Parkinson, entre ce qui se voit et ne se voit pas... Pertinence d'une intervention psychomotrice ponctuelle auprès de patients atteints de la maladie de Parkinson

Julie Brosolo

▶ **To cite this version:**

Julie Brosolo. Parkinson, entre ce qui se voit et ne se voit pas... Pertinence d'une intervention psychomotrice ponctuelle auprès de patients atteints de la maladie de Parkinson. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00863406

HAL Id: dumas-00863406

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00863406

Submitted on 18 Sep 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE BORDEAUX SEGALEN
Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention

du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Parkinson, entre ce qui se voit et ne se voit pas…

Pertinence d'une intervention psychomotrice ponctuelle auprès de patients atteints de la maladie de Parkinson.

BROSOLO Julie

Née le 16/09/1990 à Marmande

Juin 2013

Préface

La maladie de Parkinson est une maladie neurodégénérative qui affecte la globalité de l'individu. Même si ils disposent de médicaments efficaces, les neurologues réalisent dans leur quotidien combien cette prise en charge de la globalité du patient est essentielle et si j'oserais dire « inévitable ». Elle est altère par essence le lien et les composantes du couple motion-émotion, lien mis à mal par le processus même de la maladie mais aussi parfois troublé ou déséquilibré par les médicaments ou procédures chirurgicales. La psychomotricité est au cœur de la restauration de ce lien. L'approche de Julie Brosolo, ayant donné lieu à ce mémoire, a ouvert un nouveau champ d'approche thérapeutique complémentaire dont l'équipe et les patients ont pu mesurer l'intérêt. Par l'écoute, les mots des patients, les dessins elle permet d'élargir le champ de vision des soignants sur leurs patients. Elle dessine également dans ce mémoire ce qui pourrait devenir un véritable projet de soins.

P^{r} François Tison

Remerciements

Je remercie Madame Nelly MUNIER, superviseur de stage et maître de mémoire, pour l'écoute et le soutien constant dont elle a pu faire preuve durant la réalisation de ce projet. Je remercie également Monsieur Benjamin CARRERA, maître de mémoire, pour ses précieux conseils. Ses remarques pertinentes m'ont guidée dans l'élaboration de cet écrit.

Je remercie le Professeur Dominique GUEHL de m'avoir permis de vivre cette expérience et le Professeur François TISON d'avoir permis la réalisation de mon projet. Je les remercie pour leurs lectures éclairées. Je remercie également toute l'équipe pour son accueil.

Je remercie Madame Béatrice CHENEL pour son accueil bienveillant. Les deux années passées à ses côtés ont été aussi agréables que formatrices.

Je remercie Madame Céline BOBE pour son écoute et ses nombreux conseils.

Je remercie Monsieur Jean Bernard PROUX, responsable départemental Gironde de France Parkinson, pour toutes les informations qu'il m'a fournies.

Je remercie les enseignants pour la qualité de leurs cours.

Je remercie toutes les personnes ayant lu ce mémoire.

Je remercie chacun des patients sans qui ce mémoire n'aurait pas été réalisable.

Je remercie également mes parents et ma famille pour leur soutien.
Merci à toi Thibaud pour ta présence.

Avant propos

Dès ma plus jeune enfance, ma famille a été confrontée à cette maladie. Parkinson, c'est la maladie avec laquelle mon grand-père a vécu durant des années.

La vie, depuis, m'a conduite à la formation de psychomotricienne et la rencontre avec la psychomotricité m'a reposé cette question du vécu.

Alors, ces trois ans de formations à ma future profession m'ont permis d'imaginer une place de la psychomotricité auprès de patients atteints de la maladie de Parkinson que j'ai voulu mettre en pratique…

TABLE DES MATIERES

Préface **2**

Remerciements **3**

Avant propos **4**

TABLE DES MATIERES **5**

INTRODUCTION **7**

DONNEES THEORIQUES ET REFLEXIONS PERSONNELLES **9**

I- La maladie de Parkinson d'un point de vue neurologique **10**

1) Généralités 10

2) Physiologie 11

3) La sémiologie 12

a) Les signes moteurs 12

b) Les signes cognitifs 14

4) Les traitements 15

5) Les différentes étapes de l'évolution de la maladie 16

6) Des moyens d'évaluation 17

II- Ma vision de la psychomotricité **18**

1) Auprès des patients parkinsoniens 18

2) En intervention ponctuelle 21

a) L'organisation hospitalière 21

b) La psychomotricité dans le milieu hospitalier 23

HYPOTHESES **27**

ETRE STAGIAIRE PSYCHOMOTRICIENNE AU SEIN D'UN SERVICE DE NEUROLOGIE **29**

I- Une période d'observation **30**

II- Résumé du projet de stage expérimental présenté à l'équipe **32**

MODE D'INTERVENTION **34**

MES OUTILS D'EVALUATION **36**

CHOIX DE MES CRITERES D'OBSERVATION **41**

I- Dilemme **42**

1) L'émotion 42

2) Les sentiments 44

3) L'humeur 45

II- Mon choix **46**

III- Le tonus musculaire **47**

DES SIGNES CLINIQUES A LA PROPOSITION D'UNE SEANCE ADAPTEE **49**

1) Cas de M^{me} G : Ma première patiente 52

2) Cas de M. B : Une définition de la psychomotricité 55

3) Cas de M. D : Une question de relation 59

4) Cas de M^{me} F : L'angoisse, un frein à la motricité 62

DISCUSSION **66**

CONCLUSION **72**

BIBLIOGRAPHIE **73**

ANNEXES **75**

INTRODUCTION

La maladie de Parkinson est une maladie chronique, définie comme étant psychomotrice. Avant tout connue pour être une pathologie du mouvement, on sait qu'elle affecte également les émotions et les comportements. Malgré les avancées en terme de traitements médicamenteux et chirurgicaux, elle reste une maladie évolutive qui entraîne une perte progressive de l'autonomie du patient. Au cours de cette évolution, les patients seront amenés à être hospitalisés pour une réévaluation de leurs traitements. C'est souvent une période compliquée pour eux, tout autant que pour leur entourage.

Cette maladie complexe qui touche le sujet dans sa globalité a suscité en moi une question à laquelle je tenterai de répondre tout au long de ce mémoire : Quel peut-être l'intérêt d'une prise en charge psychomotrice auprès de patients atteints de la maladie de Parkinson ?

Je répondrai à cette problématique en présentant le déroulement de mon stage expérimental dans un service de neurologie au Centre Hospitalo-Universitaire, qui m'a permis d'aller à la rencontre de patients atteints de cette maladie.

Mon lieu de stage étant l'hôpital, une contrainte d'organisation s'impose : le nombre de rencontres possibles avec les patients. Alors, qu'elle est la pertinence d'une intervention psychomotrice ponctuelle auprès de ces patients ? Quels sont les changements que peut leur apporter ce type d'intervention courte ?

Au travers de ce mémoire, nous nous intéresserons de plus près aux conséquences de cette maladie et à la place théorique que peut prendre la psychomotricité dans sa prise en charge.

Nous reviendrons sur mes trois mois d'observations et sur le projet de stage présenté à l'équipe soignante, point de départ de mon intervention. Je vous ferai part des modalités de celle-ci puis des outils d'évaluation utilisés pour observer les changements qu'elle entraîne. Nous verrons le dilemme qui s'est alors posé à moi pour mettre des mots sur ces changements.

Après vous avoir présenté quatre exemples de cas cliniques, nous discuterons de l'intérêt d'une prise en charge psychomotrice ponctuelle.

DONNEES THEORIQUES ET REFLEXIONS PERSONNELLES

I- La maladie de Parkinson d'un point de vue neurologique

Commençons ce mémoire par quelques notions neurologiques, indispensables à la compréhension des changements, à tous points de vue, qu'entraîne cette maladie. La connaissance de ces informations m'a été nécessaire tout au long de mon stage pour interagir avec les professionnels tout autant qu'avec les patients. Ce sont des notions que j'ai acquises tout au long de ma formation et qui sont le fruit de recherches plus approfondies (9), (23).

1) Généralités

La maladie de Parkinson est l'affection neurologique la plus répandue après la maladie d'Alzheimer. Elle touche environ 1% des sujets de plus de 60 ans dans le monde.

C'est une maladie neurodégénérative qui se caractérise par plusieurs étapes, avec une expression clinique qui peut être très variable.

L'âge moyen de début de la maladie se situe entre 58 et 62 ans. La maladie de Parkinson peut être juvénile et apparaître avant 20 ans, ou à début précoce et survenir avant 40 ans. Mais dans 80% des cas, elle débute entre 40 et 75 ans.

Il existe plusieurs hypothèses étiologiques. Récemment, des arguments en faveur d'une origine génétique ont été développés, mais les facteurs environnementaux sont les plus largement étudiés. Sont mises en causes en particulier des substances comme les herbicides, pesticides et insecticides mais aussi une exposition prolongée à des solvants organiques ou à des métaux lourds.

2) Physiologie

La destruction du système dopaminergique nigrostriatal est à l'origine de la maladie de Parkinson. Ce système unit la substance noire et le striatum. Le striatum représente l'entrée des noyaux gris centraux. (Annexe 1). Lorsqu'il y a une lésion de la substance noire compacte (contenant les cellules qui fabriquent de la dopamine), le fonctionnement des noyaux gris centraux est modifié et entraîne une diminution de l'activité du cortex cérébral et donc une diminution et une raréfaction des mouvements. (Annexe 2).

Il n'existe pas de traitement neuroprotecteur de la maladie car les mécanismes moléculaires qui conduisent à la neurodégénérescence sont encore mal compris. La principale avancée en matière de traitement a été la découverte de la lévodopa. D'autres approches thérapeutiques complémentaires telles que la pause d'électrodes seront évoquées plus tard.

Une dépigmentation de la substance noire compacte (SNc) sera observée lors de la maladie de Parkinson. A l'origine, les signes cliniques ont été décrits par James Parkinson qui parlera de paralysie tremblante. Plus tard, il sera démontré que la dégénérescence des neurones dopaminergiques de la SNc entraîne un déficit en dopamine dans le striatum, à l'origine d'une profonde perturbation fonctionnelle du système extrapyramidal.

Le système extrapyramidal est l'ensemble des structures du système nerveux central qui participent au contrôle des postures du corps et des mouvements automatiques.

Des lésions non dopaminergiques sont aussi observées, à l'origine de signes dits « non moteurs » de la maladie.

3) La sémiologie

a) Les signes moteurs

Le syndrome parkinsonien ou syndrome extrapyramidal se traduit par une expression clinique variable. Cependant, se retrouvent quand même des signes initiaux fréquents ; on parlera de triade parkinsonienne. Elle se caractérise par :

- La rigidité : se traduit par une hypertonie des muscles. C'est une rigidité dite plastique car à l'arrêt de la mobilisation passive des articulations, le membre ne revient pas à sa position initiale. Cette rigidité cède à la mobilisation passive soit par à-coups (phénomène de roue dentée) ou de façon lente et progressive (rigidité en tuyau de plomb).

- Le tremblement de repos : débute généralement à l'extrémité distale du membre supérieur (aux doigts et à la main) et parfois à l'extrémité distale du membre inférieur (aux orteils et au pied). Il est présent au repos, lorsque le relâchement du muscle est complet. Il est majoré ou apparaît en fonction des émotions, en cas de stress ou de concentration intellectuelle et disparaît lors des mouvements, du maintien postural ou au cours du sommeil.

- L'akinésie : l'akinésie proprement dite entraîne des difficultés d'initiation du mouvement, responsable d'un allongement des temps de réaction.

La bradykinésie est un ralentissement du temps d'exécution. [1]

L'hypokinésie est la réduction de l'amplitude des mouvements. [2]

L'akinésie concerne les mouvements automatiques. On observe une perte du balancement d'un bras à la marche, une perte de la mimique gestuelle des membres supérieurs lors d'une conversation, une amimie (les émotions ne s'expriment plus sur le visage et la paupière supérieure est rétractée). En fait, le patient est hésitant dans ses mouvements, il est lent et n'a plus d'aisance lors de leur réalisation.

[1] DEFEBVRE Luc, VERIN Marc. *La maladie de Parkinson.* ELSEVIER MASSON.p. 48.
[2] Ibid.

M. B est un patient atteint de la maladie de Parkinson hospitalisé dans le cadre d'une réévaluation de son traitement. Au cours d'un entretien, nous évoquons les conséquences de la maladie sur sa motricité ; il me dit en référence à sa marche : *« Je suis au ralenti, j'ai l'impression que je marche sur la Lune ».*

Parmi les signes moteurs, on trouve aussi des troubles posturaux et des troubles de la marche. Ils sont dus à l'akinésie et la rigidité des membres inférieurs et du tronc.

La démarche d'un patient parkinsonien se traduit donc par une hésitation au démarrage de la marche, un piétinement dû à une faible amplitude des pas, et un demi-tour décomposé. La posture fléchie est due à l'hypertonie des muscles axiaux antérieurs du tronc.

Des symptômes plus tardifs seront observés comme les troubles de la marche paroxystiques dits « festination » et « freezing ».

La festination se traduit par une augmentation de la fréquence des pas et une diminution de l'amplitude. On dira alors que le patient donne l'impression de courir après son centre de gravité et accélère le pas.

Le freezing est caractérisé par l'absence d'initiation du pas ou l'arrêt de la marche de façon inopinée. La motricité automatique est ralentie, alors que la motricité volontaire est intacte. Le patient doit alors passer par la motricité volontaire avant d'exécuter un mouvement, ce qui entraîne une lenteur des gestes. Accompagner ses actions par la voix peut faciliter sa motricité.

Le freezing est plus couramment appelé *« blocage »* ou encore *« pieds aimantés au sol »* par les patients atteints de la maladie de Parkinson. J'ai fait le constat qu'il était souvent leur plainte principale. Dans leurs discours, ils paraissent démunis face à cette situation. M^{me} B est une patiente hospitalisée dans le cadre de sa maladie de Parkinson. Elle me parle du freezing. Je cite : *« le freezing c'est ce qui me gêne le plus. Lorsque je suis bloquée, je ne peux rien faire à part attendre la prochaine prise des médicaments. A ce moment-là, j'ai les os qui se rétractent, les doigts de pieds sont serrés et je n'arrive pas à les écarter ».*

Se pose ici la question de l'absence de maîtrise du corps, qui pourrait être abordée lors d'une prise en charge psychomotrice.

Ces troubles entraîneront des chutes qui participeront à la perte d'autonomie. On retrouve aussi des troubles de la posture, responsables de l'altération de l'équilibre et une instabilité posturale qui se manifeste par une rétroplusion et qui sera à l'origine de la majorité des chutes.

On retrouve aussi chez ces patients des troubles de la déglutition généralement associés aux troubles de la parole.

b) *Les signes cognitifs*

Les signes cognitifs accompagnent les signes moteurs et sont parfois perçus comme plus gênants par le patient ou son entourage.

L'un des principaux signes cognitifs est la dépression qui a deux origines : soit la dégénérescence des neurones dopaminergiques, noradrénergiques et sérotoninergiques, soit le fait que le patient vit mal sa maladie.

Le syndrome frontal, lui, est à l'origine de la persévération du patient dans son erreur. Il semble incapable de changer de comportement. Il se peut que l'on retrouve une réduction de la spontanéité motrice. Cependant, le patient répond quand même à une excitation extérieure. Ce syndrome frontal peut apparaître au fil des années d'évolution de la maladie et s'intègre généralement dans la démence dite parkinsonienne (démence sous cortico frontale).

Pour A. DAMASIO, *« l'atteinte du lobe frontal perturberait la capacité à ressentir des émotions »*. [1]

[1] Oppenheim-Gluckman, Hélène. *La pensée naufragée, Clinique psychopathologique des patients cérébro-lésés.* Anthropos, 2000. p. 8.

Et d'après B. DUBOIS et coll. (19) les atteintes du lobe frontal peuvent entraîner des troubles du comportement décrits en trois types :

- Inertie, apathie, absence de motivation,
- Désinhibition et impulsivité,
- Persévération et distractibilité.

Parmi les troubles cognitifs, il existe aussi des hallucinations, qu'elles soient visuelles, auditives, olfactives ou gustatives, et des états de confusion ainsi que d'anxiété et de fatigue. Ces derniers sont rarement spontanés et le plus souvent liés aux thérapeutiques antiparkinsoniennes.

4) Les traitements

Voici maintenant une présentation des principaux traitements existants. Se sont des traitements symptomatiques qui ne stoppent pas l'évolution de la maladie.

La lévodopa, précurseur de la dopa, est le plus utilisé. On n'utilise pas directement la dopa car elle ne passe pas la barrière hémato-encéphalique (membrane séparant la circulation sanguine et le liquide céphalorachidien). Elle a un délai d'action de trente minutes à une heure et un effet clinique d'une à quatre heures.

Il existe également des agonistes dopaminergiques. Leurs effets cliniques et biologiques sont identiques à ceux de la lévodopa mais leur demi-vie et durée d'action sont plus longues. Ils stimulent directement les récepteurs dopaminergiques. Malgré cela, les effets moteurs de ces agonistes sont moindres que ceux de la lévodopa. De plus, les effets indésirables sont plus fréquents du fait de la demi-vie plus longue.

Les inhibiteurs de la mono amine oxydase B (IMAO B) et de la cathécol-O-méthyltransférase (I-COMT) réduisent le catabolisme de la dopamine.

Une autre forme de traitement peut être utilisée : les traitements non dopaminergiques (anti glutamatergique).

Lorsque la maladie évolue et que l'équilibre thérapeutique est difficile (en général au bout de cinq ans de traitement régulier), d'autres approches thérapeutiques peuvent être proposées, notamment la stimulation cérébrale profonde (SCP) des noyaux sous-thalamiques (NST). Les électrodes sont reliées à un stimulateur électrique se trouvant sous la peau du patient (similaire à un pacemaker cardiaque) ce qui permet de moduler l'activité neurale au sein des ganglions de la base.

En cas de contre-indication à la neurostimulation, il y a une alternative : la pompe à apomorphine (10). Elle délivre en permanence, en sous-cutané, un débit de base. En cas de blocage, le patient peut s'ajouter, en appuyant sur une touche prévue à cet effet, une dose supplémentaire d'apomorphine appelée « bolus » (une injection supplémentaire d'apomorphine, avec un stylo, peut être aussi envisagée, notamment le matin avant la mise en route de la pompe).

5) Les différentes étapes de l'évolution de la maladie

Après le diagnostic et l'instauration du traitement, on observe ce que l'on appelle la période de « lune de miel » qui dure en moyenne trois à cinq ans et au cours de laquelle les symptômes du patient restent discrets.

Par contre, après cette période, le traitement chronique par la lévodopa induit progressivement des modifications de la sensibilité des récepteurs dopaminergiques striataux à l'origine des fluctuations d'efficacité motrice et intellectuelle au sein même d'une journée. C'est ce que l'on appelle les périodes « on » (bonne mobilité du patient) et « off » (mobilité réduite).

Par la suite, les traitements entraînent progressivement l'apparition des mouvements anormaux involontaires appelés dyskinésies. D'après les patients, ces dernières sont souvent vécues comme *« fatigantes »* et *« douloureuses »*.

M^{me} D est une patiente âgée de 70 ans, hospitalisée dans le cadre d'une réévaluation clinique et thérapeutique de sa maladie de Parkinson. Elle présente depuis quelques jours d'importantes dyskinésies liées au traitement. Elle dit se sentir *« épuisée »* et *« douloureuse »* à cause de ces mouvements qu'elle *« ne contrôle pas »*.

6) Des moyens d'évaluation

Plusieurs échelles peuvent être utilisées par les cliniciens pour des recherches ou simplement évaluer où en est le patient dans l'évolution de sa maladie. Elles prennent en compte les traitements médicamenteux.

Dans la maladie de Parkinson, l'échelle la plus utilisée est l'UPDRS (Unified Parkinson's Disease Rating Scale) (23). Elle permet d'avoir une vision globale de l'état du malade. En effet, elle se compose de plusieurs domaines d'évaluation :

- état mental, comportemental et thymique
- activités de la vie quotidienne
- examen moteur
- réponse au traitement

On trouve une autre évaluation multidimensionnelle : la MDS-UPDRS qui est une version actualisée de l'échelle UPDRS.

La maladie de Parkinson atteint donc la globalité de l'individu. Il semble alors intéressant d'étudier l'apport de la psychomotricité dans la prise en charge de celle-ci.

II- Ma vision de la psychomotricité

1) Auprès des patients parkinsoniens

Avant de proposer ma vision de la psychomotricité, il me paraît important de connaître les ressentis que peut engendrer cette maladie et les difficultés relationnelles qu'elle entraîne. Pour ce faire, je prends l'exemple de F. CAVANNA, célèbre écrivain, lui même atteint de la maladie de Parkinson. Dans son livre Lune de Miel (3), il témoigne de son vécu au quotidien.

Tout au long du récit, F. CAVANNA emploie la troisième personne pour parler de sa maladie. En la nommant *« Miss Parkinson »* nous comprenons qu'il souhaite la mettre à distance. Quant à lui, il se présente comme « *parkinsonien* » et non comme une personne atteinte de la maladie de Parkinson. Ici, comme le décrit E. GOFFMAN (13), nous constatons que les symptômes deviennent des éléments identitaires.

F. CAVANNA décrit son corps comme incontrôlable et sous l'emprise de la maladie. En tant qu'écrivain, il prend souvent l'exemple de sa main : *« Ma main ne m'obéit plus »,*[1] *« ma main allait où elle voulait, non où je voulais qu'elle aille ».* [2]

Ensuite, F.CAVANNA décrit ses difficultés de communication en raison des troubles de la parole. *« Bafouiller. Un des cadeaux surprises de miss Parkinson. On veut prononcer un certain mot. On n'y arrive pas. (...) Les gens se regardent, de vous ils n'attendaient pas ça ».*[3] Notons ici, qu'il attribut de l'importance au regard que les autres portent sur lui.

Enfin, il évoque l'idée de *« n'être plus maître de ses mouvements »* tout en gardant *« l'intégrité de sa lucidité »*. Il décrit aussi tous les changements au quotidien qu'entraîne la maladie, notamment la fatigue, les pertes d'équilibre, les chutes, les douleurs…

[1] CAVANNA, François. *Lune de miel.* Editions gallimard. p. 106.
[2] CAVANNA, François. *Lune de miel.* Editions gallimard. p. 304.
[3] CAVANNA, François. *Lune de miel.* Editions gallimard. p. 105.

La psychomotricité semble donc pouvoir trouver une place auprès des patients atteints de la maladie de Parkinson. En effet, cette discipline considère comme existant le lien entre corps et psychisme et étudie l'individu dans son unité, dans sa globalité.

De plus, elle se préoccupe de la façon dont chaque personne perçoit et vit son corps. L'objectif étant que les patients retrouvent une meilleure assise narcissique à partir de vécus corporels.

L'approche globale que va apporter la psychomotricité peut permettre au patient de mieux connaître et reconnaître son corps.

L'important en psychomotricité est de savoir s'ajuster aux capacités du patient et de tenir compte de ses intérêts et de ses motivations. C'est une approche individualisée.

*

La maladie de Parkinson modifie le corps de la personne atteinte ainsi que la perception qu'elle s'en fait. Ces changements entraînent alors chez le patient une altération de son identité tant physique que psychologique, qui pourra venir perturber la relation qu'il a à son environnement.

« *La maladie grave, la douleur qui dure, des brusques changements corporels mais aussi la proximité de la mort induisent une fragilisation globale et d'un point de vue psychomoteur modifient notre image corporelle, nos modes de communication, nos perceptions sensorielles, nos capacités motrices…»* Isabelle MARCOS, psychomotricienne dans un service de soins palliatifs et d'accompagnement. [1]

*

Les signes moteurs et cognitifs présents chez les patients parkinsoniens leur rendent difficile la communication non verbale. Leur tonus est très élevé, beaucoup présentent des tremblements ou des dyskinésies. La communication non verbale et les émotions sont alors difficilement transmises à l'entourage.

[1] Texte intégral des XXX journées de Thérapie Psychomotrice. « Corps vécu/corps réel, redonner du lien quand le corps emmure », octobre 2001, Toulouse. p. 2.

Paradoxalement à un repli sur eux-mêmes parfois observé au sein de leur environnement social, lorsqu'ils sont en prise en charge, les patients parkinsoniens sont très investis dans ce qui leur est proposé.

*

Il sera important, lors d'une prise en charge, de prendre en compte le fait que la maladie de Parkinson soit une maladie évolutive, qui ne se soigne pas. Elle peut être ralentie, mais en aucun cas elle ne sera stoppée, ce qui n'est jamais totalement accepté par les patients.

Comme pour toute maladie grave, après l'annonce du diagnostic, apparaît une sorte de mise en question de son être, de son identité, un processus de deuil qui va faire évoluer la perception de la maladie, chez la personne.

« *Ce travail de deuil de l'état de santé antérieur permet l'acceptation de la maladie chronique c'est-à-dire l'appropriation de sa maladie par le patient* ». [1]

Le patient atteint d'une maladie neurodégénérative comme la maladie de Parkinson va prendre conscience qu'elle est incurable et être confronté à la notion de perte ; perte de capacités ; mais aussi à l'apparition de la question de la mort.

Nous voyons chez les malades chroniques différentes étapes du processus de deuil décrit dans le modèle de E.KÜBLER-ROSS (12) : choc initial, déni, révolte, négociation, réflexion, acceptation. Durant la phase d'acceptation qui peut être partielle, la personne va voir évoluer une image d'elle et pourra accepter les contraintes quotidiennes que la maladie impose.

*

Un accompagnement long pourra avoir un impact sur le regard que le sujet porte sur lui-même, que les autres ont de lui, et pourra participer au maintien et à la recherche de son identité. Mais alors qu'en est-il lors d'une prise en charge ponctuelle ?

[1] GIRAUDET, J-S. «Annonce du diagnostic de maladie chronique à un patient.» *Synoviale n°151*, mai 2006. p.9.

2) En intervention ponctuelle

a) L'organisation hospitalière

L'intervention ponctuelle du psychomotricien se retrouve, entre autres, dans le milieu hospitalier, les patients étant hospitalisés pour seulement quelques semaines.

L'hôpital est un endroit où le patient est encadré. En effet, le lieu et les obligations quotidiennes (la toilette, les repas, la prise des médicaments, la visite du médecin et la rééducation) lui apportent le cadre nécessaire à son adaptation. C'est cette répétition d'actes qui donne ses repères aux patients. On peut faire référence à ce que D. MARCELLI nomme macrorythmes (17).

En effet, ces rythmes hospitaliers ont un côté maternant, contenant pour les patients. Ils leur apportent une sécurité qui va leur permettre d'anticiper les différents temps de la journée et ainsi d'accepter les temps d'attente.

Cependant, cet encadrement, ces rythmes, peuvent être vécus comme une contrainte par les patients.

Les professionnels de l'équipe soignante qui amènent cet encadrement ont aussi une fonction de contenance. Ils portent attention au patient par l'intermédiaire des différents soins apportés dans la journée. Malgré ces attentions du personnel soignant, il est important de noter que l'hospitalisation et la dépendance qui l'accompagne souvent, restent angoissantes voire même difficilement acceptables pour les patients.

*

Il est possible que l'hospitalisation entraîne un syndrome de glissement (5), et plus particulièrement encore chez le patient âgé. Il se caractérise par l'apparition de comportements de désinvestissement à l'égard de la vie tels que l'asthénie, l'anorexie… et de comportements d'opposition et de refus tels que le refus de soins, de s'habiller… Ce syndrome va traduire la perte de l'envie de vivre de la personne.

*

Les patients parkinsoniens sont hospitalisés lorsque les médicaments ne font plus effets ou qu'ils entraînent des effets secondaires trop envahissants. A ce stade, malgré les efforts de l'équipe soignante, les patients perdent souvent leur autonomie, leur indépendance, ce qui peut être mal vécu (cas de M^{me} D ci-dessous). Ils sont fréquemment déstabilisés, cela représente un pallier, une étape de plus dans l'évolution de leur maladie.

De plus, pour installer un nouveau traitement, il faut sevrer le patient de l'ancien, puis réintroduire les doses progressivement. Alors parfois, c'est un « choc » pour les patients qui n'ont pas anticipé ce moment du sevrage.

M^{me} D, est une ancienne infirmière et directrice de maison de retraite accueillant, entre autres, des patients parkinsoniens. Elle est maintenant elle-même atteinte de cette maladie. Au cours d'un entretien, elle me dira à quel point il est difficile pour elle de s'être occupée de personnes dépendantes, et d'être à son tour incapable de gérer seule son quotidien.

Les patients vivent leur corps comme un « *poids* », un « *fardeau* » du fait des tensions que provoquent les tremblements, les dyskinésies, les blocages et l'hypertonie. Ils le vivent comme quelque chose de douloureux, qui ne leur appartient plus, qu'ils ne maitrisent plus et sont souvent en proie à un sentiment de dévalorisation.

Alors que peut leur apporter la psychomotricité lorsqu'ils sont dans une situation d'hospitalisation ?

b) La psychomotricité dans le milieu hospitalier

La psychomotricité est une profession qui a la particularité de ne pas être dans l'urgence, contrairement à d'autres professionnels de santé, qui, légitimement, doivent intervenir assez rapidement auprès du patient.

L'originalité et la spécificité de la pratique psychomotrice se retrouve aussi dans la mise en place d'un cadre psychomoteur.

« Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. » [1]

Ce cadre essentiel, que nous décrit C. POTEL (20), doit permettre d'assurer une fonction de contenance, de sécurité, de limite.

*

La psychomotricité est une rencontre lors de laquelle va s'instaurer une relation. Pour établir cette dernière, il paraît important que le psychomotricien utilise ses connaissances, son savoir faire, mais aussi son savoir être. Il faut qu'il ait conscience de sa posture et puisse s'ajuster par rapport au patient. Le psychomotricien utilise son langage corporel pour entrer en relation.

D'après F. DESOBEAU, psychomotricienne, *« Le psychomotricien se doit de posséder des connaissances et un savoir faire. Cela ne va pas suffire. Encore doit-il posséder un savoir être, et qui plus est, un savoir exister dans son corps. Car la spécificité de la relation thérapeutique en psychomotricité est que le psychomotricien s'implique dans son langage corporel pour rencontrer l'enfant* (le patient) *là où il est et comme il est ».* [2]

[1] POTEL, Catherine. *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir.* Erès.p. 321.
[2] DESOBEAU, F. « Identité et fonction du psychomotricien ». Thérapie psychomotrice et recherches n°162, 2010. p. 60.

M^me^ D est hospitalisée dans le cadre d'une réévaluation clinique et thérapeutique de sa maladie de Parkinson. Lorsque je l'ai rencontrée, elle présentait d'importantes dyskinésies. C'était la première fois que j'étais face à des troubles moteurs d'une telle ampleur. J'ai été confrontée à la difficulté de m'ajuster, de diminuer mon rythme, de ralentir mon débit de paroles et d'adapter ma tonicité.

La première chose que fait un psychomotricien est de procéder à une lecture de la problématique du patient et de s'ajuster. En effet, cette lecture amène un ajustement immédiat du psychomotricien qui lui permet, en retour, de mieux percevoir. C'est en ce sens qu'il met en jeu son savoir être et son savoir exister nécessaire pour entrer en relation avec le patient.

Lors d'une rencontre ponctuelle, comme pour toute prise en charge psychomotrice, il est donc important qu'une relation s'installe entre le patient et le psychomotricien. Il est nécessaire qu'il y ait un ajustement immédiat ; une des particularités de la prise en charge brève.

Cette relation consiste à porter attention à l'autre, écouter ce qu'il dit verbalement, mais aussi observer la façon dont il se tient, sa posture, ses mouvements, la présence ou non de tensions... En effet, si pour l'adulte, contrairement à l'enfant, le lien aux autres se réalise principalement par le langage et non plus par la motricité (le langage est devenu son mode de communication privilégié), il est important de porter attention à tout ce qui est de l'ordre de la communication non verbale.

« Parmi le discours non verbal, on observe des manières de dire, mais aussi des manières d'être, les attitudes ». [1]

La relation thérapeutique est donc un espace partagé, un moment de l'histoire du sujet. C'est un espace où le patient est écouté. Elle permet une recherche de solutions à un mal être, une élaboration qui va vers une recherche de changements, d'apaisement.

*

[1] CICCONE, Albert. *L'observation clinique*, Les topos, DUNOD, chapitre 3. p. 67.

La psychomotricité peut trouver sa place en milieu hospitalier car elle représente « un moment » déterminé, cadré, durant lequel la disponibilité du thérapeute permet au patient d'être attentif à lui-même, à ce qu'il ressent, aux sensations qu'il peut éprouver.

Elle permet de rompre avec l'expérience angoissante de l'hospitalisation. C'est « un lieu », « un échange », où le patient peut s'évader et s'apaiser. La psychomotricité est, dans ce contexte, une façon de s'extraire d'un univers fait de contraintes. Elle est une forme de respiration pour le patient.

*

Il me parait primordial de ne pas minimiser une intervention brève. En effet, il est possible que se soit un moment marquant.

M^{elle} B est une jeune femme de 21 ans, hospitalisée pour une réévaluation de son traitement pour la maladie de Parkinson. Elle est atteinte d'une forme juvénile génétique rare de la maladie depuis qu'elle est âgée de 12 ans. Il est écrit dans son dossier qu'elle vit dans un environnement familial et social instable. Elevée par sa grand-mère, elle a été prise en charge par plusieurs services sociaux.

Je la rencontre à la demande de l'équipe. Durant notre entretien, M^{elle} B me parle de l'histoire de sa maladie et des conséquences physiques qu'elle a entraînées. Elle me raconte principalement son expérience avec la psychomotricité, sa prise en charge de courte durée, il y a des années de cela. Cependant, elle se souvient encore des séances de relaxation et les refait régulièrement lorsqu'elle se sent angoissée. Elle me montre aussi un flacon d'huile essentielle qu'elle utilisait en séance et dont elle dit se servir encore très régulièrement aujourd'hui. Elle me demande de revenir dans l'après midi pour une séance de relaxation. J'accepte, mais la séance n'aura pas lieu car elle reçoit de la visite et souhaite profiter de ses amis.

Le cas de M^elle B illustre bien l'importance que peut avoir une intervention psychomotrice, même courte, et surtout son inscription dans la mémoire et le quotidien de la patiente. Ma seule rencontre avec M^elle B me semble avoir réactivé l'action de la prise en charge précédente.

*

Après avoir présenté ma vision de la psychomotricité et plus particulièrement auprès des patients parkinsoniens hospitalisés, je vais maintenant énoncer des hypothèses. Je tenterai d'y répondre dans la suite de ce mémoire, en prenant appui sur le déroulement de mon stage et sur l'analyse des signes cliniques observés.

HYPOTHESES

Le tonus est très élevé chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson pour deux raisons. La première est directement liée aux dysfonctionnements neurologiques du sujet malade, sur lequel, seuls certains traitements médicamenteux peuvent être efficaces. En revanche il existe une part du tonus sensible aux émotions.

L'accompagnement du processus de l'émergence du sentiment permet une meilleure intégration de l'expérience tonique.

Je pose les hypothèses suivantes :

Une intervention psychomotrice, même ponctuelle, peut avoir une action bénéfique sur les patients parkinsoniens.

Les outils thérapeutiques du psychomotricien, en particulier la relaxation et l'approche sensorielle, amènent une variation tonique permettant l'émergence d'émotions qui deviennent accessibles à une représentation symbolisable.

L'ajustement tonique du psychomotricien permet l'expression d'émotions entraînant une variation tonique sensible, perçue comme un apaisement par le patient.

Le relâchement tonique est d'autant plus perçu que la présence du psychomotricien le souligne soit par des mots, soit uniquement par le regard.

L'intervention en psychomotricité intervient dans le processus d'émergence du sentiment d'exister.

Il m'est apparu intéressant, lors d'une intervention brève, d'étudier les changements que celle-ci peut entraîner sur les sentiments et les émotions d'un patient parkinsonien en tenant compte de ses ressentis immédiats.

L'intervention ponctuelle correspond à un nombre de séances allant d'une à trois rencontres. Il est important de prendre en compte que, du fait d'une prise en charge courte, les changements brefs d'émotions et de sentiments peuvent être moins attribués aux médicaments.

Pour vérifier ces hypothèses, en plus de l'observation clinique qui sera détaillée, j'ai conçu plusieurs outils, décrits dans la suite du mémoire pour tenter d'objectiver les changements.

ETRE STAGIAIRE PSYCHOMOTRICIENNE AU SEIN D'UN SERVICE DE NEUROLOGIE

I- Une période d'observation

Durant ma période d'observation, se déroulant du mois d'octobre au mois de décembre, je décide de demander aux patients que je rencontre à l'hôpital s'ils savent ce qu'est leur maladie, s'ils connaissent leur traitement, et d'où proviennent les informations qu'ils possèdent. Je débute alors la rédaction d'un questionnaire (Annexe 3) qui, je précise, n'est pas un questionnaire dit « éducatif » dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique. C'est simplement pour moi une façon d'aller à la rencontre de patients, de connaitre les changements qu'entraîne la maladie, et de me faire une idée de leurs ressentis. Durant cette rencontre, je laisse le patient, s'il le souhaite, aborder d'autres sujets. J'utiliserai ce questionnaire uniquement pendant cette période d'observation.

A la fin du questionnaire, je choisis de leur demander de se dessiner (lorsque cela est possible), simplement comme ils se ressentent, comme ils ressentent leur corps, lorsqu'ils sont debout. Ceci me permet de me faire une idée sur la manière dont ils perçoivent leur corps, leurs limites corporelles. (Annexe 4). Le contour du dessin n'est pas net, il y a peu, voire pas de continuité entre les membres. D'une manière générale, on note des disproportions des membres, ou des emplacements faussés. Le tonus n'est pas adapté, le trait est peu ou très appuyé. Il est discontinu, tremblant. Ces dessins mettent en évidence une absence d'enveloppe corporelle. Ils permettent également d'observer un désinvestissement ou surinvestissement de certaines parties du corps.

Durant ces premiers mois, j'assiste à de nombreuses séances de kinésithérapie. Elles me permettent d'observer quelques répercussions de la maladie sur les patients.

Le tonus, la raideur, est ce que je remarque en premier. Souvent, l'émotion est peu transmise et exprimée ce qui rend difficile la communication non verbale, nécessaire à la relation. Néanmoins, elle n'est pas la seule à la troubler. En effet, grâce à mes échanges avec les patients comme avec les professionnels, j'ai pu constater qu'un sujet présentant des dyskinésies ne contrôle plus son corps. Il n'est plus maître de ces mouvements. La relation aux autres devient alors compliquée, et le risque pour les patients est de se replier sur eux-mêmes.

J'observe également une absence de maîtrise de leur corps, et un désinvestissement de celui-ci avec souvent la perte de l'envie de se mouvoir. Je m'aperçois qu'ils décrivent leur corps uniquement comme défaillant et source de souffrance. Dans leurs discours, un sentiment d'angoisse et de perte de confiance en eux est récurrent.

Un phénomène fréquent chez ces patients est la rétropulsion. Elle est souvent présente lorsqu'ils sont assis, ou bien debout lors de la marche. Ils n'ont pas conscience de cette posture, qui sera parfois à l'origine d'un déséquilibre pouvant entraîner des chutes.

Ces différentes observations me permettent de conclure à la nécessité d'un travail en psychomotricité.

A la fin de cette période, je monte un projet que je présente à l'équipe du service. Dans ce projet est proposée une définition de la psychomotricité axée sur la prise en charge de patients parkinsoniens. J'y introduis également certaines médiations que je pourrai être amenée à utiliser.

A travers ce projet, je souhaite montrer la place que pourrait prendre le psychomotricien dans un service hospitalier tel que celui où j'effectue mon stage. J'essaie aussi d'étudier et de montrer l'utilité d'une telle prise en charge grâce aux retours que pourront m'apporter les patients ou qu'ils partageront avec l'équipe soignante.

II- Résumé du projet de stage expérimental présenté à l'équipe

Voici le résumé du projet présenté à l'équipe au mois de décembre. Il me paraît important de le partager ici car il est une des bases de la réflexion que je développe tout au long de ce mémoire. La définition de la psychomotricité auprès des patients parkinsoniens que j'avais proposée à l'équipe, n'apparaît pas dans le résumé car elle a été développée dans la partie : « Ma vision de la psychomotricité ».

*

J'avais proposé de prendre en séance individuelle les patients, pour qui, une séance de psychomotricité pourrait être bénéfique.

Voici les médiations que j'avais décrites à l'équipe :

- *De la relaxation : elle se présente sous forme d'induction verbale. Elle permet au patient de se centrer sur ses sensations, d'amener un abaissement du tonus musculaire, et d'agir sur l'anxiété, le stress.*
- *Des stimulations sensorielles :*
    - *Méthode Bergès.*
    - *Massages avec différentes balles.*
    - *Approche sensorielle avec huiles essentielles.*

Ces médiations peuvent permettre l'émergence de nouvelles sensations, notamment de contenance afin de diminuer les phénomènes d'anxiété et de stress.

J'avais aussi suggéré le recours à une séance de coordinations et d'équilibre pour les patients chez qui elle pouvait s'avérer utile.

Elle peut aider le patient à garder une autonomie dans les déplacements tout en lui permettant un réinvestissement corporel avec :

- *Un travail sur l'équilibre statique : transfert du poids sur les appuis.*

- *Un travail sur l'équilibre dynamique qui joue sur l'organisation de la marche :*
    - *Parcours entre des barres parallèles (ou non) avec obstacles : coussins, tapis, balles à enjamber…*
    - *Un grand cerceau et dedans un petit cercle ; le patient tourne en rond avec un pied entre le cerceau et le cercle et un pied hors du cerceau.*
    - *Une ligne, des cerceaux alignés sur celle-ci et le patient marche en avant et en arrière avec un pied de chaque côté de la ligne mais dans le cerceau.*
- *Un travail sur l'axe :*
    - *Assis sur le gros ballon : balancement de droite à gauche et d'avant en arrière.*
    - *Assis sur la table Bobath : ballon gonflable à envoyer à droite et à gauche.*

J'avais ensuite décrit quels étaient mes objectifs, tout en précisant que de nombreux changements pourraient être observés dans le cadre d'une prise en charge sur plusieurs séances, mais que la durée d'hospitalisation très courte des patients ne me permettrait de faire qu'une voire deux séances (et plus exceptionnellement trois) avec chacun d'entre eux. Les objectifs en une séance étaient d'établir une relation thérapeutique permettant au patient de se recentrer sur lui-même et de l'amener vers une conscience corporelle.

Enfin, j'avais précisé à l'équipe que pour chacune de mes séances, j'allais être amenée à faire émerger et à prendre en compte le ressenti qu'éprouvaient les patients face aux changements de leur corps.

*

Dans ce projet, j'avais fais le choix de proposer une séance de coordinations et d'équilibre que je n'ai jamais eu à réaliser. Les kinésithérapeutes participent déjà au maintien des ces capacités. Alors, même s'il est vrai que nous n'avons pas le même regard clinique, ni la même façon d'aborder une séance, ce sont des exercices qu'effectuent déjà les patients avec eux.

*

Nous allons donc maintenant découvrir le mode d'intervention mis en place pour réaliser ce projet.

MODE D'INTERVENTION

Les patients sont hospitalisés dans la majorité des cas durant une semaine. Parfois leur hospitalisation se prolonge à deux, et plus exceptionnellement, à trois semaines. Ma présence dans ce service étant limitée aux jeudis, mon intervention auprès des patients aura lieu, la plupart du temps, sur cette unique journée.

Pour chacune de mes prises en charge, j'ai fait le choix de les séparer en deux temps : l'entretien et la séance.

L'entretien a lieu, dans la mesure du possible, le matin. Il se déroule sous la forme d'un entretien semi directif. Des questions ouvertes sont posées au patient. Elle me permettent d'aborder des thèmes principaux (environnement familial et social, motif de l'hospitalisation, changements liés à la maladie…), tout en laissant la liberté au patient d'évoquer d'autres sujets s'il le souhaite. Cet entretien thérapeutique, me permet, à partir d'observations cliniques et après élaboration d'une demande par le patient, de mettre en place, si besoin est, une séance adaptée.

La séance se déroule généralement l'après midi dans une salle prévue à cet effet. Elle a été mise à ma disposition par l'équipe soignante. Néanmoins, pour les patients dont la perte d'autonomie ne leur permet pas de sortir de la chambre, la séance a lieu dans celle-ci.

Lors de ces rencontres, il est important d'être dans une écoute empathique. Il est nécessaire d'être attentif à sa disposition spatiale, sa posture, le ton de sa voix… Cette notion d'empathie est centrale en psychomotricité et demande un ajustement sur le plan tonique mais aussi sur le plan émotionnel, l'un et l'autre étant étroitement liés.

Pour mon cheminement personnel, je choisis d'évaluer les changements qu'entraîne une séance de psychomotricité sur ces patients. Dans ce but, j'utilise des outils que j'ai créés avec l'aide des professionnels qui m'entourent.

MES OUTILS D'EVALUATION

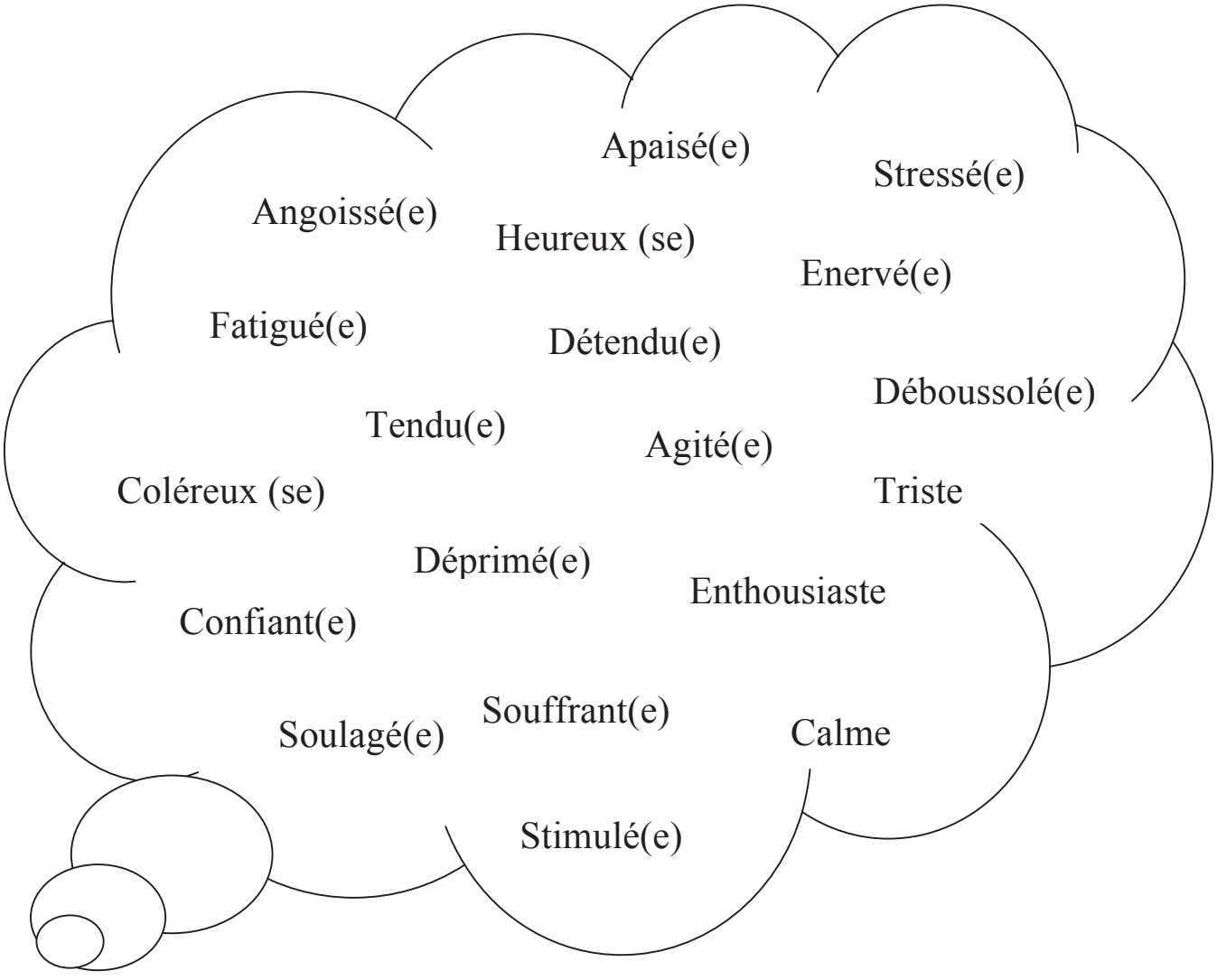
Lorsque cela s'avère possible, en début et fin de séance, je demande aux patients de se dessiner, simplement comme ils se ressentent lorsqu'ils sont debout. Ce dessin de conscience corporelle est un outil que je n'ai pu utiliser souvent en raison des troubles importants de l'écriture tels que la micrographie qu'entraîne la maladie de Parkinson. Ces troubles sont souvent majorés par les dyskinésies ou les tremblements.

*

L'outil principal, que j'ai réalisé et nommé « nuage » a été un véritable support dans mes réflexions personnelles :

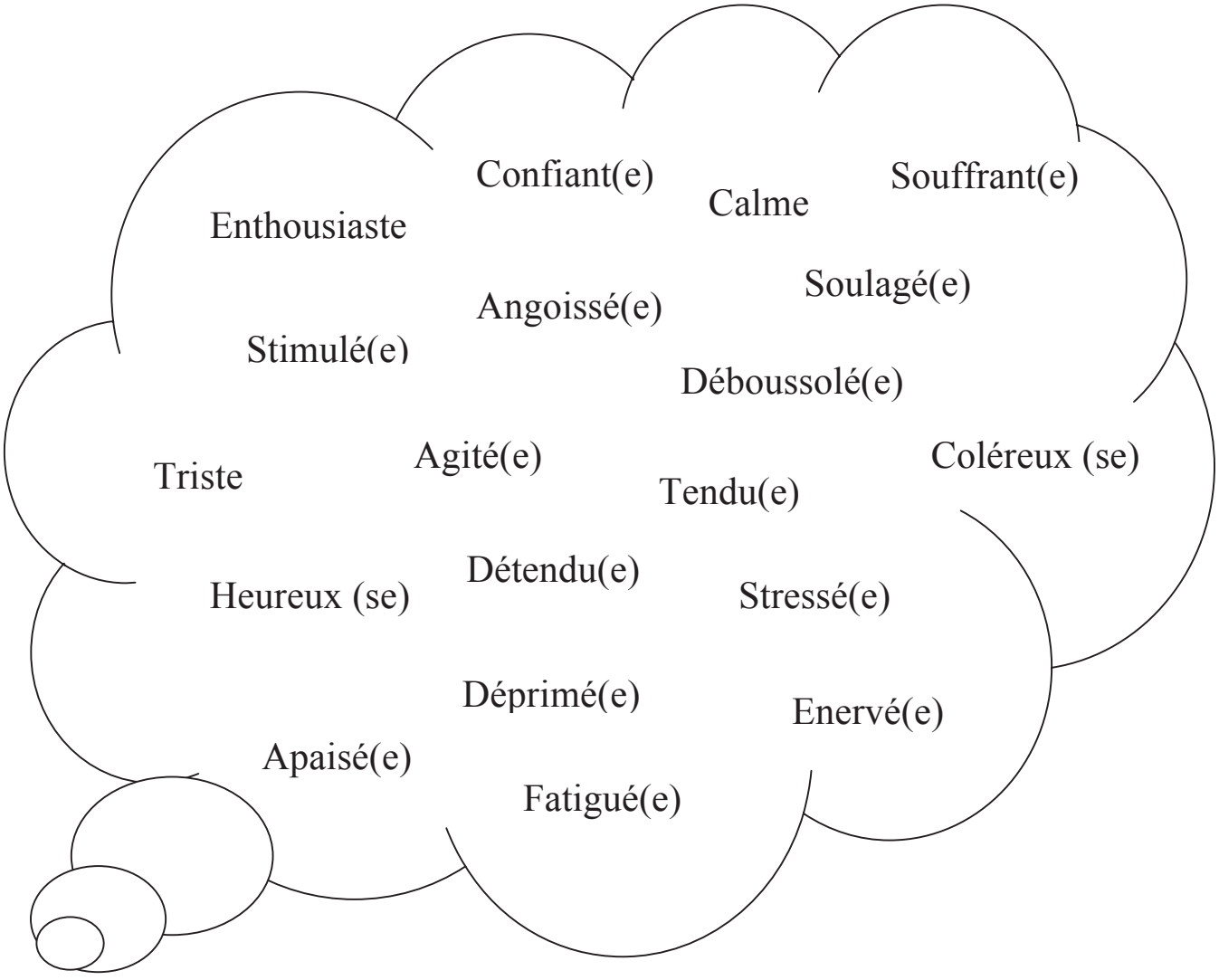
Avant la séance :

Comment vous sentez-vous moralement ? Entourez le mot qui correspond au sentiment que vous éprouvez maintenant.



Après la séance :

Comment vous sentez-vous moralement ? Entourez le mot qui correspond au sentiment que vous éprouvez maintenant.



Grâce à cet outil, je peux constater certains des changements qu'entraîne une séance de psychomotricité sur les patients parkinsoniens. C'est un outil analogique qui me permet de connaître leur ressenti avant et après la prise en charge. J'ai fait le choix de proposer des mots qui correspondent à divers sentiments à connotations positives et négatives, et de les placer différemment sur le nuage d'avant et celui d'après la séance. Ainsi, le patient, à la fin de la séance, doit relire la totalité des mots avant de faire son choix.

*

J'ai aussi mis en place une échelle d'auto-évaluation du tonus inspirée de l'échelle d'auto-évaluation de la douleur (Echelle Visuelle Analogique). Elle se présente sous la forme d'une réglette horizontale à deux faces. Sur la face présentée aux patients se trouve un curseur qu'ils mobilisent le long d'une ligne dont l'une des extrémités correspond à « Relâché(e), Détendu(e) » et l'autre correspond à « Rigide, Tendu(e) ». Les patients doivent, le long de cette ligne, placer le curseur (initialement positionné au milieu) à l'endroit qui situe le mieux leur état tonique. Sur l'autre face, que les patients ne voient pas, se trouve des graduations. La position du curseur mobilisé par les patients permet de lire l'intensité de leur état de tonicité. Ainsi, le patient évalue lui même son état tonique.

*

J'ai été amené à utiliser le test du ballant pour évaluer la différence de tonus de fond avant et après une séance.

*

Mon stage a donc commencé par une période d'observation de trois mois qui m'a permis de conclure à la nécessité d'une approche psychomotrice auprès des patients parkinsoniens hospitalisés. Cette période m'a aussi permis de préparer un projet de stage dont je vous ai présenté un résumé, et de réfléchir à un mode d'intervention et à des outils d'évaluations, détaillés ci-dessus.

Je vais maintenant approfondir les notions théoriques évoquées lors de mon hypothèse et qui seront illustrées lors des analyses cliniques de la partie suivante.

CHOIX DE MES CRITERES D'OBSERVATION

I- Dilemme

Lors de mes premières prises en charge, suite à mes observations cliniques, une question s'est posée à moi : comment nommer les changements que j'observais ? Emotion, sentiment, humeur ? C'est en me plongeant dans leur définition que j'ai réellement compris ce qui les différenciait. Il me semble donc important de vous les présenter pour que vous puissiez comprendre ma démarche et mon choix.

1) L'émotion

H. WALLON (18), dans sa théorie, démontrera l'*« intérêt vital »* de la fonction expressive des émotions chez le nourrisson.

Pour H. WALLON, l'enfant (et plus particulièrement le nourrisson) n'a pas la possibilité d'agir sur son entourage. Il utilise donc les émotions et leur fonction expressive comme un moyen d'action sur celui-ci.

Les émotions sont aussi un moyen de déchargement tonique. Elles vont tenter d'amener une réorganisation de l'organisme, malgré la présence de phénomènes physiques et physiologiques aux apparences désorganisées qui l'accompagnent.

L'émotion donne au nourrisson un pouvoir d'action sur son entourage et de communication avec lui.

Avec l'évolution et l'adaptation de l'individu, la motricité et la représentation intellectuelle des choses deviendront les activités principales de relations, dépassant l'émotion.

Donc, selon la théorie de H. WALLON, les émotions sont la base de la vie psychique bien que peu à peu, ce soient les activités psychiques supérieures qui prennent le dessus. Nous pouvons voir notamment ce phénomène avec l'apparition du langage, qui deviendra le mode principal d'expression et de communication.

Cependant, le psychomotricien, au cours de sa prise en charge, ne devra pas seulement s'intéresser au langage verbal. Aussi, il me semble important de décrire la place des émotions en psychomotricité, et son intérêt lors d'une prise en charge.

Il paraît difficile d'étudier de manière objective l'émotion. En effet, elle est liée aux ressentis de chacun. Elle fait référence à notre expérience subjective. Il a été tout de même possible de repérer certaines « émotions de bases » telles que : la peur, la colère, la joie, la tristesse, le dégout, et la surprise.

Les émotions se manifestent par des changements corporels. Couramment, le terme même d'émotion est employé négativement du point de vue de ce qu'elle entraîne physiologiquement, à savoir les rougeurs, la sueur, la pâleur, les tremblements, l'agitation…

Les émotions constituent une chaine d'évènements à l'origine de ces manifestations corporelles. Pour A. DAMASIO (8), l'esprit évalue la situation, en tenant compte de l'environnement interne et externe à l'organisme, puis va y répondre de façon adéquate et adaptée : se sont les émotions.

Elles peuvent donc être visibles à l'observation clinique et restent importantes en psychomotricité. Elles permettent une communication non verbale, nécessaire au bon ajustement du psychomotricien, indispensable à sa relation avec les patients. Les émotions sont alors le support de l'expressivité.

Pour A. DAMASIO (8), les émotions sont visibles corporellement, mais pas seulement. Elles peuvent aussi avoir des manifestations physiologiques qui ne se voient pas à l'observation.

L'étymologie du mot émotion (*emotio*, issu d'*ex-movere*,) signifie mouvement vers l'extérieur [1]. L'origine de ce terme indique déjà l'idée de mouvement, donc de manifestations corporelles et de visibilité des émotions.

Les émotions, support de l'expressivité, sont permises grâce aux modifications toniques participant à la sensation d'enveloppe corporelle, de limites, et sont à la base d'un sentiment d'exister (il sent son corps, il se sent exister, il sent qu'il vit).

2) Les sentiments

Selon A. DAMASIO, « *le sentiment, au sens pur et étroit du mot est l'idée du corps qui est d'une certaine manière* » [2]. Les sentiments sont *« des révélateurs de l'état vécu au sein de l'organisme tout entier* ». [3]

Les sentiments impliquent donc la perception que l'individu a de son état et en particulier de son corps. Ils sont une manière de qualifier les ressentis éprouvés et représentent une perception plus élaborée du vécu.

Le sentiment est « *en grande partie constitué par la perception d'un certain état du corps […] et celle d'un certain état d'esprit l'accompagnant* ». [4]

Le sentiment correspond à la perception à la fois de son état psychique et de son état corporel. Pour qu'il y ait émergence d'un sentiment, il est nécessaire de pouvoir comprendre (élément cognitif) et percevoir des sensations et leur mise en relation. Le sentiment est exprimable. Tant que ce n'est pas exprimable on ne parle pas de sentiment.

---

[1] Dictionnaire Le Petit Robert.
[2] DAMASIO, Antonio R. *Spinoza avait raison; Joie et tristesse, le cerveau des émotions.* Poches Odile Jacob, 2005. p. 93.
[3] DAMASIO, Antonio R. *Spinoza avait raison; Joie et tristesse, le cerveau des émotions.* Poches Odile Jacob, 2005. p. 13.
[4] DAMASIO, Antonio R. *Spinoza avait raison; Joie et tristesse, le cerveau des émotions.* Poches Odile Jacob, 2005. p. 97.

3) L'humeur

A l'origine, le terme humeur est employé par la médecine pour désigner des fluides corporels. Aujourd'hui, elle utilise très peu ce terme.

Il est plutôt repris en psychologie ou en psychiatrie comme désignant « *un état affectif relativement stable et durable : bien que parfois fluctuant ; l'humeur n'est pas liée à un objet précis.* » [1] C'est en ce sens qu'elle se différencie de l'émotion qui se caractérise par une durée brève et une forte intensité. En effet, d'après le Larousse, l'émotion est *« une réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement* ». [2]

Dans son ouvrage consacré aux dérèglements de l'humeur, Jean DELAY, psychiatre, en propose une définition. *« Cette disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donnent à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur ».*[3]

L'humeur est donc un état affectif « de base » propre au sujet qui vient donner le ton, la couleur, à ce qui est vécu. Ce n'est pas un état constant. En effet, pour chaque personnalité, il fluctue autour d'une humeur que l'on pourrait qualifier d'« humeur de fond ».

Ici, J. DELAY parle de variation de l'humeur comme oscillant entre le plaisir et la douleur. Les troubles de l'humeur seraient alors une exagération de ces oscillations. Ils peuvent être répartis en deux classes : les troubles dépressifs et les troubles bipolaires ou maniaco-dépressifs (que nous ne détaillerons pas dans ce mémoire).

Après avoir défini chacune de ces notions, il me semble important de préciser qu'elles peuvent avoir une influence les unes envers les autres.

---

[1] GIFFARD, Bénédicte. «Traité de neuropsychologie clinique, Chapitre 22. Emotion, humeur et motivation.» *Neurosciences & cognition*, 2008. p. 383.
[2] Dictionnaire Larousse
[3] DELAY, Jean. *Les dérèglements de l'humeur*. Presses universitaires de France, 1946. p. 1.

II- Mon choix

Durant mes interventions, j'observerai les émotions du patient dans sa posture, son tonus, les expressions de son visage, sa façon d'être en mouvements ou d'autres manifestations corporelles. Je choisis donc d'utiliser le terme d'« émotion» pour faire référence à cette expressivité.

Je parlerai de « sentiments » lorsqu'il y aura une expression possible (l'expression comprenant une dimension intensionnelle qui n'est pas retrouvée dans l'expressivité).

Pour faire ce choix, je me suis appuyée principalement sur le lien entre émotions et sentiments.

Pour DAMASIO (8), se sont les émotions qui précèdent les sentiments. Il pose comme principe que les pensées déclenchent les émotions et que les émotions, corporelles, deviennent ensuite de nouvelles pensées que nous appelons sentiments.

En effet, émotions et sentiments sont liés dans un cycle. Des pensées vont causer des émotions qui vont ensuite faire émerger des sentiments exprimant de nouvelles pensées qui peuvent à leur tour, venir amplifier l'état émotionnel.

« Les émotions se manifestent sur le théâtre du corps ; les sentiments sur celui de l'esprit ». [1]

Le tonus musculaire étant la base de la manifestation des émotions, il semble important de le définir afin de cerner l'intérêt de la liaison tonus-émotion en prise en charge psychomotrice.

[1] DAMASIO, Antonio R. *Spinoza avait raison; Joie et tristesse, le cerveau des émotions.* Poches Odile Jacob, 2005. p. 34.

III- Le tonus musculaire

Chez les patients parkinsoniens la prise en considération du tonus musculaire est essentielle. Ces derniers présentent divers troubles moteurs, dont la rigidité.

Le tonus musculaire peut être défini comme « *une contraction légère, physiologique des muscles, entretenue par des influx nerveux* » [1]. Il est donc un état de tension permanente et involontaire des muscles.

Une contraction répétée se traduira sur le plan musculaire par une augmentation de la tension que l'on appellera hypertonie musculaire. A l'inverse, lorsque la contraction de fond diminue, on parlera d'hypotonie musculaire. [2]

Son développement durant l'enfance se fait d'une hypotonie vers un tonus normal pour le rachis et d'une hypertonie vers un tonus normal pour les membres.

Le tonus musculaire a, entre autres, pour rôles principaux : la cohésion de l'ensemble du corps ; le soutien et l'expression de l'éveil, la vigilance ; mais encore la préparation au mouvement.

Nous pouvons distinguer plusieurs formes de tonus :

- Le tonus de fond, également appelé tonus de base. Il est constitué de l'état de légère tension des muscles. Involontaire et permanent, il subsiste même au repos et lors du sommeil. Il représente le substrat de l'affectivité et des émotions. De plus, il soutient le sentiment d'unité corporelle. Il permet le tonus d'attitude, ou tonus postural, représentant l'activité tonique minimale permettant l'équilibre et la station debout. Ce dernier est lié à la vigilance et à l'éveil.

- Le tonus d'action résulte d'une contraction musculaire permettant le mouvement et l'action.

[1] DURAND DE BOUSINGEN. « *La relaxation* ». Que sais-je ?. Huitième édition corrigée. p. 10.
[2] DURAND DE BOUSINGEN. « *La relaxation* ». Que sais-je ?. Huitième édition corrigée.

En psychomotricité, plusieurs tests nous permettent d'évaluer le tonus. L'extensibilité, le ballant et la chute permettent d'évaluer le tonus de fond. Les tests des marionnettes, du serment et les syncinésies axiales nous permettent d'évaluer le tonus d'action.

*

Dans la maladie de Parkinson, il y a une dérégulation du tonus musculaire. Si elle est à l'origine de rigidités, de difficultés dans la réalisation de mouvements, visible au premier abord, elle soulève également des questions telles que le sentiment d'unité corporelle des patients.

Il est important de différencier deux dimensions du tonus : une dimension physiologique, dérégulée dans la maladie de Parkinson et une dimension liée aux émotions du patient. C'est sur cette dernière que le psychomotricien trouve un vecteur d'expression et un outil de soin. Ainsi, quelle que soit la perturbation du tonus physiologique, la psychomotricité pourra toucher à la partie accessible à la relation et aux émotions.

Le tonus musculaire est une des bases de la psychomotricité. Il est situé à l'articulation entre le physiologique et l'affectif. « *Toile de fond* » [1] du fonctionnement musculaire, tant au repos que dans la motricité et le maintien de la posture, il l'est également, dans l'expression somatique de la vie émotionnelle et affective du sujet.

Ce carrefour entre la vie psychique et somatique, véritable traduction des émotions, peut être modifié au cours d'une intervention psychomotrice comme illustré dans les cas cliniques à venir.

[1] Encyclopédie Universalis. *« Tonus musculaire ».*

DES SIGNES CLINIQUES A LA PROPOSITION D'UNE SEANCE ADAPTEE

Avant tout, il semble important de préciser que les changements rapides d'émotions ou de sentiments chez les patients que je vais vous présenter ci-dessous, peuvent être en partie dus à un « effet prise en charge ». Cet effet est accentué par le fait que les patients soient hospitalisés et relativement peu occupés au cours de la journée. Parfois, le simple fait de s'occuper d'eux, entraîne déjà des changements. Pour illustrer cet « effet prise en charge », je vais vous présenter le cas de M. R.

M. R est un patient âgé de 78 ans, hospitalisé pour une réévaluation clinique et thérapeutique de sa maladie de Parkinson qui, depuis peu, majore sa perte d'autonomie. Je le rencontre après prescription du Professeur. Cette perte d'autonomie, ne permettant pas à M. R les déplacements, l'entretien et la séance se dérouleront dans sa chambre.

Durant notre entretien, M. R se montre agité. Cette agitation est majorée lorsqu'il manque de mot pour commencer ses phrases. C'est d'ailleurs sa principale gêne depuis le début de sa maladie. L'agitation se traduit par une hypertonie des bras ainsi que des mouvements brusques et qu'il exécute « volontairement », me précisant de ne pas m'inquiéter. Ils donnent l'impression de permettre la décharge des tensions de M. R. Lorsque ces mouvements s'arrêtent, ses membres supérieurs restent tendus, raides. Ils ne se posent que très peu sur le matelas et restent comme suspendus dans les airs.

Je propose alors à M. R un massage des bras avec différentes balles. Ses membres se relâchent au fur et à mesure du passage des balles. Il se dit lui-même étonné de pouvoir garder ses bras immobiles. Pendant le massage, il ne peut s'empêcher de me décrire les sensations qu'il éprouve. Son bras gauche est léger, son bras droit est chaud, ses épaules se débloquent… A l'observation, l'agitation motrice de M. R a diminué, son visage paraît détendu. Après cela, je lui demande si ses sentiments ont changé, comment il se sent moralement. Il dit : *« Dans la mesure où j'ai été motivé et stimulé, le moral est bon. Tout ce qui était vide, se remplit à nouveau »*. Je lui demande de préciser et il me dira qu'il a peu de compagnie, qu'il parle peu et donc, que ma simple présence et le fait que je prenne du temps pour lui, a changé son moral.

Avec le cas de M. R, au-delà de cet « effet prise en charge », nous pouvons voir que le massage des bras, le contact humain, a provoqué un abaissement du tonus, qui a participé à l'émergence de nouvelles émotions (qu'il a ressenti par des sensations de chaleur, de légèreté…).

Mon écoute, mes questions après les sensations, semblent avoir permis l'émergence d'un sentiment exprimé.

*

Les prises en charge ponctuelles m'ont permis de rencontrer de nombreux patients. J'ai sélectionné certaines études de cas qui m'ont fait avancer dans ma réflexion sur l'intérêt de la psychomotricité sous cette forme auprès de cette population. J'ai essayé de prendre en compte et d'évaluer ce qui a été perçu au moment de l'entretien, la demande, l'envie et le besoin de chacun des patients pour proposer une séance adaptée.

1) Cas de M^{me} G : Ma première patiente

M^{me} G est une dame âgée de 54 ans que je rencontre le jeudi 10 janvier aux alentours de 11h pour un premier entretien. Elle est hospitalisée dans le cadre d'une réévaluation clinique et thérapeutique de sa maladie de Parkinson. M^{me} G est neurostimulée en octobre 2012. Un contexte dépressif majeur a retardé la pause d'électrode ainsi qu'un contexte psycho hallucinatoire dû à la fluctuation des médicaments.

Je me présente et lui propose un entretien en vue d'une séance de psychomotricité. Elle accepte sans hésiter. Durant cette rencontre, j'apprends qu'elle connait bien la profession. Lors d'un séjour au sein d'une clinique de rééducation, elle a suivi une prise en charge qui s'est présentée principalement sous la forme de massages et d'enveloppements corporels.

M^{me} G travaillait dans la restauration et dit avoir été obligée d'arrêter à cause d'une intense fatigue. Cette fatigue est d'ailleurs sa préoccupation principale. Elle y fera référence tout au long de l'entretien. Elle dit ne pas dormir de la nuit et donc être fatiguée toute la journée, ce qui, d'après elle, favorise ses « *blocages* ».

Elle parlera d'abord de ses antécédents médicaux tels qu'un steppage au pied gauche, une hernie discale, et une tendinite au bras gauche, avant de me parler des retentissements corporels de sa maladie. Elle les énumèrera sous forme d'une liste. Je cite : *« ralentissement, tremblement, raideur, douleur, bouche sèche et constipation »*. Au niveau psychique, elle se dit très anxieuse. De plus, il est écrit dans son dossier que cette importante anxiété lui provoque des insomnies.

Au cours de l'entretien, elle est amimique, aucune expression n'apparaît sur son visage. Elle est assise sur son lit, se tient droite, et donne l'impression d'une raideur principalement au niveau du dos et de la nuque.

Elle ne me parlera pas directement de sa neurostimulation. C'est à la suite d'une de mes questions, qu'elle me dira être très gênée par la visibilité du boitier et appréhender l'arrivée de l'été.

Après avoir recueilli toutes ses informations, je décide de lui proposer une séance de relaxation pour le début d'après-midi qu'elle accepte.

*

M^me^ G me dit être contente de venir en séance malgré sa fatigue, et souhaite prendre les escaliers pour monter au troisième étage. Elle les montera sans difficulté.

Au début de la séance, je demande à M^me^ G d'entourer un mot sur le nuage qui correspond au sentiment qu'elle éprouve à ce moment-là. Elle choisit le mot « fatiguée ».

La séance terminée, elle dit se sentir « *relâchée* » : « *c'est comme si mes muscles s'étaient détendus* ». Elle dit aussi s'être sentie « l*égère* », avoir ressenti seulement des « *émotions* » qu'elle qualifie de « *positives* » et avoir laissé ses problèmes derrière elle. Sur le nuage, elle entoure le mot « calme ».

Elle quitte la séance avec le sourire, sa posture est ouverte et elle paraît grandie.

*

→ Durant l'entretien, M^me^ G évoque sa prise en charge psychomotrice effectuée dans une clinique de rééducation. Elle me parle de massages et d'enveloppements corporels. Il semblerait alors que la prise en charge de l'époque ait été basée sur une recherche de sensations de contenance, de limites corporelles.

→ M^me^ G énumère les changements qu'entraîne la maladie sur son corps sous la forme d'une liste. Il n'y a pas la moindre hésitation, réflexion, ni émotion dans le choix de ses termes. M^me^ G semble mettre à distance son corps, le désinvestir.

→ Lorsque j'évoque la neurostimulation, elle me parle du boîtier comme d'une *« gêne »* car ce dernier est *« visible »*. Nous pouvons voir à travers cette *« gêne »* une forme d'inquiétude face au regard des autres. Ainsi se pose chez M^me^ G la question de l'identité, qu'il serait intéressant d'aborder au cours d'une prise en charge plus longue (il pourrait également s'avérer utile d'aborder la question de la neurostimulation avec l'idée d'un corps contrôlé par un boîtier).

→ Pourquoi lui proposer une séance de relaxation ?

M^{me} G est sujette à d'importantes anxiétés et celles-ci lui provoquent des insomnies. Elle donne également l'impression de désinvestir son corps.

La relaxation est une méthode faisant appel à la globalité de l'être. Elle peut amener à un abaissement tonique et à une diminution de l'anxiété. Elle est donc une médiation pouvant lui permettre de découvrir son corps autrement, de l'investir et de se sentir exister.

→ M^{me} G évoque des sensations de relâchement, de détente, de légèreté. J'observe une modification de sa posture et des expressions du visage.

→ Au cours de cette unique séance, il est possible de voir le processus d'émergence d'un sentiment nouveau. A savoir, un abaissement du tonus permettant l'émergence d'une émotion, perception d'un état psychique et corporel mis en relation et, exprimé verbalement et par le choix du mot.

Cette première prise en charge a été une expérience rassurante. Mes hypothèses semblaient se vérifier.

2) Cas de M. B : Une définition de la psychomotricité

Le patient dont je vais vous parler m'a conforté dans mes choix thérapeutiques, à un moment où le doute s'installait.

M. B est un patient âgé de 51 ans. Il est hospitalisé dans le cadre d'une réévaluation de son traitement pour la maladie de Parkinson. Et, plus particulièrement, il est hospitalisé pour la présence de dyskinésies. Je le vois, à la demande de l'équipe, pour un entretien.

M. B est divorcé et vit actuellement avec une amie. Il a eu une fille avec son ex-femme, maintenant âgée de 24 ans et qu'il ne voit plus depuis son divorce. Il me parle peu de son amie actuelle. Il évoque surtout les problèmes de dépression de son ex-femme. Il me dira d'ailleurs qu' « elle lui a fait vivre un enfer » et qu'elle a dû participer au déclenchement de sa maladie.

Sa maladie a été reconnue il y a quatre ans. Depuis, il ne travaille plus et ne fait plus de sport.

Durant l'entretien, M. B est en permanence en mouvement, il bouge beaucoup mais, à ce moment-là, ne présente pas de dyskinésies. Il parle constamment.

Lorsque je lui demande ce qui a changé pour lui, corporellement, depuis le début de sa maladie, il me répond « *souvent, ma tête, mes mains et mes pieds bougent seuls* ». Ayant assisté un peu plutôt dans la matinée à la réunion d'équipe, je fais alors le lien avec la présence de dyskinésies, l'une des raisons de son hospitalisation.

Il dit que son côté droit est atrophié et qu'il est ralenti dans tous ses mouvements. Je cite : *« on dirait qu'on marche sur la Lune ».* M. B présente aussi de très fortes douleurs sur toute la partie postérieure de son corps.

Il m'explique être moralement *« très négatif »*, en particulier à cause de ses douleurs musculaires. Il se sent très fatigué car celles-ci provoquent chez lui des troubles du sommeil. Il me dira aussi que le regard des autres le gêne, qu'il sort beaucoup moins que par le passé et se renferme. Il a conscience de ce repli sur soi mais dit n'avoir ni la force, ni l'envie de lutter contre.

A la suite de cet entretien et après lui avoir défini les différents temps de la séance et en quoi elle consiste, je lui propose une séance de massage, avec différentes balles, de la partie postérieure du corps pour le milieu d'après-midi. Il accepte.

*

Au début de la séance, M. B est de nouveau agité, comme lors de l'entretien. Il parle sans cesse, ne sait pas où se mettre, s'assoit à plusieurs endroits avant de trouver une place qui lui convient. Sur le nuage, il entoure le mot « déprimé ». Il dit qu'il en a assez de cette maladie et des douleurs qui l'accompagnent.

Avant même le début du massage, il me demande s'il est possible de mettre de la musique. Je mets un léger fond musical et lui rappelle que le massage se fait au moyen de différentes balles et qu'il peut essayer de sentir ce qui se passe dans son corps, s'il ressent des changements.

Au cours du massage, je le sens lâcher prise, sa respiration ralentit. Je lui demande de se concentrer sur chacune des parties de son corps que la balle touche et de sentir ce que cela fait en lui.

La séance terminée, je lui propose de me parler de ses ressentis. Il dira que ça lui a *« dénoué les muscles »*, qu'ils se sont relâchés. Il dit s'être presque endormi mais avoir réussi à rester concentré sur ses sensations. Il n'a plus de douleurs et précise que c'est très important pour lui. Il citera chacune des parties du corps sur lesquelles le massage a eu un effet plus important: *« la nuque, la colonne vertébrale, les mollets et les pieds ».* Et il rajoute *: « J'ai senti tout mon corps et c'est ce qu'il y a de plus agréable ».*

M. B s'exprimera sur le fait que moralement il a senti *« du changement »*. Maintenant, il se sent *« bien »*. Il dit qu'un moment comme celui-là, *« ça efface tout »* et qu'il n'a plus rien en tête. Il dira aussi : *« J'apprécie le bien que ça fait, je n'ai plus de pensées négatives du tout ».*

De nouveau, je lui propose d'entourer un mot sur le nuage. Il lit chacun des mots très attentivement. Au moment d'entourer celui qu'il a choisi, il s'arrête, me regarde et me dit qu'il va entourer un mot auquel je ne m'attends surement pas. Il choisit le mot « confiant » et se justifie immédiatement en me disant : *« Je me sens moi-même, j'ai plus confiance en moi, je me sens enfin moi car des fois, j'ai l'impression que je suis dans le corps d'un autre, et que mon esprit et mon corps font un mauvais mélange. Alors que là, les deux sont réunis. D'habitude mon corps est séparé de mon esprit car mon esprit ne veut pas de ce corps malade ».*

Lorsque je le raccompagne dans sa chambre, il est moins agité, et même plutôt calme. Il me parle moins et semble apprécier le silence. Il donne l'impression d'être dans ses pensées.

*

→ Il me décrit les changements entraînés par la maladie en faisant référence à certaines parties du corps qui bougent seules. M. B évoque son corps comme incontrôlable et morcelé.

→ Pourquoi proposer un massage avec différentes balles ?

Dans un premier temps, M. B parle de douleurs, de troubles du sommeil et de fatigue. Il fait également référence au regard des autres. Il le considère comme gênant, entraînant un repli sur lui-même. Se pose alors la question de l'identité. De plus, M. B qui est très agité, qualifie des parties de son corps comme non maîtrisées.

Ainsi, le massage peut lui apporter une sensation de contenance, lui permettre de sentir son corps et, de manière complémentaire, le soulager en partie des douleurs. Il peut l'aider à prendre conscience de sensations autres que celle de la douleur.

→ Lorsque M. B me demande de la musique, je fais alors un lien avec ses paroles incessantes. Pour M. B, le silence paraît angoissant et cela semble également aller dans le sens d'un besoin de contenance, de réassurance. Nous pouvons voir ce besoin de bain sonore comme une autostimulation.

→ M. B présente souvent des dyskinésies qui sont une des raisons de son hospitalisation. Au moment de la prise en charge, il n'en a plus mais ne cesse de se mouvoir. Plusieurs interrogations peuvent être soulevées : Avec ces mouvements volontaires, est-il à la recherche de sensations de limites corporelles ? Pour vaincre un mouvement involontaire, il faut un mouvement volontaire, alors peut être, est-ce une stratégie pour masquer les dyskinésies ? Nous pouvons aussi nous demander si cette agitation n'est pas le résultat d'une pensée magique (tant que je bouge, elles n'apparaissent pas).

→ M. B, après le massage, parle d'absence de douleurs, d'une sensation de corps unifié. J'observe un visage détendu, une posture ouverte et une diminution de l'agitation.

→ Le discours de M. B montre toute l'élaboration qu'il a pu faire à partir des changements décrits pour arriver à l'expression d'un sentiment tellement nouveau qu'il en est étonné lui-même. Là aussi, on peut voir le processus d'émergence du sentiment.

3) Cas de M. D : Une question de relation

J'ai tenu à présenter cette étude de cas qui illustre bien l'importance de la relation avec le patient en psychomotricité, dont j'ai parlé antérieurement. Il est important pour un psychomotricien de s'adapter et d'utiliser des médiations, en fonction des signes cliniques que montre le patient.

C'est en réunion de synthèse que l'on me demande de rencontrer M. D dans un but : essayer de l'apaiser. En effet, M. D est un patient très agité et bruyant. Il est présent à l'hôpital depuis environ un mois pour aggravation de sa maladie de Parkinson.

L'ensemble de l'équipe est dépassé, fatigué par les cris incessants de M. D. Il refuse tous les soins quotidiens tels que la toilette, mais aussi la prise en charge en kinésithérapie.

La famille, très présente est épuisée, et les cris jour et nuit de M. D fatiguent aussi l'ensemble des patients du service.

L'équipe et la famille, me considèrent comme la *« dernière chance »* d'apaiser ce monsieur.

En sortant de la réunion, je décide d'aller voir M. D une première fois pour me présenter. M. D est alité, mon intervention se fera donc dans la chambre. Lorsque je rentre il stoppe ses cris. Sa femme et sa fille sont là et paraissent dépassées par la situation. Je me présente en m'adressant directement à M. D qui me fixe mais ne me répond pas. Il est en train de manger, je l'informe alors que je repasserai dans l'après-midi.

*

Il est aux alentours de 15h lorsque je rentre à nouveau dans la chambre de M. D comme convenu. Cette fois encore, il s'arrête de crier.

Je me présente une nouvelle fois à M. D. Il me fixe et reste silencieux. Je comprends qu'il ne me parlera pas. Je lui propose alors de me répondre simplement par un signe de la tête. Je lui demande si je peux rester, s'il va bien, s'il a des douleurs, s'il est fatigué…

Je lui propose ensuite de sentir différentes huiles essentielles pour changer de l'odeur de l'hôpital, pour changer d'air… Je lui demande simplement de me faire comprendre, pour chaque odeur, si c'est agréable ou désagréable. Par le biais des huiles essentielles, j'amène une approche sensorielle. Mon invitation à s'exprimer comme il peut, l'amène à élaborer quelque chose à partir d'une sensation.

Je propose à M. D de sentir à nouveau ce qu'il a trouvé agréable. Je continue à lui parler, lui demande si ça lui évoque des souvenirs, des images… et en quelques minutes M. D s'endort.

*

→ L'équipe et la famille sont épuisées. On peut parler de « burn out ».

→ Lorsque je rentre dans la chambre de M. D à plusieurs reprises, il stoppe ses cris. Nous pouvons voir là une manifestation frontale à la nouveauté.

→ Lorsque je parle à M. D, je comprends vite qu'il ne me répondra pas. Je cherche alors une façon adaptée d'entrer en relation avec lui, malgré ses troubles cognitifs qui ne permettent pas un entretien habituel, et mettent certainement à mal sa relation avec famille et soignants. Je lui propose un moyen simple de communication, par des signes de la tête. De cette façon, M. D a pu ainsi me comprendre, malgré ses troubles cognitifs, et ses angoisses ont diminué.

→ Pourquoi une approche de la sensorialité avec des huiles essentielles ?

J'aurais pu utiliser le massage qui aurait été une manière d'amener à M. D une sensation de contenance par le toucher. Cependant, j'ai choisi d'employer des huiles essentielles, approche sensorielle pouvant être tout aussi contenante, réassurante. M. D présentant des troubles cognitifs, et refusant tous soins corporels, l'utilisation du massage m'a paru moins adaptée. Cela aurait pu paraître, pour ce patient, trop intrusif.

L'utilisation des odeurs est un médiateur particulier. L'odorat est un sens que de nombreux auteurs ont qualifié d'« archaïque ». Les sens sont l'une des premières fonctions à apparaître. Ils sont aussi ce qui reste.

Enfin, cette approche sensorielle peut permettre d'avoir des réactions rapides et d'entrer en relation.

→ Nous apercevons avec M. D, l'intérêt pour un psychomotricien d'être attentif à tout ce qui est de l'ordre de la communication non verbale. On pourrait dire qu'il s'agit d'une particularité de l'approche psychomotrice qui n'est pas référée à une technique particulière mais qui permet de choisir l'outil utilisé en fonction de la situation.

→ Je n'ai pas cherché à m'imposer auprès de M. D. Je lui ai laissé le choix de ma présence. Il est important en tant que professionnel de santé de s'adresser directement au patient pour instaurer une relation, et de trouver une médiation qui lui apporte du calme, lui permet d'apaiser ses angoisses. M. D a ainsi pu prendre appui sur une sensation agréable pour s'apaiser.

→ Peut-on parler de l'émergence de sentiments? Il serait plus approprié de parler de changement d'état émotionnel qui permet l'endormissement, l'apaisement. Dans ce cas, il n'y a pas d'élaboration. Celle-ci est rendue impossible par ses troubles cognitifs.

→ On voit l'importance de la spécificité de l'approche psychomotricienne dans une recherche de l'outil adapté.

Suite à leur demande, je laisse à l'équipe l'huile essentielle qui de nouveau apaisera M. D.

4) Cas de M^me F : L'angoisse, un frein à la motricité

M^me F est une patiente âgée de 59 ans atteinte de la maladie de Parkinson depuis dix ans. Elle vit avec son mari qui présente une hépatite C, une dépression, une tumeur au foie et qui s'est mis à boire. Son mari la fait culpabiliser en lui répétant sans cesse que c'est à cause d'elle et de *« son Parkinson »* qu'il est lui aussi est tombé malade. Elle le décrit comme quelqu'un qui présente un *« gros mal être »* et qui aurait besoin d'une « *thérapie* ».

Dès le début de notre entretien, elle me parle de l'annonce de sa maladie qui a été très brutale. Elle était jeune, seule et s'est effondrée. Par la suite, elle s'est battue pour ces deux enfants.

Son hospitalisation est due à une augmentation de la fréquence, de la durée et de l'intensité de ces *« blocages »*. Elle m'est adressée dans le cadre de fortes angoisses qui peuvent les accentuer.

En effet, M^me F se dit très émotive, d'autant plus, depuis qu'elle est atteinte de la maladie de Parkinson. Elle qui a toujours été *« très angoissée »*, m'explique que sa mère lui a transmis cette angoisse lorsqu'elle était enceinte d'elle. Elle avait perdu un enfant quelques années plus tôt et avait peur que cela se reproduise. Elle me dit l'avoir, à son tour, communiqué à sa fille pour la même raison.

M^me F explique ses blocages comme étant en grande partie liés « *au psychologique »*.

En position assise, lors de l'entretien, M^me F se tient droite, raide, et se frotte les mains sans cesse. Lors de la marche, elle donne l'impression de perdre l'équilibre à chaque pas. Elle me confirme cette impression lorsque je lui demande de se dessiner simplement comme elle se ressent lorsqu'elle est debout.

En réalisant ce dessin, M^me^ F me précise qu'elle s'est dessinée les « *jambes tremblantes* » parce qu'elles ne sont pas « *solides* ».

Je propose à M^me^ F une séance de relaxation.

*

En début de séance, sur le nuage, M^me^ F entoure le mot « angoissée ».

Après la relaxation, elle parle peu des sensations corporelles qu'elle a ressenti. Elle dit simplement que ses muscles se sont relâchés. Elle évoque principalement des souvenirs et des images qui lui sont apparus pendant la relaxation. *« Chacune de ces images, chacun de ces souvenirs »* me dit-elle, *« représentent le soleil, la chaleur, la vie, tout ce qui est beau dans la vie ».* M^me^ F n'a, à ce moment-là, plus de plaintes d'angoisses.

Je lui propose à nouveau de se dessiner comme elle se ressent debout.

On peut voir sur ce dessin que le trait est relativement lisse, les jambes ne sont plus tremblantes. Une bouche est apparue sur le visage et les bras prennent maintenant une plus grande place.

Elle entoure sur le nuage le mot « apaisée ».

En fin de séance, M^me^ F présente une marche qui paraît légèrement plus stable. Les mains sont au repos et la posture est ouverte (buste en avant, épaule en arrière).

*

→ M^me^ F vit dans une dynamique familiale perturbée, avec un mari qui la fait culpabiliser. Ce contexte semble déjà être une source d'angoisse.

→ Lors de l'entretien, elle aborde très rapidement l'annonce de son diagnostic. L'acceptation de la maladie paraît avoir été particulièrement difficile pour Mme F et certainement réalisée qu'en partie.

→ M^me^ F m'explique les raisons de son angoisse, comme étant liées à sa mère. Elle construit une filiation à travers l'angoisse, Nous pouvons parler de quête identitaire.

→ M^me^ F se dit très angoissée et explique ses *« blocages »* comme *« liés au psychologique »*. Pour elle, seules ses angoisses sont à la source de son freezing. Notons ici, une négligence, un déni des effets neurologiques de la maladie.

→ Lorsqu'elle se dessine, elle décrit ses jambes comme n'étant pas solides. Nous comprenons là que se trouve une source d'angoisse supplémentaire, l'angoisse de la chute.

→ Pourquoi une séance de relaxation ?

M^{me} F est angoissée et a la sensation d'une absence de solidité dans les jambes. La relaxation peut être un moyen de se centrer sur elle-même, sur ses sensations corporelles, de sentir ses appuis et de s'apaiser.

→ Après la relaxation, M^{me} F évoque des souvenirs et des images qui auraient entraîné un changement d'émotion. Je perçois une modification de la posture, les mains sont au repos, et la marche paraît plus stable. Elle associe ces changements au sentiment d'apaisement.

→ Nous remarquons un remaniement sensible du dessin du bonhomme avec notamment l'apparition des jambes qui ne sont plus représentées comme tremblantes. Cette apparition peut-elle traduire une sensation de solidité retrouvée ?

DISCUSSION

Cette discussion est l'occasion pour moi de revenir sur les changements observés chez les patients parkinsoniens lors d'une intervention psychomotrice ponctuelle. Ainsi, dans le but de répondre à ma problématique, il me semble important de vous décrire d'une manière générale ces changements. Il reste cependant essentiel de garder à l'esprit que chaque patient reste unique. Son vécu et sa façon de se le représenter lui sont propres.

Le changement d'émotions s'est observé par les modifications toniques des patients. Comme illustré dans les diverses études de cas, ce changement se traduit le plus souvent par une modification de la posture, une diminution de l'agitation motrice et l'apparition d'un sourire. Ainsi, bien que pour une minorité des patients rencontrés il n'y ait pas eu de changements visibles d'émotions à l'observation, les outils thérapeutiques utilisés (relaxation, approches sensorielles) ont le plus souvent amené une variation tonique permettant l'émergence d'émotions, devenues accessibles à une représentation symbolisable : le sentiment. Cette mise en mots, ce sentiment exprimé, témoignent alors d'une remise en marche d'un processus liant sensation et symbolisation.

D'une manière générale, les sentiments apparus traduisent la représentation et l'expression d'un vécu positif par les patients.

Parfois, il n'y a pas d'émergence de sentiments. Cependant, un changement d'émotions entraînant une variation tonique va permettre l'apaisement, comme l'a montré le cas de M. D. Pour cela, il y a nécessité de la part du psychomotricien de s'ajuster toniquement.

Enfin, le sentiment exprimé peut aussi avoir une connotation négative. Je pense au cas de M^{me} C qui aura suscité en moi plusieurs interrogations.

Je rencontre M^{me} C dans le cadre de son hospitalisation pour réévaluation clinique et thérapeutique de sa maladie de Parkinson. M^{me} C est amimique, parle peu, et est surtout en proie à une agitation motrice permanente involontaire : les dyskinésies. Elle est assise sur son fauteuil, recroquevillée, et présente beaucoup de douleurs, principalement localisées au niveau des épaules, des bras et des jambes. Après entretien, je lui propose un massage avec différentes balles. A ce moment, sur le nuage, elle entoure le mot « agitée ». Pour éviter toute confusion, je lui demande si ce terme fait référence à son moral et non à son agitation motrice. Elle confirme cette notion de sentiment d'agitation. Après le massage, je lui demande ce qu'elle a senti. Je cite : *« mes douleurs ont diminué, particulièrement au niveau des épaules »*. M^{me} C est toujours amimique, et sa posture me paraît être la même, les dyskinésies étant trop importantes pour me laisser entrevoir un changement d'émotions. Sur le nuage, elle entoure le mot « déprimée » et me précise *« ce qui me déprime c'est de me voir dans cet état là »*.

Le massage, permettant à M^{me} C de se centrer sur ses sensations, ses ressentis, n'a-t-il pas accentué le regard négatif qu'elle porte sur elle-même ? Peut-être, ce sentiment d'agitation est-il un mécanisme de défense, un moyen de lutte que mon intervention a bousculé ?

L'intervention courte a montré qu'elle peut, dans une majorité de cas, s'avérer bénéfique. Comme tout mode de soin, elle a ses limites, ce qui n'en fait pas pour autant une prise en charge moins importante. Lors d'une telle intervention, par l'instauration d'une relation thérapeutique, le psychomotricien peut amener le patient vers une prise de conscience de ses changements, sur le plan tonique ou émotionnel. Il me paraît nécessaire de souligner que lors d'une telle prise en charge, il est important d'accompagner le patient dans l'expression ou la symbolisation d'un vécu, d'un ressenti. Cette transition entre éprouvé et exprimé me semble être au cœur de l'intervention psychomotrice. Ainsi, les sentiments exprimés, souvent positifs, sont un bon indicateur de l'opportunité de la prise en charge mais, le fond de celle-ci, est le rétablissement d'un lien allant du senti au représenté.

Les émotions, et les variations toniques, aidant le patient à sentir son corps, l'amène vers une conscience corporelle. La pensée, l'élaboration de sentiments, associées à cette conscience corporelle, permettent le cheminement vers un sentiment d'exister.

L'apaisement, la confiance, que le psychomotricien redonne au patient, peuvent déjà lui permettre d'aller vers un réinvestissement corporel et une acceptation du regard des autres. Ainsi, dans l'accompagnement à long terme, il serait intéressant d'approfondir la notion d'identité, mise à mal par la maladie, comme évoqué à plusieurs reprises dans ce mémoire.

Pour tenter d'objectiver ces changements, je me suis appuyée sur des outils d'évaluation. Ils m'ont accompagnée dans mes observations, et ont été un support pour les patients dans l'expression et la symbolisation de leurs ressentis.

Revenons sur le « nuage », outil essentiel de ma démarche. Il a eu plusieurs fonctions. En me permettant d'observer des changements, il m'a accompagnée dans ma réflexion sur l'intérêt d'une prise en charge psychomotrice brève chez des patients parkinsoniens. D'autre part, en facilitant la rencontre, il a été un accompagnement, un appui, permettant l'expression des ressentis, du vécu des patients, et l'élaboration autour de ceux-ci. Alors, plus qu'un outil d'évaluation, ne peut-on pas parler d'outil thérapeutique ?

J'ai aussi utilisé une « échelle d'auto-évaluation du tonus ». En l'imaginant, j'avais fait le choix de la présenter aux patients qui évoqueraient, comme principal trouble, une rigidité. Cependant, lors des entretiens, j'ai constaté qu'ils l'évoquaient rarement, bien que mes observations cliniques m'aient permis de la constater chez une grande majorité d'entre eux. Une question se pose alors : Ont-ils vraiment conscience de cette rigidité ? Si une unique rencontre peut leur permettre de cheminer vers une prise de conscience corporelle, apparaît alors, de nouveau, ce qui pourrait être un objectif de prise en charge longue.

Enfin, pour tenter d'objectiver les changements de tonus perçus lors de mes interventions, j'ai été amenée à utiliser le test du ballant. Cependant, la différence de tonus entre le début et la fin de séance était difficilement perceptible.

Le test du ballant, m'amène à une question qu'il est possible que vous vous soyez posée. Pourquoi ne pas avoir utilisé de bilan psychomoteur sous la forme de test ?

Le bilan psychomoteur est une des spécificités de la psychomotricité, généralement réalisée à l'aide de tests spécifiques. En revanche, pour les personnes dites « intestables », le psychomotricien se base sur l'observation clinique. Les patients parkinsoniens ne le sont pas, pour la plupart, et pourtant j'ai choisi de me baser sur ces observations pour confirmer ou non le besoin d'une séance. En voici les raisons :

Une des qualités requises par le psychomotricien est l'adaptation. Alors il a fallu s'adapter à une institution, à un lieu de stage, aux attentes des patients, et surtout, à la particularité d'une unique intervention.

En effet, s'est d'abord posée la question de la spécificité de mon stage, basée sur des prises en charge ponctuelles. Ne voyant les patients de façon sûre qu'une seule fois, j'ai choisi de privilégier l'entretien qui me permet des observations cliniques importantes et à la base de mes propositions de séances individualisées. De plus, il m'est apparu compliqué, dans la même journée, de proposer à des patients dont le principal motif d'hospitalisation est une altération de l'état général, un entretien, des tests, suivis d'une séance adaptée.

Enfin, comme déjà évoqué, les patients parkinsoniens sont souvent angoissés, stressés, inquiets et se sentent dévalorisés en raison de la perte de leurs capacités motrices, particulièrement dans cette situation d'hospitalisation. Le bilan psychomoteur, sous la forme de test, est une situation d'évaluation qui pourrait venir majorer leurs angoisses. La priorité ne serait-elle donc pas à la lutte contre un sentiment de dévalorisation plutôt qu'à risquer son accentuation ?

Cette discussion est également l'occasion pour moi de revenir sur mon parcours au sein de l'hôpital.

D'abord, il y a eu ce moment d'observation, de recherche, de repérage, de compréhension, de préparation, de rencontre. Il a fallu chercher ma place, trouver des repères, comprendre les attentes des patients, préparer un projet. Tout était à penser, tout était à organiser.

Et il y a eu cette envie de vouloir bien faire, de répondre au mieux aux attentes des patients mais aussi à celles de l'équipe, d'être professionnelle… certainement ce qui m'a conduite à employer un vocabulaire technique dans le projet que j'ai présenté. Dans celui-ci, j'évoque, entre autres, une possible séance de coordinations et d'équilibre. Je n'étais pourtant pas convaincue, moi-même, que ma place dans ce service était celle-ci. Et, finalement, ce qui a retenu l'attention, c'est la relaxation. L'une des principales demandes formulées par l'équipe à mon égard était l'apaisement des patients. J'étais soulagée. L'équipe a vu un intérêt dans ma démarche.

C'est donc le moment de s'organiser. Une salle est mise à ma disposition Je peux y stocker du matériel. Mais l'organisation, c'est bien plus que ça. Il y a des rituels sur lesquels je m'appuie. L'entretien se déroule dans la chambre. C'est une manière pour moi d'aller à la rencontre des patients dans leur environnement, et de réaliser mes observations cliniques dans un lieu qui leur est familier. Puis, vient le temps de la séance. Je vais chercher le patient dans sa chambre, vérifier qu'aucune prise de médicament ne soit prévue dans l'heure qui suit… et, le raccompagner, l'aider à s'installer et mettre à sa portée la « sonnette » et un verre d'eau.

Bien sûr, il y a des cas particuliers. Je dois m'adapter. Certains patients sont en chambre double, l'entretien se déroule donc dans la salle, tout comme la séance. D'autres ne sont pas autonomes, ne peuvent sortir de la chambre, entretien et séance se feront dans celle-ci. Il y a aussi des imprévus, des patients ont de la visite ou vont passer des examens… tellement de facteurs qui peuvent être désorganisants. Alors, il y a parfois des moments de doute mais, bien plus encore, un sentiment de frustration. La frustration de ne jamais savoir, de ne jamais être sûre de revoir le patient. Plusieurs questions se posent à moi : mon unique séance se suffit-elle à elle-même ? Combien de temps les changements qu'elle a entraînés vont-ils durer ? Comment le patient va-t-il se servir de ce qui a émergé ? Autant de questions qui resteront en suspens… mais il faut se faire une raison… accepter…

Alors, il y a eu des moments de doute, de remises en question, des moments de satisfaction, mais bien plus encore des moments de plaisir. Le plaisir d'être en stage dans un lieu où l'on se sent bien, d'avoir trouvé sa place et déjà d'être considérée comme une professionnelle…

CONCLUSION

Rigidité, tremblements, akinésie, tant de symptômes lourds de conséquences pour les patients parkinsoniens et leur entourage… L'« *agitation* », l'« *angoisse* », la « *dépression* », tant de sentiments exprimés… Parkinson atteint le sujet dans sa globalité. En ce sens, la psychomotricité trouve toute sa place dans la prise en charge d'une telle pathologie.

Dans ce mémoire, j'ai présenté, au travers de mon vécu, l'intérêt d'une intervention courte voire unique. Les changements, l'apaisement, l'accompagnement à l'expression d'un ressenti sont au centre du projet psychomoteur réalisé au cours de ce stage. Les variations toniques, support des émotions, s'inscrivent dans la rencontre unique et immédiate et relèvent d'un ajustement mutuel qui soutien le rétablissement du lien entre ce qui est senti et représenté.

Cette expérience enrichissante, ainsi que mes trois ans de formation, m'ont appris à découvrir ce passionnant métier dont une des particularités est la recherche permanente de solutions adaptées à chaque situation. Pour cela, le psychomotricien peut s'appuyer sur des outils thérapeutiques, des médiations, qu'il choisira en fonction de ce que le patient lui montre à voir, des signes cliniques qu'il aura perçus. Le psychomotricien, en instaurant un cadre contenant, va délimiter un espace, un temps, et une pensée, qui doivent être sécurisants tout en lui permettant d'être à l'écoute du patient, sensible à son expressivité. La mise en place de ce cadre prend appui sur l'institution, son fonctionnement, le projet de soin et les patients rencontrés.

La psychomotricité est une approche individualisée. Elle demande un ajustement nécessaire de la part du psychomotricien pour entrer en relation, mais aussi, repérer et comprendre la problématique du patient afin de lui proposer une prise en charge adaptée.

Ainsi, le psychomotricien pense… cherche… s'adapte… s'ajuste… écoute… observe… mais, bien plus encore, le psychomotricien voit au delà de ce qui se voit…

BIBLIOGRAPHIE

(1) BACHOLLET Marie-Sophie, MARCELLI Daniel. «Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements.» *Enfances & psy n°49*, 2010: p. 14-19.

(2) BOSCAINI Franco, SAINT-CAST Alexandrine. «L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice.» *Enfances & psy n°49*, 2010: p. 78-88.

(3) CAVANNA, François. *Lune de miel.* Editions gallimard, 2011.

(4) CHANTEGROS, Fabienne. *Quand le temps manque...* BORDEAUX: Mémoire de psychomotricité, 1998.

(5) COLOMBEL, Jean-Claude (Docteur). «Le syndrome de glissement.» *Réunion de gériatrie.* Perpignan, 2011.

(6) CZERNECKI, Virginie. «Les troubles du comportement dans la maladie de Parkinson.» *L'ECHO n°87*, juin 2006: p. 16-18.

(7) DAMASIO, Antonio R. *L'erreur de Descartes, la raison des émotions, chapitre 7, p 169-213.* Editions Odile Jacob, 1995.

(8) DAMASIO, Antonio R. *Spinoza avait raison; Joie et tristesse, le cerveau des émotions.* Poches Odile Jacob, 2005.

(9) DEFEBVRE Luc, VERIN Marc. *La maladie de Parkinson.* ELSEVIER MASSON.

(10) DRAPIER, Sophie. «La pompe à apomorphine chez les patients ayant une maladie de Parkinson évoluée et contre-indiqués à la stimulation du noyau sous-thalamique.» *France Parkinson l'écho n°110*, Mars 2012: p. 12-14.

(11) GIFFARD, Bénédicte. «Chapitre 22. Emotion, humeur et motivation.» Dans *Traité de neuropsychologie clinique*, de Fancis Eustache et al., p. 381-427. De Boeck Supérieur "Neuroscience et cognition", 2008.

(12) GIRAUDET, J-S. «Annonce du diagnostic de maladie chronique à un patient.» *Synoviale n°151*, mai 2006: p 8-13.

(13) GOFFMAN, Erving. *Stigmate, les usages sociaux des handicaps.* LES EDITIONS DE MINUIT.

(14) HAUTE AUTORITE DE SANTE. «Education thérapeutique du patient, Définitions, finalités et organisation.» juin 2007.

(15) HAUTE AUTORITE DE SANTE. «Guide du parcours de soins, Maladie de Parkinson.» Février 2012.

(16) KAEMPF, Sophie et al. «Unifier de la tête aux pieds, approche psychomotrice de la problématique de l'identité chez le patient atteint de la maladie de Parkinson.» Dans *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*, de Michel PERSONNE, p. 69-85. ERES Pratiques gérontologiques, 2011.

(17) MARCELLI, Daniel. «Entre les macrorythmes et les microrythmes : la surprise dans l'intéraction mère-bébé.» *Spirale n°44*, 2007: p. 123-129.

(18) MARTINET, M. *Théorie des émotions, introduction à l'oeuvre d'Henri Wallon, chapitre IV, p. 89-127.* AUBIER, Editions Montaigne.

(19) OPPENHEIM-GLUCKMAN, Hélène. *La pensée naufragée, Clinique psychopathologique des patients cérébro-lésés.* Anthropos, 2000.

(20) POTEL, Catherine. *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir.* Erès.

(21) SACKS, Olivier. *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau et autres récits cliniques.* Editions du Seuil.

(22) SAPIR, Michel. «Place de la relaxation à induction variable.» Dans *Relaxation*, de Jean Marvaud, p. 121-130. 1995.

(23) www.franceparkinson.fr

ANNEXES

ANNEXE 1

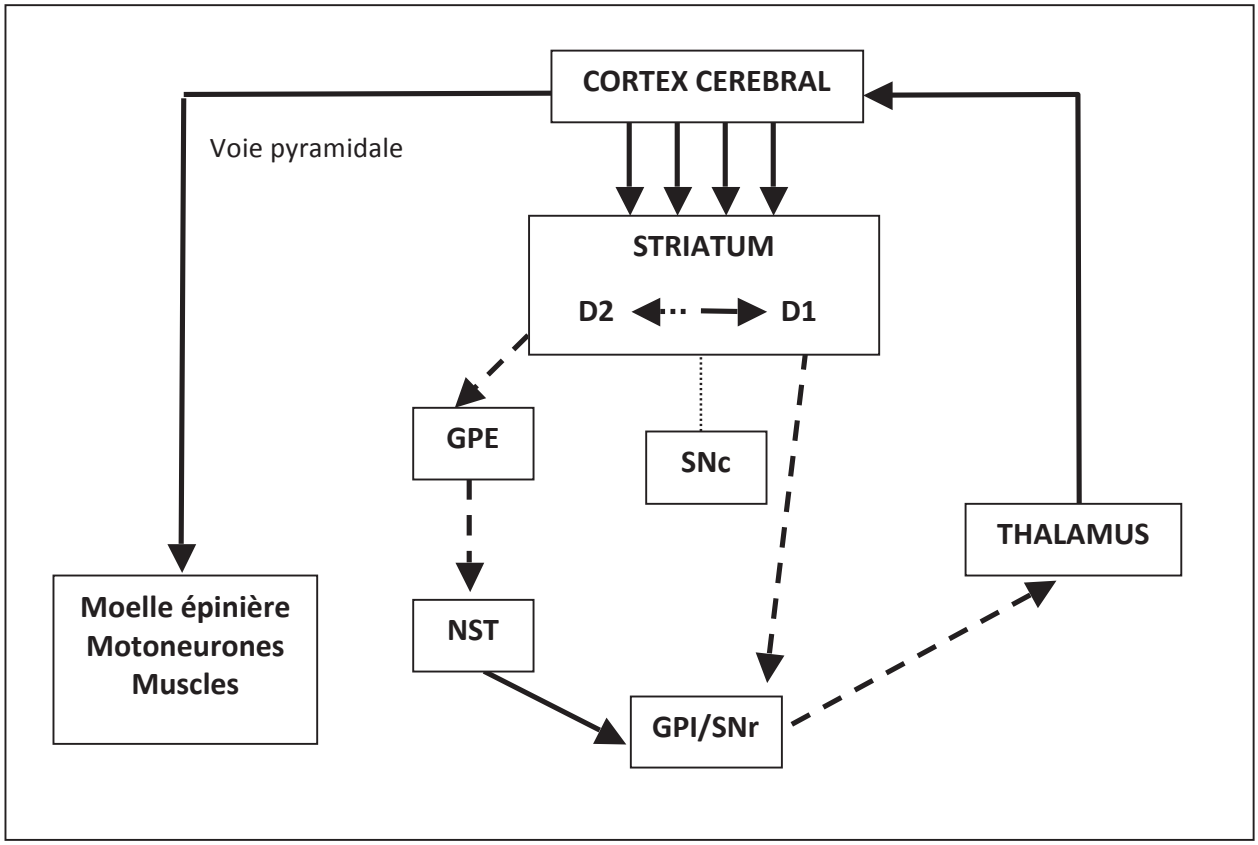


Schéma général du fonctionnement des noyaux gris centraux ou ganglions de la base

Le **glutamate** est excitateur (→), le **GABA** inhibiteur (- - >).

NST : noyau sous thalamique.

GPE : globus pallidus externe.

GPI : globus pallidus interne.

SNr : substance noire réticulée.

SNc : substance noire compacte.

…. : neurones dopaminergiques.

ANNEXE 2

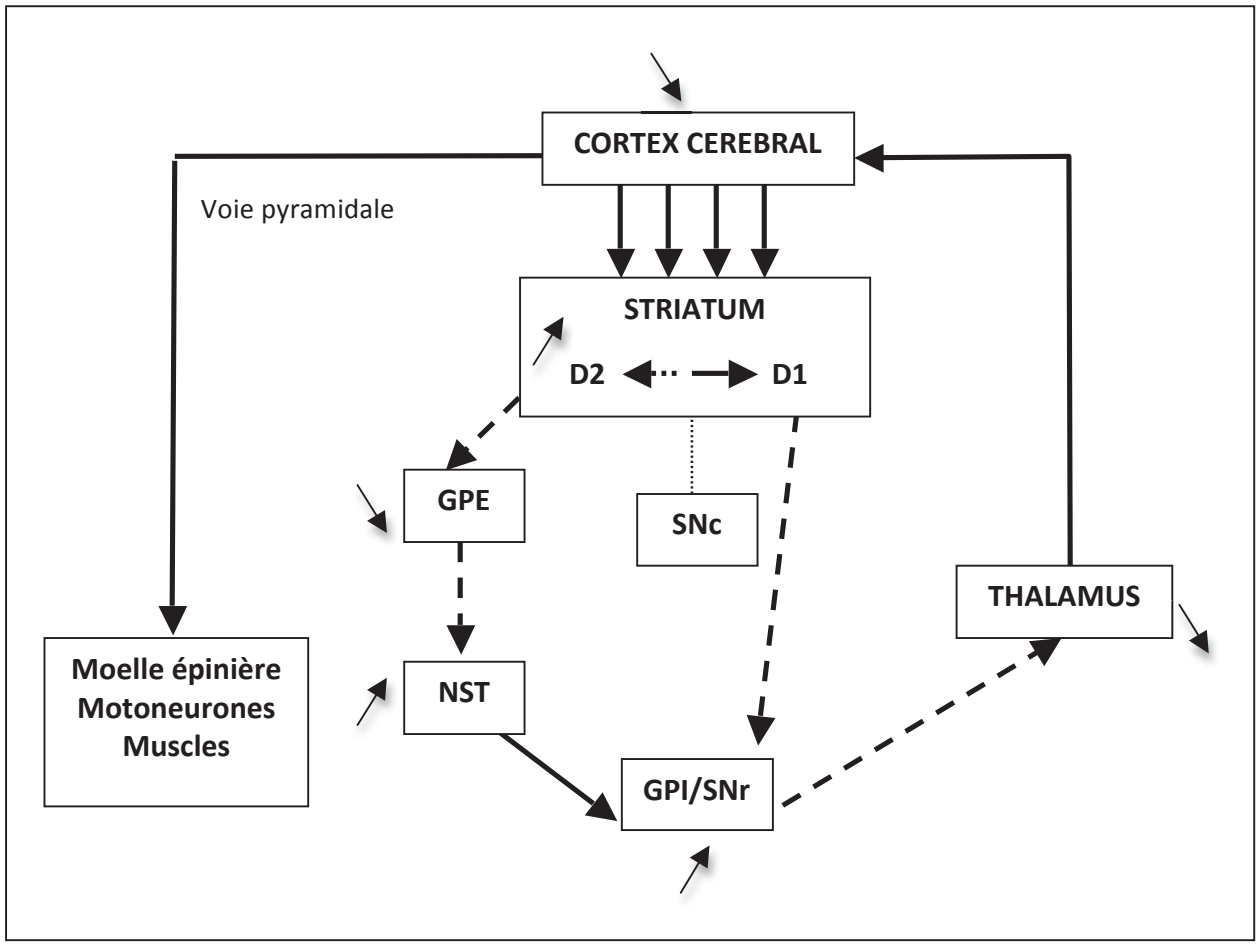


Schéma général du fonctionnement des noyaux gris centraux et conséquences d'une lésion de la substance noire compacte entrainant la maladie de Parkinson.

- Le **glutamate** est excitateur (→), le **GABA** inhibiteur (- - >).

- ↗ Augmentation de l'activité des noyaux gris centraux quand il y a maladie de Parkinson.

- ↘ Diminution de l'activité des noyaux gris centraux quand il y a maladie de Parkinson.

ANNEXE 3

- Savez-vous pourquoi vous êtes ici ?

- Savez-vous ce qu'est la maladie de Parkinson ?

- Si oui, où avez-vous eu ces informations ?

- Connaissez-vous votre traitement ?

- Qu'est ce qui a changé dans votre corps depuis l'apparition de la maladie ?

- Pouvez-vous vous dessiner, très simplement, comme vous vous ressentez ?

ANNEXE 4

Alice

Pierrot

Raymond