



HAL
open science

Rela(xa)tion en psychomotricité : intérêt de la relaxation auprès de personnes atteintes de la maladie de Parkinson ou de syndromes apparentés

Clémentine Contat

► To cite this version:

Clémentine Contat. Rela(xa)tion en psychomotricité : intérêt de la relaxation auprès de personnes atteintes de la maladie de Parkinson ou de syndromes apparentés. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01017878

HAL Id: dumas-01017878

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01017878>

Submitted on 3 Oct 2014

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 DE BORDEAUX
Institut de Formation en Psychomotricité

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

Rela(xa)tion en psychomotricité

*Intérêt de la relaxation auprès de personnes atteintes de la maladie
de Parkinson ou de syndromes apparentés*

CONTAT Clémentine

Née le 12 septembre 1991 à Toulon (83)

Juin 2014

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	1
INTRODUCTION.....	2
Chapitre 1 : <i>Nos aînés, acteurs de notre passé, notre présent et notre avenir</i> .4	
1 – Le vieillissement.....	5
2 – La maladie de Parkinson et syndromes apparentés	14
Chapitre 2 : <i>La relaxation comme outil en psychomotricité</i>	35
1 – Définition et généralités	36
2 – La relaxation : médiation psychomotrice	38
3 – Relaxation psychomotrice auprès de sujets atteints de la maladie de Parkinson ou syndromes apparentés.....	51
Chapitre 3 : <i>Mise en pratique</i>	54
1 – Présentation de mes stages	55
2 – Ma pratique de la relaxation auprès de personnes atteintes de syndromes parkinsoniens	60
3 – Évolution personnelle.....	83
CONCLUSION	85
BIBLIOGRAPHIE	87
TABLES DES MATIERES	88
ANNEXES	92
Annexe 1 : anatomie cérébrale	92
Annexe 2 : schéma de démarche diagnostique des syndromes parkinsoniens	93

REMERCIEMENTS

Je saisis, ici, l'occasion de remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire.

Tout d'abord, je tiens à remercier M. GAËSTEL, mon maître de mémoire, pour ses précieux conseils et sa disponibilité dans l'accompagnement de ce projet.

Je remercie Miren LAVAUD pour sa gentillesse, son soutien et son savoir qui m'ont accompagnée tout au long de ces deux dernières années, et qui ont participé à la construction de ce mémoire.

Je remercie également mes maîtres de stages, Diane SALLÉ et Cécilia BORGHI, qui m'ont transmis leur savoir et leur pratique me permettant par la suite d'évoluer dans ma propre direction grâce à leurs encouragements et leur présence.

Je ne peux poursuivre cette page sans remercier ma famille et mes proches, qui m'ont toujours soutenue et accompagnée dans mes études et plus particulièrement dans ce projet.

Enfin, je finis par remercier mes camarades de promotion avec qui j'ai partagé de beaux moments tout au long de ces trois années, et qui ont concouru, d'une manière ou d'une autre, à l'enrichissement de ce mémoire.

INTRODUCTION

Voici à présent 3 ans que je suis étudiante à l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux. A travers ces trois années, j'ai pu approcher différents publics, dans mes stages, dans mes lectures ou encore auprès des enseignants : la petite-enfance, les enfants, les adolescents et ce, jusqu'à l'âge adulte. Cependant, la pratique de la psychomotricité me paraissait encore floue auprès d'une catégorie d'adultes : les personnes dites « âgées ».

C'est ainsi que je me suis orientée vers cette population, notamment dans mes stages en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Très vite, je m'aperçois que les maladies neurodégénératives avec troubles cognitifs font partie des diagnostics les plus courants dans ces institutions, et, entre autre, la maladie de Parkinson qui nous intéressera tout au long de ce mémoire.

Au cours de ma formation, j'ai eu l'occasion de découvrir une approche qui m'était inconnue jusque-là : la relaxation. Cette expérience m'a été très bénéfique et j'y ai vu un moyen d'enrichir ma pratique en tant que future professionnelle. Je me suis alors posée une première question : quels sont les intérêts de la relaxation d'un point de vue strictement physiologique ? Quels sont ses effets ?

Deuxième pathologie neurodégénérative la plus fréquente après la maladie d'Alzheimer selon la Haute Autorité de Santé¹, la maladie de Parkinson entraîne des répercussions dans tous les domaines de la vie du sujet, tant au niveau psychique que physique. Elle a donc été définie comme maladie psychomotrice.

C'est alors que mes questions concernant la relaxation se sont précisées : quels sont ses intérêts dans le cadre d'un suivi en psychomotricité ?

Par la relaxation, le psychomotricien donne au patient un temps et un lieu permettant l'expérimentation du corps à travers des sensations et l'accessibilité à une symbolisation de ces éprouvés.

¹ HAS - Guide du Parcours de Soins de la Maladie de Parkinson : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parours_de_soins_parkinson.pdf

Cela suscite des vécus de plus en plus élaborés et structurants pour l'individu, notamment vis-à-vis de l'identité, de la perception de soi, qui peuvent être mises à mal, par exemple dans la maladie de Parkinson.

Ma réflexion m'a conduite à la problématique suivante : ***quel est l'intérêt du suivi en relaxation psychomotrice auprès de personnes âgées atteintes de la maladie de Parkinson ou de syndromes apparentés ?*** C'est à travers ce mémoire que je vais chercher à répondre à cette question.

Dans un premier temps, j'aborderai une partie centrée sur nos aînés, le processus du vieillissement, ses répercussions et cette pathologie qu'est la maladie de Parkinson. Je présenterai dans une deuxième partie la relaxation dans son aspect général mais également dans une dimension psychomotrice, en tant que médiation de la relation.

Enfin, je terminerai par l'exposé de ma pratique psychomotrice de la relaxation auprès de personnes atteintes de la maladie de Parkinson ou de syndromes apparentés et par mon évolution tout au long de cette année.

Chapitre 1 :

*Nos aînés, acteurs de notre passé,
notre présent et notre avenir*

1 – Le vieillissement

De nos jours, la vieillesse et le processus du vieillissement sont devenus des sujets centraux dans notre société. L'amélioration de la qualité de vie et de l'accès aux soins médicaux ont entraîné progressivement l'allongement de l'espérance de vie ; c'est ainsi qu'en France métropolitaine, depuis le début du XXème siècle, le pourcentage de personnes âgées de plus de 60 ans dans la population a quasiment doublé (passant de 12.7% à près de 23%)².

On ne peut donc pas ignorer la place grandissante qu'occupent nos aînés dans la société et, face à ce pourcentage en constante augmentation, des questions se posent. En effet, la population des personnes âgées en institution nécessite un accompagnement et des soins particuliers et adaptés ; la notion de dépendance s'ajoute aux problématiques liées à la vieillesse, c'est pourquoi des moyens sont mis en place. Ainsi, depuis 2001, la plupart des maisons de retraites et des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA) deviennent progressivement médicalisés et sont renommés Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Plus spécifiquement, les plans Alzheimer successifs se sont aussi centrés sur la question de l'adaptation des soins auprès de nos aînés ainsi que celle de la formation plus spécialisée des professionnels.

C'est dans ce contexte que nous allons aborder la vieillesse et le processus du vieillissement à travers des définitions, puis leur description au travers des dimensions sociale, psychique, corporelle et psychomotrice.

1.1 - Définitions

La vieillesse et le vieillissement sont des notions très subjectives. Selon le contexte (socioculturel, professionnel, familial...), leurs définitions peuvent être très différentes. Le vieillissement est un phénomène, un processus physiologique, vécu par tout un chacun.

² Source INSEE : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T11F036 Tableau « Population par groupe d'âge au 1^{er} janvier »

Cependant, bien qu'universel, il est également individuel. Il dépend de facteurs propres à chaque individu (environnement, prédispositions génétiques, vie émotionnelle et psychique du sujet...), rendant le vécu de la vieillesse et sa représentation uniques.

Selon l'OMS, le vieillissement physiologique (ou sénescence) est un « *processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps.* »

Le gérontologue américain Howell décrira la sénescence de manière plus imagée et poétique : « *La sénescence n'est pas une pente que chacun descend à la même vitesse. C'est une volée de marches irrégulières que certains dégringolent plus vite que d'autres.* »³

D'autres auteurs décriront : « *La vieillesse est une période inévitable et naturelle de la vie humaine, caractérisée par une baisse des fonctions physiques, la perte du rôle social joué comme adulte, des changements dans l'apparence physique et un acheminement graduel vers une diminution des capacités* »⁴

Ces définitions associent donc la vieillesse à un état naturel plutôt qu'un processus pathologique, avec des retentissements sociaux, psychiques et physiques.

1.2 – Le vieillissement social

« *On est socialement vieux de plus en plus jeune et biologiquement vieux de plus en plus tard* »⁵

Dans cette partie, nous allons nous intéresser au statut social des personnes dites « âgées ».

Quels que soient les qualificatifs employés pour nommer nos aînés, ils laissent entendre qu'à partir d'un âge précis, nous sommes vieux. Définir cet âge de la vieillesse est un point délicat qui a toujours posé question.

³ HOWELL cité par DE BEAUVOIR, La vieillesse, Éditions Gallimard, 1970

⁴ MISHARA et RIEDEL, Le vieillissement, Presses universitaires de France, 1984

⁵ Citation de PUIJALON B., anthropologue

Ce critère de l'âge comme déterminant de la vieillesse est apparu notamment au cours des guerres, pour définir les hommes aptes au combat (généralement entre 15 et 60 ans).

Autrefois, l'âge n'était pas un indicateur de vieillesse. On utilisait davantage l'apparence et les capacités physiques : ainsi un homme était vieux lorsque les signes de l'âge étaient marqués sur son corps et lorsqu'il n'avait plus les capacités de travailler.

Au fil des siècles, l'âge retenu pour définir le seuil d'entrée dans la période de la vieillesse était 60 ans, notamment en raison d'apparitions croissantes de maladies à cet âge et de la baisse des capacités physiques.

C'est à la fin du XX^{ème} siècle que l'âge de la vieillesse est passé à 65 ans, associé bien souvent au départ à la retraite. De nos jours, la retraite est un critère social de la vieillesse, catégorisant les nouveaux retraités dans la classe du 3^{ème} âge (65-89 ans). Pour les plus de 90 ans, on emploie le terme de 4^{ème} âge.

Alors que le départ à la retraite peut être très attendu et bien vécu par certains, pour d'autres, ce changement de statut social est source d'un sentiment d'impuissance, d'inutilité dans la société ; il peut être vécu comme la perte de leur légitimité au sein de la société, la perte de leurs capacités permettant une vie professionnelle.

Ces nouveaux retraités sont confrontés également à un bouleversement de leur vie familiale, de leurs habitudes de vie. Ils se retrouvent à leur domicile, seuls ou avec le conjoint : il faut alors se réajuster aux nouvelles conditions de vie, retrouver ou conserver une vie sociale, réajuster le mode de relation avec le conjoint etc.

Un autre critère social de vieillissement est la filiation. Souvent, les enfants ont grandi, ils ont quitté la maison et sont moins présents. A leur tour, ils ont donné la vie, réorganisant les statuts au sein de la famille. De « parent de », la personne devient également « grand-parent de », lui conférant une place d'aîné dans la famille. Le qualificatif de « grand-père » ou « grand-mère » n'est pas toujours bien reçu, notamment parce qu'il renvoie directement à la notion de vieillesse, notion à laquelle la personne ne s'identifie pas encore. De nos jours, on observe de plus en plus de surnoms dans les familles, pour remplacer le qualificatif de « grand parent » par un nom neutre et sans connotation négative liée à la vieillesse.

Cette connotation négative de la vieillesse est due aux phénomènes physiques et psychiques observables chez certaines personnes, ou à la dépendance et les polyopathologies dans le « très grand âge », qui, par leur aspect ou l'image qu'ils renvoient, peuvent effrayer. En effet, la vieillesse est souvent perçue comme une période où corps et esprit se dégradent et ce, jusqu'à la mort, modifiant ainsi l'image de la personne aux yeux d'autrui. Cette vision négative de la vieillesse au sein de la société, renforce le statut de « personne âgée » ou de « vieux » dès lors que les premiers signes de vieillesse apparaissent, et rend compliquée la recherche d'un nouveau statut social.

1.3 – Le vieillissement psychique

Le vieillissement psychique peut être assimilé aux épreuves, aux événements de vie de la personne c'est-à-dire tous les facteurs, qu'ils soient externes ou internes, qui participent à une modification de l'identité de la personne et de son estime de soi. Effectivement, ce que nous appelons « vieillissement » est un processus actif et évolutif durant lequel de nombreux remaniements vont avoir lieu psychiquement.

Chaque individu possède sa propre histoire de vie, avec des événements plus ou moins marquants (maladie, mort...). Plus on avance en âge, plus nous sommes confrontés à la perte. Il peut s'agir de la perte de nos proches, mais également de la perte physique ou du rôle social.

Face à ce nombre croissant de pertes, la personnalité du sujet peut subir des dommages, l'amenant progressivement vers des sentiments de dépréciation de soi, de perte de soi.

Christine MAINTIER décrit ce phénomène de manière très juste :

« Le vieillissement amène l'individu à faire progressivement le deuil d'un idéal du corps. »

« La vision intérieure de soi adhère de moins en moins à la vision extérieure de soi. »

*« Le déclin, la perte de l'image du corps suppriment également l'un des ponts qui permettent le lien, la compréhension et l'interaction avec autrui, [...] la souffrance du corps est accompagnée de celle de la subjectivité, du sentiment de se sentir sujet ».*⁶

Ainsi, par le vécu de pertes, de deuils, de traumatismes ou encore d'anxiété et de dépression, certaines personnes vieillissantes peuvent alors entrer dans un isolement, elles restreignent peu à peu les stimulations environnementales (sensorielles, cognitives...), ce qui concourt à accentuer le vieillissement psychique.

1.4 – Le vieillissement corporel

Le vieillissement physiologique du corps est la première conséquence du vieillissement qui nous est donné de voir, puisqu'il va concerner le corps, tant dans son aspect fonctionnel que dans sa structure.

En effet, les modifications corporelles ne sont pas nécessairement les premières à apparaître mais ce sont celles qui touchent le plus l'aspect général de la personne, l'image qu'il renvoie à son entourage et au monde environnant.

Du point de vue de l'aspect physique et fonctionnel du corps, on observe avant tout des modifications dues au vieillissement cellulaire, telles que le vieillissement de la peau, avec un affinement important de celle-ci, l'apparition de rides, mais aussi les cheveux qui perdent progressivement leur couleur pour devenir gris ou blancs.

On observe une diminution de la taille par tassements des disques intervertébraux et modification de la posture, ainsi qu'une modification du rapport masse grasseuse/masse musculaire, en faveur d'une proportion plus importante de masse grasseuse et d'une diminution de la masse musculaire (diminution du nombre de fibres).

⁶ Dans l'ouvrage de PERSONNE M, Protéger et construire l'identité de la personne âgée, Une identité à construire et à conserver, p 33-46, Editions Erès, 2011

On entend communément « le corps se tasse » ou « le corps se courbe ». Effectivement, la personne vieillissante rencontre une modification de sa posture : « *L'activité posturale s'appuie sur le tonus musculaire dont les variations vont influencer la qualité de la posture : énergie engagée, force de stabilité, [...] charge expressive ou communication non verbale* ».

Chez nos aînés, c'est cette activité posturale qui est mise à mal par les modifications corporelles, ainsi énergie engagée et force de stabilité diminuent. Cette posture traduit alors une attitude de regroupement autour du centre de gravité et d'agrandissement du polygone de sustentation, pour pallier le risque de chutes.

Les conséquences sont des troubles de la marche avec une diminution de la vitesse et de la fluidité, une baisse de l'amplitude des mouvements et une exploration spatiale diminuée pour éviter les situations de déséquilibre.

Au niveau structurel du corps, aspect plus interne, on observe également des modifications. Celles-ci sont moins évidentes car elles n'apparaissent pas à première vue. Il va s'agir de l'atteinte des différents systèmes du corps.

Au **niveau ostéo-articulaire**, il faut savoir que dès 30-35 ans, nous perdons en masse minérale osseuse. Cette ostéopénie fait partie du processus physiologique du vieillissement et entraîne une fragilité du système osseux, accélérée par la sédentarité, le manque d'apport en certains nutriments, et les modifications endocriniennes. On peut alors observer des conséquences telles que l'ostéoporose (fragilité du squelette par diminution de densité osseuse et altération de la micro-architecture osseuse) ou l'arthrose (dégénérescence du cartilage au niveau des articulations, entravant la mobilité de celles-ci). Ces atteintes du système ostéo-articulaire augmentent les risques de fractures, et peuvent intervenir dans la perte de mobilité due à l'augmentation des douleurs à la mobilisation.

En ce qui concerne le **système nerveux**, le processus de vieillissement physiologique entraîne une dégénérescence jusqu'à la mort progressive des neurones et donc des circuits neuronaux à l'origine de notre fonctionnement général. En effet, le système nerveux gère le fonctionnement des organes, les informations sensorielles ou encore la coordination des mouvements. Ainsi, une diminution des capacités adaptatives du corps est visible.

Le **système sensoriel** peut également être modifié, par la diminution des capacités des organes sensoriels.

Ainsi, la vision peut être altérée, par une baisse de la vision périphérique et l'apparition de presbytie, de cataracte voire d'une Déficience Maculaire Liée à l'Age (DMLA).

Par la dégénérescence de la fibre nerveuse auditive ou l'atrophie du nerf auditif, l'ouïe est également touchée. On constate alors une diminution ou une perte de l'acuité auditive (presbyacousie). La baisse de vigilance et d'attention de la personne âgée entraîne également des répercussions sur ces précédentes modalités de perceptions.

Progressivement, il peut y avoir une réduction du nombre de papilles gustatives associée à une atteinte du traitement perceptif, entraînant une difficulté de perception des saveurs, une perte de goût.

En ce qui concerne le toucher, on remarque une perte de sensations tactiles due aux modifications de la peau et de ses récepteurs, mais également aux troubles de la régulation de température de la peau, entraînant des difficultés de perception.

Enfin, l'odorat et la capacité à distinguer les odeurs s'amointrissent en raison de la réduction des récepteurs. Associée à la perte de goût, la perte d'odorat peut être un facteur influençant la perte d'appétit, la dénutrition et la perte de poids.

La diminution de ces capacités de perception sensorielle conduit la personne vieillissante dans un environnement d'hyperstimulation par des tentatives de compensation de l'entourage (volume vocal plus élevé, gestes plus nombreux pour accompagner la parole..) favorisant les difficultés à traiter les afférences sensorielles. Face à cette sur-stimulation, on peut observer un retrait tant social que physique de l'individu.

Tous ces facteurs de vieillissement corporel concourent à une perte de mobilité, et donc de perceptions kinesthésiques, tactiles et visuelles qui modifieront sensiblement le schéma corporel, dans le sens d'un appauvrissement. Nous pouvons alors faire le lien entre le vieillissement corporel et le vieillissement psychomoteur.

1.5 – Le vieillissement psychomoteur

Les conséquences du vieillissement sur les fonctions psychomotrices touchent les différents domaines auxquels on s'intéresse en psychomotricité (tonus, espace, temps, motricité et coordination, schéma corporel...), mais ce, de manière variable d'un individu à l'autre.

De manière générale, les effets se caractérisent par un **ralentissement moteur**. Cela est expliqué par le vieillissement des cellules et notamment celles du cortex moteur, entraînant une baisse de l'activité des neurones et donc un ralentissement moteur, notamment au niveau des coordinations idéomotrices et des praxies fines. Cette dégradation progressive des cellules touche certains processus cognitifs permettant la programmation, le contrôle du mouvement, la modification des stratégies et la mobilisation des ressources attentionnelles.

On peut constater ce ralentissement dans les **troubles de la marche**. La longueur et la hauteur du pas étant réduites et la largeur du pas étant augmentée pour assurer plus de stabilité, la vitesse de marche se trouve diminuée. C'est à ce moment qu'on retrouve notamment une mobilisation des ressources attentionnelles importante, afin de contrôler sans cesse le pas au sol.

Suite au vieillissement, le corps perd en efficacité musculaire, il est moins sollicité. On peut observer, chez la personne vieillissante, des **troubles de la régulation tonique** qui vont provoquer des situations de déséquilibre.

L'équilibre, dynamique comme statique, dépend de l'intégration des informations sensorielles ainsi qu'à la posture et aux capacités d'adaptation posturale. Ce manque d'intégration sensorielle, d'adaptation posturale et les troubles du tonus associés, font partis des nombreux facteurs favorisant des **troubles de l'équilibre** chez nos aînés. Associée à ces troubles, la peur des chutes est souvent dominante, réduisant un peu plus la motricité et abaissant le centre de gravité pour limiter ces événements pouvant être vécus comme traumatiques.

La notion de schéma corporel, initialement évoquée en 1893 par le neurologue et psychiatre français Pierre Bonnier, a été redéfinie en 1970 par Julian De Ajuriaguerra :

*« Édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification ».*⁷

Le corps de la personne âgée étant de moins en moins sollicité, les perceptions comme celles citées par De Ajuriaguerra s'appauvrissent. Ainsi, on observe fréquemment des **troubles du schéma corporel** dans cette population. En effet, la perte progressive des sensations entraîne une désorganisation de la perception du corps et notamment une désorganisation dans l'espace. L'orientation devient difficile et cela se vérifie dans les institutions gériatriques où la **désorientation temporo-spatiale** est très courante.

Nous pouvons également constater des **troubles des coordinations générales** (maladresses, incoordinations...). Le manque d'accès à l'information sensorielle, comme nous l'avons vu plus haut, est également une raison de ces troubles. La rapidité et les combinaisons de mouvements complexes sont bien souvent mises à mal.

Enfin, on observe une **modification de l'expression verbale**. La fluence verbale est diminuée, la production verbale est moins importante qu'auparavant, notamment en raison d'une plus grande difficulté d'accès au lexique et de l'agnosie. L'organisation syntaxique, la construction des phrases peuvent devenir imprécises. La compréhension verbale reste globalement maintenue, mais on remarque chez les personnes âgées une complication de la compréhension lorsque les phrases sont longues, complexes et avec un débit verbal rapide. Ceci s'explique notamment par l'altération des capacités attentionnelles qui ne favorisent pas la mémorisation de récits ou de consignes importantes.

⁷ DE AJURIAGUERRA J. : Manuel de psychiatrie de l'enfant, 1970, Paris, Edition Masson

2 – La maladie de Parkinson et syndromes apparentés

Aujourd'hui, en France, on estime le nombre de malades de Parkinson à environ 120 000. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), elle représente la pathologie neurodégénérative la plus fréquente après la maladie d'Alzheimer, mais aussi la seconde cause de handicap moteur d'origine neurologique chez les personnes âgées après les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC).⁸

Les hypothèses étiologiques sont nombreuses : l'origine de la maladie de Parkinson est encore inconnue et serait multifactorielle ; en ce qui concerne les facteurs génétiques, la pathologie serait le plus souvent d'origine sporadique, seuls de rares cas permettraient un lien avec les antécédents familiaux. Les facteurs environnementaux sont privilégiés avec une étude systématique des conditions d'habitat (contact avec des produits toxiques, des diluants de peinture ou encore une alimentation traitée avec des pesticides par exemple) et des traitements médicamenteux, notamment la prise de neuroleptiques, qui augmentent d'un facteur 3,6 le risque de survenue de la maladie.

Cette pathologie toucherait préférentiellement les hommes malgré l'absence d'une démonstration évidente et le risque d'apparition de la maladie augmenterait avec l'âge : avant 45 ans, la survenue de la maladie est très rare, tandis qu'après 65 ans, 1% de la population serait touchée, avec un « pic de fréquence » vers 70 ans.⁹

Dans cette partie, nous décrirons la maladie de Parkinson dite idiopathique, son historique, ses signes cliniques, ses traitements et son évolution, puis nous ferons le lien avec ce que nous appelons les syndromes parkinsoniens.

⁸ HAS - Guide du Parcours de Soins de la Maladie de Parkinson : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parours_de_soins_parkinson.pdf

⁹ Site de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) : <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/maladie-de-parkinson>

2.1 – Historique de la maladie

La découverte de la maladie de Parkinson remonte au XIX^{ème} siècle. En effet, c'est en 1817, qu'un médecin britannique du nom de James Parkinson met en évidence ce qu'il appelle « la paralysie agitante ». De nombreux auteurs avant lui ont décrit des éléments de la maladie de Parkinson, dès l'Antiquité, sans pour autant faire de lien entre eux.

Cette année-là, James Parkinson publie un essai intitulé « An essay on the shaking palsy » où il rapporte quelques caractéristiques de la maladie selon lui : « *un tremblement involontaire avec diminution de la force musculaire dans les parties du corps au repos et même lorsque soutenues, avec une propension à courber le tronc vers l'avant, et à passer de la marche à la course ; les sens et l'intellect n'étant pas atteints* »¹⁰.

En 1872, c'est le neurologue français Jean Martin Charcot qui propose le terme de « maladie de Parkinson », en hommage à James Parkinson. Les travaux de Charcot autour de cette maladie permettront une avancée importante dans l'établissement de sa séméiologie.

En 1912, Frederic Lewy met en évidence la présence de structures pathologiques dans les neurones de la substance noire du cerveau. Ils seront renommés plus tard « corps de Lewy ».

En 1919, la localisation des lésions à l'origine de la maladie de Parkinson, au niveau de la substance noire, est démontrée. C'est une structure située à la base du mésencéphale, et qui rassemble en grand nombre les neurones dopaminergiques (**Annexe 1**).

Dans les années 1950, des travaux réalisés par Arvid Carlsson, médecin et biologiste suédois, ont rapporté l'existence d'un neurotransmetteur appelé dopamine, déjà connu pour son rôle de précurseur central de neurotransmetteur depuis le début du XIX^{ème} siècle. C'est la dégénérescence des neurones du locus niger synthétisant cette dopamine, par les corps de Lewy du tronc cérébral, qui est à l'origine de la maladie de Parkinson.

¹⁰ Traduction de « An Essay on the Shaking Palsy » - Chapitre 1 page 1

Au fil des années, les traitements préconisés pour cette pathologie ont évolué avec les découvertes, allant de l'utilisation de l'atropine (action parasympholytique donc antispasmodique) à la L-DOPA (précurseur de la dopamine franchissant la barrière hémato-encéphalique) et aux agonistes dopaminergiques, qui permettent l'augmentation de la concentration de la dopamine dans le système nerveux, qui fait défaut aux malades de Parkinson.

2.2 – Signes cliniques de la maladie de Parkinson

2.2.1 – La triade symptomatique de Parkinson

De nos jours, la séméiologie ayant évolué, nous parlons davantage de triade symptomatique de la maladie de Parkinson. Effectivement, il est recensé trois grands signes cliniques : l'akinésie, la rigidité et les tremblements de repos.

Cependant, s'ils sont associés à cette pathologie, le diagnostic ne nécessite pas pour autant l'observation systématique de tous ces symptômes.

❖ L'akinésie

L'akinésie est considérée comme le symptôme le plus important de la triade symptomatique car c'est le plus invalidant. Dans le contexte de la maladie de Parkinson, le terme « akinésie » regroupe en réalité plusieurs troubles et non pas seulement l'akinésie pure, caractérisée par l'incapacité à initier des mouvements.

En effet, lorsqu'on parle d'akinésie on prend également en compte l'hypokinésie (diminution de l'amplitude des mouvements) et la bradykinésie (lenteur).

L'akinésie, dans sa représentation générale, entrave la motricité automatique comme volontaire, en l'absence de toute paralysie. Elle s'observe principalement dans la réalisation de mouvements complexes, nécessitant la coordination de plusieurs groupes musculaires ou de plusieurs membres.

Elle peut être très variable d'un moment donné où le patient aura de grandes difficultés dans la réalisation de mouvements, à un autre moment où il aura beaucoup plus d'aisance dans ces mêmes mouvements. On parle de fluctuations, car elle est dépendante de multiples facteurs comme l'état émotionnel, les stimulations environnementales trop importantes, les douleurs, les difficultés de concentration ou d'attention...

Au niveau psychomoteur, l'akinésie va se traduire notamment par des difficultés importantes au niveau des coordinations, de la marche et de l'équilibre. En effet, on observe ces difficultés de coordination en particulier dans les mouvements oculo-manuels et les gestes fins. Dans l'écriture par exemple, l'initiation des gestes est plus compliquée, avec une micrographie caractéristique dans la maladie de Parkinson pouvant aller jusqu'à la perte de la capacité d'écrire.

On constate également que la marche est ralentie, interrompue par moment par l'hésitation ou l'incapacité à démarrer : on parle d'enrayage cinétique ou de blocage. Les pas ont peu d'amplitude ; les patients atteints de la maladie de Parkinson donnent souvent l'impression d'une démarche lourde avec des pas dits « aimantés » et d'une tendance au piétinement. Ceci entraîne a fortiori des troubles de l'équilibre, avec un ballant du bras qui disparaît et une défaillance posturale entravant la stabilité du sujet.

L'akinésie entraîne également des troubles de la communication. Chez les malades de Parkinson, il est fréquent de constater un visage figé, sans expression (amimie), une raréfaction du clignement palpébral et des gestes ou encore des difficultés d'élocution, ce qui ne favorise pas les échanges tant au niveau verbal que non-verbal.

L'akinésie est donc le symptôme le plus important dans l'élaboration du diagnostic notamment par l'importance de ses conséquences sur le fonctionnement global de l'individu.

❖ La rigidité

Il est très important de distinguer la rigidité et l'akinésie, qui sont souvent confondues. Alors que l'akinésie est un trouble de l'initiation du geste, la rigidité, elle, est caractérisée par une co-contraction des muscles fléchisseurs et extenseurs et donc par une hypertonie. Cette tension excessive entraîne une bradykinésie (lenteur des mouvements) ainsi que la sensation de rigidité. En effet, de manière générale, lors d'un mouvement, lorsque nos muscles fléchisseurs fonctionnent, il y a des réflexes inhibiteurs des muscles extenseurs ; ainsi le mouvement est facilité.

Dans la maladie de Parkinson, l'inhibition ne se fait pas, et il y a contraction des deux systèmes à la fois. Le patient doit donc effectuer des efforts très importants, ce qui entraîne une forte fatigabilité et une lenteur des mouvements, dues à l'entrave de l'exécution motrice par les muscles antagonistes du mouvement.

Si la confusion existe entre akinésie et rigidité, c'est parce que cette dernière participe également aux difficultés dans les mouvements et à la raréfaction de ceux-ci mais dans un registre différent.

La rigidité s'observe à la fois dans l'action et au repos, sur une seule partie du corps ou sur le corps dans son ensemble. C'est très variable d'un patient à l'autre car, comme pour l'ensemble des symptômes de cette pathologie, les conséquences pour l'individu dépendent des neurones qui ont été victimes de la dégénérescence.

Cette hypertonie a des conséquences non négligeables au niveau postural. A un stade avancé de la maladie, il n'est pas rare d'observer chez les patients une posture voûtée et un fléchissement des membres et de la nuque, caractéristiques de la pathologie. Effectivement, l'hypertonie est prédominante au niveau de l'axe de la colonne vertébrale ainsi qu'au niveau des articulations des membres.

*« Le buste penché vers l'avant, le dos voûté, le regard dirigé vers les pieds car le cou est trop incliné. Les bras sont collés au corps, coudes fléchis et mains posées vers le bas du ventre, les genoux et les hanches également légèrement pliés, comme si on voulait s'accroupir ».*¹¹

¹¹ POLLAK P., La maladie de Parkinson, p.20, Editions Odile Jacob, 2000

La rigidité, de par les efforts qu'elle nécessite, provoque chez les patients des douleurs importantes ainsi que des crampes généralement persistantes, ce qui ne fait que renforcer cette tendance au repliement.

Dans l'examen du tonus, il existe une réaction caractéristique permettant de compléter le diagnostic de la maladie de Parkinson et d'évaluer le niveau de rigidité du patient : c'est l'hypertonie spastique décrite comme une contraction réflexe du muscle en opposition à l'étirement. C'est une résistance à la mobilisation qui cède progressivement par des à-coups. Ce relâchement est un phénomène appelé « de roue dentée ».

❖ **Les tremblements de repos**

Dans l'opinion publique, le symptôme caractéristique de la maladie de Parkinson est le tremblement. Néanmoins, ce n'est qu'une idée reçue. Bien que la présence des tremblements dans cette pathologie vienne confirmer le diagnostic, ils ne sont pas systématiques.

Cependant, il est important de bien distinguer les tremblements liés à la maladie de Parkinson de ceux qui ne le sont pas. Dans cette pathologie, on parle de tremblements de repos ; ce sont des mouvements distaux de rotation (4 à 6 par secondes) qui s'observent la plupart du temps au niveau des membres supérieurs et des mains. Cela est dû au fait que les membres supérieurs constituent une chaîne musculaire ouverte, c'est-à-dire laissant libre de tout mouvement les extrémités distales. En ce qui concerne les membres inférieurs, les tremblements au repos pourront être visibles en position assise, lorsque les pieds seront libérés de la contrainte du poids du corps.

Ces tremblements de repos peuvent toucher un seul côté du corps et ils diminuent lorsque les membres sont engagés dans une action. Ils sont variables d'un patient à un autre, pouvant être très envahissants ou au contraire totalement absents.

Les observations concernant les tremblements de repos ont révélé qu'ils étaient étroitement liés à l'état émotionnel de l'individu tout comme l'akinésie et la rigidité, faisant de la maladie de Parkinson, une démonstration de la théorie de WALLON selon laquelle tonus et émotions sont liés.

2.2.2 – Troubles neuro-végétatifs

Troubles associés à la triade symptomatique, les troubles neuro-végétatifs touchent, comme leur nom l'indique, le système nerveux végétatif ou autonome. Ce dernier permet de réguler les fonctions automatiques de l'organisme telles que la respiration, la digestion, le système vasculaire (pressions, circulation...) etc.

Les troubles de ces fonctions sont variables d'un patient à un autre : ils peuvent apparaître de manière précoce ou à un niveau plus avancé dans la maladie et dépendent de l'extension des lésions aux structures du cerveau environnant le locus niger. Tout comme les symptômes de la triade parkinsonienne, ces troubles ne s'observent pas tous de manière systématique.

Parmi ces troubles, nous pouvons observer chez le malade de Parkinson :

❖ Des **troubles digestifs** : l'ensemble des mouvements automatiques du système digestif sont ralentis. Le plus fréquemment, il s'agit d'hypersalivation (ralentissement des mouvements automatiques de déglutition), de constipation (ralentissement des mouvements automatiques intestinaux) ou encore d'amaigrissement (troubles de la déglutition entraînant un déséquilibre énergétique).

❖ Des **troubles vésico-sphinctériens** : ils sont le plus souvent représentés par une augmentation de la fréquence des mictions (pollakiurie de manière générale, nycturie pour la nuit) avec une apparition soudaine et irrépessible de l'envie d'uriner (impériosité urinaire ou urgenterie). On peut observer également une incontinence urinaire ponctuelle ou permanente, selon le degré d'évolution de la maladie.

❖ Des **troubles de la sexualité** : les symptômes de la triade symptomatique concourent à un ralentissement moteur global, ce qui freine généralement l'activité sexuelle, son dynamisme et sa spontanéité. De plus, les patients peuvent rencontrer des problèmes d'érection pour les hommes ou de sécheresse vaginale chez les femmes ainsi qu'une baisse importante de la libido. L'incontinence, l'hypersalivation ou encore l'amimie (donnant l'impression d'une absence d'émotions) ne favorisent pas une sexualité épanouie.

❖ Des **troubles cutanés** : chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson, on constate souvent une sudation excessive, ainsi qu'une sécrétion importante de sébum au niveau du visage. Enfin, leur peau peut être très sensible et avoir une tendance à l'inflammation (peau rouge).

❖ Des **troubles vasculaires** : ici on parle surtout de l'hypotension orthostatique. Il s'agit d'une baisse de pression artérielle lors du passage de la position allongée ou assise à la position debout. Elle se traduit par un malaise, une sensation de vertige qui peut être très courte (quelques secondes) comme longue (quelques minutes). C'est un défaut d'adaptation de la pression artérielle qui se rencontre fréquemment chez les malades de Parkinson.

❖ Des **troubles sensitifs** : ce sont des sensations de douleur ou encore des paresthésies (sensibilité tactile avec sensations désagréables : engourdissement, fourmillement, tension...) que l'on rencontre fréquemment dans cette pathologie.

Cette douleur vécue est souvent la conséquence des crampes (fréquentes chez ces patients) ou de la rigidité. De manière générale, ces troubles sensitifs touchent les membres, la nuque, la colonne vertébrale tout comme nous l'avons vu en ce qui concerne l'hypertonie, caractéristique de la maladie de Parkinson. Ce sont des troubles plus ou moins perturbants en fonction des individus.

Ainsi, les troubles neuro-végétatifs ont une répercussion importante sur la vie du sujet, entravant les différents niveaux de fonctionnement (motricité, communication, activités de la vie quotidienne...). Cependant, ils sont, pour la plupart, sensibles aux traitements antiparkinsoniens, ce qui permet une réduction de ces troubles et facilite un meilleur vécu de la maladie.

2.2.3 – Troubles cognitifs¹²

Les troubles cognitifs sont des troubles qui touchent les processus mentaux relatifs à la fonction de connaissance, d'acquisition du savoir comme la mémoire, l'attention, le langage, le raisonnement, les fonctions exécutives... On retrouve souvent ces processus mentaux sous le nom, plus général, de fonctions cognitives ou intellectuelles.

Dans la maladie de Parkinson, les troubles cognitifs peuvent se manifester dès le début de la maladie, sans pour autant avoir un retentissement important dans la vie du patient. L'évolution de ces troubles est très progressive et lente. Dans certains cas, l'atteinte est plus sévère que le cas général, entraînant une forte baisse de l'efficacité intellectuelle jusqu'à l'état de démence. 15 à 20 ans après le début de la maladie, on constate une démence parkinsonienne chez la majorité des patients.

Tout comme les autres troubles de la maladie de Parkinson, les troubles cognitifs sont très variables d'un individu à un autre, car ils sont fonction du degré et de la localisation de l'atteinte neuronale.

❖ Parmi les troubles cognitifs rencontrés chez le malade de Parkinson, on remarque le **ralentissement cognitif**. C'est l'une des manifestations majeures de la maladie de Parkinson, le trouble cognitif le plus important. Il correspond à un ralentissement global de la vitesse de traitement de l'information également nommé « bradyphrénie ».

Le patient rencontre des difficultés à réfléchir ainsi qu'une certaine lenteur pour initier la parole ; il ressent alors le besoin de traiter chaque information successivement et non simultanément. Ce ralentissement a une répercussion importante sur les autres fonctions cognitives entraînant des troubles des fonctions exécutives. En effet, le ralentissement psychique entrave les fonctions exécutives et l'élaboration d'actions en réponse à l'environnement mais il rend également le maintien de l'attention beaucoup plus compliqué.

¹² BONNET, CZERNECKI, HERGUETA, La maladie de Parkinson : au-delà des troubles moteurs, Edition John Libbey, Eurotext, 2013

❖ Chez le malade de Parkinson, les troubles cognitifs vont se manifester également par des **troubles des fonctions exécutives**. Cependant, si l'on peut observer de tels troubles, il est important de préciser que l'atteinte ne concerne pas toutes les fonctions exécutives en même temps.

Parmi les fonctions exécutives, on peut retrouver une atteinte de :

- la planification et l'élaboration de concepts : ce trouble se caractérise par des difficultés d'organisation, d'anticipation dans les tâches à accomplir mais aussi des difficultés à associer ou à synthétiser des idées, des raisonnements. Le malade peut donc se sentir inutile, inefficace, dévalorisant son estime de soi.

- la mémoire de travail et la récupération en mémoire : dans la maladie de Parkinson, la mémoire en général est préservée. Seule la mémoire de travail va être touchée. La mémoire de travail est une mémoire à court terme permettant l'intégration temporaire d'une information et l'utilisation de cette information dans un but précis.

Lorsque ces capacités de mémoire de travail sont atteintes, on note des difficultés à réfléchir de manière poussée mais également à retrouver les informations de départ. En pratique, le patient n'arrive plus à lire des textes longs et complexes car il ne retient aucune notion.

- la flexibilité mentale : c'est la capacité d'adaptation des idées selon les exigences de l'environnement pour permettre une meilleure pertinence dans la situation. Elle se manifeste par une difficulté à changer d'activité ou d'idée en fonction du contexte. On peut alors observer le phénomène de persévération. Le patient peut ressentir beaucoup de complexité face au choix à réaliser lors d'un changement inattendu de la situation.

- l'inhibition : elle est en lien avec la flexibilité mentale, car c'est la capacité à inhiber l'activité ou l'idée première (distracteurs) pour passer à la seconde qui fait la flexibilité mentale. Dans le cas d'une atteinte de la fonction d'inhibition de l'élément distracteur, la personne est alors incapable de décrocher son attention de la situation en cours ou de réprimer un comportement automatique. Cela se manifeste par une grande distractibilité puisque la personne ne peut rien empêcher, contrôler, inhiber : toute stimulation, réponse ou intervention sera difficilement ignorée.

- ❖ Associé aux troubles des fonctions exécutives, on retrouve le **déficit attentionnel**.

Les différents types d'attention sont :

- La vigilance : elle varie en fonction du moment de la journée, de l'intention, de la motivation, de la nature de la tâche à effectuer, du niveau de fatigue de la personne.
- L'attention sélective : c'est la capacité d'une personne à orienter sa conscience et son action vers une tâche définie en faisant abstraction des stimulations environnantes.
- L'attention soutenue : c'est l'action de centrer son attention de manière prolongée, synonyme de concentration.
- L'attention divisée ou attention partagée : c'est la capacité à traiter simultanément deux ou plusieurs catégories d'informations pertinentes.

Dans la maladie de Parkinson, ce sont les systèmes attentionnels qui exigent un contrôle de l'attention qui sont déficitaires. Le patient ressent donc une fatigue intellectuelle ou des difficultés de concentration lorsque la situation exige une grande attention.

Il leur est difficile de focaliser leur attention sur plusieurs tâches à la fois comme tenir une conversation tout en s'affairant à autre chose.

2.2.4 – Troubles psychiques¹³

Associées aux troubles que nous venons de voir, il existe des manifestations psychiques chez les malades de Parkinson. Celles-ci sont variables d'un individu à un autre, tant en intensité qu'au niveau de leur apparition. Les troubles psychiques représentent une perturbation de la santé mentale. C'est un terme utilisé de manière très large, qui regroupe de nombreuses affections (phobies, anxiété, dépression, addictions, hallucinations...). Ici nous n'aborderons que les troubles psychiques relatifs à la maladie de Parkinson.

¹³ BONNET, CZERNECKI, HERGUETA, La maladie de Parkinson : au-delà des troubles moteurs, Edition John Libbey, Eurotext, 2013

❖ Parmi ceux que l'on rencontre le plus souvent, il y a les **troubles anxieux**.

L'anxiété s'exprime à des degrés divers selon les individus. A un niveau peu important, elle s'exprime par des comportements d'évitement ou de fuite, un certain immobilisme, ou au contraire un comportement d'attaque, d'agressivité face à la source de l'anxiété.

Lorsque l'anxiété devient pathologique, on constate plusieurs troubles :

- Le trouble anxieux généralisé : il se manifeste par des inquiétudes permanentes, notamment en lien avec la maladie et ses symptômes. Ces inquiétudes sont parfois envahissantes au point que l'anxiété devient chronique et submerge la personne ; cette dernière va se focaliser sur des détails insignifiants qui prendront pourtant de l'importance et l'inquièteront. Ce trouble aura alors des répercussions comme de l'agitation, une sensibilité exagérée ou encore de l'irritabilité. Les échecs vécus en raison de la maladie, comme une incapacité à faire un mouvement ou à organiser ses idées, accentuent ce trouble anxieux généralisé. Cette anxiété généralisée peut être transmise à l'entourage qui ne sait plus comment gérer le ou les comportements du parent atteint de la maladie.

- Le trouble panique : contrairement au trouble précédent, le trouble panique survient sous la forme de crises, brèves et intenses. Il se manifeste par des signes physiques comme des tremblements, vomissements, palpitations... mais également par des signes psychologiques comme la confusion mentale, la peur de mourir ou de devenir fou. Ce trouble est souvent décrit comme ressemblant à une crise d'asthme ou d'épilepsie.

- La phobie : « *Crainte angoissante et injustifiée d'une situation, d'un objet ou de l'accomplissement d'une action* »¹⁴. Chez les malades de Parkinson, on va rencontrer des phobies spécifiques, souvent en lien avec les difficultés liées à la maladie comme la phobie de marche, de la chute, mais également une phobie sociale, face au regard d'autrui.

La phobie se traduit très souvent par un comportement d'évitement allant jusqu'au retrait social.

¹⁴ Dictionnaire Larousse

Les causes de ces manifestations anxieuses sont diverses : souvent la maladie et les difficultés qu'elle entraîne sont un facteur d'anxiété important. Les traitements dopaminergiques ont également une influence sur la survenue de l'anxiété. En effet, ils permettent de maintenir un niveau de vigilance élevé, à l'origine de l'anxiété et du stress. Il est alors très difficile de gérer cette anxiété.

Parmi les traitements proposés pour améliorer ces troubles anxieux, il existe la thérapie médicamenteuse, les psychothérapies mais également des techniques plus douces avec des pratiques corporelles (relaxation, yoga...), des pratiques d'expression (émotionnelle, artistique...).

❖ Chez les malades de Parkinson, la **dépression** est également très fréquente. La fréquence de patients dépressifs est plus élevée que dans la population générale et on estime que la dépression concerne 50% des malades à un stade avancé de la maladie.

Elle est étroitement liée aux fluctuations motrices et va être caractérisée par une alternance d'états de bien-être, lors des périodes d'aisance dans les mobilisations (périodes dites « on ») et d'états de dépression, lors des périodes plus difficiles avec des blocages réguliers (périodes dites « off »). Cette fluctuation intense et très fréquente des humeurs est très difficile à gérer pour les malades.

La dépression peut avoir un effet délétère sur la maladie de Parkinson, en accentuant les symptômes comme le ralentissement moteur et cognitif. La difficulté que l'on peut rencontrer dans le diagnostic de la dépression chez les malades de Parkinson, c'est de savoir distinguer les symptômes liés à cette dépression ou ceux liés à la maladie en elle-même.

La dépression peut se manifester par de la tristesse, de l'anhédonie (perte et incapacité d'éprouver du plaisir), un manque d'énergie et dans des cas plus sévères par de l'apathie (absence d'énergie et d'affectivité allant jusqu'à l'indifférence), des troubles du sommeil, des troubles de l'attention et de l'asthénie (diminution du pouvoir fonctionnel de l'organisme, non imputable à l'effort et ne disparaissant pas après du repos).

Les facteurs influençant l'apparition d'une dépression chez les malades de Parkinson sont nombreux, notamment en fonction des ressources de la personne (soutien social, personnalité...). Le diagnostic de la maladie est une étape qui peut s'avérer traumatisante et il représente bien souvent le facteur déclencheur.

Pour finir, la dépression est bien souvent ignorée par la famille ou le malade, qui n'osent pas toujours en parler et préfèrent se focaliser sur le traitement des troubles moteurs. Cependant, les psychothérapies ou les traitements médicamenteux notamment dopaminergiques ont démontré leur efficacité dans le traitement de la dépression.

❖ Dans certains cas, les patients peuvent présenter des **hallucinations** et des **idées délirantes**. Celles-ci sont à distinguer de la démence Parkinsonienne qui peut atteindre certains patients. Ici, nous parlons des hallucinations et idée délirantes associées, qui peuvent survenir par moment dans la maladie, sans lien avec une quelconque démence. Leur fréquence varie ainsi que leur intensité.

Les hallucinations peuvent être visuelles, auditives ou encore olfactives, même si ces dernières sont plus rares. Dans les cas les plus légers, il peut s'agir de simples illusions visuelles (transformation d'un objet ou d'une personne réellement présent), alors que dans les cas les plus sévères, vont se manifester de vraies hallucinations (vision de personnages, d'animaux par exemple qui ne sont pas vraiment présents).

La plupart du temps, le patient est conscient de ce trouble. Selon l'importance que cela prend dans son quotidien, les réactions peuvent aller de l'ignorance de ces manifestations à la peur, la phobie.

Tout comme l'anxiété, les traitements dopaminergiques peuvent avoir un effet non négligeable sur ces phénomènes d'hallucinations et d'idées délirantes. Une modification du traitement permet une diminution voire une disparition de ces troubles. L'atteinte de certaines zones du cerveau, en lien avec la maladie, peut également être à l'origine de ces hallucinations. Des troubles organiques, des troubles de la perception ou encore des perturbations du sommeil sont aussi des facteurs déclenchants.

Bien que ces troubles soient plus rares, il est important de les prendre en compte dans le suivi du malade de Parkinson, pour éviter un risque de chronicisation de ces hallucinations. Les traitements vont nécessiter de rechercher s'il existe des troubles organiques, de modifier le traitement dopaminergique ou encore de proposer un suivi psychologique.

Ces différents troubles psychiques sont étroitement liés et peuvent concourir à l'apparition de l'un ou de l'autre. Par exemple, des hallucinations et des idées délirantes vont venir renforcer l'anxiété de la personne et, par l'altération du raisonnement de l'individu, peut le précipiter dans une dépression.

2.3 – Traitements

Nous avons vu précédemment que la maladie de Parkinson est due à une dégénérescence des neurones dopaminergiques au niveau du locus niger. Cela induit une insuffisance de dopamine, entraînant les troubles que nous venons de voir.

Suite à cette constatation, les recherches de traitements ont conduit à la production de médicaments précurseurs de dopamine comme la L-DOPA ou agonistes de la dopamine c'est-à-dire imitant la molécule de la dopamine. De par leurs effets positifs, notamment au niveau des troubles moteurs, ces **traitements dopaminergiques** représentent le cœur du traitement de la maladie de Parkinson.

Il a été démontré également l'utilité d'**Inhibiteurs de MonoAmine Oxydase B (IMAOB)** en début de la maladie, car ils empêchent la dégradation de la dopamine, ou bien à un stade plus avancé, en complément d'un traitement dopaminergique. Cependant, leur utilisation reste mesurée : ce sont des molécules de la famille des antidépresseurs qu'il est risqué d'employer avec d'autres traitements.

Il existe un **traitement chirurgical de neurostimulation**. C'est une stimulation électrique au niveau des noyaux subthalamiques du cerveau ; elle permet l'amélioration des signes moteurs. Comme toute opération chirurgicale, ce traitement est risqué en raison des effets secondaires possibles comme des troubles cognitifs, de la parole, une apathie ou encore une confusion mentale transitoire ou durable.

Des traitements sont toujours recherchés pour ralentir l'évolution de la maladie, mais cela suscite régulièrement des déceptions chez les malades qui ne voient que peu d'effets et placent beaucoup d'espoirs dans les nouveaux traitements.

Outre les traitements médicamenteux, la prise en soin des malades de Parkinson nécessite également un suivi en rééducation. Il peut s'agir de kinésithérapie pour l'aspect fonctionnel, d'orthophonie pour les troubles neuro-végétatifs comme les troubles de l'élocution et de la déglutition, d'ergothérapie pour permettre un maintien de l'autonomie en situation de handicap ou encore de psychomotricité car les troubles rencontrés dans la maladie perturbent le vécu corporel de la personne dans les différents aspects de la relation (à soi, à l'autre et à l'environnement).

En tant que psychomotriciens, nous pouvons alors accompagner le patient dans le réinvestissement de son corps pour lui permettre de retrouver un vécu corporel et un sentiment de soi, d'exister qui lui correspond et le satisfait.

2.4 – Evolution de la maladie

L'évolution de la maladie de Parkinson est discutée. Certains vont préférer la décrire selon des stades, d'autres considèrent les stades comme une atteinte au moral du malade, le catégorisant dans un nouveau stade à chaque évolution de la maladie.

En 1967, HOEHN et YAHR ont décrit 5 stades de la maladie :

Stade 0 : pas de signe de la maladie

Stade 1 : maladie unilatérale

Stade 2 : maladie bilatérale sans trouble de l'équilibre

Stade 3 : maladie bilatérale légère à modérée, une certaine instabilité posturale, physiquement autonome

Stade 4 : handicap sévère : toujours capable de marcher ou de se tenir debout sans aide

Stade 5 : malade en chaise roulante ou alité sauf s'il est aidé

Plus tard, des chercheurs américains reprennent leurs travaux pour figurer une évolution relativement fiable de la maladie à travers un schéma :

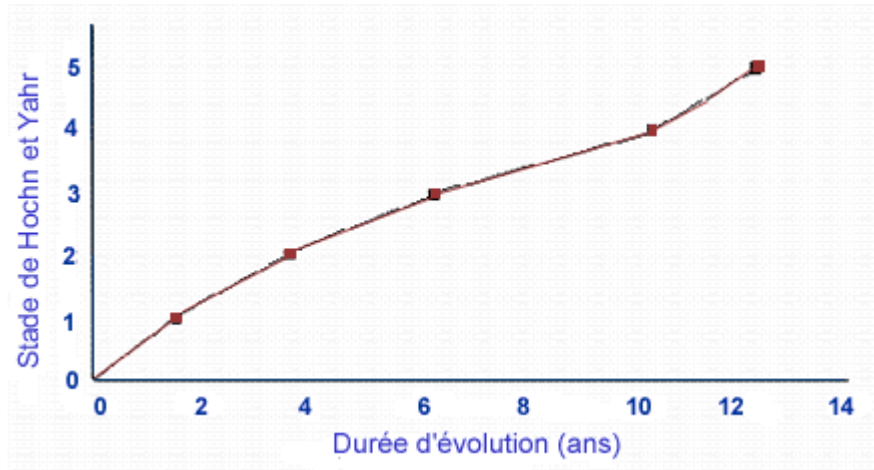


Schéma Di Rocco, 1996¹⁵

De manière plus générale, on distingue 4 grandes phases dans la maladie ¹⁶ :

- Dans un premier temps, il y a l'**apparition des premiers symptômes** et l'**annonce du diagnostic**
- Ensuite il y a la **phase de rémission thérapeutique** ou « lune de miel », où nous pouvons observer une amélioration des symptômes suite à la mise en place du traitement dopaminergique. Cette phase varie entre 3 et 8 ans.
- Suite au traitement, une **phase de complications motrices** apparaît. Un ajustement du traitement est nécessaire et la surveillance de l'évolution de la maladie est accrue.
- Enfin, il y a la **phase d'envahissement**, où les différents troubles deviennent très présents (neurovégétatifs, cognitifs, psychiques...). Il s'agit à ce moment-là de pouvoir s'adapter aux exigences de la vie quotidienne en y intégrant la maladie.

¹⁵ DI ROCCO, MOLINARI, KOLLMEIER, YAHR, « Parkinson's disease: progression and mortality in the L-DOPA era », article, 1996

¹⁶ Association France Parkinson : <http://www.franceparkinson.fr/docs/une-maladie-evolutive.php?p=78&id=176>

2.5 – Maladie de Parkinson et syndrome parkinsonien : quelle différence ?

2.5.1 – Qu'est-ce qu'un syndrome parkinsonien ?

Selon le dictionnaire Larousse, « *un syndrome est un ensemble de plusieurs symptômes ou signes en rapport avec un état pathologique donné et permettant, par leur regroupement, d'orienter le diagnostic.* »

F.TISON et G.FENELON ont retracé un historique du concept de syndrome parkinsonien.¹⁷ Il s'avère que cette notion est compliquée à définir, car elle comporte un aspect supplémentaire, que ne comprend pas la définition d'un syndrome classique. En effet, selon eux, un syndrome parkinsonien est l'ensemble des éléments séméiologiques caractéristiques de la maladie de Parkinson, mais qui serait susceptible d'être observé dans le cadre d'autres pathologies, sans diagnostic de cette dernière.

Il faut alors distinguer deux types de syndrome parkinsonien :

- le syndrome parkinsonien typique qui représente la maladie de Parkinson (MP)
- les syndromes parkinsoniens atypiques qui regroupent la plupart des éléments séméiologiques de la maladie de Parkinson avec quelques variations propres au contexte dans lequel on les étudie.

J'ai choisi le parti de distinguer MP idiopathique et syndromes parkinsoniens atypiques, car ces derniers représentent 1/3 des syndromes parkinsoniens dans leur ensemble. En élargissant la population ciblée dans ma problématique (c'est-à-dire syndrome parkinsonien typique (MP) et syndromes parkinsoniens atypiques primaires), cela m'a ouvert un plus grand nombre d'observations, auprès de personnes aux histoires singulières et toutes plus enrichissantes les unes que les autres, tout en restant dans le cadre de cette problématique.

¹⁷ TISON F., Les syndromes parkinsoniens atypiques et secondaires, Qu'est-ce qu'un syndrome parkinsonien atypique, p 3-7, Editions Masson, 2006

Parmi les syndromes parkinsoniens atypiques (SPA), il existe deux sous-catégories : les SPA primaires, d'origine neurodégénérative et les SPA secondaires, d'une autre origine (médicamenteuses, environnementale, vasculaire etc...). Ces derniers étant les plus rares et ayant des causes très nombreuses et aléatoires, je n'aborderai que les principaux SPA primaires et ce, de manière succincte.

Un schéma résumant les différents syndromes parkinsoniens est présenté en **Annexe 2**.

2.5.2 – Comment distinguer syndrome parkinsonien atypique et maladie de Parkinson ?

La distinction entre SPA et MP se fait selon 4 critères :

- séméiologie propre au syndrome parkinsonien avec des variations (ex : akinésie et rigidité typiques de la MP associées à des tremblements d'action atypiques, au lieu de tremblement de repos typique de la MP)
- signes cliniques atypiques (non retrouvés dans la MP)
- absence de réponse ou réponse très basse au traitement antiparkinsonien
- pronostic et survie plus défavorables

2.5.3 – Quelques syndromes parkinsoniens atypiques primaires

❖ **Démence à Corps de Lewy (DCL)**

La DCL est une pathologie neurodégénérative qui touche le plus souvent le cortex frontal, pariéto-occipital, insulaire et des systèmes sous-corticaux comme la substance noire (**Annexe 1**). A l'examen, on observe un grand nombre de corps de Lewy corticaux.

L'atteinte cognitive est l'élément sémiologique central. Les personnes atteintes de DCL traversent régulièrement des épisodes de confusion avec notamment des hallucinations et une grande fluctuation de leur état de vigilance, qui sont caractéristiques.

A un stade précoce de la maladie, le syndrome parkinsonien est observé chez 50% des patients et, à un stade avancé, chez la plupart des patients.

La MP et la DCL se différencient par la localisation des lésions cérébrales mais également par la date de survenue de la détérioration cognitive. Si la détérioration intervient plus de deux ans après l'observation d'un syndrome parkinsonien, il s'agit d'une démence parkinsonienne ; si les deux sont concomitants, ou si la détérioration cognitive apparaît avant les troubles moteurs, le diagnostic de DCL est plus probable.

❖ **Atrophie Multi-Systématisée (MSA)**

La MSA entraîne des lésions étendues, au niveau du système dopaminergique nigro-striatal, le striatum, le pallidum, le système olivo-ponto-cérébelleux ainsi que les centres neurovégétatifs (**Annexe 1**). Elle regroupe les signes cliniques parkinsoniens, dysautonomiques (troubles neuro-végétatifs), cérébelleux et/ou pyramidaux.

Les personnes atteintes de MSA rencontrent des troubles cardio-vasculaires, neurologiques, respiratoires, digestifs, vésico-sphinctériens ou encore sexuels.

Dans la MSA, le syndrome parkinsonien est présent dans 90% des cas. L'hypertonie touche davantage la racine des membres.

❖ **Paralysie Supranucléaire Progressive (PSP)**

La PSP est une pathologie survenant à la suite de lésions intracellulaires dites dégénérescence neurofibrillaires, une gliose (accumulation de cellules gliales, environnant les neurones) et des pertes neuronales, notamment au niveau du pallidum, des noyaux subthalamiques, du noyau olivaire inférieur, du noyau dentelé ainsi que des substances grise et noire (**Annexe 1**).

Elle se caractérise par un syndrome parkinsonien à prédominance axiale, avec instabilité posturale, atteinte oculomotrice, dysarthrie et troubles de la déglutition.

❖ Dégénérescence Cortico-Basale (DCB)

La DCB est aussi caractérisée par une perte neuronale et une gliose, mais au niveau des noyaux gris centraux, de certains noyaux sous-corticaux et du cortex fronto-pariétal **(Annexe 1)**. Elle est très rare et représente 1% des syndromes parkinsoniens.

La DCB se caractérise par un syndrome parkinsonien avec troubles de la marche, associé à des signes extrapyramidaux (dystonies, myoclonies) et pyramidaux et à des troubles du contrôle gestuel.

Chapitre 2 :

*La relaxation comme outil en
psychomotricité*

1 – Définition et généralités

Si l'on définit un rapide historique, la relaxation va chercher ses origines dans une pratique orientale très ancienne qui est le Yoga. Ce n'est qu'au XX^{ème} siècle que l'on assiste à l'essor de différentes techniques de relaxation, suite aux progrès importants de la médecine et de la psychanalyse. Ces nouvelles méthodes de relaxation ont pour principe que corps et esprit sont intimement liés et qu'une influence sur l'un, aura des conséquences sur l'autre.

Le premier à utiliser ce genre de pratique dans un cadre thérapeutique, est le docteur allemand JH. SCHULTZ avec sa « technique du training autogène », utilisant l'auto-concentration et l'auto-hypnose.

Peu à peu, les méthodes s'élaborent avec des principes différents, impliquant plus ou moins le corps ou l'esprit.

On retrouve parmi elles, des relaxations telles que :

- La relaxation progressive de JACOBSON
- La relaxation psychotonique de DE AJURIAGUERRA
- La relaxation à inductions variables de SAPIR
- La relaxation psychosensorielle de VITTOZ

Ou encore

- Les relaxations de WINTREBERT et BERGES, orientées vers le public des enfants

Dans son ouvrage¹⁸, M. GUIOSE cite R. DURAND DE BOUSINGEN qui décrit la relaxation :
« Les méthodes de relaxation sont des conduites thérapeutiques, rééducatives ou éducatives, utilisant des techniques élaborées et codifiées, s'exerçant spécifiquement sur le secteur tensionnel et tonique de la personnalité. La décontraction neuromusculaire aboutit à un tonus de repos, base d'une détente physique et psychique ».

¹⁸ GUIOSE M., Relaxations thérapeutiques, p 11, 2^{ème} édition revue et augmentée, Editions Hdf, 2007

En 1987, s'est déroulé le premier colloque s'intéressant aux relaxations thérapeutiques, où P. VINCENTE DE MONJO conclut que « *Les techniques de relaxation impliquent nécessairement une baisse du tonus musculaire et une adaptation respiratoire [...] Il existe une corrélation entre les états de conscience et le tonus musculaire déterminée par la substance réticulée* ». ¹⁹

Ainsi, la relaxation est une discipline qui, progressivement, s'est intégrée dans une dimension thérapeutique. Elle recherche une détente à la fois physique et psychique, par des mécanismes de relâchement plus ou moins conscients et une régulation du tonus par des expériences vécues corporellement.

Elle prend en compte la personne dans sa totalité somato-psychique, ce qui en fait un outil légitime en psychomotricité. Nous allons développer ce lien avec la psychomotricité tout au long de cette partie, en considérant les fonctions impliquées dans la pratique de la relaxation et leur intérêt dans la pratique psychomotrice.

¹⁹ HISSART JM., Les relaxations thérapeutiques aujourd'hui, Premier colloque, Editions L'Harmattan, 1988

2 – La relaxation : médiation psychomotrice

Au sens le plus littéral du terme, le dictionnaire Larousse définit une médiation comme une « *intervention destinée à amener un accord* ».

Ici, nous parlerons de médiation en tant que processus thérapeutique. C'est-à-dire que dans cette dimension de la médiation, il y a une idée d'« objet » médiateur qui s'interpose entre le patient et le thérapeute, rappelant l'objet transitionnel de WINNICOTT entre l'enfant et l'objet maternel.

C. POTEL parle de la psychomotricité comme un « *dispositif centré sur des médiations transitionnelles* »²⁰.

Selon elle, en tant que psychomotriciens, nous employons et nous nous reconnaissons de plus en plus dans le processus de la médiation. Il offre un cadre, un aspect organisationnel de la rencontre, de la relation intersubjective, à travers l'utilisation d'outils (ici, nous parlerons de la relaxation) ; cela transforme alors ce médiateur de la relation en un « *temps propice à l'échange, à la créativité, à l'expression* ».

La médiation proposerait au patient un lieu d'expériences, de sensations, de perceptions, elle favoriserait le jeu du corps et aiderait à la transformation des éprouvés en représentations.

Quel que soit la médiation, elle doit posséder un certain nombre de fonctions que M.RODRIGUEZ, psychomotricien, définit comme telles :

- elle doit **permettre l'attention conjointe** du patient et du thérapeute : on ne peut pas utiliser une médiation dans laquelle le thérapeute n'est pas à l'aise et ne peut pas créer, ni pour laquelle le patient ne s'intéresse pas.

« *Des ressources psychiques et corporelles du psychomotricien, de l'importance qu'il donne aux éprouvés du corps, vont dépendre l'émergence des éprouvés du patient et leurs transformations en représentations symboliques* »²¹.

²⁰ POTEL C., Etre psychomotricien, p 364, Editions Eres, 2010

²¹ POTEL C., Etre psychomotricien, p 370, Editions Erès, 2010

- il doit **pouvoir être appréhendé par le patient** c'est-à-dire utilisé, manipulé...
« Il s'agit de permettre au sujet d'expérimenter de vraies expériences corporelles [...], il s'agit aussi de l'aider à assimiler, à intégrer, à transformer ses expériences en représentations symboliques, afin qu'elles lui servent à faire d'autres expériences de plus en plus élaborées »²²

- pour permettre un **effacement du thérapeute** et éventuellement un arrêt de la thérapie.

La relaxation, en tant que médiation psychomotrice, met en jeu différentes notions que je vais exposer ci-dessous et qui me semblent essentielles dans ce processus.

2.1 – Le tonus

Selon le dictionnaire Larousse, le tonus est un « *état de tension permanente dans lequel se trouvent normalement les muscles du squelette* ».

Il s'agit là en réalité, de la définition du tonus de fond. En effet, nous pouvons distinguer 3 définitions du tonus : le tonus de fond, le tonus postural et le tonus d'action.

❖ Le **tonus de fond** est donc cette tension involontaire et permanente des muscles à l'état de repos. Il permet la cohésion des différentes parties du corps, il intervient dans la régulation de l'activité perceptive et représente le reflet de notre affectivité et de nos émotions.

❖ Le **tonus postural** est l'activité tonique minimale permettant la station debout et le maintien des équilibres statiques.

❖ Le **tonus d'action** est décrit comme un tonus intentionnel, c'est la contraction musculaire à l'origine de l'action et du mouvement.

²² POTEL C., Etre psychomotricien, p367-368, Editions Erès, 2010

On distingue 3 fonctions principales du tonus :

- ❖ La **fonction anti-gravitaire ou d'équilibration** qui lutte contre la pesanteur
- ❖ Le **positionnement directionnel** qui est la réaction de l'ensemble du corps à un stimulus environnemental. C'est l'accommodation posturale préalable à une action.
- ❖ La **communication** : c'est cette fonction qui va nous intéresser dans cette partie.

En psychomotricité, c'est cette fonction de communication du tonus qui va tout particulièrement susciter notre attention dans le cadre de la relaxation.

Nous avons vu précédemment que la relaxation est une discipline recherchant une détente à la fois physique et psychique, où respiration et baisse du tonus conduisent à un tonus de repos. La relaxation reconnaît le tonus comme mode d'expression de la personne, de la même manière que la psychomotricité considère le tonus comme véhicule des émotions.

En effet, dès les années 1940, H. WALLON fait le lien entre tonus et émotion, notamment à travers ce qu'il appelait la « **relation tonico-affective** » entre le nourrisson et l'objet maternel. L'enfant perçoit l'état affectif ou la disponibilité physique et psychique de la mère et celle-ci va donner sens aux variations toniques de l'enfant, en réponse à cette disponibilité.

Plus tard, J. DE AJURIAGUERRA reprendra cette idée en parlant de « **dialogue tonique** ». Il distingue deux états toniques chez l'enfant : l'hypertonie d'appel et l'hypotonie de soulagement. L'enfant, par l'alternance de ces états toniques, communique à sa mère ses états de mal-être ou de bien-être, ses émotions de manière volontaire. Il parle alors de « **dialogue tonico-émotionnel** ».

Selon M. GUIOSE, ce type de relation s'actualise pendant la séance de relaxation. Le patient réagit à la relation avec le psychomotricien (voix, mots, toucher) par un abaissement du tonus musculaire et le psychomotricien peut ressentir l'état de son patient : détente ou angoisse, qu'il devra gérer pour ne pas la renvoyer au patient, à travers ses mots, ses gestes.

Ainsi, il y a un parallèle entre le ressenti du nourrisson et le ressenti du patient relaxé et entre la compréhension des manifestations toniques du nourrisson par la mère et la compréhension des manifestations toniques du relaxé par le psychomotricien.²³

De plus, W.REICH considère le tonus comme l'un des critères de définition de la personnalité. Selon lui, la personnalité se définit à la fois par le versant caractériel et par ce qu'il appelle la « **cuirasse musculaire** ». Cette cuirasse musculaire représente chacune des confrontations du sujet avec son milieu (expériences traumatiques) dont le sujet a gardé une tension musculaire. C'est une sorte de mécanisme de défense vis-à-vis de conflits psychiques, de tensions qui autrement se seraient transformés en angoisse.

Grâce à la relaxation, le psychomotricien va accompagner l'individu dans la prise de conscience de son corps et de ses états toniques. E. JACOBSON exprime que « *Le travail sur le tonus a des répercussions au niveau émotionnel et sur les couches profondes de la personnalité* ».

On peut donc avancer l'hypothèse que la relaxation psychomotrice permettrait une diminution du tonus, relâchant ainsi ce que REICH appelle la cuirasse musculaire, en permettant notamment l'expression des angoisses du sujet. Par l'accompagnement du psychomotricien, à travers le dialogue tonico-émotionnel, le sujet peut alors intégrer ces nouveaux éprouvés, les symboliser et retrouver progressivement un vécu corporel et psychique plus adapté, plus élaboré mais surtout plus apaisé.

2.2 – Holding et handling de D. WINNICOTT

Dans cette partie, nous pouvons faire le lien entre le dialogue tonico-émotionnel mère-enfant de DE AJURIAGUERRA, et les notions de « **holding** » et de « **handling** » de WINNICOTT, et ce notamment au cours de la relaxation.

Ce dernier définit le holding comme la contenance qu'offre la mère à son enfant, à travers ses gestes, ses bercements, son regard, sa voix etc.

²³ GUIOSE M., Relaxations thérapeutiques, p.62, 2^{ème} édition revue et augmentée, Edition Hdf, 2007

Ce holding a pour fonction la pare-excitation de l'enfant, son apaisement, dans des situations d'excitations trop importantes auxquelles le bébé ne serait pas en capacité de faire face. Par la reconnaissance et la mise en sens de ses sensations par l'objet maternel, l'enfant entre peu à peu dans un processus d'intégration du Moi. Ce phénomène de holding est donc primordial dans le développement de l'enfant.

En relaxation, nous retrouvons ce holding dans les gestes, la voix, le regard du psychomotricien. Effectivement, à travers ces différents canaux de communication, on retrouve des mécanismes proches de cette fonction maternante. Le psychomotricien offre au patient une contenance, tant dans sa manière d'être qui se veut rassurante, à l'écoute, que dans l'instauration d'un temps et d'un lieu sécurisants et apaisants.

Le psychomotricien favorise, par sa propre expérience de la relaxation, le repérage et l'élimination des tensions chez le patient. Il met du sens sur les sensations que ressent ce dernier, lui permettant ainsi d'avoir une meilleure conscience corporelle et progressivement d'intégrer ces nouvelles perceptions et représentations. On retrouve bien les mécanismes en jeu dans la notion de holding de WINNICOTT.

Le handling est davantage un processus lié aux soins apportés à l'enfant qui permettent progressivement la constitution de limites corporelles, d'intériorité. Cela correspond par exemple aux étapes d'habillage, de bain qui vont l'aider à se figurer la surface de son corps, son organisation etc. Ce sont une série d'expérimentations qu'amène la mère dans des moments privilégiés de maternage et qui participeront à la constitution du schéma corporel.

A travers ses mobilisations, son contact ou tout simplement l'induction verbale, le psychomotricien propose à l'individu des expériences corporelles, dans un registre qui n'est pas nécessairement connu par cette personne. Ces vécus vont lui permettre une prise de conscience corporelle de manière globale, une reconnaissance des différents segments du corps grâce aux sensations et, comme nous l'avons vu plus haut, ces éprouvés seront par la suite symbolisés pour permettre des vécus de plus en plus élaborés. La relaxation devient alors un moyen de vivre son corps différemment, suscitant une nouvelle perception, une nouvelle vision de ce corps.

On retrouve donc ce handling dans le cadre de la relaxation, favorisant un sentiment d'intériorité, d'intégration du Moi, en permettant l'expérimentation corporelle du patient.

Par ces phénomènes de holding et de handling qui sont étroitement liés, l'enfant passe progressivement d'une période de dépendance absolue à une période de dépendance relative puis d'indépendance.

Selon M.GUIOSE, en relaxation, « *cette indépendance s'acquiert en demandant au patient de reprendre les exercices dont il se souvient, et qui lui conviennent particulièrement, à la maison après un certain temps de travail en relaxation* »²⁴.

Ainsi, dialogue-tonico émotionnel, holding et handling au cours de la relaxation confère au psychomotricien une fonction contenante et cette fonction, véritable qualité de présence auprès du patient, va être impliquée dans la prise de conscience corporelle de celui-ci et dans l'intégration de ses sensations, perceptions et représentations, l'amenant petit à petit vers une autonomisation vis-à-vis du thérapeute.

De plus, « *La relaxation semble offrir [au patient] la sécurité d'une fonction contenante qui lui permet d'exprimer ses émotions librement [...] Le sujet, se sentant plus solide, réussit à se libérer émotionnellement. Il est capable alors de contenir une charge affective [...] qui, à d'autres moments serait trop importante.* »²⁵

Dans leur ouvrage, O. GAUCHER-HAMOUDI et M. GUIOSE mettent en évidence le lien entre image du corps et émotions. Nous allons donc aborder les notions de schéma corporel et d'image du corps, lesquelles subissent indéniablement des remaniements chez le sujet au cours de la relaxation.

2.3 – Le schéma corporel et l'image du corps

La notion de **schéma corporel** a été décrite pour la première fois au XIX^{ème} siècle par P. BONNIER. Il le décrit comme une « *représentation permanente, figuration spatiale du corps et des objets* ».

²⁴ GUIOSE M., *Relaxations thérapeutiques*, p 62, 2^{ème} édition revue et augmentée, Editions Hdf, 2007

²⁵ GAUCHER-HAMOUDI, GUIOSE, *Soins palliatifs et psychomotricité*, p 51, Editions Hdf, 2007

Certains auteurs décriront successivement le schéma corporel comme « image spatiale du corps » (Pick, 1915), « modèle postural du corps » (Head, 1920) ou encore « image du Moi corporel » (De Ajuriaguerra, 1970).

Le schéma corporel est donc davantage lié à l'expérience motrice, au ressenti musculaire et cénesthésique, qu'à une image. Il est permanent à partir du moment où il est acquis, cependant il évolue sans cesse au fil des expériences sensori-motrices et du temps. C'est une connaissance objective du corps, une figuration du corps humain, c'est pourquoi il est sensiblement le même pour tous.

Une perturbation du schéma corporel peut s'illustrer par le phénomène du membre fantôme, au cours duquel le patient ressent toujours la présence du membre amputé car son schéma corporel n'a pas encore intégré ce nouvel élément de l'organisation du corps.

De par sa fonction suggestive (que nous verrons dans la partie suivante), la relaxation sollicite chez le relaxé toute son attention au niveau de ses sensations corporelles, de ses perceptions dans chaque partie du corps. En effet à travers les inductions verbales, le relaxateur guide peu à peu la conscience du relaxé dans son corps, de façon à le visualiser et le ressentir de manière globale.

Ces inductions entraînent souvent des variations de perceptions en lien avec l'état de relaxation et non persistantes après la séance.

Les patients peuvent avoir l'impression par exemple, d'être plus lourd d'un côté que de l'autre, de ne plus sentir une partie du corps, ou d'avoir une partie du corps plus importante en terme de volume que le reste.

Ces variations de perception représentent finalement des preuves des effets de la relaxation sur le schéma corporel et c'est la prise de conscience corporelle progressive qui permettra alors de renforcer cette « image du Moi corporel ».

R. ZAZZO parle en 1948, d'**image du corps**. Cette notion est définie comme la représentation de soi dépendant de la relation aux autres et de la formation du narcissisme. Ce sont les perceptions et les représentations mentales de notre propre corps, chargées d'affects. L'image du corps est liée à l'histoire singulière de chaque individu, elle est donc propre à chacun.

C'est la représentation que l'on se fait de notre corps, influencée par nos vécus en relation avec autrui. Un trouble de l'image du corps s'illustre par exemple par le fait de refuser d'accepter l'image qui nous est donnée de voir dans le miroir. Un sentiment de dévalorisation, d'incompréhension est alors possible, l'estime de soi est profondément touchée.

Nous pouvons revenir sur la fonction contenante du psychomotricien au cours de la relaxation. Celle-ci offre une expérience structurante pour l'individu et par sa voix, son regard, ses gestes, le psychomotricien offre également une expérience narcissisante au sujet.

F. DOLTO identifie l'image du corps comme le support du narcissisme et explique qu'avant le stade du miroir où l'enfant reconnaît son reflet, le support du narcissisme est la mère et notamment le schéma corporel de celle-ci.

O.GAUCHER-HAMOUDI et M.GUIOSE considèrent que le relaxateur serait le support du narcissisme du sujet au cours de la relaxation. Des répercussions sont observables au niveau de l'estime de soi et du ressenti émotionnel du relaxé, au cours de la relaxation, ce qui vient renforcer l'idée que émotions et narcissisme sont étroitement liés à l'image du corps.

« Cette attention particulière du relaxateur pour le corps de son patient, qui le mène vers un état de mieux-être, ce monde qui, pour le relaxé, se restreint à des sensations et à une voix, tout ceci investit le corps d'une importance affective particulière et amène le patient à se renarcissiser. »²⁶

Ainsi, nous pouvons observer en relaxation des remaniements importants au niveau du schéma corporel et de l'image du corps de la personne, notamment grâce à la fonction contenante du psychomotricien, qui favorise la renarcissisation du relaxé ainsi que la perception corporelle, inhérentes au réinvestissement du corps.

²⁶ GAUCHER-HAMOUDI, GUIOSE, Soins palliatifs et psychomotricité, p 50, Editions Hdf, 2007

2.4 – La communication et la suggestion

Comme nous venons de le voir grâce aux parties précédentes, la relaxation sollicite plusieurs canaux de communication. Nous voyons progressivement l'importance de la communication non verbale dans la relation patient-psychomotricien : dialogue tonico-émotionnel, regard, toucher...

Néanmoins, la communication en relaxation emploie une fonction très importante, sur laquelle nous ne portons pas nécessairement notre attention : la fonction suggestive.

Dans son ouvrage, M. GUIOSE définit la suggestion comme « *toute idée, toute parole, toute impression qui agit sur le psychisme du sujet et se transforme en acte* »²⁷ ou encore « *phénomène banal de la vie quotidienne, c'est une communication ayant pour but de faire apparaître des réactions conscientes ou inconscientes chez un sujet.* »²⁸

H. BERNHEIM considère que « *les phénomènes de suggestion ne sont fonction ni d'un état magnétique ni d'un état hypnotique ou de sommeil provoqué ; ils sont fonction d'une propriété physiologique du cerveau, la suggestibilité, c'est-à-dire l'aptitude du cerveau à recevoir ou à évoquer des idées et sa tendance à les réaliser.* »²⁹

Si nous évoquons cette fonction suggestive, c'est parce que nous la retrouvons dans la relaxation. En effet, par ses gestes et ses paroles, le psychomotricien cherche à induire une détente globale, du corps et de l'esprit. Ainsi, qu'il s'agisse de suggestions explicites ou implicites, nous employons des formulations telles que « votre jambe est lourde » (explicite) ou encore des métaphores comme « ressentez vos appuis au sol, vos empreintes... » (implicite). Dans ces paroles, c'est bien le relâchement qui est visé par la suggestion de lourdeur, du poids.

La voix est un critère important de suggestion. L'intonation, les variations, la mélodie suscitent chez le relaxé le calme, la détente, l'apaisement et justifient le caractère rassurant, enveloppant de la présence du psychomotricien.

²⁷ GUIOSE M., *Relaxations thérapeutiques*, p 66, 2ème édition revue et augmentée, Editions Hdf, 2007

²⁸ GUIOSE M., *Relaxations thérapeutiques*, p 79, 2ème édition revue et augmentée, Editions Hdf, 2007

²⁹ Cité dans *Relaxations thérapeutiques*, p 66, 2ème édition revue et augmentée, Editions Hdf, 2007

Selon BERNHEIM, la notion de suggestibilité et de suggestion en relaxation n'est qu'une question de degré. Ce sont des phénomènes que nous retrouvons au quotidien dans toutes les situations relationnelles. La relaxation est alors un moyen d'accroître ce pouvoir de suggestion et de favoriser les effets sur le psychisme de l'individu relaxé.

De plus, si l'attitude du psychomotricien possède ce pouvoir de suggestion sur le relaxé, l'environnement est également un facteur à prendre en compte dans la suggestion de la détente.

G. BATESON, E.T. HALL et E. GOFFMAN décrivent une théorie de la communication selon laquelle tout est facteur d'influence, de suggestion. Effectivement, un environnement bruyant et lumineux n'indura pas le même relâchement qu'un environnement calme, une atmosphère feutrée par exemple. C'est pourquoi le psychomotricien, dans l'élaboration de sa séance, ne doit jamais négliger le cadre.

Pour conclure, la suggestion est un des mécanismes clés de la relaxation. Par l'accompagnement verbal (ton, volume, mélodie...), le cadre rassurant et apaisant proposés lors des séances de relaxation (peu de lumière, pas de bruits environnants...), la relaxation suggère une détente qui pourra alors être induite plus facilement.

Les différentes fonctions que nous venons de voir sont intimement liées entre elles et fonctionnent en synergie, c'est pourquoi bien souvent, un déséquilibre de l'une de ces fonctions entrainera un déséquilibre de tout le système qui constitue l'individu. La relaxation psychomotrice pourra alors amener au rééquilibrage de ces fonctions, en tenant compte de la personne dans sa globalité somato-psychique.

2.5 – Le transfert et le contre-transfert

La notion de transfert a été décrite successivement par Freud et Ferenczi au début du XXème siècle comme l'actualisation par le sujet, d'affects, de désirs, de fantasmes inconscients liés à son propre passé, sur une autre personne. Selon Freud, cette notion de transfert existe dans toute relation humaine.

On distingue les transferts positifs des transferts négatifs : les premiers se manifesteront par une affection exagérée pour la personne, tandis que les seconds témoigneront davantage d'une hostilité.

Selon les psychanalystes, la suggestion que nous avons abordée précédemment est en lien avec la notion de transfert. M. GUIOSE explique dans son livre que la relaxation est un mode relationnel amenant le relaxé dans un état modifié de conscience. Cet état permet au relaxateur d'être en relation avec le monde interne du sujet. On observe alors des phénomènes de projection/introjection.

*« Cet état modifié de conscience est une régression, le sujet revit par l'intermédiaire du transfert un mode de fonctionnement psychique archaïque, infantile. »*³⁰

Ainsi, le transfert réalisé par le relaxé sur le relaxateur ou projection, permet secondairement une modification du monde interne du sujet qui accepte la suggestion du relaxateur et donc l'introjecte.

O. MOYANO énonce que *« dans toute relation thérapeutique est conféré au thérapeute un rôle particulier, et ce qui confère au thérapeute ce rôle, par une répétition inconsciente de la part du sujet qui souffre, c'est le transfert. Même si l'on parle de relation transférentielle, d'aspects transférentiels, en tempérant un tant soit peu le discours, ce qui le sous-tend n'en est pas moins historiquement cette notion freudienne de transfert »*³¹

Comme le dit MOYANO, des nuances peuvent être apportées au discours quant au transfert. En effet, en psychanalyse, le transfert a été défini comme un transfert de contenus psychiques dans le cadre de thérapies auprès de patients névrosés. Dans ce contexte, le transfert est analysé, interprété pour résoudre les conflits internes.

Or, ce n'est pas le rôle du psychomotricien. C'est pourquoi certains auteurs comme MOYANO, CONTANT, CALZA parle davantage du contenant du transfert (et non pas du contenu). On n'analyse pas le transfert, on travaille avec : il fait partie de la relation. Le but en tant que psychomotricien serait de proposer un cadre contenant, stable, cohérent pour accueillir et contenir les émotions, les manifestations corporelles antérieures du patient, qui se rejouent ici et maintenant.

³⁰ GUIOSE M., *Relaxations thérapeutiques*, p 70, 2ème édition revue et augmentée, Éditions Hdf, 2007

³¹ MOYANO O. cité dans CALZA, CONTANT, *Psychomotricité*, p 10-11, 2^{ème} édition, Éditions Masson, 2002

Intervient alors la notion de contre-transfert. Le psychomotricien se doit de repérer son contre-transfert et de le gérer pour ne pas qu'il biaise son objectivité.

S. ROBERT-OUVRAY parle de contre-transfert émotionnel en psychomotricité. Elle dit qu'il faut savoir utiliser les effets du contre transfert pour s'ajuster, notamment au niveau tonique mais aussi au niveau émotionnel. Il est comme un guide interne permettant la relation avec le patient, il doit instaurer la juste distance entre le patient et lui-même, pour éviter à la fois de tomber dans un excès d'affectivité chez le patient, ou au contraire une trop grande distance favorisant l'anxiété et empêchant la mise en confiance.

Les notions de transfert et contre-transfert, bien que puisant leur origine dans la notion freudienne de transfert, sont employées différemment qu'en psychanalyse. On parle davantage de transfert et de contre-transfert émotionnels en psychomotricité, s'intéressant au contenant du transfert plus qu'au contenu.

Présente dans toute relation thérapeutique, ces notions sont mises en jeu également dans le cadre de la relaxation. A travers la relation avec le psychomotricien, le mouvement transférentiel du relaxé sur celui-ci sera accueilli dans toutes ses manifestations, sera mis en sens et par le contre-transfert, le psychomotricien offrira un cadre contenant, sécurisant pour rendre accessible ces émotions à la symbolisation.

2.6 – La respiration

« Les éléments essentiels que doit contenir n'importe quelle technique pour pouvoir être nommée relaxation [sont] le tonus musculaire [et] la respiration. »³²

La respiration est un mécanisme essentiel dans le fonctionnement de notre organisme. Elle est automatique, réflexe, néanmoins, à l'état de veille, c'est une fonction que nous pouvons contrôler consciemment.

³² VINCENTE DE MONJO cité dans GUIOSE M., Relaxations thérapeutiques, p 79, 2ème édition revue et augmentée, Éditions Hdf, 2007

La respiration a ceci de particulier : elle est reliée à la fois aux dimensions physiques et émotionnelles, faisant d'elle, une fonction importante en psychomotricité. En effet, la respiration est représentative de notre état émotionnel et il n'est pas rare d'observer des détresses respiratoires dans le cas d'angoisses, de peurs... De même qu'il nous arrive de « pousser un soupir de soulagement » ou d' « avoir le souffle coupé ».

D'un aspect strictement physiologique, la respiration mobilise l'ensemble des structures anatomiques (ossature, muscles, organes). L'organe clé de cette respiration est le diaphragme, véritable acteur dans la dynamique respiratoire, qui met en mouvement tout le corps.

La respiration permet la régulation du pH sanguin, notamment par l'apport d'oxygène (O_2) et l'élimination de dioxyde de carbone (CO_2). Cette régulation concourt au maintien de l'homéostasie (état d'équilibre des grands paramètres physico-chimiques régulant l'activité de l'organisme) et donc au fonctionnement de notre corps. Elle instaure un certain bien-être physique, qui aura des conséquences sur la vie psychique du sujet.

Utiliser la relaxation en psychomotricité permet bien souvent aux individus relaxés de prendre conscience de cette respiration souvent négligée, et par son contrôle, apprendre à accueillir les émotions qui peuvent les submerger et apprendre à les gérer. Il arrive cependant que le contrôle volontaire de la respiration soit anxiogène pour certaines personnes, qui ne trouveront pas le moyen de se relaxer en raison de la recherche constante de « bien » respirer.

La relaxation psychomotrice, en recherchant la détente globale du sujet, va induire un ralentissement des fonctions cardio-respiratoires et une hyperventilation, de manière lente, calme et rassurante, ce qui modifie l'état de conscience, abaisse la vigilance, provoque un relâchement de la pensée analytique et augmente la suggestibilité chez le patient. La respiration apparaît donc comme une fonction essentielle en relaxation psychomotrice.

3 – Relaxation psychomotrice auprès de sujets atteints de la maladie de Parkinson ou syndromes apparentés

Nous venons de voir, de manière générale, les principales fonctions impliquées en relaxation psychomotrice. L'objet de ce mémoire est l'étude de la relaxation psychomotrice auprès de personnes atteintes de la maladie de Parkinson ou syndromes apparentés, c'est pourquoi nous aborderons, dans cette partie, les intérêts d'une telle médiation auprès de cette population et quelles peuvent être les hypothèses de travail.

En effet, entre le processus de vieillissement et la maladie de Parkinson, le travail du psychomotricien peut être doublement sollicité par les troubles qui peuvent s'ajouter : troubles de la régulation tonique, troubles du schéma corporel et de l'image du corps, ralentissement psychomoteur, troubles anxieux...

3.1 – Intérêts

La relaxation psychomotrice est une médiation corporelle qui tient compte de la globalité de la personne, en recherchant une détente à la fois physique et psychique. Elle met en jeu des fonctions comme le tonus, la fonction contenante ou maternante, le schéma corporel, l'image du corps, la communication (tonico-émotionnelle, suggestion...) ou encore la respiration.

Revenons à présent aux personnes âgées atteintes de la maladie de Parkinson ou syndromes apparentés. Les troubles qu'elles rencontrent touchent à la fois la sphère physique et psychique, c'est pourquoi l'on confère à la maladie de Parkinson le statut de maladie psychomotrice. Il y a donc un intérêt certain dans la prise en soin de ces personnes en psychomotricité.

La relaxation psychomotrice permet avant tout un **travail autour du vécu émotionnel**. Face au vieillissement et aux troubles rencontrés, les malades de Parkinson peuvent se sentir désarmés. Certains ne reconnaissent plus leur corps, ils ne le « contrôlent plus », ce qui est source d'une grande anxiété. Les troubles anxieux sont fréquents chez ces personnes et les répercussions au niveau tonique également, le lien entre émotions et tonus étant clairement établi.

Grâce au dialogue tonico-émotionnel qui s'installe entre patient et psychomotricien au cours de la relaxation, une variation tonique peut être induite chez le patient, permettant l'expression d'émotions que ce dernier pourra ensuite se représenter, symboliser afin d'apaiser un vécu émotionnel mais également corporel potentiellement perturbés.

De plus, le fait de ne plus reconnaître son corps, de ne plus le contrôler attaque bien souvent l'image du corps, entraînant une mésestime de soi, voire un désinvestissement corporel. A travers la relation avec le psychomotricien, et notamment la fonction contenante, le dialogue tonico-émotionnel, un travail de **renarcissisation** peut être effectué afin de rétablir une image du corps satisfaisante pour la personne.

Le **réinvestissement du corps** et de ses capacités sensorimotrices peut alors s'opérer grâce à des expériences sensorielles auxquelles l'individu n'est pas ou plus sensibilisé. Cela lui permet une vision différente de son corps, une **réactualisation de son schéma corporel** pouvant être affecté par les effets de la maladie.

Cette renarcissisation et ce réinvestissement du corps peuvent conduire progressivement la personne à un lâcher-prise vis-à-vis de sa maladie, en relativisant les effets que celle-ci peut avoir sur sa personne, et grâce aux expériences nouvelles et gratifiantes, éventuellement la conduire vers une acceptation de la maladie.

Le travail sur la respiration ramène le patient dans l'ici et maintenant, dans une action présente, ce qui paraît très important. En effet, la maladie de Parkinson ou les syndromes associés peuvent être très anxiogènes pour les patients, donc en favorisant l'expérience dans le présent, on éloigne le patient de ses angoisses concernant le futur de la maladie mais également les regrets liés à son état antérieur à la maladie, les regrets du passé.

Voici donc les principaux intérêts d'un travail en relaxation psychomotrice auprès des malades de Parkinson ou de syndromes apparentés. Néanmoins, la pratique de la médiation relaxation en psychomotricité comporte des limites.

3.2 – Limites

La relaxation, comme toute médiation, doit convenir à la personne à qui on propose un tel suivi. Effectivement, l'adhésion du patient à cette pratique est indispensable au bon déroulement des séances par la suite. La relaxation doit être un outil du psychomotricien et non pas une méthode formelle. Il ne s'agit pas d'imposer une méthode de relaxation à la personne, mais bien d'adapter le choix de la méthode à la personnalité du patient, en fonction de ses choix, ses désirs.

De plus, les conditions propices à la relaxation comme l'obscurité, l'immobilité ou le silence environnant peuvent être source d'angoisses pour certaines personnes. C'est également une médiation qui touche au monde interne du patient, pouvant faire émerger des affects inconscients chez celui-ci.

C'est pourquoi le psychomotricien doit offrir un cadre sécurisant et contenant pour que le patient se sente en confiance dans l'environnement dans lequel il se trouve et pour l'aider à accueillir ses émotions.

Enfin, selon les méthodes, l'effet de la relaxation auprès de la population des malades de Parkinson ou syndromes apparentés est plus nuancé. En effet, le tremblement de type extrapyramidal que l'on rencontre dans cette pathologie peut s'aggraver dans des exercices actifs suite à l'abaissement du tonus de défense ou hypertonie. Il convient alors de bien choisir la méthode de relaxation en fonction des problématiques de la pathologie et d'adapter les séances au fil de la prise en soin.

Chapitre 3 :

Mise en pratique

1 – Présentation de mes stages

Avant d’aborder mon travail clinique, il me semble important de décrire le contexte dans lequel j’ai évolué tout au long de cette année. En effet, qu’il s’agisse des établissements qui m’ont accueillie, des équipes que j’ai rencontrées ou encore de la vision avec laquelle j’ai débuté mes stages, tous ces facteurs ont participé à l’élaboration, au déroulement de mon projet et à l’évolution de ma pratique en tant que future psychomotricienne.

1.1 – Les institutions

Cette année, mes stages se sont déroulés au sein de deux Établissements d’Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), que je vais vous présenter de manière succincte pour faciliter la compréhension du contexte dans lequel j’ai pratiqué.

1.1.1 – Les établissements et leur fonctionnement

L’EHPAD que je renommerai « A » est un établissement appartenant à une association à but non lucratif, qui a ouvert ses portes en 2011. Elle possède une capacité d’accueil de 84 lits, répartis entre les différents lieux de vie.

Cette structure propose deux lieux d’hébergement :

- l’**EHPAD** à proprement parler pour les personnes en perte d’autonomie (70 lits)
- l’**Unité d’Hébergement Renforcé** (UHR) pour les personnes atteintes de la Maladie d’Alzheimer ou maladies apparentées, associée à des troubles du comportement sévères (14 lits).

Afin d’assurer un accompagnement optimal des résidents, l’établissement a récemment ouvert un Pôle d’Activités et de Soins Adaptés (PASA), destinés aux résidents de l’EHPAD atteints de la maladie d’Alzheimer ou maladies apparentées, avec troubles du comportement légers ou modérés.

La structure propose également un accueil de jour pour les personnes extérieures, mais celui-ci ne fonctionne pas encore. Enfin, elle accueille en son sein une micro-crèche favorisant les activités intergénérationnelles.

L'EHPAD B quant à lui, est également un établissement associatif à but non lucratif qui a ouvert ses portes en 2010. Sa capacité d'accueil est de 56 lits, également répartis sur deux lieux de vie :

- **L'Unité Classique** (UC) pour des personnes en perte d'autonomie sans troubles majeurs du comportement (28 lits).

- **L'Unité Protégée** (UP) ou unité Alzheimer accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées avec des troubles du comportement (28 lits).

L'établissement est également composé d'un accueil de jour qui fonctionne depuis l'ouverture.

Comme tous les EHPAD, ces deux structures accueillent des personnes âgées de plus de 60 ans. Elles sont toutes les deux habilitées à l'aide sociale avec, comme tous les établissements en convention tripartites, la participation de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) destinée à l'hébergement.

Le montant de celle-ci est attribué en fonction du degré de dépendance de la personne, évalué selon la grille AGGIR. Le résident appartient alors à un Groupe Iso-Ressources (GIR) entre 1 et 6 ; 1 étant le niveau de dépendance le plus important et 6 le niveau de dépendance le moins important.

Ces EHPAD font bénéficier leurs résidents d'infrastructures telles que salle de stimulations sensorielles, salle de balnéothérapie ou encore de jardins et patios.

Ils fonctionnent tous les deux dans un souci d'offrir une qualité de vie optimale aux résidents qu'ils accueillent. Des projets d'accompagnement sont effectués, avec d'une part, un projet de soin pour chaque personne tenant compte de ses pathologies, et d'autre part, un projet de vie réunissant les désirs, les besoins et les attentes de chaque résident, afin de veiller à leur respect.

1.1.2 – Les équipes

Les équipes intervenant dans les deux EHPAD présentent sensiblement les mêmes corps de métier. On distingue :

- Une **équipe administrative** réunissant la directrice, la secrétaire de direction ainsi que la secrétaire.
- Une **équipe médicale et paramédicale** composée du médecin coordonnateur, de l’infirmière coordonnatrice, de plusieurs infirmières, d’aides-soignants, d’aides médico-psychologiques, d’une psychomotricienne, d’une psychologue ainsi que des médecins traitants, des orthophonistes et des kinésithérapeutes libéraux propres à chaque résident.
- Une **équipe d’animation** constituée par l’animatrice et les auxiliaires de vie.
- Une **équipe de restauration** comprenant le personnel de restauration
- Une **équipe d’entretien** avec des agents d’entretien, d’agents de maintenance
- Des **intervenants** avec des professionnels comme une coiffeuse, une esthéticienne et des bénévoles.

1.2 – Ma place de stagiaire

1.2.1 – Ma vision avant les stages

N’ayant jamais fréquenté une structure semblable à un EHPAD, pour rendre visite à un proche par exemple, j’ai eu quelques difficultés à me représenter comment fonctionne un tel établissement, à quoi il ressemble, quelles pathologies nous pouvons rencontrer... avant de débiter mes stages.

Un stage court d'observation en gérontologie a été proposé au début de notre 3^{ème} année, pour découvrir ce public, les problématiques qu'il rencontre au quotidien et nous sensibiliser à la question « quelle pourrait-être la pratique à mettre en place auprès de ces personnes dites « âgées », en tant que psychomotricien ? ».

Dans ce stage, je partais avec la vision que l'on peut nous donner de la vieillesse, de l'institution, à travers les médias, les articles ou encore les dires de proches qui connaissent le contexte des institutions spécialisées en gériatrie-gérontologie. C'est-à-dire l'association de la vieillesse avec la mort, la décrépitude, la vision des EHPAD comme des lieux de fin de vie.

Je reconnais avoir été saisie par cet aspect-là de la vieillesse en institution. Très vite j'ai été confrontée à des situations de dépendance plus importantes que je ne l'imaginais, notamment dans le cas de démences ou d'atteintes physiques importantes, ou bien des situations répétées de décès dans l'établissement.

Cependant ce n'est pas le seul constat que j'ai pu effectuer : j'ai aussi découvert de formidables capacités de combativité chez les résidents, de relativisation dans leur propos sur la vie, sur leur vie. Ils s'adaptent à leur façon aux exigences de leur quotidien, malgré leurs difficultés et expriment clairement leurs besoins, leurs désirs dans l'optique de vivre de la meilleure manière qui soit.

Cette méconnaissance du public des personnes vieillissantes m'a motivée dans le choix de mes stages longs de troisième année, en EHPAD. Avant le début de ceux-ci, ma vision de la vie en institution était donc plus nuancée qu'auparavant, celle de la pratique psychomotrice également, avec la découverte des différentes facettes de la personne vieillissante.

1.2.2 – Organisation de mes stages

Mes stages se sont déroulés d'octobre 2013 à mai 2014, à raison d'une journée ½ sur l'EHPAD A et de deux demi-journées sur l'EHPAD B.

Dans un premier temps, une période d'observation m'a été nécessaire. Je ne connaissais pas encore la problématique de mon mémoire et mon approche du public des aînés n'en était qu'à son balbutiement.

Jusqu'en décembre, j'ai donc découvert la pratique psychomotrice auprès des résidents avec mes maitres de stages. A travers diverses pratiques (relaxation, balnéothérapie, atelier expression & contes, petit-déjeuner thérapeutique...), j'ai pu appréhender les différents aspects du processus de vieillissement, les mécanismes de remaniement, tant physiques que psychiques, qu'ils suscitent chez les personnes (comme nous avons pu le voir Chapitre 1), ainsi que l'intérêt de la présence du psychomotricien au sein d'un EHPAD. Mon contact avec les résidents s'est fait plus spontané, plus assuré. Peu à peu, au fil de ma pratique naissante et de mes observations, la problématique de mon mémoire s'est dessinée et j'ai pu commencer à construire mon projet.

C'est ainsi qu'à la rentrée de janvier 2014, j'ai proposé des entretiens aux personnes atteintes de la maladie de Parkinson ou syndrome apparentés pour lesquels la relaxation s'inscrirait parfaitement dans leur projet de soin. Certains ont refusé, d'autres ont accueilli la proposition avec soulagement ou enthousiasme.

Depuis ce moment-là, mon projet clinique de relaxation psychomotrice auprès de personnes atteintes de la maladie de Parkinson ou syndromes apparentés suit son cours. Je vous le présente dans la partie suivante.

2 – Ma pratique de la relaxation auprès de personnes atteintes de syndromes parkinsoniens

Dans cette partie, nous allons aborder le cas de deux résidentes des EHPAD où j'ai effectué mes stages. Dans un souci d'adaptation à la personnalité de chacune, à leurs choix et leurs désirs, j'ai décidé d'utiliser des méthodes de relaxation différentes que je décrirai au fil des études de cas.

2.1 – Mme B : « Je n'ai pas peur, j'ai la maladie de Parkinson »

2.1.1 – Anamnèse de Mme B

Mme B est une petite dame, menue, aux cheveux courts et blancs. Elle est née le 6 août 1921 ; elle a 92 ans lors de notre première rencontre.

Originaire de Limoges, Mme B y a vécu toute sa vie. Elle a un frère de 95 ans qu'elle voit très peu mais avec qui elle correspond par courrier. Elle a été scolarisée jusqu'au brevet des collèges, puis a travaillé comme couturière en apprentissage : elle a ensuite fait sa carrière à Limoges. Elle y était très entourée par sa famille et ses amis.

Mme B s'est mariée à 31 ans et a eu deux fils : l'un habite dans la région bordelaise et l'autre aux alentours de Nantes. Aujourd'hui, elle est veuve depuis 11 ans, grand-mère de quatre petits-enfants et arrière-grand-mère pour la première fois depuis l'année dernière.

En ce qui concerne les antécédents de Mme B, il lui a été diagnostiqué la maladie de Parkinson il y a une douzaine d'années. Elle suit un traitement pour cela et est suivie par son médecin traitant, le médecin coordinateur de l'établissement ainsi que son kinésithérapeute. Elle rencontre ponctuellement un neurologue dans le cadre de sa maladie.

Mme B rencontre des difficultés au quotidien notamment en raison des troubles moteurs comme la rigidité ou les tremblements. Par moment, il lui arrive d'être dans l'impossibilité d'initier des gestes (akinésie).

En ce qui concerne les troubles neurovégétatifs, Mme B est souvent constipée (ralentissement des mouvements automatiques des intestins), elle est incontinente urinaire et souffre d'hypotension orthostatique (défaut d'adaptation de la pression artérielle).

Les troubles cognitifs sont visibles également, notamment le ralentissement cognitif avec des difficultés à réfléchir, à synthétiser des idées et une lenteur pour initier la parole par moment. Elle présente des difficultés au niveau de la flexibilité mentale et donc de l'inhibition ; il lui arrive de persister dans une idée, dans quelque chose qui l'angoisse et n'arrive pas à passer à la proposition suivante.

Mme B se dit très anxieuse et cela est majoré par sa maladie et les troubles qui en résultent. Elle souffre de ne pas pouvoir contrôler sa maladie, comme elle le voudrait. Elle se fatigue très vite, tant au niveau moteur que psychique, et ressent une somnolence excessive en journée.

2.1.2 – Son entrée en institution

Mme B est entrée pour la première fois en institution en novembre 2012, dans sa région d'origine. Le maintien à son domicile était difficile car elle chutait beaucoup, en raison de sa pathologie. Quelques mois plus tard, Mme B a quitté l'EHPAD où elle résidait pour se rapprocher de l'un de ses fils. Elle est entrée le 29 mars 2013 dans l'EHPAD A, où j'effectue mon stage.

A son arrivée, Mme B est évaluée quant à sa dépendance (évaluation AGGIR que nous avons évoquée précédemment) et elle se situe dans le GIR 4, c'est-à-dire que ses fonctions mentales sont conservées, elle assume seule ses transferts mais elle rencontre quelques problèmes locomoteurs. Elle est capable de se déplacer seule dans l'établissement avec son déambulateur. Enfin, elle a besoin de stimulation pour la toilette et d'aide pour l'habillage (difficultés dues aux troubles rencontrés dans la maladie de Parkinson) et elle s'alimente seule.

Mme B est sociable et est entrée récemment au PASA, ouvert en janvier 2014, à raison d'une journée et demie par semaine, et d'une demi-journée supplémentaire lorsqu'elle en ressent le besoin. Elle s'y sent bien car elle exprime être « *prise en soin mais on ne [lui] en demande pas trop* ».

Elle n'a pas de problèmes de sommeil, elle se lève tôt et déjeune en chambre. Elle effectue sa toilette avec de l'aide et lorsqu'elle est prête, elle reste dans sa chambre, au calme. Parfois elle va marcher, elle dit que c'est une manière de s'exercer et de conserver une activité physique.

Elle descend en salle de vie pour le déjeuner et remonte immédiatement dans sa chambre pour faire une grande sieste. En effet, elle m'a confié être très fatiguée par sa maladie et avoir besoin de beaucoup de repos. Elle se réveille ensuite pour le goûter, elle ne participe pas aux activités proposées et préfère rester au calme car se sent trop fatiguée, jusqu'à l'heure du diner, qu'elle prend également en salle de vie. Ensuite, elle retourne seule dans sa chambre et se couche tôt.

L'adaptation dans l'établissement a été difficile au début car Mme B a perdu tous ses repères notamment la majorité de son entourage. A présent, elle se plaît dans cet établissement malgré une cohabitation parfois compliquée avec certains résidents. Elle a rencontré deux résidentes de la structure avec qui elle est devenue amie, ce qui lui fait beaucoup de bien.

Mme B est une personne capable de se positionner dans les décisions de prises en soin, elle reconnaît les fonctions et rôles des différents soignants dans l'établissement et ne conçoit pas son projet de soin sans kinésithérapie, sans psychomotricité et sans soutien psychologique. L'équipe a constaté une évolution favorable pour Mme B depuis son arrivée, elle sait poser des limites que les soignants se doivent de respecter. La psychologue intervient ponctuellement, à sa demande : elle est capable de déterminer ce qui est bien pour elle et à quel moment.

2.1.3 – Notre rencontre

J'ai rencontré Mme B pour la première fois en septembre 2013, lors de mon stage court de 3^{ème} année, dans le cadre du module de gérontologie-gériatrie. Nous étions partis en sortie bateau sur la Garonne pour découvrir les 7 ponts de Bordeaux, avec une trentaine de résidents, quelques familles et des professionnels. Elle était en fauteuil roulant, car sur les grandes distances elle se fatigue très vite.

A cette époque, Mme B avait un discours très lucide sur sa maladie : tandis que certains résidents étaient anxieux à la descente du bus, c'est sans gêne aucune qu'elle m'a dit « *vous savez, je ne tremble pas parce que j'ai peur, j'ai la maladie de Parkinson* ». Sur le moment, je reconnais avoir été étonnée mais également touchée par tant de sincérité et de franchise.

Par la suite, j'ai continué mon stage à l'année dans cet établissement mais je n'ai pas revu Mme B de suite. C'est donc dans le cadre de ce mémoire centré sur la relaxation auprès des malades de Parkinson que je la rencontre pour la seconde fois.

Je la retrouve dans sa chambre pour un entretien, dans l'optique de lui proposer un suivi en relaxation. Nous discutons de son histoire de vie et c'est avec plaisir et parfois nostalgie qu'elle se livre. Nous abordons également sa maladie : Mme B me raconte que cela la fatigue beaucoup, tant physiquement que mentalement. Elle traverse des périodes de crises où les tremblements sont très intenses et continus et elle sent que ces crises sont de plus en plus rapprochées depuis quelques années. Elle se sent « *raide* », « *contractée* » par moment.

Mme B m'explique également qu'elle a tout essayé pour remédier à son état mais qu'aucun traitement n'a réellement fonctionné pour sa maladie. Elle remarque de manière très pertinente que ce sont ses émotions, ses sentiments qui ont un retentissement significatif sur sa maladie et notamment avec une augmentation des tremblements voire une entrée en crise lors d'émotions fortes. Ces constatations m'ont encouragée à poursuivre dans la proposition de la relaxation, proposition à laquelle elle semble très ouverte.

2.1.4 – Suivi de Mme B

❖ Bilan

En ce qui concerne le bilan, j'ai choisi de m'appuyer sur des éléments d'observations lors de situations de la vie quotidienne, ainsi que d'un rapide bilan tonique, plutôt que sur la passation d'un bilan avec des épreuves standardisées.

La spontanéité des situations permet, à mon sens, une meilleure appréciation psychomotrice de Mme B et, compte tenu des informations connues sur sa pathologie, ces observations sont suffisantes pour justifier un suivi en psychomotricité, sans avoir à lui imposer une situation de bilan.

De manière générale, Mme B est une personne qui apprécie la relation. Elle est cohérente dans l'analyse des situations qu'elle rencontre et fournit généralement des réponses adaptées. Son orientation temporo-spatiale est relativement conservée, ainsi que le langage.

Au niveau moteur, cela est très fluctuant, en raison de l'alternance de périodes difficiles et de périodes plus calmes. Mme B va osciller entre des moments de relative aisance motrice, d'amélioration des coordinations et donc une marche plus facile avec le déambulateur, et des moments où rigidité, tremblements ou akinésie vont venir entraver sa motricité et nécessiter l'utilisation de son fauteuil roulant. Malgré ces difficultés, Mme B conserve une intégration relative de son schéma corporel.

En raison de sa pathologie, Mme B n'a pas pu maintenir sa capacité d'écrire, elle fait appel aux soignants lorsqu'elle souhaite rédiger une lettre. Les gestes fins sont également très compliqués.

A la fin de notre entretien, j'ai proposé à Mme B un rapide bilan tonique pour mieux me rendre compte de son degré de tonicité générale mais également de la localisation de zones de tensions plus particulières.

Je constate que les tremblements sont présents mais peu importants. A travers les épreuves de mobilisations passives et de ballant, j'observe que Mme B est dans une légère hypertonie globale. Celle-ci est prédominante au niveau de la nuque, et du dos : Mme B a adopté au fil des années, une posture légèrement voutée avec un fléchissement des membres inférieurs, caractéristique de la maladie de Parkinson. De plus, l'hémicorps droit apparaît plus tonique que le gauche, ce qui confirme que Mme B est droitière, comme elle me l'avait indiqué.

Suite à notre entretien, mes observations et le bilan tonique, j'ai sollicité une prescription auprès du médecin traitant, pour un suivi en psychomotricité, centré autour de la relaxation.

❖ Hypothèses de travail

Notre entretien m'a permis de cerner les préférences de Mme B en vue de nos séances de relaxation (préférence pour le contact et les mobilisations plutôt qu'une induction strictement verbale) et en tenant compte des contre-indications générales de la relaxation dans la prise en soin de sa pathologie, j'ai décidé de m'inspirer de la méthode de relaxation WINTREBERT, initialement préconisée pour les enfants.

En effet, selon G. SOUBIRAN, le psychomotricien doit adapter la méthode au sujet et non pas le sujet à la méthode. Il se trouve d'autant plus, que M.GUIOSE considère cette méthode comme une bonne indication dans le cas de syndromes extrapyramidaux comme la maladie de Parkinson. C'est pourquoi il m'a semblé que cette méthode de relaxation pourrait convenir dans le cas de Mme B.

La relaxation activo-passive d'H. WINTREBERT se déroule en quatre étapes :

- 1ère étape : la régulation du tonus par les mouvements passifs (mobilisations jusqu'à disparition de résistance ou de participation active de la part du patient).

Les mouvements passifs se déroulent comme suit :

- *Au niveau des membres supérieurs* : élévation de la main, balancement horizontal de la main, mouvement de pronation-supination, flexion/extension de l'avant-bras, élévation du bras, déplacement horizontal du bras (abduction/adduction), mobilisation de l'épaule
 - *Au niveau des membres inférieurs* : flexion de la cheville, élévation de la jambe, déplacement horizontal de la jambe (abduction/adduction), rotation interne/externe de la jambe, flexion/extension du genou
- 2ème étape : la phase dite d'immobilité (induction verbale et contacts légers en indiquant les différentes parties du corps, pour faciliter la perception du schéma corporel qui, nous l'avons vu, peut être mis à mal au cours de la vieillesse).
 - 3ème étape : la phase active (le patient réalise lui même les mouvements).
 - 4ème étape : la réadaptation des mouvements (association des mouvements et des attitudes de la vie courante à ces états de relaxation).

Étant donné que je savais mon temps limité pour ce suivi (4 mois), j'ai décidé de m'intéresser aux deux premières étapes de cette méthode, utilisant les mobilisations passives ainsi que l'induction verbale et les contacts plus légers. J'ai cherché, par ces étapes et le cadre de la séance, à induire une détente psychique chez Mme B, pour permettre ensuite une détente plus globale.

En effet, comme nous l'avons vu précédemment, il existe un lien indéniable entre l'état émotionnel du malade de Parkinson et les manifestations corporelles (hypertonie, akinésie, tremblements...). Ainsi, je pars de l'hypothèse qu'en amenant Mme B à un apaisement psychique et à une réduction de son anxiété (notamment liée au vécu négatif de sa maladie), il est possible d'obtenir un relâchement tonique et donc une détente du corps, pouvant réduire par la suite les symptômes de la maladie.

Pour résumer, Mme B rencontre des troubles toniques liés à l'aspect neurologique de sa maladie (dégénérescence des neurones synthétisant la dopamine) mais également à son état émotionnel, son anxiété qui viennent renforcer ces troubles. L'intégration du schéma corporel est conservée mais reste fragile en raison de l'augmentation des troubles depuis quelques temps et de son immobilité, perturbant la perception corporelle par l'abaissement de sensations tactiles, proprioceptives et kinesthésiques. En revanche, l'image du corps est touchée, Mme B paraît se sentir trahie par son corps qu'elle ne peut pas contrôler, elle paraît blasée face à ses difficultés et se dévalorise donc vis-à-vis de ses capacités physiques.

La relaxation apparaît donc comme une médiation qui pourrait être bénéfique à Mme B, notamment par la mise en place d'objectifs thérapeutiques précis :

- **Permettre la détente neuromusculaire**
- **Permettre l'expression et l'intégration des émotions à l'origine des troubles anxieux (angoisse, peur...) grâce à un cadre contenant, sécurisant et stable**
- **Proposer une expérience corporelle nouvelle et favoriser la perception du corps dans le but de maintenir une intégration du schéma corporel cohérente**
- **Permettre, à travers la relation duelle, une renarcissisation chez Mme B et la revalorisation de son image du corps**

❖ Séances

Ce suivi a débuté en janvier 2014, à raison d'une séance par semaine, d'une durée de 45 minutes. Les séances se déroulent dans sa chambre car c'est un endroit propice à la détente, familier et sécurisant. L'utilisation de musique relaxante est très appréciée par Mme B ; elle favorise l'entrée en relaxation. Les séances sont individuelles car Mme B préfère les moments calmes plutôt que les activités de groupe. De plus, les moments privilégiés entre soignants et résidents étant rares, ces derniers apprécient davantage la relation duelle.

Dans le cadre de ce suivi, les séances individuelles sont d'autant plus importantes que cela permet la mise en confiance de Mme B et donc une relation sur le mode de la confiance. Ainsi le suivi peut s'ajuster plus facilement de par les indications que me livre Mme B sur ses ressentis et son vécu corporel.

Dès la première séance, Mme B m'explique comment elle se sent par rapport à sa pathologie. Elle est anxieuse, car elle sait qu'elle n'a aucun contrôle dessus.

Les deux premières séances, Mme B est déstabilisée par la découverte de la relaxation. Je lui propose des exercices de respiration pour faciliter la détente et j'accompagne les mobilisations d'une induction verbale. En effet, la respiration amène le relaxé à une modification de son état de conscience et abaisse sa vigilance, favorisant la détente. Une diminution des tremblements est visible sans toutefois observer une disparition totale. Elle exprime se sentir de plus en plus fatiguée et demande à cesser les séances malgré le fait qu'elle les trouve agréables.

Je constate alors une difficulté de lâcher-prise chez Mme B ainsi qu'une lutte contre l'endormissement. Un travail de réassurance, de valorisation est alors nécessaire pour permettre à Mme B un apaisement plus global et une meilleure compréhension et analyse de son vécu de la maladie.

Les séances qui suivent témoignent d'une bonne adaptation de Mme B à la relaxation. Avant chaque séance, elle apprécie pouvoir parler des difficultés qu'elle rencontre en raison de sa maladie. Celle-ci étant une grande source d'anxiété pour Mme B, en parler devient une manière de s'apaiser. Ensemble nous échangeons autour de son vécu, nous éclaircissons des zones d'ombres pour elle (comme l'origine des symptômes, la dégénérescence des neurones par exemple), ce qui lui permet de relativiser et de mieux appréhender sa maladie.

Peu à peu, Mme B se sensibilise à la pratique de la relaxation, elle entre plus facilement dans cet exercice de détente, ne résiste plus ou ne participe plus dans les mobilisations et n'est plus dérangée par les bruits environnants. L'hypertonie constatée lors du bilan semble s'estomper lors des séances. Elle devient plus précise dans la description de ses ressentis (chaleur, lourdeur, apaisée, fatiguée...) et exprime spontanément la volonté de continuer les séances.

« Les séances me calment, j'arrive à mieux dominer »

Rapidement, elle exprime le besoin de marcher après la relaxation. Elle constate alors, moins de raideurs et une meilleure aisance dans la marche.

Cependant, si des effets positifs se font ressentir dans un futur proche de la séance, Mme B m'explique, qu'au cours de la semaine, entre deux moments de relaxation, il lui arrive de se sentir désarmée face à ses troubles et de ne plus ressentir l'effet de la relaxation. Je lui propose alors de réaliser des temps de détente, seule, entre nos rencontres, avec l'aide de la musique, lorsqu'elle en ressent le besoin. Cela permet une meilleure continuité du suivi et une avancée progressive vers l'appropriation de la médiation.

La séance suivante, Mme B me confie avoir ressenti « du mieux » lors de ces temps de détente et avoir été plus calme, mais elle constate également que cela n'est pas aussi efficace que nos séances. Je l'encourage à poursuivre, en lui expliquant que c'est un exercice long à maîtriser et que les effets, aussi infimes soient-ils, sont positifs. Au fil des séances, un travail de valorisation des sensations éprouvées au cours de la relaxation s'est installé, pour permettre à Mme B de mettre en relation son ressenti et les effets de cette relaxation. En effet, par ce travail de mise en sens de son vécu physique en séance, mais également des émotions qui sont liées, Mme B pourra peu à peu les intégrer ce qui favorisera au fil du temps un vécu de plus en plus structuré, élaboré et apaisé.

Après deux mois de relaxation, j'observe que Mme B est dans une période de fatigue très importante liée à sa maladie ; un ralentissement psychomoteur est visible, elle rencontre beaucoup de difficultés dans la marche et dans l'élocution. Je constate des réflexes spastiques (réflexes de résistance à la mobilisation) au niveau des jambes, des décharges motrices et une certaine fébrilité, absents jusqu'à présent. La semaine suivante, elle n'a pas souhaité réaliser la séance, se sentant trop fatiguée. Elle m'explique qu'elle n'arrive plus à marcher, n'a plus d'équilibre et donc qu'elle a peur de la chute.

Face à ces manifestations de la maladie, le médecin a réajusté le traitement pour tenter d'améliorer les symptômes et l'équipe soignante a sollicité une deuxième séance de psychomotricité par semaine, constatant un apaisement chez Mme B jusqu'ici, ainsi qu'une meilleure fluidité dans la marche. On remarque ici, toute l'importance de la pluridisciplinarité dans le projet de soin.

En accord avec Mme B, ma maitre de stage et moi-même lui avons proposé d'adapter le suivi avec une séance également le lundi, assurée par ma maitre de stage (n'étant pas moi-même sur la structure toute la semaine).

S'étant bien accommodée à la relaxation, je lui propose de raccourcir légèrement le temps de détente, afin de lui proposer en fin de séance des exercices d'équilibre. Elle accepte très volontiers car elle vit relativement mal ses problèmes d'équilibre ; elle redoute sans cesse la chute et aimerait remédier à cela.

Cela illustre bien le caractère évolutif du suivi en psychomotricité (et en l'occurrence en relaxation), en adaptant les soins aux problématiques qui peuvent changer au cours de la prise en soin.

Depuis un mois maintenant, nous suivons cette organisation des séances : relaxation puis exercices d'équilibre pour remettre le corps en mouvement. Mme B est déséquilibrée vers l'arrière car elle a peur de la chute vers l'avant. Elle est toujours très volontaire, elle réalise les exercices avec beaucoup d'application : résistance à des poussées, transfert du poids du corps, agrandissement de l'amplitude des pas, marche arrière. Malgré les difficultés qu'elle rencontre, je constate que Mme B s'investit beaucoup dans ces propositions en raison de sa volonté de retrouver cet équilibre qui lui fait défaut.

En parallèle, ma maître de stage propose à Mme B des temps de relaxation ainsi que des mobilisations et des stimulations intestinales, en raison de ses constipations répétées qui ont une incidence sur son anxiété et son comportement général.

Au cours de ce dernier mois, je constate une réelle amélioration de l'état général de Mme B. Je la retrouve se déplaçant seule dans sa chambre, ce qu'elle ne faisait plus depuis quelques temps. Elle exprime se sentir mieux que les semaines passées, mais elle manque toujours d'équilibre.

2.1.5 – Bilan du suivi

Le suivi en relaxation psychomotrice de Mme B m'a permis de mettre en évidence que cette médiation peut être une bonne indication pour les malades de Parkinson ou de syndromes apparentés. Aujourd'hui, Mme B s'est sensibilisée à la pratique de la relaxation et trouve progressivement la détente lui permettant une réduction de son anxiété. Cela agit de manière évidente sur les troubles toniques liés à son état émotionnel, en faveur d'une diminution de leurs manifestations, notamment au cours de la séance.

En revanche, si je constate cette diminution des troubles toniques d'ordre émotionnel lors des séances, il m'est apparu que les troubles toniques d'ordre neurologiques (c'est-à-dire liés à la dégénérescence des neurones et donc irréversibles) quant à eux, sont persistants en dehors des séances.

L'intérêt de la relaxation est de permettre à Mme B, par l'intégration des sensations et des émotions vécues, une diminution de son anxiété dans les situations quotidiennes afin d'annihiler l'effet renforçateur de l'anxiété sur les troubles toniques d'ordre neurologique. Cela pourra rendre alors le vécu de la maladie moins anxiogène.

Le travail de relaxation associé aux exercices d'équilibre reste d'actualité, car pour le moment, Mme B et moi travaillons toujours à sa réassurance par une diminution de son anxiété liée à la maladie et par le retour vers un équilibre statique et dynamique.

2.2 – Mme P. : « Je danse avec le reste de mon corps, mais il faut me tenir, il ne faut pas me lâcher »

2.2.1 – Anamnèse de Mme P

Mme P est née le 15 juillet 1927, elle a 86 ans. C'est une dame relativement petite, ayant les cheveux mi- longs, blancs et qui se déplace uniquement en fauteuil.

Elle est originaire et a vécu toute sa vie dans la région girondine. Elle ne m'a pas indiqué si elle avait des frères ou des sœurs. Elle s'est mariée deux fois : elle n'a pas eu d'enfants avec son premier mari qui est décédé, elle s'est donc remariée et a eu 7 enfants (3 filles, 4 garçons) qu'elle évoque souvent. Depuis plusieurs années maintenant, Mme P a connu de nouveau le deuil, avec la mort de son second mari.

Mme P a démarré l'école à 12 ans puis a exercé le métier de tripièr au marché des Capucins dans le magasin de ses parents. Elle a également été entraîneuse de basket et de majorettes par la suite. Le basket est une activité qui a occupé une très grande place dans la vie de Mme P : elle y a joué plus de 30 ans et a transmis sa passion pour ce sport à l'une de ses filles.

Au niveau des antécédents de Mme P, il lui a été diagnostiqué une arthrose invalidante, une hypothyroïdie ainsi que de l'hypertension artérielle. L'année dernière un cancer du sein droit a été décelé chez Mme P, pour lequel elle est suivie. Cependant, nous allons nous intéresser plus particulièrement à sa probable Démence à Corps de Lewy (DCL), qui n'a pas encore été établie car le doute est permis entre ce diagnostic et celui d'une démence parkinsonienne. L'observation d'un syndrome parkinsonien chez Mme P est l'une des raisons de ce flou diagnostic, car présent dans la DCL et dans la maladie de Parkinson, mais de manière variable. C'est cet élément qui va particulièrement nous intéresser.

Mme P est suivie par le médecin coordonnateur de l'établissement, son médecin traitant ainsi que son kinésithérapeute.

Si la DCL est fortement suspectée chez Mme P, c'est en raison des nombreux troubles qu'elle présente et qui sont associés à cette pathologie. Nous ne cherchons pas à établir de diagnostic dans les lignes qui suivent, mais plutôt à décrire les manifestations observées chez cette patiente et qui peuvent être liés à un tel diagnostic, afin d'aborder le syndrome parkinsonien qui, lui, est clairement observable et défini.

Au **niveau cognitif**, on observe chez Mme P des troubles des fonctions exécutives comme par exemple des difficultés d'organisation ou de coordination de l'action. On remarque également des troubles attentionnels, il est difficile pour Mme P de conserver une attention soutenue sur une action, un objet, ce que j'ai observé notamment au cours des séances. Enfin, on peut constater chez Mme P des troubles mnésiques et notamment des troubles de la récupération en mémoire, qui font parti des symptômes de la DCL.

Au **niveau comportemental**, les troubles observés chez Mme P et qui renforcent un diagnostic en faveur de la DCL sont les hallucinations, élément caractéristique de la DCL, parfois accompagnées d'idées délirantes. Effectivement, Mme P rapporte souvent des faits comme la présence de personnes (hallucination visuelle) qui voulaient la tuer, ou l'obliger à se marier avec un enfant par exemple (idées délirantes). Ces hallucinations sont fréquentes, persistantes et source d'une grande angoisse, de colère ou encore de peur que Mme P exprime souvent au cours des séances.

En ce qui concerne son **syndrome parkinsonien**, il se caractérise par une akinésie ainsi qu'une rigidité importante (ou hypertonie). Mme P ne présente pas de tremblements au repos, en revanche quelques tremblements d'action sont visibles. Elle apparaît avec un visage figé, une amimie et se trouve dans une posture de repli qui pourrait être associée à la posture observable dans la maladie de Parkinson : enroulement dû à l'hypertonie au niveau de la nuque et de l'axe de la colonne vertébrale.

Ces différents troubles, associés à la neurodégénérescence motrice liée à la maladie, ont induit chez Mme P des difficultés importantes à la marche, impliquant un déplacement en fauteuil roulant en raison de son impossibilité à maintenir la station debout.

2.2.2 – Son entrée en institution

Mme P est entrée pour la première fois en institution dans l'EHPAD B où j'effectue mon stage, le 3 décembre 2010. Les raisons de cette entrée sont la perte d'autonomie qui devenait trop grande et l'évolution des troubles de la DCL.

A son arrivée, Mme P a été évaluée en GIR 2, ce qui signifie que ses capacités mentales sont relativement altérées mais qu'elle a gardé la capacité de se déplacer, en l'occurrence, en fauteuil roulant. Elle a besoin de surveillance permanente et d'aide dans la plupart des activités de la vie quotidienne.

Je n'ai pas réussi à obtenir d'informations quant au déroulement d'une journée type pour Mme P, néanmoins, c'est une dame qui apprécie participer aux activités proposées dans l'établissement et évite les moments de solitude dans sa chambre.

L'entrée en institution a été une période difficile pour Mme P, notamment parce qu'elle a été très affectée de devoir quitter sa maison. La communication entre Mme P et sa famille est parfois compliquée car beaucoup d'informations lui sont cachées (comme la vente de sa maison par exemple, ou le diagnostic de son cancer) et l'espoir est entretenu quant à son retour à domicile.

La situation d'institutionnalisation parfois très perturbatrice, ainsi que le contexte familial, entretiennent ce mal-être chez Mme P, elle se sent abandonnée et parfois dépossédée de ses capacités à prendre des décisions, notamment dans sa prise en soin (changement de fauteuil par exemple).

Si l'entrée a été une étape difficile, la vie au sein de l'EHPAD reste encore compliquée et délicate aujourd'hui pour Mme P.

Ces problématiques autour des liens avec sa famille renforcent son anxiété et sont importantes à prendre en considération dans le cadre d'un éventuel suivi en psychomotricité.

2.2.3 – Notre rencontre

J'ai rencontré Mme P pour la première fois en octobre 2013 dans le cadre d'un atelier de danse intergénérationnel, mené par la compagnie Les Résonances. Mme P était discrète durant les séances, et c'est au cours d'une représentation par les danseuses, que toute l'assemblée a pu découvrir l'importance de cet atelier pour elle. Elle s'est mise à répéter les gestes de manière spontanée, parmi le public, et a pu offrir un beau moment d'improvisation au sein de la chorégraphie, à travers un jeu de pantomime avec l'une des danseuses.

A la fin du spectacle, des camarades étudiantes et moi-même étions volontaires pour recueillir les ressentis, les commentaires des personnes présentes, résidents et familles. C'est alors que Mme P a clairement exprimé « *J'ai fais 30 ans de basket, je ne peux plus marcher, ni danser. J'ai quand même retiré mes chaussures. Je danse avec tout le reste de mon corps mais il faut me tenir, il ne faut pas me lâcher. Merci, merci à toutes !* ».

On retrouve à travers ces paroles, ce sentiment de solitude, d'abandon qu'il lui arrive de ressentir et la nécessité pour Mme P d'être accompagnée, soutenue, contenue.

En décembre 2013, je l'ai rencontrée dans sa chambre avec ma maitre de stage pour un entretien avant de lui proposer un suivi en relaxation, en lien avec sa pathologie, dans le cadre de mon mémoire. Mme P nous raconte quelques éléments de son histoire de vie, ce qui n'est pas facile pour elle car elle rencontre des difficultés à se remémorer et certaines informations qu'elle nous livre s'avèrent en réalité incorrectes, comme son âge par exemple. Cela témoigne notamment de son trouble mnésique.

Elle parle beaucoup de ses 7 enfants, qu'elle a nourri au sein et nous explique qu'elle aimerait retourner dans sa maison. Ce sont des sujets sur lesquels elle persévère beaucoup, elle revient plusieurs fois dessus, ce qui laisse penser que ce sont des sujets importants pour elle, source d'anxiété et d'inquiétude.

En ce qui concerne sa DCL et son syndrome parkinsonien, Mme P n'entre pas dans une grande description, elle nous explique se sentir bien et à l'aise sauf dans les jambes. Elle rajoute « *je ne peux pas marcher comme il faut* ». Lorsque que je lui fais la proposition d'un suivi en relaxation, Mme P est tout de suite intéressée, elle demande des précisions car elle ne semble pas connaître.

2.2.4 – Suivi de Mme P.

❖ **Bilan**

Comme pour Mme B, j'ai choisi d'utiliser des éléments d'observation de Mme P dans son quotidien et de lui proposer un rapide bilan tonique dans sa chambre, sur son lit, à la fin de notre entretien.

Mme P apprécie la compagnie et est sociable. Elle aime donc la relation aux autres, résidents, soignants, familles. Malgré un volume vocal peu important et un lexique légèrement appauvri, le langage est bien conservé. L'orientation spatiale semble conservée, Mme P sait se repérer dans l'établissement et se déplace parfois seule. En revanche, elle rencontre de réelles difficultés à se situer dans le temps, expliquant un jour qu'elle a 74 ans et un autre jour 88 ans. Le repérage des jours de la semaine est difficile, tout comme les dates en général (mois, année).

Au niveau moteur, le syndrome parkinsonien de Mme P l'entrave grandement. En effet, l'hypertonie très importante limite ses gestes. Lors des ateliers de danse, j'ai pu observer que l'investissement corporel se voulait maximal mais cela est difficile en raison de ses troubles. Les mouvements se font de manière lente et peu fluide, elle procède par à coups.

La marche n'est plus possible, ce qui limite également son périmètre de déplacements. Elle arrive à se déplacer seule sur de petites distances avec son fauteuil, mais la diminution de la force musculaire et la rigidité ralentissent son avancée. Cette absence de variations dans les expériences corporelles rend la perception du corps chez Mme P difficile, entraînant un appauvrissement du schéma corporel. Au niveau des gestes fins, Mme P conserve des capacités notamment à travers l'un de ses loisirs depuis son arrivée dans l'établissement : le découpage de fleurs dans des magazines spécialisés et le collage pour en faire des tableaux ou des albums de patchworks floraux. L'écriture en revanche n'est pas conservée.

A la fin de notre entretien, je lui ai donc proposé un bilan tonique étant donné que l'un des axes de travail de la relaxation en psychomotricité est la fonction tonique. Je souhaite voir les tensions plus ou moins importantes chez Mme P, le caractère persistant ou non de ces tensions.

Mme P est dans une très grande hypertonie. Tout son corps est en tension et les exercices de ballant du bras indiquent qu'il est totalement absent chez elle. Mme P aide lors des mobilisations passives, ses articulations apparaissent très raides : ses jambes et son cou sont particulièrement difficiles à mobiliser et le côté gauche apparaît significativement plus hypertonique que le côté droit. Je n'observe aucun tremblement.

Suite à notre entretien, ce bilan tonique et à mes observations, la relaxation me paraît une très bonne indication compte tenu de cette hypertonie prédominante et persistante chez Mme P, qui entrave sa motricité et implicitement, la perception de son corps. J'ai donc demandé une prescription auprès du médecin de Mme P pour un suivi psychomoteur en relaxation.

❖ Hypothèses de travail

Grâce à notre entretien, j'ai tenu compte des désirs de Mme P quant à la relaxation, et il est apparu que la stimulation sensorielle (tactile, visuelle, auditive) lui était très agréable. Je lui ai donc soumis l'idée de réaliser nos séances en salle de stimulations polysensorielles pour favoriser des expériences corporelles diverses qui lui font défaut, à travers la relaxation. De plus, cet espace offre un cadre contenant et apaisant.

Cette salle est équipée d'un lit avec matelas à eau, d'une colonne d'eau, de miroirs, de fauteuils, de fibres optiques et d'un néon colorés, et de matériel de stimulation (balle de différentes textures, petits sacs lestés, tissus, musique, diffuseur d'huiles essentielles etc.).

Cependant, l'utilisation de tous ces éléments en même temps n'est pas préférable afin d'éviter toute surstimulation. Le but est d'amener la personne à une détente, par les canaux sensoriels qui lui correspondent. La salle n'est pas l'outil unique d'un tel suivi, c'est à travers la relation avec le psychomotricien que son utilisation prendra tout son sens et que le suivi aura de l'importance.

De même, je ne m'inspire pas d'une méthode en particulier dans le suivi de Mme P car il me paraît important de m'adapter à ses désirs, ses préférences et surtout ses ressentis pour faciliter la détente.

Mme P présente une hypertonie très marquée, elle est très anxieuse et ses hallucinations ne font que renforcer cette anxiété. Sa perte de mobilité amenuise les expériences sensorielles et gêne la perception de son corps. Le schéma corporel s'en trouve modifié, appauvri. Il en est de même pour l'image du corps : par cette modification de perception, Mme P se dévalorise très souvent, elle s'excuse parfois d'être comme elle est. « *Je dois être lourde, je fais 80 kilos* », « *je suis un poids pour vous* ». La vision qu'elle a de son corps est erronée, elle ne l'accepte plus comme il est et revient souvent sur l'époque où elle faisait du basket, où elle « *était capable de* ». L'estime de soi est profondément touchée et un travail de réassurance et de renarcissisation est nécessaire.

Je suis donc partie de la même hypothèse qu'avec Mme B c'est-à-dire qu'en proposant des temps de détente à Mme P, un apaisement psychique et donc une diminution de l'anxiété seraient possibles, impliquant une diminution des troubles toniques liés au syndrome parkinsonien. Cependant, les troubles toniques apparaissent plus importants chez Mme P et la problématique liée au schéma corporel est différente, c'est pourquoi il est primordial de rappeler que chaque suivi est unique, chaque personne s'y investit de manière différente, apporte des contenus différents même si la question de la pathologie peut apparaître similaire d'un premier abord. Ainsi, les résultats obtenus seront nécessairement variables d'une personne à l'autre.

La proposition de relaxation psychomotrice à Mme P apparaît alors comme une bonne indication, notamment en suivant les objectifs thérapeutiques suivants :

- **Favoriser la détente neuromusculaire**
- **Permettre l'expression et l'intégration des émotions à l'origine des troubles anxieux grâce à un cadre contenant, sécurisant et stable**
- **Favoriser la perception du corps par les expériences sensorielles dans le but de retrouver un schéma corporel cohérent**
- **Permettre, à travers la relation duelle, une renarcissisation chez Mme P ainsi qu'une revalorisation de son image du corps.**

❖ Séances

Le suivi de Mme P a débuté en janvier 2014 à raison d'une séance par semaine, d'une durée de 45 minutes. Les séances se déroulent en salle de stimulations polysensorielles, très appréciée par Mme P. Elle est installée sur le matelas à eau et choisit d'utiliser la musique ainsi que la colonne d'eau, éclairée en bleu, sa couleur favorite. C'est un élément très important pour elle, le bleu semble l'apaiser. Les séances sont individuelles pour renforcer le cadre contenant déjà proposé par cette salle et favoriser une relation de confiance avec Mme P et donc un meilleur échange.

La première séance est très compliquée pour Mme P. Son manque de disponibilité psychique à ce moment précis n'a pas permis la détente. Malgré les différentes propositions (musique, induction verbale, stimulation avec différentes balles, mobilisations etc.), elle est très contrariée de ne pas pouvoir rentrer chez elle, ce qui l'empêche d'entrer en relaxation.

Au fil des séances, je m'aperçois que les capacités attentionnelles de Mme P sont assez restreintes et que l'entrée en relaxation est toujours compliquée. Elle a besoin d'être accompagnée et contenue de manière importante pour pouvoir se détendre. Elle a tendance à se laisser déborder par ses problèmes (familiaux et institutionnels), et la nécessité de la resituer dans l'ici et maintenant est indispensable.

Devant ses difficultés de concentration, je lui propose des exercices de respiration. Elle s'exécute. L'amplitude de sa respiration, faible au début, augmente peu à peu grâce à la concentration qu'elle a su trouver à travers cet exercice. Cela facilite alors la détente. Je lui propose des stimulations corporelles grâce à différents objets comme des petits sacs à billes ou des balles à picots, que je fais rouler sur chaque partie de son corps, en insistant particulièrement sur les articulations. Les propositions évoluent au cours de chaque séance, je lui propose ensuite des mobilisations ou encore des vibrations induites sur le corps. Le lâcher prise reste très difficile pour Mme P, mais elle exprime tout de même du bien être.

A travers ces différentes stimulations, je cherche à favoriser la perception de son corps chez Mme P. Parfois, il arrive que, spontanément, elle s'amuse à nommer les parties du corps sur lesquelles elle sent la balle ou le sac. Elle n'y arrive pas toujours et je me saisis de ce qu'elle apporte pour l'encourager à poursuivre, je la guide dans la dénomination des parties du corps. Je finis toujours la séance par un effleurage de tout le corps afin de favoriser une vision du corps unifiée.

Très vite, le lien entre ses préoccupations et sa disponibilité au cours de la séance apparaît évident. Mme P alterne des séances où elle dit n'avoir aucun problème et où elle est disponible, avec des séances où ses préoccupations la débordent, où elle n'est pas disponible. Cela illustre l'importance de la fonction contenante du psychomotricien, qui à l'instar de la mère avec l'enfant, sera un pare-exciteur face aux angoisses du patient auxquelles celui-ci ne peut pas faire face, mais cela illustre également la grande fluctuation des capacités cognitives des patients atteints de DCL.

Dans ces séances où l'angoisse de Mme P est prédominante, la dévalorisation est également très importante. Mme P exprime ses difficultés en disant par exemple « *J'étais solide mais je ne le suis plus* » ou encore « *mes jambes se brouillent, ce n'est plus aussi facile* ». Cela lui permet de dire régulièrement qu'elle « *en avait besoin* » [de ces séances]. A travers la relation avec le psychomotricien, dans un cadre stable et des échanges satisfaisants, cohérents, l'estime de soi du patient s'améliore. Ici, il semble évident que la relation avec Mme P est importante pour rétablir une estime de soi et une image du corps satisfaisante. Elle possède des difficultés à décrire ses ressentis à la fin des séances et répond souvent par « *je suis bien* ». Le travail de valorisation des ressentis est alors important pour aider Mme P à mettre du sens sur ce qu'elle ressent et à faire le lien avec les effets de la relaxation. Elle exprime parfois apprécier le suivi et vouloir le poursuivre.

Au bout de deux mois de suivi en relaxation, les effets de la relaxation se font progressivement ressentir. Mme P intervient un peu moins au cours des séances, elle s'exprime davantage sur ses ressentis, elle n'hésite pas à indiquer ce qui est agréable pour elle. Elle semble plus à l'écoute de ses sensations.

Les séances qui suivent, la détente est davantage visible suite aux stimulations corporelles, notamment au niveau du visage et du côté droit (ouverture du pied de plus en plus importante au fil de la séance). Le côté gauche reste globalement très tonique. Mme P semble plus apaisée à la fin des séances.

Depuis le début du suivi, Mme P ne ferme jamais les yeux en relaxation car elle dit ne pas aimer ça. Lors d'une séance, je l'ai vu fermer les yeux spontanément et dire « *la musique rentre dans mon corps* ». Dans un premier temps, cela m'a étonné et je n'ai pas tout de suite compris ce qu'elle voulait dire. Elle m'a ensuite expliqué que la musique faisait vibrer l'eau du matelas et que cela parcourait tout son corps, ce qu'elle semblait vraiment apprécier. Je n'avais pas soupçonné pouvoir utiliser les vibrations du matelas dans mes séances. La semaine suivante, elle a exprimé « *je sens la musique dans mes pieds et partout* » et est restée un moment à profiter, ce qui m'a permis de me rendre compte de l'apport de ce genre de stimulation dans un travail sur la perception de soi comme avec Mme P. Il permet une stimulation globale et unifiée du corps, favorisant la perception de ce corps.

A la fin de ces séances où elle aborde les effets de la musique, je suis également étonnée de voir qu'elle enrichit la description de ces ressentis : les séances précédentes lui faisaient du bien, mais là, elle se sent encore mieux et elle a l'impression que la détente concerne plus l'esprit que le corps, ce qui semble lui convenir et la soulager.

Suite à cela, je suis étonnée de retrouver Mme P la semaine suivante très en colère. Ses hallucinations et idées délirantes semblent être de plus en plus importantes et persévérantes. Elle a de nouveau de grosses difficultés à entrer en relaxation, mais progressivement les différentes stimulations (et notamment les vibrations) lui font fermer les yeux et l'apaisent légèrement.

La dernière séance a été très différente des autres. Après deux semaines d'absence, je reviens voir Mme P pour sa séance de relaxation. Elle semble contente de reprendre le suivi parce qu'elle dit être « *mal foutue* ». Au début des difficultés de lâcher-prise sont visibles, ses persévérations sont importantes avec des angoisses de mort, de persécution. Du nouveau matériel étant arrivé, je lui propose de changer et de découvrir de nouvelles stimulations. Je lui présente une plume, qui attire tout de suite son attention, elle la touche, l'essaie sur ses mains. Je l'utilise sur les différentes parties du corps susceptibles de sentir son contact (bras, jambes, visage) et la détente est visible de manière quasi immédiate. Elle ferme les yeux et exprime que « *ça chatouille* » mais que c'est très agréable, elle n'avait plus l'habitude d'un tel contact.

Le reste de la séance, Mme P est apaisée, elle garde les yeux fermés. Le relâchement tonique est visible à différents niveaux : ouverture des pieds, traits du visage détendus et tête relâchée sur le côté. Elle demande le contact de ma main et profite de sa chaleur. A la fin de la séance, les idées délirantes, les pensées négatives ont disparu, Mme P a apprécié la séance et dit se sentir endormie, ce qu'elle n'avait jamais ressenti jusque là.

2.2.5 – Bilan du suivi

A travers le suivi en relaxation psychomotrice de Mme P, je me suis rendue compte de l'importance du degré d'évolution du syndrome parkinsonien dans la prise en soin. En effet, il ne serait pas juste d'affirmer tel ou tel résultat sur les troubles toniques grâce à la relaxation, sans tenir compte de l'avancée de la maladie. Les effets seront très différents selon qu'on soit à un stade précoce ou à un stade avancé de la maladie.

De plus, cela m'a permis de confirmer l'intérêt de la relaxation psychomotrice sur l'anxiété vécue par les malades de Parkinson ou de syndromes associés. Le lien entre l'état émotionnel et l'accessibilité à la relaxation (et donc à la détente musculaire) s'illustre bien dans le cas de Mme P.

L'intérêt de la relaxation psychomotrice chez Mme P, est de permettre l'expression de ses angoisses, ses craintes, ses peurs afin de les gérer et de réduire son anxiété. Ainsi, on peut observer un relâchement relatif compte tenue de son hypertonie très prégnante, mais cela dépendra des répercussions de ses hallucinations sur son état émotionnel.

De plus, à travers la relation, j'ai tenté progressivement de rétablir une image du corps et une estime de soi satisfaisante pour Mme P selon les objectifs thérapeutiques, et grâce aux différentes stimulations, j'ai tenté le rétablissement d'une perception de son corps, d'un schéma corporel cohérent et acceptable pour elle.

Actuellement, le suivi continue. Les différents axes de travail que nous venons de citer doivent être approfondis, car mon intervention a été assez importante pour me permettre certains constats, mais trop courte pour obtenir des effets significatifs et durables.

3 – Évolution personnelle

A travers ce projet de relaxation psychomotrice, je n'ai pas seulement perçu l'évolution des patients que j'ai rencontrés, mais j'ai perçu également ma propre évolution que je vais tenter de vous décrire.

Tout d'abord, il me semble important de revenir sur ma pratique en général sur mes lieux de stages avant d'aborder mon évolution dans ce projet.

Lorsque cette troisième année a débuté, je m'apprêtais à découvrir la psychomotricité auprès des personnes âgées. Cependant, je n'avais aucune idée de ce que pouvait être la pratique psychomotrice auprès de ces personnes et une période d'observation m'a été nécessaire pour distinguer les aspects essentiels de cette pratique. J'appréhendais particulièrement le fait de devoir être autonome, car je n'avais jamais eu l'occasion de pratiquer dans mes stages précédents.

Progressivement, j'ai participé aux suivis de plusieurs résidents avec mes maitres de stages. C'est une période qui a suscité beaucoup de questions en moi sur le savoir-être, le savoir-faire dans le cadre de ces institutions. Cela m'a permis d'envisager la pratique psychomotrice seule et notamment dans le cadre de mon projet de relaxation auprès des malades de Parkinson et de syndromes apparentés.

Dans les premiers temps du projet, j'ai un peu redouté les séances, il m'est arrivé d'être hésitante dans les propositions. J'ai découvert les responsabilités qu'implique la prise en soin d'un patient, en étant seule. Cette appréhension m'a conduite souvent à me focaliser sur ma méthode, sur ma manière de faire, ce qui n'aidait pas toujours la relation.

Finalement, c'est à travers cette relation avec les résidents que j'ai gagné en assurance. Peu à peu, j'ai observé les modifications que la relaxation pouvait induire sur eux et cela m'a permis de me conforter dans ma proposition.

Peu à peu, je me suis sentie plus confiante dans la conduite des séances et je me suis moins laissée surprendre par les imprévus, ma capacité d'adaptation s'est développée. J'ai pu ainsi saisir les subtilités du dialogue tonique entre patient et thérapeute et j'ai appris à identifier les problématiques de mes patients, à adapter le projet de soin au fil du temps lorsqu'il le fallait. La question de la juste distance s'est imposée également, nécessitant la mise en place de cadres cohérents et stables.

A l'approche de la fin de l'année, je me rends compte de mon évolution, partant d'une tendance à douter de mes capacités, de la pertinence de mon projet, jusqu'à une aisance, une spontanéité obtenue dans la relation avec les résidents. Cela me permet d'envisager plus sereinement ma pratique future et mon avenir professionnel.

CONCLUSION

PARKINSON. De nos jours, c'est un nom très évocateur dans notre société : vieillesse, maladie, tremblements... Cependant, la maladie de Parkinson ne touche pas seulement la dimension motrice de l'individu : elle entraîne également des troubles au niveau neuro-végétatif, cognitif et psychique. Cette pathologie atteint donc les malades dans leur globalité, ce qui justifie son abord en psychomotricité.

A travers ce mémoire, je me suis intéressée à l'intérêt de la pratique de la relaxation, comme outil en psychomotricité auprès de personnes âgées atteintes de la maladie de Parkinson ou de syndromes apparentés. Parmi les outils dont dispose le psychomotricien, la relaxation peut apporter un véritable support à la relation, en offrant un cadre sécurisant qui favorise l'expérimentation des sensations et l'expression des vécus au cours de cet exercice de détente.

Grâce à la rencontre avec des malades de Parkinson ou de syndromes apparentés, j'ai appris à cibler les problématiques liées à cette pathologie, leurs répercussions sur le développement psychomoteur du sujet, pour tenter par la suite d'accompagner ces personnes dans le vécu de leur maladie. Ainsi, la relaxation psychomotrice a permis de réaliser un travail sur leur vécu émotionnel, réduisant une partie des troubles toniques. L'expression d'émotions potentiellement angoissantes, au cours de la relaxation, et leur mise en sens à travers la relation avec le psychomotricien, permet au patient d'intégrer ces émotions et de les gérer, pour retrouver un apaisement. La relation qui s'installe entre patient et thérapeute et les expériences sensorielles proposées lors des séances, amènent progressivement à une renarcissisation des malades, une revalorisation de l'image du corps permettant ainsi un certain réinvestissement du corps et amenant à une modification du schéma corporel.

Néanmoins, certaines méthodes de relaxation sont contre-indiquées dans le cas de maladies neurodégénératives comme la maladie de Parkinson, du fait de l'accentuation des troubles toniques. Il convient alors de bien choisir la méthode que l'on souhaite utiliser et de l'adapter au sujet.

De plus, par le lieu confiné, obscure souvent proposé pour faciliter la détente, la relaxation peut devenir anxiogène pour certaines personnes. Enfin, en tant que médiation, il est nécessaire que le psychomotricien veille à ne pas employer la relaxation comme une méthode formelle mais plus comme un outil médiateur de la relation. C'est cette relation entre psychomotricien et patient qui rend spécifique le travail en psychomotricité.

La relaxation présente donc un intérêt certain dans la prise en soin de personnes atteintes de la maladie de Parkinson ou de syndromes apparentés, bien qu'elle puisse être limitée par certains aspects. Le travail pluridisciplinaire apparaît essentiel dans l'accompagnement de ces personnes, afin d'aborder cette pathologie avec différents points de vue qui viendront enrichir la prise en soin.

Nous pouvons alors élargir notre réflexion à l'évolution que pourrait connaître la relaxation psychomotrice dans la prise en soin de ces personnes, au vu de l'augmentation de l'espérance de vie et l'apparition de plus en plus importante de maladies neurodégénératives.

BIBLIOGRAPHIE

- ❖ **BANVILLE H.** : PEC psychomotrice des patientes parkinsoniennes, Mémoire ISRP 2007
- ❖ **BONNET, CZERNECKI, HERGUETA** : La maladie de Parkinson : au-delà des troubles moteurs, Éditions John Libbey Eurotext, 2013
- ❖ **CALZA, CONTANT** : Psychomotricité, p 10-11, 2^{ème} édition, Éditions Masson, 2002
- ❖ **DE AJURIAGUERRA J.** : Manuel de psychiatrie de l'enfant, Éditions Masson, 1970
- ❖ **DI ROCCO, MOLINARI, KOLLMEIER, YAHR** : Parkinson's disease : progression and mortality in the L-DOPA era, Article, 1996
- ❖ **GONNET C.** : PEC psychomotrice de la chute chez un sujet âgé atteint de la maladie de Parkinson, Mémoire ISRP 2006
- ❖ **GAUCHER-HAMOUDI, GUIOSE** : Soins palliatifs et psychomotricité, Éditions Hdf, 2007
- ❖ **Guide du Parcours de soin de la Maladie de Parkinson** : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parours_de_soins_parkinson.pdf
- ❖ **GUIOSE M.** : Relaxations thérapeutiques, 2ème édition revue et augmentée, Éditions Hdf, 2007
- ❖ **HISSART JM.** : Les relaxations thérapeutiques aujourd'hui, Premier colloque, Éditions L'Harmattan, 1988
- ❖ **MISHARA, RIEDEL** : Citation dans Le vieillissement, Presses universitaires de France, 1984
- ❖ **PARKINSON J.** : An essay on the shaking palsy, 1817
<http://www.archive.org/stream/essayonshakingpa00parkuoft#page/n3/mode/2up>
- ❖ **PERSONNE M.** : Protéger et construire l'identité de la personne âgée, Éditions Erès, 2011

- ❖ **POLLAK P.** : La maladie de Parkinson, p.20, Éditions Odile Jacob, 2000
- ❖ **POTEL C.** : Être psychomotricien, p 364-379, Éditions Eres, 2010
- ❖ **ROTHWEILER J.**, Parkinson et sexualité, Article :
http://www.parkinson.ch/fileadmin/docs/magazin_franz/99_Sexualitaet_fr.pdf
- ❖ **Site Association France Parkinson** : <http://www.franceparkinson.fr>
- ❖ **Site ACCES (Actualisation Continue des Connaissances des Enseignants en Science)** :
<http://acces.ens-lyon.fr/acces/ressources/neurosciences/maladies-et-traitements/parkinson/historique>
- ❖ **Site INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)** :
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T11F036 Tableau « Population par groupe d'âge au 1^{er} janvier »
- ❖ **Site de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale)** :
<http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/maladie-de-parkinson>
- ❖ **TISON F.** : Les syndromes parkinsoniens atypiques et secondaires, Editions Masson, 2006

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	1
INTRODUCTION.....	2
Chapitre 1 : <i>Nos aînés, acteurs de notre passé, notre présent et notre avenir.</i>	4
1 – LE VIEILLISSEMENT	5
1.1 - Définitions	5
1.2 – Le vieillissement social	6
1.3 – Le vieillissement psychique	8
1.4 – Le vieillissement corporel	9
1.5 – Le vieillissement psychomoteur	12
2 – LA MALADIE DE PARKINSON ET SYNDROMES APPARENTÉS	14
2.1 – Historique de la maladie.....	15
2.2 – Signes cliniques de la maladie de Parkinson	16
2.2.1 – La triade symptomatique de Parkinson.....	16
❖ L’akinésie	16
❖ La rigidité	18
❖ Les tremblements de repos	19
2.2.2 – Troubles neuro-végétatifs	20
2.2.3 – Troubles cognitifs	22
2.2.4 – Troubles psychiques.....	24
2.3 – Traitements.....	28
2.4 – Evolution de la maladie	29
2.5 – Maladie de Parkinson et syndrome parkinsonien : quelle différence ?	31
2.5.1 – Qu’est-ce qu’un syndrome parkinsonien ?	31
2.5.2 – Comment distinguer syndrome parkinsonien atypique et maladie de Parkinson ?	32

2.5.3 – Quelques syndromes parkinsoniens atypiques primaires	32
❖ Démence à Corps de Lewy (DCL)	32
❖ Atrophie Multi-Systématisée (MSA).....	33
❖ Paralyse Supranucléaire Progressive (PSP).....	33
❖ Dégénérescence Cortico-Basale (DCB)	34

Chapitre 2 : La relaxation comme outil en psychomotricité.....35

1 – DÉFINITION ET GÉNÉRALITÉS	36
2 – LA RELAXATION : MÉDIATION PSYCHOMOTRICE.....	38
2.1 – Le tonus	39
2.2 – Holding et handling de D. WINNICOTT	41
2.3 – Le schéma corporel et l’image du corps	43
2.4 – La communication et la suggestion.....	46
2.5 – Le transfert et le contre-transfert	47
2.6 – La respiration	49
3 – RELAXATION PSYCHOMOTRICE AUPRÈS DE SUJETS ATTEINTS DE LA MALADIE DE PARKINSON OU SYNDROMES APPARENTÉS	51
3.1 – Intérêts	51
3.2 – Limites	53

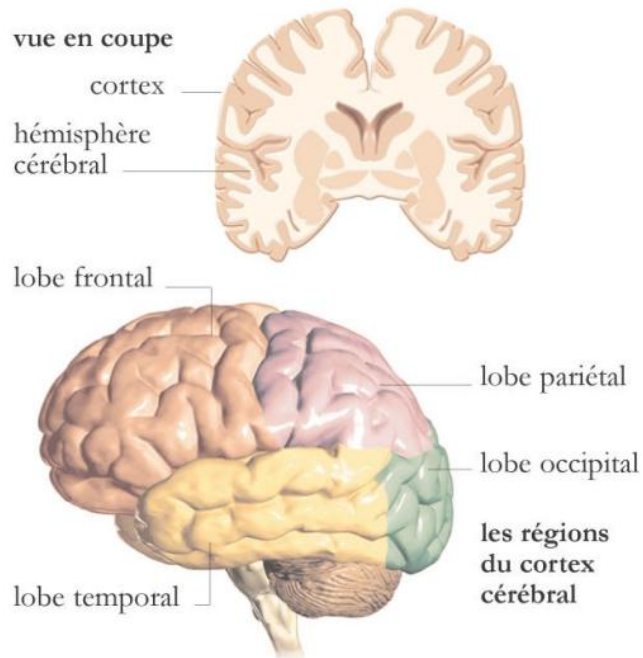
Chapitre 3 : Mise en pratique.....54

1 – PRÉSENTATION DE MES STAGES	55
1.1 – Les institutions	55
1.1.1 – Les établissements et leur fonctionnement.....	55
1.1.2 – Les équipes.....	57
1.2 – Ma place de stagiaire.....	57
1.2.1 – Ma vision avant les stages	57
1.2.2 – Organisation de mes stages	59

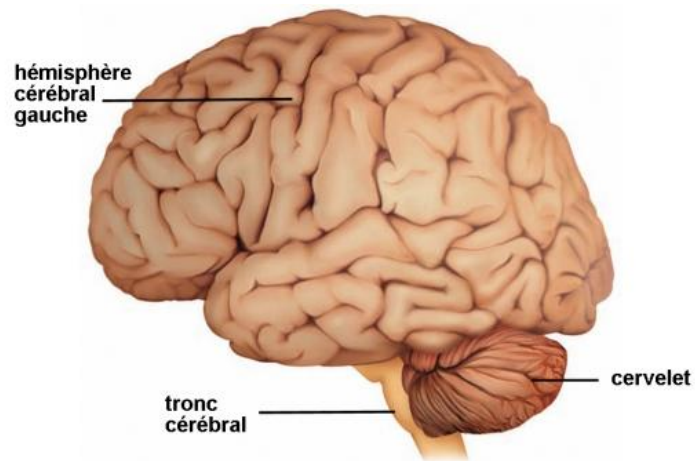
2 – MA PRATIQUE DE LA RELAXATION AUPRÈS DE PERSONNES ATTEINTES DE SYNDROMES PARKINSONIENS	60
2.1 – Mme B : « Je n’ai pas peur, j’ai la maladie de Parkinson »	60
2.1.1 – <i>Anamnèse de Mme B.....</i>	60
2.1.2 – <i>Son entrée en institution</i>	61
2.1.3 – <i>Notre rencontre</i>	63
2.1.4 – <i>Suivi de Mme B</i>	64
❖ Bilan	64
❖ Hypothèses de travail	65
❖ Séances	67
2.1.5 – <i>Bilan du suivi.....</i>	70
2.2 – Mme P. : « Je danse avec le reste de mon corps, mais il faut me tenir, il ne faut pas me lâcher »	71
2.2.1 – <i>Anamnèse de Mme P.....</i>	71
2.2.2 – <i>Son entrée en institution</i>	73
2.2.3 – <i>Notre rencontre</i>	74
2.2.4 – <i>Suivi de Mme P.</i>	75
❖ Bilan	75
❖ Hypothèses de travail	77
❖ Séances	78
2.2.5 – <i>Bilan du suivi.....</i>	82
3 – ÉVOLUTION PERSONNELLE	83
CONCLUSION	85
BIBLIOGRAPHIE	87
ANNEXES	92
Annexe 1 : anatomie cérébrale	92
Annexe 2 : schéma de démarche diagnostique des syndromes parkinsoniens	95

ANNEXES

Annexe 1 : anatomie cérébrale



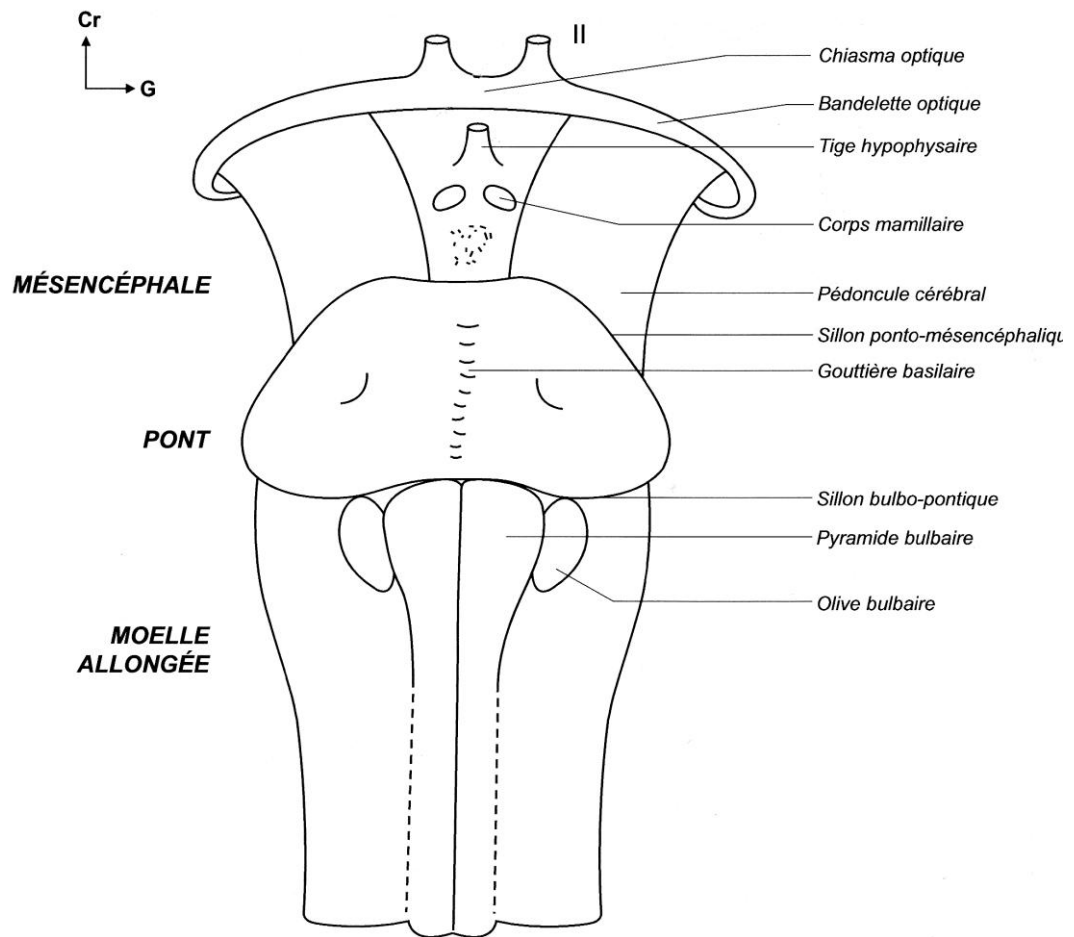
Régions du cortex cérébral³³



Localisation du tronc cérébral³⁴

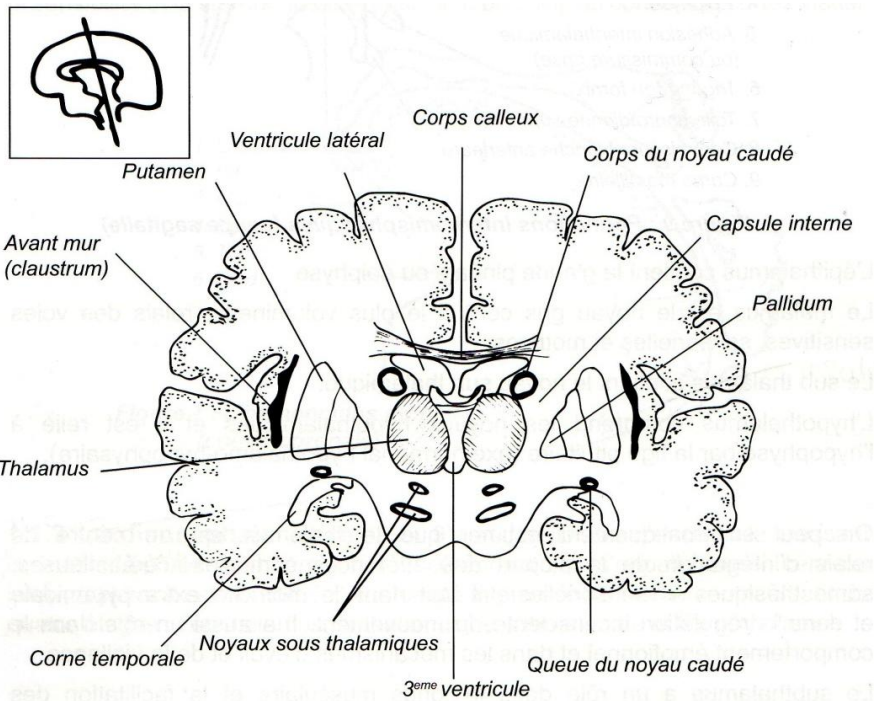
³³ Dictionnaire Larousse : http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/syst%C3%A8me_nerveux/73116

³⁴ Dictionnaire Larousse : <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/cerveau/32379>

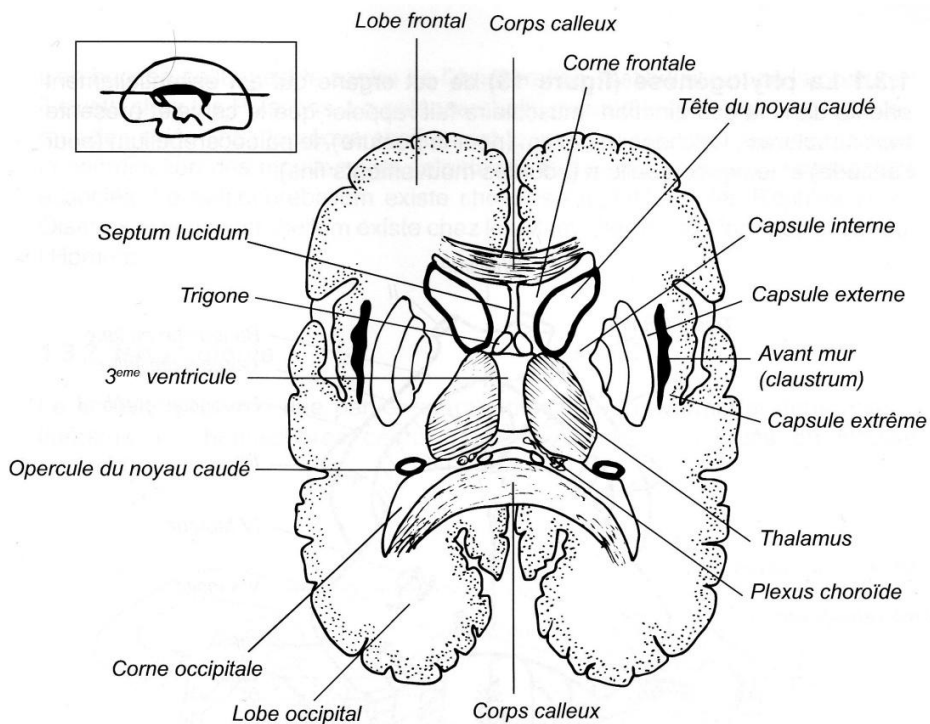


Vue ventrale du tronc cérébral ³⁵

³⁵ LIGUORO D., Anatomie morphologique et fonctionnelle du système nerveux central, Figure 9 p 76, Editions Bergeret, 2012



Coupe coronale de l'encéphale (de Charcot)³⁶



Coupe horizontale de l'encéphale (de Flechsig)³⁷

³⁶ VITAL JM., Organisation des appareils et systèmes : aspects morphologiques et fonctionnels généraux, Système nerveux central, Figure 10 p 122, Editions Bergeret, 2010

³⁷ VITAL JM., Organisation des appareils et systèmes : aspects morphologiques et fonctionnels généraux, Système nerveux central, Figure 11 p 123, Editions Bergeret, 2010

Annexe 2 : schéma de démarche diagnostique des syndromes parkinsoniens³⁸

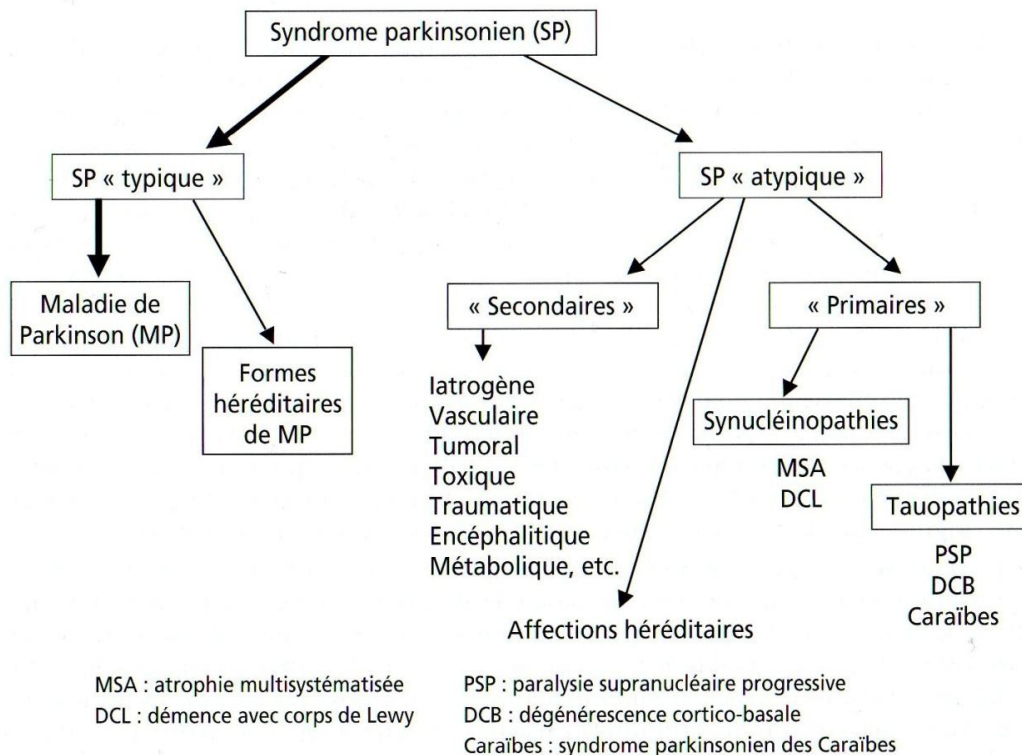


Figure 2. Démarche diagnostique des syndromes parkinsoniens.

³⁸ TISON F., Les syndromes parkinsoniens atypiques et secondaires, Figure 2 p. 6, Éditions Masson, 2006