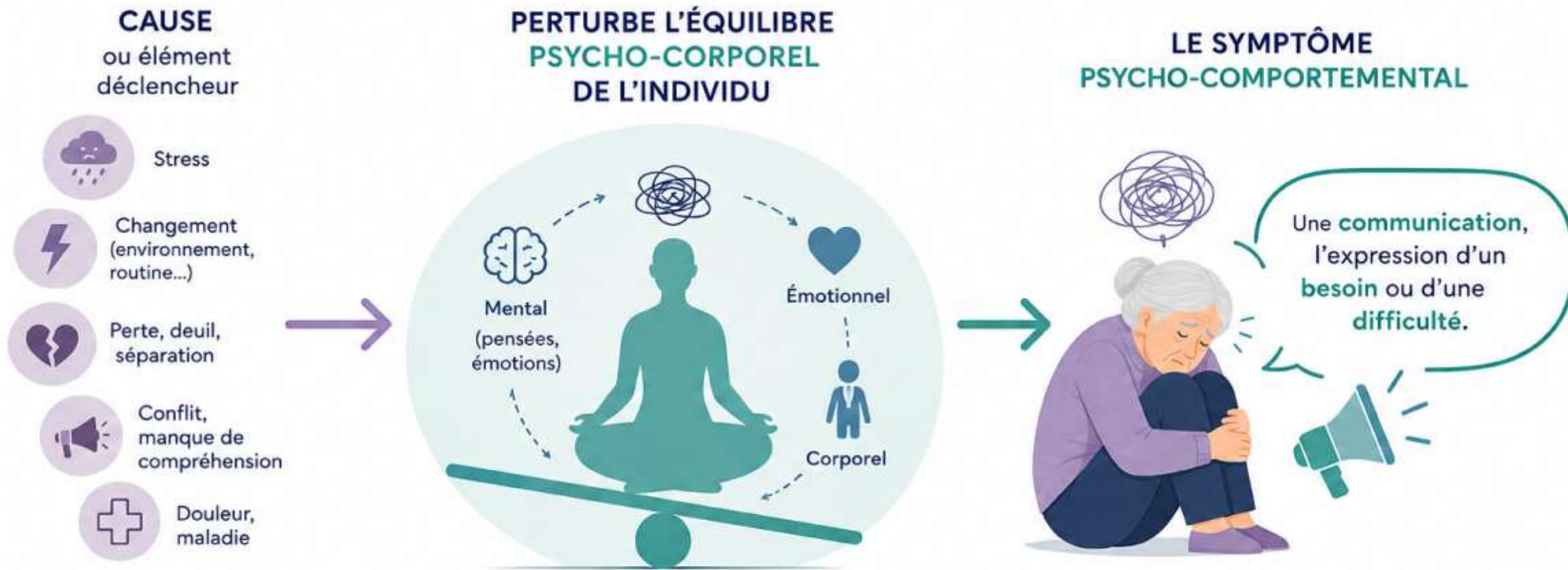
Laura LESAGE

Psychomotricienne D.E.

Formatrice - *Institut de formation en psychomotricité Montpellier*

Présidente - *Association Française de Géro-nto-Psychomotricité*

Le symptôme psycho-comportemental doit être compris comme une **communication**, l'expression d'un **besoin** ou d'une **difficulté**.



« Notre rôle est toujours d'analyser avant de conclure. » Poirier & Gil, 2018

Deux outils d'analyse, un même objectif

- Comprendre avant d'agir
- Prévenir les comportements d'expression/SPC
- Favoriser les interventions non médicamenteuses en première intention

(HAS, 2009; SFGG,2024)

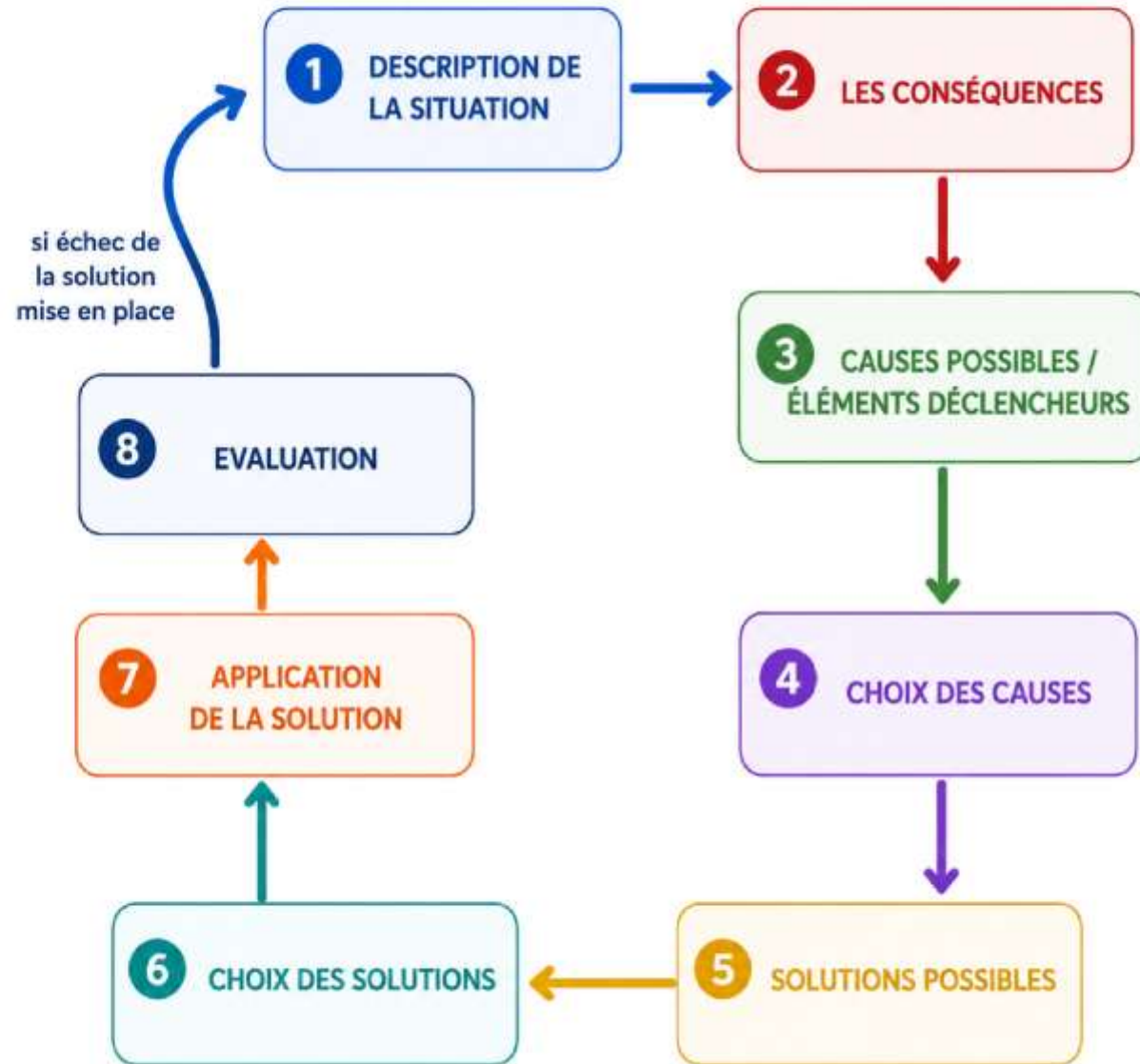
Outil 1 : Théorie de l'enquête : Analyse Fonctionnelle des Comportements

Observer et décrire le
comportement dans son
contexte

Comprendre l'élément
déclencheur
pour prévenir la récurrence

Adapter l'INM au besoin
et améliorer son
efficacité

Analyse Fonctionnelle — Les 8 étapes



Vignette clinique transversale : Mme D

Mme D a 89 ans, elle vit en unité protégée dans un établissement pour personne âgée dépendante. Mme est admise en UVP pour cause de déambulation nocturne et perturbation de ses voisins de chambre. Mme D. se lève chaque nuit et entre dans la chambre des autres résidents de l'unité et les réveille. Elle perturbe alors toute l'unité. L'aide-soignante de nuit est très sollicité et passe la majorité de sa nuit dans l'unité protégée. Une demande de médication (somnifères) est émise par l'équipe de nuit.

1- Description de la situation



Quand ? A quelle heure ? A quel moment de la journée ?



Où ?



Avec qui ?



Comment ça se passe ?



La question d'exception : qu'est-ce qu'il se passe quand ça va bien ? Quand le problème est absent ? quand c'est un peu mieux ?

2- Les conséquences

Evaluation des conséquences sur



La personne



Le personnel



Les autres résidents



Les familles



L'établissement

3- Rechercher les causes

Physiques

Douleur,
médication,
pathologie, faim,
soif, élimination,...

Environnementales

Physiques et
humaines

Familiales, historiques

Profession,
événements
marquants,
habitudes de vie,
...

Psychologiques

estime de soi,
envahissement,
révolte, rejet,
personnalité

4- Choix des causes

Choisir 2 ou 3 causes en se basant sur les causes les plus probables



Ne pas éliminer une cause parce qu'on pense qu'il n'y a pas de solutions possibles

5- Pistes de solutions possibles



Dresser une liste des différentes **solutions possibles** en fonction des causes identifiées

6- Choix des solutions

Après analyse des pistes de solution,
choisir 1 ou 2 pistes de solutions



Les solutions choisies doivent être réalistes et envisageables dans le contexte et la réalité de l'établissement

7- Application de la solution

Déterminer les étapes nécessaires à l'implantation de la solution

- Stratégie
- Résistances
- Alliances à créer
- Participation de la famille
- Echéanciers

8- Evaluation de la solution

Après **plusieurs** applications, évaluer si la solution adoptée a contribué à améliorer la situation



Si les résultats ne sont pas satisfaisants, c'est peut-être que la cause choisie n'était pas la bonne ou que le processus d'implantation n'a pas fonctionné

Outil 2

Approche DICE

Démarche systématisée · standardisée · pragmatique - Facile à intégrer en pratique clinique

La démarche systématique : l'approche DICE et HAS 2009



1 ÉTAPE 1 | D comme décrire



Objectif : bien décrire le symptôme pour orienter la compréhension et le traitement.

1 BIEN CARACTÉRISER LE SYMPTÔME

Identifier et décrire la situation où le SPC est présent.

2 POSER UNE QUESTION SIMPLE



À l'aidant naturel ou professionnel :

« *Pourriez-vous décrire le SPC comme s'il s'agissait d'un film ?* »

3 RECUEILLIR LES INFORMATIONS CLÉS



Moment de la journée et/ou de la nuit



Circonstances d'apparition



Facteurs qui favorisent ou limitent le symptôme



Association possible avec d'autres symptômes (délires de persécution, anxiété...)



POURQUOI C'EST ESSENTIEL ?



Une description précise permet d'identifier la nature du symptôme, ses déclencheurs et ses impacts pour mieux adapter la réponse.

2 ÉTAPE 2 | I comme investiguer



Objectif : rechercher et analyser les facteurs associés au SPC afin d'identifier les causes possibles.

UNE ÉVALUATION GLOBALE ET INTÉGRÉE

Évaluation standardisée et intégrée des causes des SPC liées :



au patient



à l'aidant



à l'environnement



MODÈLE DE RÉFÉRENCE

Le modèle multifactoriel est aujourd'hui le modèle étiologique le plus accepté.



SI SPC AIGUË

(inférieur à 3 semaines)

On recherche des facteurs précipitants, notamment liés **au patient** :



Causes somatiques

douleur, déshydratation, constipation, infection, etc.



Causes iatrogènes

traitements confusiogènes, etc.



Causes psychiatriques

décompensation d'un trouble psychiatrique ancien ou expression d'un état dépressif et/ou anxieux actuel, etc.



POURQUOI C'EST ESSENTIEL ?



Comprendre les causes permet d'agir sur les facteurs modifiables et d'adapter la prise en charge de manière ciblée et efficace.

3

ÉTAPE 3 | C comme créer



Objectif : élaborer et proposer un plan d'intervention personnalisé pour corriger les facteurs potentiellement réversibles et modifiables des SPC.

LE PLAN S'ARTICULE AUTOUR DE 3 AXES



1

Gestion de l'environnement

Adapter et sécuriser l'environnement.



2

Soutien et formation des aidants

Informer, soutenir et renforcer les compétences.



3

Prise en charge du patient

Traiter les causes réversibles et adapter les soins.



Si la sévérité, la fréquence et/ou le retentissement du SPC sont importants et/ou que les mesures non pharmacologiques ne sont pas suffisantes ou efficaces, **des traitements pharmacologiques** seront indiqués.



POURQUOI C'EST ESSENTIEL ?



Un plan personnalisé et global permet d'agir sur les causes modifiables, d'améliorer la qualité de vie du patient et de l'aidant, et de réduire les SPC.

4

ÉTAPE 4 | E comme évaluer



Objectif : réévaluer le plan.

RÉÉVALUER POUR AJUSTER



RÉÉVALUER L'EFFICACITÉ

Le plan permet-il de réduire les SPC et d'améliorer la situation ?



RÉÉVALUER LA TOLÉRANCE

En cas de traitements pharmacologiques : vérifier efficacité et tolérance.



Ajuster le plan en fonction des résultats :
renforcer ce qui fonctionne, modifier ce qui doit l'être.



POURQUOI C'EST ESSENTIEL ?



Une réévaluation régulière permet d'optimiser la prise en charge, d'assurer la sécurité et d'améliorer la qualité de vie du patient et de l'aidant.

Deux outils, une lecture humaniste

AF x DICE : même logique, ancrages
complémentaires

AF — compréhension systémique, centrée sur le
contexte

DICE — démarche clinique interdisciplinaire, centrée
sur le couple patient/aidant

Le comportement reste un message.
Notre rôle : l'entendre.

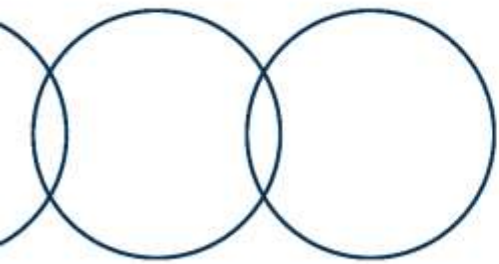


Retenir l'essentiel

Tout comportement est une tentative de communication ou une réaction à un élément.

Analyser avant de conclure. Toujours.

Limite les interprétations et la non compréhension de la personne



Merci



Références

Poirier & Gil (2018). Poirier, N., & Gil, R. (2018). Alzheimer : de carpe diem à la neuropsychologie. ERES.

HAS (2009). Prise en charge des troubles du comportement perturbateurs.

Soto M. & Roche J. (coord.) (2024). Nouvelles recommandations SPC. SFGG/FCM/SF3PA.

éléments déclencheurs et causes



NEUROLOGIQUES

- Maladies neuro-évolutives
- AVC
- ...



SENSORIELS

- Altération des capacités sensorielles liées au vieillissement



ENVIRONNEMENTAUX

- Surstimulation
- Manque de repère
- Envahissement territorial



PSYCHOLOGIQUES

- Dépression
- États confusionnels
- Histoire de vie



PHYSIOLOGIQUES

- Douleurs
- Déshydratation
- Élimination



MÉDICAMENTEUX

- Impact corporel
- Dissimulation du mal-être
- Risque iatrogénique
- Effets secondaires