



HAL
open science

Quand le corps n'en fait qu'à sa tête... Réflexions sur la place du tonus dans la prise en soins de patients atteints de la maladie de Parkinson et de la maladie de Huntington

Maëlle Faget

► To cite this version:

Maëlle Faget. Quand le corps n'en fait qu'à sa tête... Réflexions sur la place du tonus dans la prise en soins de patients atteints de la maladie de Parkinson et de la maladie de Huntington. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01194924

HAL Id: dumas-01194924

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01194924>

Submitted on 7 Sep 2015

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.

Université de Bordeaux

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

Quand le corps n'en fait qu'à sa tête...

*Réflexions sur la place du tonus dans la prise en soins de patients atteints de la
maladie de Parkinson et de la maladie de Huntington*

Faget Maëlle

Née le 07.12.1993 à Talence (33)

Directeur de Mémoire : Tastayre Fanny

Juin 2015

Remerciements

Je remercie Fanny TASTAYRE, maître de stage et de mémoire, pour m'avoir permis de découvrir sa pratique et transmis son savoir tout au long de cette année. Mais également pour son écoute, et son soutien durant la réalisation de ce mémoire.

Je remercie Julie Brosolo, maître de stage pour son accueil bienveillant, son écoute, ses nombreuses lectures et ses nombreux conseils.

Je remercie Eric LAFONTANA, maître de stage pour son soutien et ses précieux conseils tout au long de l'année.

Je remercie également Anais DELACÔTE, Monsieur COLOMBEL et Monsieur MAIREY pour leurs lectures éclairées.

Merci à l'ensemble de l'équipe de l'USLD, et plus particulièrement à Carine FOURCHAUD pour m'avoir permis de découvrir son métier, et d'avancer dans l'écriture de mon mémoire. Je remercie aussi l'ensemble des patients, Monsieur V, Madame G, Madame T, Madame B, Madame L, Madame C, Monsieur D qui ont permis l'écriture de ce mémoire et la richesse de ce stage.

Je ne peux poursuivre cette page sans remercier mes parents, mon frère et ma sœur ainsi que l'ensemble de ma famille qui m'ont soutenue et accompagnée sans jamais douter de moi tout au long de mes études et particulièrement dans ce projet.

Enfin, je remercie mes amis, toujours présents et l'ensemble des personnes qui ont participé de près ou de loin à l'écriture de ce mémoire.

Sommaire

Remerciements	2
Sommaire	3
Introduction.....	4
Partie A : Le tonus : base fondamentale de la psychomotricité	7
I- Le tonus c'est quoi ?.....	8
II- Ontogénèse du tonus : support dans le développement psychomoteur de l'enfant.	16
Partie B : Maladie de Parkinson , Maladie de Huntington et psychomotricité	24
I- Données théoriques sur la maladie de Parkinson et la maladie de Huntington.....	25
II- Psychomotricité et patients atteints de la maladie de Parkinson et de la maladie de Huntington à un stade avancé	42
Partie C : Approche psychomotrice auprès de patients atteints de la maladie de Parkinson et de la maladie de Huntington en Unité de soins longue durée.....	48
I- Au sein d'une unité de soins longue durée	49
II- Clinique : études de cas.....	61
Discussion	82
Conclusion	87
Bibliographie.....	88
Annexe	92
Table des matières	93

Introduction

Mes trois années de formation en psychomotricité m'ont permis d'appréhender différents publics tant dans les cours théoriques que lors de mes stages : les enfants, les adolescents, les adultes. Durant ma troisième année de psychomotricité, j'ai pu approfondir mes connaissances et ma pratique auprès des personnes âgées.

J'ai pu effectuer différents stages auprès de cette population : en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en service de soins et de réadaptation gériatrique (SSR), en centre mémoire, en pôle d'activité et de soins adaptés (PASA), en Unité cognitivo-comportementale (UCC) et pour finir en Unité de soins longue durée (USLD).

Ces stages m'ont permis de faire de nombreuses rencontres tant au niveau des professionnels qu'au niveau des patients m'amenant à me questionner sur ma future pratique de psychomotricienne et plus précisément encore sur la place de la psychomotricité auprès de patients atteints de maladies neurodégénératives.

La maladie neurodégénérative est « *une maladie qui affecte le fonctionnement du cerveau ou plus généralement le système nerveux de façon progressive au cours de son évolution*¹ ». Elle intervient au départ dans des régions précises du système nerveux qui va déterminer la sémiologie de la maladie. Certaines maladies se caractérisent par des troubles cognitifs comme la maladie d'Alzheimer, d'autres par des troubles moteurs comme par exemple dans la maladie de Parkinson ou la sclérose en plaques et certaines associent les deux types de troubles : maladie de Huntington, maladie de Creutzfeldt-Jakob.

Le choix de la maladie de Parkinson et de la maladie de Huntington, s'est fait à la suite de ma rencontre avec Monsieur V atteint de la maladie de Huntington à un stade avancé.

¹ ARSLA (Association pour la recherche sur la sclérose latérale amyotrophique et autres maladies du motoneurone) <http://www.arsla.org/sla-sclerose-laterale-amyotrophique-fr/soutenir-association-sla-arsla.html>

Notre rencontre, s'est faite au début de mon stage en USLD, lors d'une prise en soin en psychomotricité effectuée par ma maître de stage. Quand je suis arrivée dans la chambre, Monsieur V, un homme grand, très mince était allongé dans son lit.

Ce qui m'a marquée en premier lieu, c'est le caractère impressionnant de l'ensemble des mouvements involontaires des bras, des jambes, de la tête. Donnant l'impression d'une marionnette à qui ont fait bouger l'ensemble des membres.

Je me suis ensuite approchée du lit, pour me présenter. A ce moment-là son regard, sa poignée de main ferme m'ont donné l'impression d'un homme présent dans la relation, disponible, montrant une réelle envie de communiquer.

Paradoxe énorme qui répond réellement au titre de ce mémoire « Quand le corps n'en fait qu'à sa tête », quand la pathologie neurologique entraîne le corps dans une activité complètement involontaire. Cette impression s'est ensuite renouvelée lors de séance en psychomotricité d'une patiente atteinte de la maladie de Parkinson. Deux pathologies souvent appelées « pathologie du mouvement ».

Mes premiers questionnements se sont tout d'abord concentrés au niveau du mouvement : qu'induit ce trop de mouvement au niveau du vécu du corps ? N'est-il pas désorganisateur du schéma corporel ? Comment le patient peut-il communiquer, le mouvement parasitant la communication verbale et non verbale ?

L'ensemble de mes recherches, de mes questionnements m'ont amené à considérer le tonus comme le pivot central entre le psychique et le somatique mais également comme la toile de fond du mouvement et des émotions. Participant ainsi à la motricité et aux relations que chaque personne entretient avec son environnement.

Il m'a paru essentiel à partir de ce moment de placer le tonus au centre de mon questionnement justifiant ainsi la place de la psychomotricité dans l'accompagnement global de chaque patient.

La maladie de Parkinson et la maladie de Huntington atteignent l'individu à travers les mouvements mais également dans une dimension globale. Ce qui suscite en moi une question à laquelle je vais tenter de répondre tout au long de ce mémoire.

En quoi le tonus a-t-il une place importante dans la prise en soin psychomotrice de patients atteints de la maladie de parkinson et de la maladie de Huntington ?

Dans un premier temps il me paraît important d'aborder le tonus tant au niveau physiologique que dans sa place déterminante dans le développement psychomoteur de l'enfant qui restera présente tout au long de la vie.

Dans un second temps je m'attarderai sur la maladie de Parkinson et la maladie de Huntington ainsi que sur l'impact de ces maladies au niveau psychomoteur.

Pour terminer j'aborderai une partie plus clinique relatant mon expérience auprès de patients atteints de la maladie de Parkinson et de la maladie de Huntington à un stade avancé. Cette partie, à travers la présentation de l'unité de soins longue durée, permet de justifier tout d'abord l'état de santé des personnes rencontrées, mais aussi les médiations utilisées, et plus particulièrement l'utilisation de la relaxation par le toucher et les mobilisations passives que je présenterai brièvement.

Nourrissant ainsi une réflexion sur la place du tonus auprès de ces patients tant dans ses bienfaits que dans ses limites, à travers une médiation spécifique utilisée et la prise en soin globale en psychomotricité.

Partie A :

Le tonus : Base fondamentale de la psychomotricité

I- Le tonus c'est quoi ?

Le tonus vient du grec « *tonos* » qui correspondait à la tension des cordes d'un instrument de musique, étymologiquement le préfixe « ton » est très utilisé en musique. « *Tension en rapport avec celles des autres cordes, afin d'obtenir des accords harmonieux* ». ²
Définition facilement transposable à l'être humain « l'harmonie musicale » pouvant se rapprocher de l'harmonie des tensions retrouvées dans le corps humain.

Il existe plusieurs définitions du tonus qui peuvent être neurologiques ou en lien avec le développement psychomoteur.

Suzanne Robert-Ouvray et **Agnès Servant-Laval** définissent le tonus comme « *le fondement même de la posture, du mouvement et des dynamiques d'interaction avec l'environnement et se trouve en cela au carrefour du psychique et du somatique* » ³.

Cette définition place le tonus comme base de la posture et du mouvement, mais également comme le point d'articulation entre le physiologique et le psychique. Pour faire suite à cette définition il me paraît important de définir le tonus au niveau physiologique pour ensuite faire le lien avec la dimension psychique que l'on retrouve tout au long du développement psychomoteur.

1. Physiologie du tonus

Vulpian physiologiste et neurologue français du 19^{ème} siècle le définit comme « *un état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent* ». ⁴

Le tonus musculaire s'exprime notamment par le réflexe myotatique.

² http://www.institut-eutonie.com/pdf/28_Tonus_et_environs.pdf

³ P.Scialom, F.Giromini, J.M.Albaret, Manuel d'enseignement de psychomotricité, De Boeck Solal , p 145, 2013

⁴ P.Scialom, F.Giromini, J.M.Albaret, Manuel d'enseignement de psychomotricité, De Boeck Solal, p145, 2011.

Le réflexe myotatique :

Le réflexe myotatique est un réflexe d'étirement qui permet à un muscle de s'opposer à son propre étirement et de conserver un certain tonus.

Lors de ce réflexe (figure 1), l'étirement du muscle extenseur provoque à travers le fuseau neuromusculaire l'envoi d'un message qui va passer par la corne postérieure vers la corne antérieure de la moelle épinière au motoneurone α qui provoque l'envoi d'un message moteur qui entraîne la contraction musculaire.

Ce réflexe disparaît si on sectionne la racine postérieure de la moelle épinière.

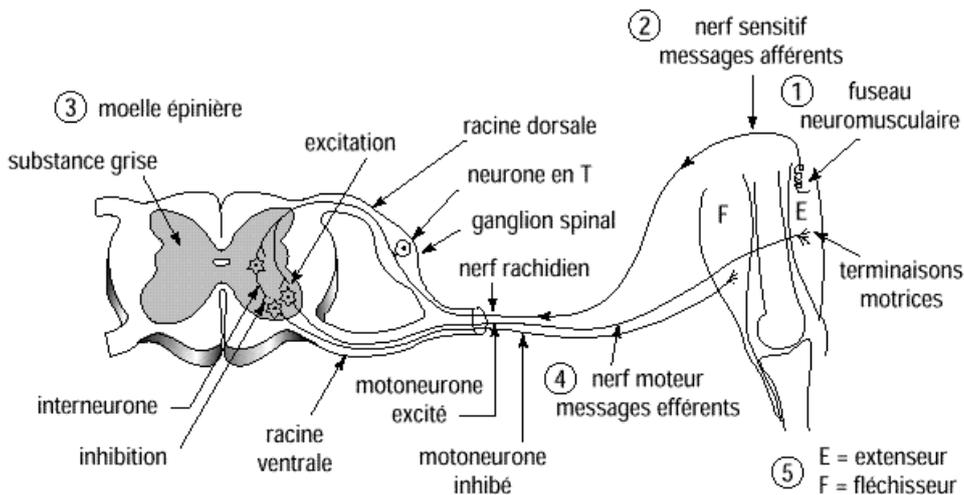


Figure 1 Le réflexe myotatique
<http://www.didier-pol.net/6SP1096.html>

Réflexe myotatique inverse :

Le réflexe myotatique inverse est le premier système de protection du muscle, il lui empêche d'effectuer une action trop importante qui pourrait entraîner une déchirure musculaire. Ce réflexe est sous tendu par un système de récepteurs situés aux points d'insertions musculaires au niveau des tendons appelés : les organes tendineux de Golgi.

La boucle Gamma

La boucle gamma est sous la dépendance du contrôle réticulaire et cérébelleux. Elle vient solliciter le motoneurone γ qui va permettre de maintenir une légère extension sur le fuseau neuromusculaire de manière à détecter le moindre étirement musculaire. C'est un système de rétroaction du système nerveux qui lui permet de connaître en permanence l'état du muscle, même au cours du mouvement.

Circuit de Renshaw

Les cellules de Renshaw sont le deuxième système de protection du muscle face à une contraction trop importante de celui-ci. Elles forment un système de rétro-inhibition, lorsque le motoneurone α s'active, elles s'activent pour inhiber le motoneurone α lui-même, pour éviter une contraction trop forte.

La proprioception :

La proprioception est « *le sens musculaire, le sens du corps dans l'espace* » (**Berthoz**)⁵ ou encore « *le 6^{ème} sens* » (**Sherrington**)⁶.

Sensibilité qui permet à tout moment d'informer le système nerveux sur les données propres au corps, qu'il soit immobile ou en mouvement. C'est ce qui nous permet à tout moment de connaître la position de chacun de nos membres, de notre tête, de l'ensemble de notre corps dans l'espace. Elle participe à l'ajustement postural en contrôlant l'activité motrice et tonique de manière à assurer l'harmonie du mouvement.

Pour le **Pr. Roll** neurophysiologiste, la proprioception reflète le fait que « *le corps parle du corps au cerveau* »⁷.

Au niveau physiologique la sensibilité proprioceptive fonctionne à partir de la coopération des capteurs proprioceptifs : les récepteurs articulaires, les récepteurs musculaires, le fuseau neuromusculaire, les récepteurs cutanés, la vue, les afférences cervicales, le système vestibulaire et les afférences psycho-émotionnelles.

⁵ P.Scialom, F.Giromini, J.M.Albaret, Manuel d'enseignement de psychomotricité, De Boek Solal, p145, 2011.

⁶ <http://cerap.org/pdfs/articles/toucher-psychotonique.pdf>

⁷ Ibid

Le corps, grâce aux différents capteurs peut recueillir l'ensemble des informations nécessaires pour parler de lui-même au cerveau afin de lui permettre de reconstruire le mouvement du corps.

Pour **J. De Ajuriaguerra** la proprioception, la structure motrice et la tonicité sont « *la première importance pour avoir un premier sentiment de soi* ». Sentiment de soi qui permet à toute personne d'habiter son corps et d'exister à travers lui.

Le tonus à travers la proprioception participe à cette sensation interne de la conscience de soi qui est une des fonctions du tonus.

2. Les différents niveaux toniques et leurs fonctions

Habituellement on distingue deux niveaux toniques : le tonus de fond et le tonus d'action. Chez certains auteurs le tonus postural est ajouté. Chacun d'eux coexistent dans chaque individu et varient de manière inter-individuelle et intra-individuelle en fonction du moment de la journée, des stimulations et des états émotionnels.

a. Le tonus de fond : fonction de contenance

Le tonus de fond ou basal est un état de légère contraction des muscles provoquée par le réflexe myotatique. Il est involontaire et permanent, subsiste même au repos et lors du sommeil.

Cette contraction permanente permet d'assurer une continuité de qualité entre l'ensemble des parties du corps. Tout comme la proprioception, le tonus de fond va permettre la constitution d'une « *enveloppe tonique* »⁸, soutien du sentiment d'unité corporelle.

⁸ S. Robert- Ouvray, Intégration motrice et développement psychique, Desclée de Brouwer, p165, 2010

Agnès Servant Laval parle du tonus de fond comme « *substrat de l'affectivité et des émotions (dans les muscles striés aussi bien que viscéraux) et porte la charge expressive du mouvement* »⁹.

Ce lien aux émotions et aux affects va entraîner des variations de ce tonus dans les différents épisodes de la vie. Les états de vigilance peuvent également agir sur son intensité.

b. Le tonus postural : la posture

Suzanne Robert Ouvray et **Agnès Servant Laval** définissent le tonus postural, aussi appelé tonus d'attitude comme « *l'activité tonique minimale permettant le « maintien des mises en formes corporelles » (postures) et leurs équilibres. Il est alors lié à la vigilance et à l'éveil, dans une influence réciproque, intervenant dans la régulation de l'activité perceptive*». ¹⁰

Le tonus postural est sous commande réflexe mais peut être également contrôlé de manière volontaire. Il se développe à partir du tonus de fond, assure l'équilibre et la station debout et permet la préparation au mouvement. C'est aussi la façon de « se tenir », la posture représente la manière corporelle mais aussi psychique de se comporter.

c. Le tonus d'action : base de la motricité

Le tonus d'action correspond à l'ensemble des « *degrés de tension d'un muscle appelé à participer directement ou indirectement à une activité motrice* »¹¹. Il peut soutenir et préparer un geste à réaliser, en étant à la base de la motricité. Il participe également au langage et à la communication non verbale.

⁹ <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/anatfonctPSM2/poly/anatfonctPSM2.pdf>

¹⁰ P.Scialom, F.Giromini, J.M.Albaret, Manuel d'enseignement de psychomotricité, De Boek solal, collection psychomotricité, p155, 2011

¹¹ J.C Carric ,B Soufir, Lexique de psychomotricité, Broché, p190, 2014

3. Le développement de la régulation tonique

Le tonus varie en permanence ce qui permet à tout individu de s'adapter à l'environnement en fonction de son état émotionnel et physique.

P.Schialom, F.Giromini et J.M Albaret, dans le *manuel d'enseignement de psychomotricité* parlent du tonus comme ayant des « substrats » biologiques qui ont leur part dans la régulation tonique.

On retrouve les hormones comme par exemple la testostérone qui a tendance à entraîner une augmentation du tonus tout comme la diminution d'œstrogènes au début des règles. Mais il y a aussi l'ensemble des activités olfactives, gustatives, tactiles et proprioceptives, qui varient au cours de la journée. Ces variations entraînent une modification de l'état tonique.

Le développement de la régulation tonique nécessite que le bébé soit dans un environnement relativement stable. Pour **M.F Livoir-Petersen** « *la régulation tonique permet à son organisme de devenir un instrument : lutter contre la gravitation, maintenir une posture, s'orienter vers ce qui l'intéresse, saisir, se déplacer...* »¹²

A. Bullinger a analysé les différents mécanismes de régulation de l'état tonique. A partir de cela il a décrit quatre paramètres : les états de vigilance, les flux sensoriels, le milieu humain et les représentations. Ces mécanismes « *diffèrent par le moment dans le développement où ils sont accessibles et par la forme de la régulation qu'ils offrent* ». ¹³

- Les états de vigilance :

Prechtl et coll. ont identifié cinq états de vigilance chez le nouveau-né : Sommeil calme, sommeil agité, éveil calme, éveil agité et éveil agité avec pleurs. Chaque état va induire chez le nouveau-né un état tonique singulier. La caractéristique de ce mode de régulation est qu'il est qualifié de « *tout ou rien* » car le « *passage d'un état à l'autre est rapide sans phase de transition* »¹⁴. Les états de vigilances restent présents tout au long de la vie et se manifestent lorsque les autres systèmes de régulation ne fonctionnent pas ou qu'ils sont débordés.

¹² M.F.Livoir-Petersen, L'approche sensori-tonique et la question du morcellement, in *thérapie psychomotrice et recherche* n°162, 2012

¹³ A. Bullinger, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, ères, p 34,2006

¹⁴ Ibid

- Les flux sensoriels :

Les flux sensoriels sont reçus par les systèmes sensoriels qui sont les systèmes vestibulaires, visuels, auditifs, gustatifs, et tactiles régulant le tonus de manière archaïque. Si la stimulation est trop faible, la variation tonique disparaît. Si au contraire elle est trop forte, la variation tonique échappe au contrôle de l'individu. Ce mode de régulation est « *exigeant et limité* »¹⁵ demandant un contrôle précis et constant des flux.

- Le milieu humain :

Le milieu humain est le moyen privilégié de la régulation des états toniques de l'enfant contrairement aux modes de régulation vus précédemment il est extérieur à son organisme. **J. De Ajuriaguerra** précise que ces interactions avec le milieu humain sont assurées « *par l'ensemble des flux sensoriels ainsi que par les états de l'enfant et du porteur* ». Ce dialogue polysensoriel entre l'enfant et le milieu humain va lui permettre, dans une communication non médiatisée, de réguler son tonus.

- Les représentations :

Les représentations sont le dernier mode de régulation acquis chez l'enfant qui se développe. Progressivement cela va lui permettre d'acquérir la capacité de penser par rapport à ce qu'il lui arrive. Les premières formes de représentation sont les habituations établies grâce à la rythmicité des interactions sensori-toniques entre l'enfant et le milieu humain. L'enfant va ainsi acquérir des repères ou invariants, qui petit à petit vont lui permettre d'anticiper ses réactions face aux différentes stimulations du milieu amenant une régulation tonique autonome.

Ces quatre systèmes de régulation se développent chronologiquement dans le développement de l'enfant. Ils restent présents tout au long de la vie. Un défaut de régulation du tonus peut entraîner des troubles du tonus. Ces systèmes peuvent également être une porte d'entrée privilégiée en psychomotricité.

*

¹⁵ Ibid,p34

Dans cette partie nous avons pu voir le fonctionnement physiologique du tonus mais aussi ses différents niveaux qui permettent une variation de l'attitude corporelle.

Celle-ci constitue la trame de notre motricité. Le tonus est une fonction au centre de phénomènes neuromusculaires complexes, « *la toile de fond des activités motrices et posturales*¹⁶ ».

Dans la prochaine partie, je souhaiterai approfondir le développement du tonus : comment se développe-t-il ? Quelle place occupe-t-il dans le développement psychomoteur de l'enfant ? A-t-il un rôle dans la construction psycho-affective ? Autant d'éléments qu'il me paraît intéressant de traiter.

¹⁶ C.Marreau, Les troubles du sommeil et les colères chez l'enfant, studyparents, p 17, 2005

II- Ontogénèse du tonus : support dans le développement psychomoteur de l'enfant.

D'après **Suzanne Robert-Ouvray** et **Agnès Servant-Laval** « *Le tonus est d'une importance fondamentale dans l'organisation émotionnelle de l'enfant et dans les étapes de son développement* ». ¹⁷

Le tonus de l'enceinte utérine varie selon l'état physique et psychique de la mère (sa posture, ses émotions, les contacts tactiles sur son ventre, ses rythmes de vies). Durant les six premiers mois de grossesse, le fœtus est complètement relâché, hypotonique. Dès la 32^{ème} semaine de gestation, l'hypotonie va laisser place à une hypertonie des membres qui va commencer par les fléchisseurs des membres inférieurs pour s'étendre progressivement vers les membres supérieurs.

La maturation tonique débute donc très tôt dans le développement de l'enfant.

A la naissance, le développement psychomoteur de l'enfant va être influencé par :

- La maturation neuromotrice permettant la mise en place progressive de la fonction de régulation tonique et le contrôle musculaire volontaire.
- Les échanges avec son environnement permettent les apprentissages et les expériences.

La maturation neurologique ne prend sens que dans la rencontre et les échanges du nourrisson avec son environnement.

1. Maturation neurologique du tonus

L'enfant naît avec une organisation bipolaire du tonus : une hypertonicité des membres et une hypotonicité des muscles de la colonne vertébrale. La maturation du système nerveux au cours de la croissance va entraîner une équilibration globale du tonus selon deux lois : la loi céphalo-caudale et la loi proximo-distale.

¹⁷ P.Scialom, F.Giromini, J.M.Albaret, Manuel d'enseignement de psychomotricité, De Boek Solal, p145, 2011

D'après **Suzanne Robert Ouvray** cela permet « *la diminution de l'hyperflexion des membres vers deux mois, la tenue correcte de la tête vers le troisième mois et une équilibration des deux pôles toniques autour du sixième mois* »¹⁸.

On voit bien une évolution concomitante du tonus et de la motricité : le bébé contrôlant tout d'abord les muscles du visage, puis sa tête (3 mois), son tronc (vers 8 mois) et ses membres inférieurs (vers 11 mois) ; c'est le sens céphalo-caudal. En même temps, il contrôle en premier la motricité au niveau de son épaule, puis de son bras, de sa main et enfin les doigts ; c'est le sens proximo-distal.

Plus le tonus sera régulé et plus les gestes de l'enfant seront fluides et efficaces.

A l'âge adulte, le tonus de l'ensemble des muscles du corps est sensiblement le même. Quand un mouvement est effectué tous les muscles vont être engagés : certains vont se contracter, d'autres se relâcher. Enfin, des groupes de muscles assurent le soutien de l'action des autres muscles pour le maintien de la posture.

La maturation neurologique est un des facteurs du bon développement psychomoteur de l'enfant mais comme le dit **Winnicott** « *un bébé tout seul ça n'existe pas* »¹⁹.

2. Le tonus dans les échanges avec l'environnement : Importance du dialogue tonique

Au-delà de l'aspect neurologique essentiel au développement, il semble qu'un autre facteur soit essentiel car comme le dit **J. De Ajuriaguerra** « *le déroulement de l'acte implique un fonctionnement physiologique, mais l'acte n'est pas qu'une addition de contractions musculaires, il est aussi appétence et prise de contact, domination ou destruction. L'action, ne se pose pas comme l'activité d'un esprit désincarné* »²⁰.

Ainsi il faut que l'enfant découvre le fonctionnement de son corps pour mettre en sens sa motricité, afin d'investir le plaisir moteur. Cet investissement est en lien avec les interactions précoces.

¹⁸ Suzanne Robert Ouvray , Intégration motrice et développement psychique : une théorie de la psychomotricité, Desclée De Brouwer, p 77, 2002/2004

¹⁹P. Ben Soussan, Cent mots pour les bébés d'aujourd'hui, Erès, p175, 2009

²⁰ J.De Ajuriaguerra, J.et Angelergues R. « De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui : à propos de l'œuvre d'Henri Wallon, in Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Volume 1, Papyrus, p18, 2009

H. Wallon va aborder la notion de dialogue tonique s'opérant entre la mère et le nourrisson et fera également le lien entre tonus et émotions.

Pour lui, « *L'enfant reste des mois et des années sans rien pouvoir satisfaire de ses désirs, sinon par le moyen d'autrui. Leur seul instrument va donc être ce qui le met en rapport avec l'entourage, c'est-à-dire celles de ses propres réactions qui suscitent en autrui des conduites profitables pour lui, et les réactions d'autrui qui annoncent ces conduites ou des conduites contraires* ». ²¹

Le bébé, à sa naissance est dépendant de son environnement. Ses manifestations physiologiques et corporelles sont liées à ses besoins et à la recherche d'apaisement de ceux-ci. On le retrouve d'ailleurs dans l'organisation corporelle du tonus chez le bébé : « *la tonicité de l'enfant est organisée de façon bipolaire : l'enfant est dans une hypertonicité lorsqu'il est en état de besoin et en hypotonie en état de satisfaction des besoins* » ²².

Le dialogue tonique est ensuite repris par **J. De Ajuriaguerra**, comme une « *interrelation tonico-émotionnelle* » ²³ qui s'installe dans les interactions entre la mère et son bébé. Quand le bébé est dans le besoin, sa tonicité augmente. **J. De Ajuriaguerra** évoque une « *hypertonie d'appel* » ²⁴ . Au contraire, quand le bébé est consolé par les bercements, les mots de sa mère, par un soutien physique et psychique, l'enfant se détend, son tonus s'abaisse on parle alors d' « *hypotonie de satisfaction* » ²⁵.

Selon **H. Wallon** : « *Le dialogue tonique vise l'ajustement tonique entre les deux partenaires de l'interaction. Cet ajustement se fait sur un mode vibratoire selon 4 modalités : porter, palper, parler, penser* » ²⁶. La mère et l'enfant vont tenter d'atteindre cet ajustement tonique, « *une symbiose affective qui succède à la symbiose physiologique* » ²⁷ , la mère répondant aux états toniques de son enfant de manière à amener un sentiment de contenance physique et psychique.

²¹ Ibid, p189

²² Ibid p193

²³ M.Auzias, Julian de Ajuriaguerra, disciple et continuateur d'Henri Wallon, Enfance Tome 46 n°1, p96, 1993

²⁴ <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/semioPSMenf/POLY.Chp.1.4.html>

²⁵ ibid

²⁶ P.Scialom, F.Giromini, J.M.Albaret, Manuel d'enseignement de psychomotricité, De Boek solal, p160, 2011.

²⁷ J.De Ajuriaguerra, J.et Angelergues R. « De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui : à propos de l'œuvre d'Henri Wallon, in Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Volume 1, Papyrus, p191, 2009

Cet ajustement tonique se fait donc selon quatre modalités :

Le porter :

Le porter crée ce que **Suzanne Robert Ouvray** et **Agnès Servant Laval** appellent un lien tonique entre la mère et l'enfant.

« *Le lien tonique est nourri par les portages et les soins donnés à l'enfant* »²⁸

Ce lien tonique a été théorisé notamment par **D. Winnicott** à travers les différentes fonctions maternelles comme le « *holding* »²⁹, qui correspond à la manière dont l'enfant est porté, manipulé, touché tant dans la dimension physique que psychique. Mais également le « *handling* »³⁰ prodigué par la mère lors des soins de son enfant (les bains, l'habillement etc...).

Le palper :

Le palper correspond à tous les contacts tactiles entre les parents et leur enfant qui permettent à ce dernier de conserver un équilibre tonique. Nous n'avons pas d'afférence sensorielle de l'os qui pourrait amener une sensation immédiate et solide dans le corps. Le parent en portant son enfant, en l'enveloppant de manière contenante et ferme, va lui permettre d'expérimenter à travers une augmentation de la conscience de la peau et des os une sensation immédiate de solide dans le corps. Cette sensation lui permettra ensuite de se sentir consistant car il aura été lui-même solidement tenu.

Le parler :

Le parent est dans une recherche d'ajustement avec son enfant. Il verbalise, donne du sens sur ce qu'il pense ressentir chez son enfant. Cela permet de faire exister la réalité affective du bébé qui à la naissance ne vit qu'à travers des sensations qui n'ont aucun sens pour lui.

²⁸ P.Scialom, F.Giromini, J.M.Albaret, Manuel d'enseignement de psychomotricité, De Boek solal, collection psychomotricité, p160, 2011.

²⁹ J.De Ajurriaguerra, D.Marcelli, Psychopathologie de l'enfant, Masson, p 24,1989

³⁰ Ibid

Le penser :

« *Le parent pense pour son enfant et désintoxique son vécu* »³¹

En s'appuyant sur les travaux de **W.Bion** et sa théorie sur « *l'appareil à penser les pensées* »³² à travers la fonction alpha. La mère face aux cris, aux agitations motrices, aux pleurs de son enfant va accueillir cette agitation corporelle en essayant de la comprendre.

Cela va lui permettre ensuite, dans un deuxième temps, d'y mettre du sens en le verbalisant, en le berçant de manière à résoudre ce vécu sensoriel douloureux. **W.Bion** appelle cela la fonction « *alpha* »³³ du parent.

Ce dialogue tonique est décrit par **Suzanne Robert Ouvray** et **Agnès Servant Laval** comme « *un tissu qui se crée entre l'enfant et autrui à partir des 4 fils psychomoteurs : tonique, sensoriel, affectif et représentatif. Chaque tissu sera coloré d'une manière différente selon les personnes que l'enfant rencontre.* »³⁴

Chaque relation que l'enfant établira avec une personne aura un lien tonique, sensoriel, affectif et représentatif propre.

Le dialogue tonique a pour objectif l'ajustement tonique qui a pour fonction l'attachement et l'intégration des sensations.

Concernant l'attachement **J.Bowlby**, suite aux expériences éthologiques de **H.Harlow** (auprès de jeunes singes rhésus) a démontré sa nécessité entre l'enfant et ses parents. Pour lui l'enfant est génétiquement prédisposé, grâce à des comportements innés à maintenir sa mère à proximité. L'enfant naît avec de nombreux réflexes (grasping etc...) qui sont interprétés par les parents comme ayant valeur de communication. C'est à partir de là que se développe un lien d'attachement. Cela va permettre à l'enfant, dans une sécurité émotionnelle, de développer petit à petit son autonomie tout en restant dans un lien affectif qu'il va intérioriser.

³¹ P.Scialom, F.Giromini, J.M.Albaret, Manuel d'enseignement de psychomotricité, De Boek solal, collection psychomotricité, p161, 2011.

³² J.De Ajurriaguerra, D.Marcelli, Psychopathologie de l'enfant, Masson, p 25-26,1989

³³ Ibid

³⁴ P.Scialom, F.Giromini, J.M.Albaret, Manuel d'enseignement de psychomotricité, De Boek Solal, p161, 2011.

Pour ce qui est de l'intégration des sensations, le bébé est très sensible aux diverses sensations corporelles qu'il vit dans les différents portages, dans les échanges entre les diverses tonicités. Ainsi, l'enfant dans les bras de sa mère n'aura pas les mêmes éprouvés que dans ceux de son père. Ces expériences vont permettre petit à petit la différenciation des émotions et leurs intégrations.

Pour **M.F Livoir-petersen**, les échanges avec l'environnement, et plus précisément le dialogue tonique, ce dernier occupant une place déterminante durant les deux premières années de l'enfant, et conservant une place importante à tous les âges de la vie. Il permet à l'enfant une « *source de réflexions sensorielles continues* »³⁵, et ainsi apprendre à se connaître comme une « *entité stable* »³⁶. Idée renforcée par **A. Bullinger** qui énonce que « [le dialogue tonique] *c'est la possibilité de lier les signaux issus de son engagement tonique et les signaux sensoriels auxquels il est associé qui font de son organisme un outil et lui permettent de se connaître* »³⁷.

Le dialogue tonique joue un rôle essentiel dans le développement psychocorporel de l'enfant. Il y a comme le dit **F.Golse** au travers des expériences corporelles et des expériences intersubjectives « *un double ancrage corporel et interactif* »³⁸ du développement de la fonction tonique. Une carence dans les interactions précoces peut entraîner une perturbation de cet accordage mère-enfant qui se joue dans le dialogue tonique pouvant avoir pour conséquence des troubles psychomoteurs.

3. Le dialogue tonique chez l'adulte

Le dialogue tonico-émotionnel est un mode de communication privilégié chez le tout petit, mais il reste présent tout le long de la vie. Chez l'adulte, le lien entre le tonus et les émotions reste présent et les variations toniques restent dépendantes de l'intensité de nos vécus affectifs.

³⁵ M.F Livoir-Petersen, L'approche sensori-tonique et la question du morcellement, thérapie psychomotrice et recherches n°162, 2010.

³⁶ Ibid.

³⁷ Ibid.

³⁸ B.Golse., P .Delion , (et al.) *Autisme : états des lieux et horizons*, Erès, p271, 2006.

Cependant, chez l'adulte les émotions, la posture, le tonus sont souvent cachés derrière les habitudes et les automatismes acquis au fil du temps. Plus la posture est rigide, moins elle pourra être influencée par les émotions de manière immédiate comme c'est le cas chez l'enfant. Comme le dit **Wallon** « *la posture est déterminée par l'organisation tonique spécifique du moment, ou tonus postural, lui-même sous-tendu par l'émotion. Cependant la dimension de ressenti de la posture et du mouvement, au quotidien, est en grande partie mise en veilleuse et leurs organisations respectives sont le plus souvent « préenregistrées » dans les automatismes. Cette « perte de contact » avec les sensations internes peut être à l'origine des difficultés de repérage ou d'identification des vécus émotionnels.* »³⁹ Cette rigidité posturale explique donc « cette perte de contact » avec les sensations internes.

A l'âge adulte, le tonus est en partie équilibré dans l'ensemble des muscles du corps mais dans ses variations on peut observer des disparités toniques selon les différents muscles. Celles-ci peuvent s'expliquer par le fait que le tonus constitue en lui-même une mémoire corporelle ou comme le dit **W.Reich** « *Toute rigidité musculaire contient l'histoire et la signification de son origine* »⁴⁰.

S.Robert Ouvray et Agnès Servant l'aval parlent elles de « *l'empreinte de l'histoire de la personne* »⁴¹ qui se traduit « *dans ses tensions posturales individuelles ainsi que dans sa motilité* »⁴².

W.Reich s'est intéressé à cette question du développement du tonus comme participant à la construction de la personnalité. A partir de sa théorie sur les cuirasses musculaires et caractérielles il explique une forme d'interaction entre le niveau de la somatisation motrice et le niveau du psychisme. La personnalité d'un sujet se construit au contact de l'environnement en inscrivant toute son histoire dans cette cuirasse musculaire.

³⁹ P.Scialom, F.Giromini, J.M.Albaret, Manuel d'enseignement de psychomotricité, De Boek Solal, p155, 2011.

⁴⁰ Suzanne Robert Ouvray, Intégration motrice et développement psychique : une théorie de la psychomotricité, Desclée De Brouwer, p 71, 2002/2004

⁴¹ ibid, p152-153

⁴² ibid

Cette théorie met une fois de plus en valeur que le tonus est au carrefour entre le physiologique et l'affectif. Tout vécu traumatique d'une personne sera ressenti au niveau corporel, ce que **A.Lowen** appelle « *l'inconscient corporel* »⁴³ : « *les contractions musculaires engendrées par nos émotions, mènent à la formation d'une « armure caractérielle » qui a pour but de nous préserver de la souffrance [psychique], mais qui a aussi comme conséquence d'empêcher la circulation de l'énergie* »⁴⁴ perturbant ainsi la motricité. Autant d'éléments à prendre en compte en psychomotricité.

H.Colombel énonce de manière plus globale que « *le tonus corporel de chaque individu se distribue en fonction de l'héritage génétique, du développement neuromoteur, de la stimulation environnementale et du vécu affectivomoteur. Une mémoire du tonus s'installe alors, se maintient et évolue plus ou moins.* »

*

Le dialogue tonique est toujours présent à l'âge adulte et est d'autant plus important quand le langage est limité par une pathologie ou qu'il fait défaut. Ce qui est souvent le cas avec des personnes atteintes de la maladie de Parkinson et de la maladie de Huntington à un stade avancé. Le psychomotricien pourra s'appuyer sur le dialogue tonique comme mode d'expression pour communiquer avec ses patients. Le dialogue tonique est également un mode de régulation du tonus comme nous avons pu le voir précédemment qui prend toute sa place dans la prise en soin de patients où le tonus est mis à mal.

Avant de parler de la prise en soin en psychomotricité de patients atteints de la maladie de Parkinson et de la maladie de Huntington à un stade avancé, il me paraît important d'aborder quelques généralités et notions neurologiques. Ces notions m'ont été indispensables tout au long de mon stage pour comprendre les changements que peuvent induire ces maladies sur un sujet à tout point de vue et me permettre d'adapter au mieux la prise en soin.

⁴³ Les approches thérapeutiques intégratives : Bioénergétique
<http://www.patessais.com/Techniques%20et%20GBl.pdf>

⁴⁴, ibid

Partie B :

Maladie de Parkinson, Maladie de Huntington et
psychomotricité

I- Données théoriques sur la maladie de Parkinson et la maladie de Huntington

La maladie de Parkinson et la maladie de Huntington sont des affections neurologiques chroniques, à évolution lente et progressive, qui peuvent aussi être définies comme « psychomotrices » du fait de la présence de nombreux troubles psychomoteurs.

Elles se caractérisent par plusieurs étapes, mais l'évolution de chacune de ces maladies est propre à chacun et dépend de nombreux facteurs, ce qui rend l'expression clinique très variable.

1. La maladie de Parkinson

a. Généralités

La maladie de Parkinson est la deuxième maladie neurodégénérative la plus fréquente après la maladie d'Alzheimer. En France on la retrouve chez 1,9% des personnes de plus de 65 ans⁴⁵.

L'âge moyen de début de la maladie est entre 58 et 62 ans. Il existe également des personnes qui déclarent la maladie avant 20 ans « Parkinson juvénile » où sont recherchées des causes génétiques. Il est plus rare dans d'autres cas qu'elle se déclare avant 40 ans.

Les causes restent encore aujourd'hui inconnues. Plusieurs hypothèses étiologiques existent. La présence d'une combinaison de facteurs environnementaux et génétiques a été mise en cause récemment. La présence dans l'environnement, d'herbicides, de pesticides, d'insecticides, de métaux lourds ou encore de solvants organiques de manière prolongée aurait une action neurotoxique.

⁴⁵ Données de Paquid citée par K.Dujardin, L.Dufebvre, Neuropsychologie de la maladie de Parkinson et syndrome apparentés, Edition Masson, 2007

b. Physiologie

La maladie de Parkinson peut être définie comme une pathologie du mouvement. Le contrôle de la motricité repose sur l'équilibre des différents neurotransmetteurs présents dans le système nerveux.

Dans cette pathologie on retrouve une atteinte du système dopaminergique nigostriatal qui est caractérisé par une dépigmentation de la substance noire ou locus niger. La substance noire qui appartient aux ganglions de la base est située au niveau du mésencéphale. Elle a pour fonction de faciliter l'initiation au mouvement. Elle est constituée de deux parties :

- la substance noire compacte composée de neurones dopaminergiques
- La substance noire réticula composée de neurones GABAergiques

La substance noire compacte est principalement touchée dans la maladie de Parkinson, ce qui entraîne une perturbation dans l'organisation des ganglions de la base.

Elle projette sur le striatum qui est composé de deux types de récepteurs :

- Les récepteurs D1 : impliqués dans la voie facilitatrice
- Les récepteurs D2 : impliqués dans la voie inhibitrice

Dans la situation normale (ANNEXE n°1), la substance noire libère la dopamine sur les récepteurs D1 et D2, ayant pour conséquence une inhibition des récepteurs D2 et une activation des récepteurs D1, ce qui entraîne globalement une facilitation au mouvement.

Dans la maladie de Parkinson (figure 2), la dopamine n'est plus projetée ou peu sur le striatum ce qui diminue le taux de dopamine dans le striatum. On se retrouve avec une inhibition de D1 et un hyperfonctionnement de D2 qui induit une diminution de l'influence des noyaux thalamiques sur les aires de la motricité volontaire corticale ce qui provoque une diminution voire une absence de mouvement à l'origine d'une perturbation fonctionnelle du système extrapyramidale.

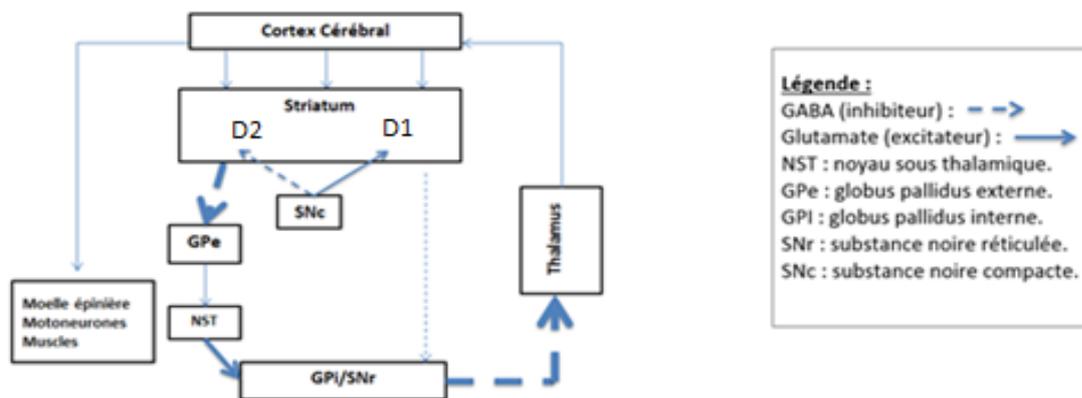


Figure 2: Schéma du fonctionnement des ganglions de la base dans la maladie de Parkinson

Le système extrapyramidal est un ensemble fonctionnel de voies de transmission qui permet les mouvements automatiques et le contrôle de la posture. C'est une structure intermédiaire entre le cortex moteur associé à l'aire motrice supplémentaire qui assure l'exécution du mouvement et le cortex associatif où se crée l'idée du mouvement. L'atteinte de celui-ci entraîne une perturbation importante de la motricité automatique (contrôle postural) et de la régulation de la motricité volontaire due aux difficultés de planification du mouvement.

Par conséquent cela donne lieu à un dysfonctionnement du tonus du sujet malade qui se traduit chez les patients parkinsoniens par un ensemble de troubles moteurs.

La dégénérescence en dopamine est également présente dans d'autres systèmes comme par exemple :

- Dans le système mésocorticolimbique qui projette sur le système limbique et frontal. Un déficit de dopamine entraînant alors des troubles de la vigilance, de l'humeur, de l'attention, un manque de motivation et une diminution des possibilités de mémorisation.
- Dans l'hypothalamus perturbant les fonctions gynécologiques et endocriniennes.
- Dans l'appareil vestibulaire provoquant des troubles de la posture.

Pour **Viallet et Coll.** « *La maladie de Parkinson se caractérise par un déficit dopaminergique pur, progressivement complété au cours de son évolution par l'apparition d'atteintes, en parallèle ou en série, d'autres systèmes de neurotransmission* »⁴⁶.

L'atteinte moins importante d'autres systèmes de neurotransmission explique la résistance de certains symptômes à la dopathérapie. On retrouve des perturbations de la noradrénaline qui entraîne des perturbations de la vigilance et de la rapidité de réaction. Un déficit peut être observable également au niveau de la sérotonine responsable des troubles de l'humeur mais également de l'acétylcholine causant des troubles de la mémoire.

c. Sémiologie

c.1 Troubles moteurs : La triade Parkinsonienne

La maladie de Parkinson s'exprime de manière différente suivant les patients, mais on retrouve des signes initiaux fréquents que l'on appelle « la triade Parkinsonienne » qui se caractérise par : la rigidité, l'akinésie et un tremblement de repos. Il existe également d'autres signes que l'on peut retrouver fréquemment.

La rigidité :

La rigidité aussi appelée hypertonie extra pyramidale, se dit « plastique » et se caractérise par une résistance au mouvement dû à une augmentation du réflexe myotatique et de la réaction de raccourcissement ayant pour conséquence un relâchement insuffisant des muscles contractés.

On peut l'observer quand la personne est en position de détente par le biais de mobilisations passives où on retrouve une résistance uniforme dans tout le mouvement qui cède par à-coups (phénomène de la « roue dentée »). A la fin du mouvement le membre ne revient pas à la position initiale.

⁴⁶ F.Viallet et Coll, Aspect cliniques et thérapeutique de la maladie de Parkinson, Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 2001.

On retrouve cette rigidité plus particulièrement au niveau des membres, des extrémités, des muscles de la colonne vertébrale, des épaules et des hanches. Elle prédomine sur les muscles fléchisseurs.

Cette rigidité est très observable chez Mme T, atteinte de la maladie de Parkinson à un stade avancé au niveau des membres supérieurs. Mme T se présente en permanence, les poings fermés (seul le pouce peut bouger), les bras légèrement repliés, seules les épaules permettent la mobilité. Lors des moments de la vie quotidienne Mme T utilise ses deux poings pour tenir le verre, les mouvements étant maladroits et très lents.

La rigidité touche particulièrement le tonus postural entraînant une posture très évocatrice chez les patients parkinsoniens avec une tendance à la triple flexion.

Cette rigidité est variable, elle est souvent amenée à disparaître pendant le sommeil mais peut être augmentée dans des situations de stress ou dans la réalisation de mouvements volontaires.

L'akinésie :

L'akinésie se caractérise par trois signes principaux : une bradykinésie qui est « *un retard au démarrage et dans l'exécution des mouvements, pouvant aller jusqu'à une diminution globale de la mobilité.* »⁴⁷ . Le deuxième signe est l'hypokinésie responsable d'une diminution de l'amplitude du mouvement. Pour finir on peut observer une difficulté de passer d'un schéma moteur à l'autre perturbant ainsi les mouvements complexes.

Au niveau clinique cela peut s'observer par la perte des mouvements automatiques et une difficulté d'initier un mouvement volontaire, demandant au patient de repasser par un redémarrage conscient du programme moteur.

Elle peut également perturber les mouvements semi-automatiques particulièrement dans les mouvements fins comme par exemple l'écriture, on parle alors de micrographie qui correspond à une diminution de la taille des lettres, en hauteur et en largeur au fur et à mesure de l'écriture.

⁴⁷. Anne-Marie Bonnet, Thierry Hergueta, Virginie Czernzcki, La maladie de Parkinson : au-delà des troubles moteurs, John Libbey Eurotext, Paris 2013.

L'akinésie est souvent ressentie comme une faiblesse, une lenteur, une incapacité à faire un mouvement. Elle se traduit par une gêne fonctionnelle lors des gestes de la vie quotidienne, une impossibilité de faire deux choses à la fois, une diminution des mimiques du visage, une voix sourde et monotone, ainsi que des difficultés au niveau de la déglutition.

Il est important de préciser qu'il existe des facteurs influençant l'akinésie pouvant passer d'une intensité extrême à une absence totale et variée selon les moments de la journée. L'akinésie est améliorée par la qualité du sommeil et aggravée par le stress, la fatigue, la complexité d'une tâche, des perturbations sensorielles.

Après plusieurs années l'akinésie devient extrêmement variable dans la journée, on parle alors de fluctuations motrices. On voit apparaître des moments d'inconfort moteur ou « blocage », on parle alors d'état moteur « off », et des moments où la personne se sent bien « on » très nettement observable chez des patients à un stade avancé.

Mme G appelle ces blocages : des « crises », qui la mettent dans une hypertonie globale, sa respiration devenant difficile et rapide, les mouvements volontaires devenant quasiment impossibles. Elle dit « Quand j'ai une crise, je ne peux plus respirer ».

*

On parle de forme akineto-rigide quand ces deux signes sont présents mais que le tremblement de repos est absent. Si le tremblement est présent on parle de forme tremblante.

Le tremblement de repos :

Le tremblement de repos s'observe lorsque les muscles sont relâchés. Au début de la maladie il s'exprime le plus souvent aux extrémités distales des membres. Il est très sensible à l'environnement. Il peut être augmenté par les émotions, le stress, la fatigue, et disparaît pendant le sommeil, lors des mouvements et quand le patient focalise son attention.

Autres signes moteurs :

La marche est touchée par l'akinésie et la rigidité. Elle est caractérisée par une diminution de la longueur des pas, une limitation de la vitesse, un démarrage hésitant, des demi-tours décomposés, qui évoluent ensuite vers l'apparition de troubles de la marche paroxystiques appelés « festination » et « freezing ».

La festination se présente par une augmentation de la fréquence des pas et une diminution de leurs amplitudes. Le patient donne l'impression de courir constamment après son centre de gravité.

Le freezing se caractérise par un blocage moteur de courte durée, qui entraîne une difficulté à démarrer et à poursuivre la marche. Elle s'accompagne souvent d'un piétinement sur place avec une sensation de pieds collés au sol.

Les difficultés à la marche sont très liées à une instabilité posturale qui occasionne une altération de l'équilibre. On peut voir des patients dans une attitude de flexion globale (tête, tronc, membres) qui augmente le risque de chute souvent à l'origine d'une perte d'autonomie.

A un stade plus avancé de la maladie, peuvent apparaître des troubles de la déglutition et des troubles de la parole.

Troubles de la parole bien décrits par **F. Cavanna** célèbre écrivain français atteint de la maladie de Parkinson qu'il appelle « miss Parkinson » : « *Bafouiller. Un des cadeaux surprises de Miss parkinson. On veut prononcer un certain mot. On n'y arrive pas* »⁴⁸.

⁴⁸François Cavanna, Lune de Miel, édition Gallimard, p105, 2011

c.2 Troubles psychologiques :

Les troubles de l'humeur sont très fréquemment retrouvés dans la maladie de Parkinson plus particulièrement la dépression et les troubles anxieux. La dépression peut être un symptôme à part entière de la maladie (la dopamine jouant un rôle dans la régulation de l'humeur) ou une conséquence de l'annonce de la maladie et de son évolution. Ces troubles peuvent se manifester de manière très fluctuante avec des accès euphoriques en phase « on », ou dépressive en phase « off ».

Des troubles d'allure psychotique peuvent être également retrouvés. Les hallucinations sont des manifestations fréquentes chez les patients parkinsoniens secondaires à la prise de traitement dopaminergique.

c.3 Troubles cognitifs :

Chez un grand nombre de patients Parkinsoniens, très précocement, on peut voir apparaître de manière insidieuse un syndrome dysexécutif sous-corticofrontal. Cette atteinte des fonctions exécutives rend difficile l'organisation et la planification dans la vie quotidienne, la réalisation de deux tâches simultanées ou l'engagement dans un nouveau programme d'action. La flexibilité mentale est de moins en moins possible amenant des persévérations du patient avec des prises de positions rigides. Avec l'évolution de la maladie, ces troubles vont progressivement s'aggraver majorant le risque de démence.

On retrouve également des troubles de la mémoire, particulièrement au niveau de la mémoire de travail et de la mémoire procédurale.

La mémoire de travail permet un traitement et un maintien de l'information temporaire pour la réalisation d'une tâche, de nouveaux apprentissages qui deviennent plus difficile dans la maladie de Parkinson.

Quant à la mémoire procédurale, c'est l'ensemble de notre savoir-faire, de comportements que nous réalisons de façon automatique, ce qui nécessite des connaissances stockées dans notre mémoire. Son dysfonctionnement entraîne des difficultés pour les actions automatiques au niveau perceptif, verbal, moteur et cognitif.

Parmi les troubles cognitifs il peut y avoir également des perturbations au niveau de l'attention ainsi qu'un ralentissement de la pensée (bradyphrénie).

c.4 Autres troubles :

Il me paraît important d'énoncer d'autres troubles fréquemment retrouvés dans la maladie de Parkinson comme les troubles digestifs, les troubles vasculaires, les troubles sécrétoires et les troubles sexuels qui sont des dysfonctionnements neurovégétatifs (système nerveux autonome).

Des troubles sensitifs, particulièrement les douleurs musculaires sont très fréquemment présents. (Crampes, douleurs diffuses et continues).

d. Les traitements

Il n'existe pas de traitement curatif de la maladie de Parkinson. Les traitements que je vais vous présenter sont des traitements symptomatiques qui ont pour objectif de compenser la diminution de dopamine dans le système nerveux. Il me paraît important de développer cette partie au vu des conséquences que le traitement a sur l'évolution de la maladie.

Le principal traitement de la maladie de Parkinson est la **Levodopa**. Le principe de ce médicament est de fournir au cerveau un précurseur de la dopamine (la dopamine ne passant pas la barrière hémato-encéphalique). La Levodopa est transformée en dopamine grâce à une enzyme appelée dopa décarboxylase. Pour éviter que celle-ci se transforme en périphérique du système nerveux, on donne au patient une combinaison de Levodopa et d'un inhibiteur de la dopa décarboxylase périphérique qui permet d'éviter de nombreux effets secondaires du traitement.

Ce traitement est également utilisé comme critère pour confirmer le diagnostic de la maladie de Parkinson.

Cependant au bout d'un certain temps (5 à 10 ans) on voit apparaître une diminution de sa durée d'action avec apparition de complications motrices.

Il existe aussi des **agonistes dopaminergiques** qui ont pour objectif de stimuler directement les récepteurs dopaminergiques. Ils ont une durée d'action plus longue que la Levodopa et sont souvent utilisés dans les phases de fluctuation pour retarder les complications motrices. Les effets secondaires sont nombreux et peuvent provoquer des troubles du comportement.

Sont donnés également des **inhibiteurs de la mono amine oxydase B (IMAO)** et des **inhibiteurs de la catéchol-O-méthyltransférase (ICOMPT)** qui permettent une augmentation de la disponibilité en dopamine, formée à partir de la Levodopa.

D'autres formes de thérapeutiques sont utilisées comme par exemple la **stimulation cérébrale profonde (SCP)** des noyaux sous thalamique pour des patients résistant à la Levodopa, avec des fluctuations motrices importantes. En cas de contre-indication à la neurostimulation, il peut y avoir la mise en place d'une **pompe apomorphine** injectée en sous-cutané qui permet une délivrance du médicament tout au long la journée.

e. Evolution

Les traitements sont utiles pour corriger les symptômes de la maladie mais ils ne peuvent empêcher ni même ralentir la progression de celle-ci. On distingue le plus souvent quatre étapes d'évolution :

La première correspond à l'apparition des premiers symptômes qui sont le plus souvent moteurs : triade parkinsonienne, trouble de l'écriture, douleur induite par l'akinésie et la rigidité. C'est aussi à ce moment-là qu'il y a l'annonce de la maladie entraînant un bouleversement émotionnel et demandant une grande adaptation du patient.

La deuxième étape est une phase appelée « lune de miel », qui correspond à une période d'équilibre dû à l'efficacité du traitement dopaminergique. Cette période dure 2 à 6 ans.

L'étape suivante arrive à un moment où l'efficacité du traitement décline, avec l'apparition de fluctuations motrices, d'akinésie de fin de dose (phénomène on/off) et des dyskinésies L-dopa-induite.

La dernière étape correspond à une phase d'envahissement des symptômes, on voit l'apparition importante de signes axiaux, les difficultés à la marche sont de plus en plus présentes ainsi que l'instabilité posturale. C'est aussi à ce moment-là, que les troubles cognitifs prennent toute leur importance, pouvant être associés à une démence dans certains cas. L'autonomie et l'indépendance de la personne sont fortement mises à mal.

2. La maladie de Huntington

a. Généralités

La Maladie de Huntington aussi appelée Chorée de Huntington est une maladie neurologique héréditaire à évolution progressive qui associe des troubles importants au niveau des capacités motrices ainsi qu'au niveau cognitif.

Beaucoup moins connue que la maladie de Parkinson, c'est une maladie orpheline du fait d'une prévalence relativement basse. Elle concerne une personne sur 10 000 en France soit 6000 personnes qui ont déclaré la maladie et 12 000 qui sont porteuses du gène.

C'est une maladie qui peut atteindre tous les âges de la vie (de 4 à 70 ans) mais l'âge moyen de début est situé entre 30 et 45 ans. Dans 10 % des cas on peut voir des formes juvéniles (apparition avant 20 ans) et dans 15% des cas la maladie se déclare après 60 ans.

Elle se transmet sur un mode autosomique dominant, le risque pour les enfants est donc de 50% (figure 3). De plus une personne porteuse de cette anomalie génétique déclare obligatoirement la maladie au cours de sa vie, l'âge d'apparition et les symptômes restant toutefois variables. (On dit que la pénétrance est complète).

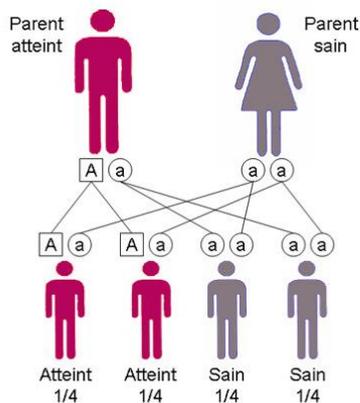


Figure 3 Transmission sur un mode autosomique dominant.
<http://www.huntingtonavenir.net/maladie/genetique.htm>

Le caractère héréditaire de cette maladie va avoir un impact sur la prise en charge du patient mais également sur l'accompagnement des familles.

M.V est atteint de la maladie de Huntington à un stade avancé. Deux de ses nièces sont déjà décédées de cette pathologie. Sa troisième nièce, très présente auprès de lui préfère ne pas faire le test génétique de la maladie. C'est toute une histoire familiale qui est touchée et pas simplement le patient que l'on prend en charge.

b. Physiologie

La maladie de Huntington est une affection neurodégénérative qui provoque une perte neuronale progressive au niveau du striatum (noyau caudé et putamen) et plus particulièrement des neurones striataux inhibiteurs qui projettent sur le globus pallidus externe. On peut voir globalement une atrophie de nombreuses structures composant les ganglions de la base.

Cette perte neuronale tout comme dans la maladie de Parkinson, va perturber l'organisation du circuit moteur des noyaux gris centraux (ANNEXE n°1). L'atteinte du striatum va avoir des conséquences sur la voie indirecte qui a pour fonction normalement d'augmenter le niveau de l'inhibition motrice.

Dans la maladie de Huntington (figure 4), la diminution des neurones inhibiteurs projetant sur le globus pallidus externe entraîne une diminution des efférences excitatrices sur le globus pallidus interne qui a pour conséquence l'augmentation de l'activité de la voie directe. Globalement on voit apparaître une augmentation de la voie thalamo-corticale excitatrice responsable des mouvements involontaires choréïques.

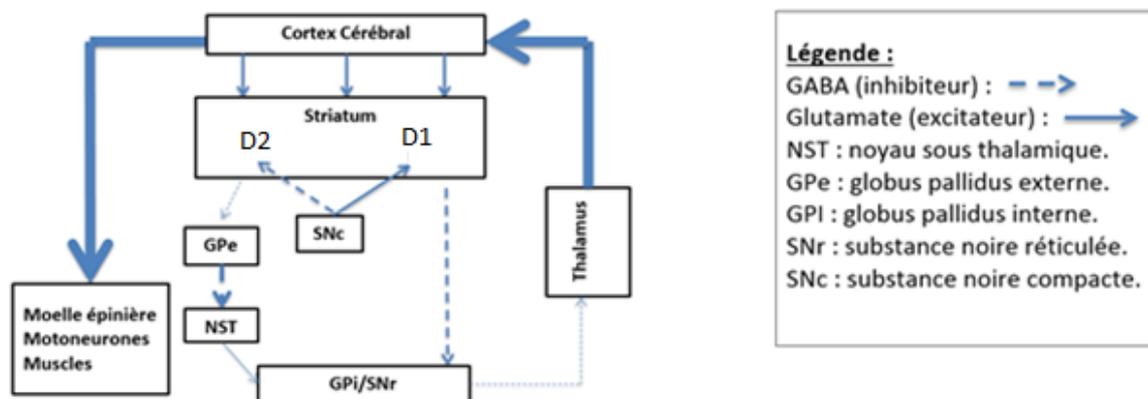


Figure 4 : Schéma du fonctionnement des ganglions de la base dans la maladie de Huntington

Ces mouvements involontaires choréiques sont très observables chez Mme B et affectent l'ensemble du corps de manière permanente. Au niveau du visage on peut observer de nombreux mouvements faciaux avec des grimaces, une protusion de la langue. Ses bras sont souvent positionnés dans son dos ce qui provoque des mouvements permanents du tronc. Cela peut donner l'impression que Mme.B essaie de sortir ses bras de derrière le dos et qu'elle n'y arrive pas, comme si elle était prisonnière. Ses jambes, quant à elles, se plient, se déplient, se croisent de manière incessante.

c. Sémiologie

Il existe un grand nombre de symptômes, mais ils ne s'expriment pas tous ou à des degrés différents selon les patients. Il y a également une variabilité de l'intensité des symptômes selon les stades de la maladie.

Mais de manière globale, cette maladie entraîne une altération importante des capacités motrices, cognitives et comportementales.

c.1 Les troubles moteurs

La maladie de Huntington est décrite par la **World Federation of Neurology**⁴⁹ comme une « *succession de mouvements spontanés excessifs, abrupts, imprévisibles et irréguliers. Elle peut varier de légère, intermittente, traduite par une simple exagération des gestes et de l'expression, un mouvement continu des mains, ou une marche instable « dansante », à incessante, suivant un flux continu de mouvements violents et handicapants* »⁵⁰

On voit apparaître précocement une maladresse dans les gestes de la vie quotidienne. Mais ce sont les mouvements choréiques, amples et rapides, qui sont prédominants dans la majorité des étapes de la maladie, rendant difficile le contrôle des mouvements volontaires.

⁴⁹ *a state of excessive, spontaneous movements, irregularly timed, randomly distributed and abrupt. Severity may vary from restlessness with mild, intermittent exaggeration of gesture and expression, fidgeting movements of the hands, unstable dance-like gait to continuous flow of disabling, violent movements (Traduite par Lakke, 1998).*

⁵⁰ <http://lumiere.ens.fr/~ruthdb/cv/chaphd.pdf>

Ils débutent au niveau des parties distales des membres, puis progressivement, atteignent les racines, le tronc, la face et la sphère oro-faciale.

Ces mouvements involontaires sont variables en intensité et sont majorés par le stress, la fatigue et les émotions et disparaissent lors des moments de repos.

D'autres troubles moteurs apparaissent plus tardivement comme les dystonies, une bradykinésie, une rigidité, et des troubles oculomoteurs.

Sont présents également en conséquence des troubles moteurs : des pertes d'équilibre, des troubles de la posture, un déficit de la marche, une difficulté à parler ainsi que des troubles de la déglutition.

Les troubles du langage arrivent tardivement dans la maladie de Huntington et peuvent être la conséquence d'une augmentation des troubles moteurs. (Diverses interprétations : protusion de la langue, dysarthrie, apraxie bucco-faciales...)

c.2 Les signes cognitifs

Les troubles moteurs sont accompagnés d'une diminution progressive des capacités cognitives qui conduisent petit à petit à un syndrome démentiel de type sous-cortico-frontal qui n'affecte pas les fonctions intellectuelles du patient (tout comme dans la maladie de Parkinson). On observe un ralentissement de la pensée, des troubles de la mémoire de travail, des troubles de l'attention et des fonctions exécutives.

Les troubles des fonctions exécutives arrivent très précocement dans l'apparition de la maladie. Cela se traduit par des difficultés de planification, d'adaptation face aux changements, de réalisation de deux actions simultanées. La mémoire de travail et la mémoire procédurale sont également affectées. S'ajoute l'apparition progressive d'une réduction de la flexibilité cognitive avec une tendance à persévérer.

c.3 Les troubles psychiatriques et comportementaux

Les troubles du comportement occupent une place centrale dans la symptomatologie de la maladie de Huntington car ils ont des conséquences importantes sur la vie quotidienne de la personne et de son entourage.

Les troubles de l'humeur, plus particulièrement la dépression peuvent précéder l'apparition des signes moteurs et cognitifs dans l'évolution de la maladie. Des modifications de la personnalité et du caractère, des troubles obsessionnels, des comportements de persévération, une irritabilité importante et des comportements agressifs (auto ou hétéro-agressifs) peuvent apparaître en plus des comportements cognitifs et moteurs.

Mme.B en plus des mouvements involontaires importants décrits plus haut, présente de nombreux troubles du comportement particulièrement au moment des soins, avec parfois une impossibilité pour les soignants d'effectuer la toilette ou les transferts. A l'arrivée des soignants, les mouvements involontaires deviennent de plus en plus importants, on note une augmentation importante du tonus. De plus Mme B. hurle des propos incompréhensibles, et a le regard fixe.

Lors des séances de psychomotricité, lorsque Mme B est très agitée, j'ai l'impression à ce moment-là, à travers ces mouvements qui partent dans tous les sens, ses traits du visage crispés, et son regard, que Mme B voudrait me dire quelque chose. Mon incompréhension semble majorer l'intensité de cette agitation psychomotrice.

d. Les traitements

Il n'existe pas de traitements curatifs, c'est une maladie incurable. Le traitement est exclusivement symptomatique.

Des neuroleptiques, peuvent être donnés lorsque les mouvements choréiques deviennent très handicapants. Pour les troubles du comportement, et plus particulièrement pour les troubles de l'humeur, des psychotropes peuvent être prescrits. Ces traitements peuvent entraîner de nombreux effets secondaires qu'il est important de prendre en compte dans la prise en soin en psychomotricité.

e. Evolution

La maladie de Huntington est une maladie évolutive, on peut distinguer généralement trois grandes phases :

Une première phase qui correspond à l'apparition des premiers symptômes physiques qui s'expriment sous forme de maladresses, de légers troubles cognitifs avec l'apparition de troubles de la mémoire. Au niveau du comportement on peut voir une modification du caractère et de l'humeur, avec des plus grandes périodes d'apathie, d'irritabilité, et des phases plus importantes de dépression.

Dans cette première phase de la maladie, il n'y a pas de grand impact dans la vie quotidienne.

Vient ensuite une phase intermédiaire, où les symptômes s'intensifient. Les mouvements involontaires sont de plus en plus prononcés sous forme de tics, de mouvements saccadés de la tête, du cou, des bras, des jambes. Les difficultés à la marche, les troubles de la coordination, les troubles du langage se font plus présents.

La vie au quotidien est de plus en plus difficile pour le patient et son entourage.

La dernière phase, la plus avancée de la maladie se caractérise par une diminution des mouvements involontaires qui font place à une rigidité importante. Les troubles cognitifs et comportementaux sont souvent très importants.

Après l'apparition des premiers symptômes, l'évolution de la maladie se fait sur environ 15-20 ans avant le décès du patient dû aux complications de la maladie.

*

Tant dans la maladie de Parkinson que dans la maladie de Huntington l'individu est affecté dans sa globalité. C'est en ce sens que la psychomotricité peut trouver sa place. Mais quel est l'impact de ces maladies sur le patient ? Qu'est-ce que la psychomotricité peut tenter d'apporter à ces patients ?

II- Psychomotricité et patients atteints de la maladie de Parkinson et de la maladie de Huntington à un stade avancé

1. L'impact de la maladie de Parkinson et de la maladie de Huntington sur le patient

La maladie de Parkinson et la maladie de Huntington au-delà des troubles qu'elles engendrent sont avant tout des maladies graves qui s'immiscent dans la vie de ces patients. L'annonce est souvent sans appel : « maladie neurodégénérative », « pas de traitement curatif » entraîne un bouleversement dans la vie du sujet.

Pour la maladie de Parkinson, des signes précurseurs arrivent de manière insidieuse. Dans le court-métrage « *La maladie de parkinson, un combat au quotidien* »⁵¹ **Jean-Paul Wagner** lui-même atteint de la maladie témoigne par rapport à cette annonce :

Pour lui l'annonce de la maladie s'est faite dans le cadre de la médecine du travail. Sa première réponse face à ce médecin a été :

- « *ne plaisantez pas, je suis sain d'esprit, je suis sportif* ».

S'en est suivie une longue période de « choc » avec

- « *la peur de me retrouver tout seul dans un canapé regardant par terre ne bougeant plus* » accompagné d'un sentiment de honte et de peur que son environnement en pâtisse.

Pour A.M Israël qui participe au court-métrage, les signes précurseurs étaient des troubles de l'humeur importants qui l'ont amenée à consulter un neurologue qui lui a annoncé la maladie :

- « *Et là c'est la peur, jusqu'où va m'entraîner la maladie ?* » « *je me suis vue sur un fauteuil roulant, dépendante* ».

⁵¹ <https://vimeo.com/15453943>, « La maladie de Parkinson, un combat au quotidien », Jean-Paul Wagner, 2011

Ces témoignages illustrent bien cette rupture avec la vie antérieure, et la perte du fantasme d'invulnérabilité « *nous savons que nous sommes mortels mais cela reste pour nous une éventualité abstraite et lointaine. Lorsque, tout à coup, la mort se profile avec plus de précision, nous prenons conscience de notre fragilité.* »⁵² .

Pour la Maladie de Huntington du fait de son caractère héréditaire, il peut arriver qu'à l'annonce du diagnostic le patient soit déjà sensibilisé au risque qu'il porte cette maladie du fait de l'atteinte de l'un des membres de sa famille.

Quel que soit le contexte de l'annonce, le diagnostic d'une maladie grave entraîne une « *rupture dans l'identité* »⁵³ tant physique que psychologique pouvant venir perturber la relation à l'environnement.

Pour **I. Marcos**, psychomotricienne dans un service de soins palliatif : « *La maladie grave, la douleur qui dure, des brusques changements corporels mais aussi la proximité de la mort induisent une fragilisation globale et d'un point de vue psychomoteur modifient notre image corporelle, nos modes de communication, nos perceptions sensorielles, nos capacités motrices...* »⁵⁴

*

La maladie de Parkinson et la maladie de Huntington entraînent des modifications importantes du corps et des perceptions que la personne s'en fait. Elle perd petit à petit sa motricité volontaire avec des manifestations involontaires importantes, des raideurs douloureuses, des tremblements, des dyskinésies, une hypertonie de fond, particulièrement à un stade avancé de la maladie.

I. Marcos en lien avec la sclérose en plaque amyotrophique, une autre maladie neurologique, parle d'un corps qui « *n'est plus son « serviteur silencieux » qui traduit et réalise ses intentions. Il « parle » dans le handicap, imposant contraintes et frustrations* »⁵⁵.

⁵² J.Pillot, « Travail de deuil du malade en phase terminale », in JALMALV, n°34, p59 ,1993

⁵³ S.Kaempf, D. Romatet, A. Trupitel, Unifier de la tête aux pieds : approche psychomotrice de la problématique de l'identité chez le patient atteint de la maladie de Parkinson, in : protéger et construire l'identité de la personne âgée, Eres, p 69, 2011

⁵⁴ « Corps vécu/corps réel, redonner du lien quand le corps » in : Texte intégral des XXX journées de Thérapie Psychomotrice, p2, Octobre 2001, Toulouse.

⁵⁵ I. Marcos, B.Burucoa. La psychomotricité en unité de soins palliatifs : au sujet d'une personne atteinte de sclérose latérale amyotrophique (SLA). Médecine palliative-Soins de support- Accompagnement-Etique (2012),

Citation qui montre un vécu du corps que l'on retrouve chez les patients atteints de la maladie de Parkinson ou de la maladie de Huntington. La motricité volontaire que nous réalisons tous les jours dans notre vie quotidienne grâce à nos intentions est de moins en moins possible dans ces maladies où elle laisse place à des manifestations involontaires que le sujet ne contrôle pas, et qui engendrent des complications et des frustrations.

La situation de frustration d'après **Y. Fradet-Valée** « crée une augmentation de tension »⁵⁶ qui ne peut s'extérioriser que par « le mouvement et le langage », deux modalités qui peuvent être perturbées dans la maladie de Parkinson et la maladie de Huntington. Provoquant parfois une majoration des tensions ne trouvant pas de résolution psychique. Ces patients se retrouvent en proie à des situations qui amènent un sentiment d'infériorité, de culpabilité, de dévalorisation de soi.

Ces modifications du corps, de ses perceptions, les pertes multiples ainsi que les traitements créent des cercles vicieux et perturbent les fonctions vitales. Tout cela induit fatigue, dépression et angoisse. Cela peut s'expliquer par ce que théorise **D. Anzieu** chez l'enfant : « Toute fonction psychique se développe par appuis sur une fonction corporelle dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental »⁵⁷. Il est donc envisageable, si on le transpose à l'adulte que si la fonction corporelle dysfonctionne cela peut avoir des conséquences sur les fonctions psychiques.

Les liens avec l'environnement sont également perturbés par l'altération au niveau de la communication induite par les troubles moteurs et cognitifs importants que peuvent entraîner la maladie à un stade avancé. Le tonus élevé, les mouvements involontaires, les troubles cognitifs, les troubles du comportement sont un ensemble de facteurs ajoutés à une diminution des possibilités d'utiliser le langage qui peuvent altérer les liens avec l'environnement, et particulièrement avec l'entourage pouvant petit à petit entraîner un repli social.

⁵⁶ Y. Fradet-Vallée, Handicaps Neurologiques et Vieillesse : vécus psychologiques, in : thérapie psychomotrice et recherches – N°27, p 97, 2011.

⁵⁷ Ibid. cit. D. Anzieu, Le moi peau. Paris : Dunod ; 1985

Le corps fait « obstacle » il est comme un « fardeau » car il n'est vécu que sur un registre de tensions dues aux tremblements, aux dyskinésies, aux blocages, aux mouvements involontaires et à l'hypertonie de fond. Ce corps n'est plus que douleur, comme si il ne leur appartenait plus, s'il ne le maîtrisait plus. Ce vécu négatif du corps entraîne une perturbation du vécu corporel et une atteinte de l'identité.

Mme T, atteinte de la maladie de Parkinson est retrouvée en pleurs dans sa chambre et explique qu'elle se trouve moche et que son époux ne la regarde plus, il préfère les autres femmes de la maison de retraite.

On voit bien dans cette situation l'altération de l'image qu'a cette patiente d'elle, mais aussi ce qu'elle perçoit de l'image renvoyée par son entourage.

L'ensemble de ces facteurs remet en permanence en question la personne dans sa place de sujet et de son identité à chaque nouvelle étape de la maladie, et les pertes qui en découlent.

2. Apport de la Psychomotricité

La psychomotricité est une thérapie à médiation corporelle basée sur l'accompagnement du patient dans le lien qu'il va construire entre la perception de son corps et sa vie psychique. C'est une approche qui étudie l'individu dans son unité et sa globalité.

Elle permet également d'établir ou de maintenir un équilibre psychocorporel de manière à ce que le patient ait une meilleure adaptation à son environnement. Le psychomotricien accompagne la personne à réinvestir son corps malade, handicapé.

Le psychomotricien doit être avant tout dans l'accompagnement global du patient de manière individualisée, en s'intéressant à son histoire, son milieu de vie, à ses relations sociales, familiales, à ses intérêts, ses motivations, à ses modes de communication. Il porte également son regard sur la manière dont le patient vit son corps, le ressent et le bouge.

Il prend soin de mettre du sens par la verbalisation aux signes et manifestations corporelles lorsqu'il est en relation avec l'autre et son environnement.

Les différentes rencontres avec le patient peuvent également s'inscrire dans la recherche d'un moment de répit face aux multiples manifestations de la maladie pour apporter un certain confort et mieux être du patient.

Le travail du psychomotricien prendra toute son importance dans la valorisation des capacités et du fonctionnement des ressources psychomotrices du patient pour lui permettre le plus longtemps possible le maintien d'une certaine autonomie.

Mais aussi dans un travail sur l'image du corps, l'estime de soi, en permettant au patient de vivre des expériences corporelles, pour lui apporter un vécu corporel nouveau, agréable. « *Il ne s'agit pas de rendre le corps performant, de vouloir remettre la mécanique corporelle en route mais, par le biais de l'expérience corporelle contribuer à l'épanouissement de la personnalité du malade et restaurer, voire confirmer son identité.* »⁵⁸

L'expérience proposée en psychomotricité peut être vécue comme « *un véritable parcours psychomoteur de réunification de la tête aux pieds, mais aussi comme un jeu d'identifications plurielles, permettant à la personne touchée par la maladie [...] de renouer avec un sentiment de continuité de l'être.* »⁵⁹ Permettant ainsi un travail autour de la réappropriation corporelle, et de la renarcissisation.

A travers l'approche psychomotrice, face à des patients atteints de la maladie de Parkinson et de la maladie de Huntington et leurs conséquences sur la dynamique psychocorporelle plusieurs hypothèses peuvent être posées.

Il est important de rappeler avant tout que le tonus dans les pathologies de types Parkinson et Huntington est gravement perturbé, que son élévation est importante et quasiment permanente. Ceci est dû au dysfonctionnement de la dimension physiologique du tonus, du système neurologique sur laquelle l'action du psychomotricien n'aura aucun impact. C'est la dimension affective du tonus liée aux émotions qui va avoir une grande importance dans la prise en soin psychomotrice.

⁵⁸ F.Le Roux, « A quel corps s'adressent les soins palliatifs chez les malades âgés » in Entretiens de psychomotricité, p21, 1996

⁵⁹ S.Kaempf, D. Romatet, A. Truptil, Unifier de la tête aux pieds : approche psychomotrice de la problématique de l'identité chez le patient atteint de la maladie de Parkinson, in : protéger et construire l'identité de la personne âgée, Eres, p 69, 2011

Les hypothèses :

- La psychomotricité, à travers cette relation au corps privilégiée va accompagner le patient dans une recherche de mieux être.
- Une prise en soin psychomotrice va permettre au patient un soutien psychocorporel par les effets thérapeutiques de la détente à travers la régulation tonique.
- Une meilleure régulation du tonus va permettre une motricité plus adaptée et donc un maintien de l'autonomie. Amenant secondairement un impact sur la renarcissisation.
- Ce travail permet à la personne de vivre son corps non plus comme un « fardeau » mais comme un corps encore capable de produire des sensations agréables.
- Les sensations agréables jouant sur l'affectivité et sur les émotions vont permettre un relâchement tonique et donc une diminution des signes moteurs (mouvements involontaires, tremblements, rigidité etc...), des troubles de l'humeur et du comportement.
- Les outils thérapeutiques du psychomotricien en particulier le dialogue tonico-émotionnel à travers la relaxation par le toucher vont permettre au patient de renouer avec un sentiment de continuité de l'être.
- Ce soutien psychocorporel va conduire le patient à mieux connaître son corps et son environnement et de répondre à celui-ci de manière plus adaptée.

La psychomotricité par « *un cadre de progression adapté* »⁶⁰ va permettre au patient de « *passer de la passivité à l'activité, de la tension à la détente, de l'immobilité à la mobilité, du renfermement sur soi à l'ouverture aux autres.* »⁶¹

⁶⁰ http://www.handicapinfos.com/informer/psychomotricite-maladie-parkinson-evoluee_2996.htm

⁶¹ *ibid*

Partie C :

Approche psychomotrice auprès de patients atteints de la
maladie de Parkinson et de la maladie de Huntington en
Unité de soins longue durée (USLD)

I- Au sein d'une Unité de Soins Longue Durée

Avant d'aborder mon travail clinique, il me paraît essentiel de décrire le contexte dans lequel j'ai évolué tout au long de l'année. De plus, il est pertinent de rappeler que les patients atteints de la maladie de Parkinson et de la maladie de Huntington accueillis à l'Unité de Soins Longue Durée (USLD) que j'ai eu l'occasion de rencontrer sont à un stade avancé de la maladie. La prise en soins psychomotrice auprès d'eux est donc différente de celle que l'on peut mettre en œuvre par exemple dans un service de suite et de réadaptation (SSR) ou un service de neurologie.

1. Généralités sur l'Unité de Soins Longue Durée

L'USLD est un service hospitalier de 120 lits qui accueille des patients de plus de 60 ans, sauf dérogation de l'ARS, permettant l'accès à des personnes plus jeunes. Ces patients présentent une pathologie organique chronique, une physiopathologie active au long cours, ou sont susceptibles d'épisodes répétés de décompensations pouvant aggraver ou entraîner une perte d'autonomie.

Contrairement à tout autre service hospitalier, cette unité est également un lieu de vie comme dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), à la différence que celle-ci accueille un pourcentage beaucoup plus élevé de personnes dépendantes dont l'état de santé demande une surveillance médicale constante, des soins permanents et un suivi médical spécifique.

Ce service propose des soins médicaux, paramédicaux et psychothérapeutiques (médecin, médecins assistants, infirmières, aides-soignants, agents services hospitaliers, deux psychomotriciennes à mi-temps, un ergothérapeute, des kinésithérapeutes, une orthophoniste, une psychologue et une socio-esthéticienne).

De plus dans le cadre d'un lieu de vie, des animations sont proposées par une animatrice et par l'intervention de diverses associations telles que « les blouses roses » ou « les petits frères des pauvres », ainsi que par la présence de nombreux bénévoles.

Une fois par semaine est organisé un « staff pluridisciplinaire » (auquel je n'ai pu que très peu assister durant mon stage) par le médecin pour parler de la prise en soins de chacun des patients. Il n'existe pas de projet de vie Individualisé comme il pourrait en exister dans d'autres lieux de vie.

2. Mon stage en Unité de Soins Longue Durée : un service gériatrique

A mon arrivée, je n'avais pas vraiment connaissance de la population accueillie, des pathologies que je pourrais rencontrer dans ce service. Différents stages en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en service de soin et de réadaptation gériatrique (SSR), et en pôle d'activité et de soins adaptés (PASA) m'ont permis d'avoir une première approche auprès de ce public.

Mon stage en USLD se déroule dans le cadre de ma troisième année de psychomotricité une journée par semaine.

Très vite j'ai été saisie par la dépendance importante des personnes accueillies notamment lors de démences ou d'atteintes physiques importantes mais également les décès qui font partie de la vie du service. Malgré tout, j'ai été étonnée par la force de vivre de certains patients, qui malgré leur état de santé, les exigences de leur quotidien continuent à vivre de la meilleure façon possible.

De plus je tiens à préciser, car c'est un élément important, l'USLD où j'effectue mon stage est actuellement en travaux, divisant ainsi le service en deux, dans deux établissements séparés géographiquement. Ma première impression à mon arrivée dans le premier service où se déroulent les travaux était celle d'un lieu très sombre, peu accueillant avec un éclairage très agressif. Les lieux de vies ne sont que des intersections de couloirs plus larges où le bruit des travaux est omniprésent.

Dans l'autre établissement, le contexte reste très hospitalier mais ressemble beaucoup à ce que l'on pourrait retrouver dans d'autre lieu de vie. (Exemple EHPAD)

Tout au long de mon stage j'ai pu voir également l'implication importante des soignants dans la prise en soins des patients malgré un travail lourd tant moralement que physiquement face à une population aussi dépendante.

C'est dans ce contexte que j'arrive dans le service. Du mois d'octobre au mois de décembre, je suis passée par une période d'observation et de co-soin avec la psychomotricienne qui m'a permis de comprendre la place de la psychomotricité en USLD, le fonctionnement du service et de m'intégrer auprès de l'équipe.

De décembre à la fin de mon stage, j'ai pu poursuivre et démarrer seule des prises en soins en psychomotricité et particulièrement auprès de patients atteints de la maladie de Parkinson et la maladie de Huntington.

Ce stage m'a apporté de nombreuses connaissances sur les patients âgés, les différentes pathologies que l'on peut être amené à rencontrer ainsi que les différentes médiations. Les psychomotriciennes ainsi que l'équipe pluridisciplinaire m'ont permis de m'intégrer dans le service, et de l'appréhender à mon rythme.

3. La psychomotricité en Unité de Soins Longue Durée : Le choix de la relaxation par le toucher.

a. La psychomotricité en USLD

A l'USLD j'ai effectué mon stage auprès de deux psychomotriciennes. Elles exercent sur prescription médicale, à la demande du médecin ou de l'équipe en staff pluridisciplinaire. Elles n'effectuent pas de bilan mais se basent sur la demande de l'équipe, du médecin, sur les différentes observations qu'elles ont pu faire lors de la rencontre avec le patient. Les prises en soins en psychomotricité sont principalement individuelles.

Les séances de psychomotricité se déroulent la plus part du temps dans la chambre des patients et parfois à l'extérieur.

Pour certains patients, comme Mme C, qui sont alités et enfermés dans leur chambre en permanence, jour comme nuit, hiver comme été. La psychomotricienne et la socio-esthéticienne dans le cadre de leur prise en soin sortent le lit à l'extérieur.

Il se pose parfois le problème des séances en chambre double qui engendre la présence d'un autre patient dans la pièce.

La pratique psychomotrice, par rapport à la population présente en USLD se situe au croisement du vieillissement pathologique, de la géronto-psychiatrie, du polyhandicap et des soins palliatifs. Naviguant dans les trois champs de la psychomotricité : la prévention, la rééducation, la thérapie s'entremêlent le plus souvent dans une même prise en soin d'un patient.

La prévention qui est qualifiée de tertiaire concerne « *l'ensemble des mesures visant à prévenir les rechutes ou les complications* »⁶². On la retrouve quand les psychomotriciennes repositionnent les patients alités, prévenant ainsi l'apparition d'escarres ou encore dans l'ensemble des prises en soins autour de la prévention des chutes. Le but étant de donner des outils aux patients qui vont leur permettre de mieux appréhender leur handicap au quotidien.

La rééducation concerne l'ensemble des prises en soin amenant à une amélioration globale de l'état de santé du patient.

Enfin, en thérapie, les psychomotriciennes amènent le patient à renouer avec son corps dans une dimension affective et relationnelle.

⁶² <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/cours-sante-publique-leducation-la-prevention-et-la-promotion-pour-la-sante.html>

Pour préciser le rôle des deux psychomotriciennes dans la structure, je vais vous citer les principales indications pour lesquelles elles sont amenées à intervenir :

- Altération du schéma corporel.
- Trouble de l'image du corps.
- Troubles de la régulation et de l'adaptation tonique.
- Trouble de la régulation émotionnelle.
- Inhibition/ instabilité psychomotrice.
- Désinvestissement corporel.
- Compensation des déficits sensoriels.
- Difficultés de communication et de relation avec son environnement.
- Troubles du comportement et de l'humeur.
- Prévention des chutes, et aide au maintien des capacités et de l'autonomie.
- Accompagnement de fin de vie.
- Aide à la prise en soin de la douleur et de l'inconfort.

A partir de ces indications, la psychomotricienne effectue une première rencontre auprès du patient. Pour certains, une prise en soin ponctuelle peut être nécessaire particulièrement lorsque la toilette est compliquée (agressivité, cris, douleurs importante...) ou pour des accompagnements de fin de vie. Pour d'autres la prise en soins peut durer quelques mois voir quelques années, celle-ci étant régulièrement réévaluée et adaptée en fonction des besoins du patient.

Durant mon stage j'ai pu voir différents moyens thérapeutiques proposés, qui sont ensuite ajustés à chacun des patients rencontrés.

- Aide à la marche et au maintien de l'autonomie
- Relaxation psychomotrice
- Approches sensorielles avec les huiles essentielles.
- Accompagnement en co-soin lors des toilettes.

Dans la prise en soins des patients atteints de la maladie de Parkinson et la maladie de Huntington à un stade avancé, j'ai choisi plus particulièrement la relaxation psychomotrice à travers des inductions tactiles et des mobilisations passives comme médiation en séance de psychomotricité.

La relaxation « *permet des vécus corporels liés à des variations du tonus* »⁶³ proposant au sujet d'enrichir son expérience tonique amenant à l'expression des émotions. Les variations toniques permettant par une variété de sensation un sentiment d'enveloppe corporelle, un sentiment d'exister : « *Il sent son corps, il se sent exister, il sent qu'il vit* »⁶⁴.

C'est la place centrale qui est donnée au tonus dans cette relaxation à travers le toucher qui m'a amenée à faire ce choix par rapport aux deux maladies présentées précédemment.

b. La relaxation à travers le toucher-massage et les mobilisations passives.

b.1 Présentation et choix de son utilisation en séance de psychomotricité

Dans cette sous-partie, il me paraît important de brièvement présenter cet outil de travail : la relaxation à travers le toucher-massage et les mobilisations passives.

L'utilisation de la relaxation dite « psychomotrice » est définie par **I. Marcos** et **B. Burucoa**, comme un « *bain de relation et de stimulations sensorimotrices orientés vers le plaisir, dans un niveau d'attention à la fois verbal et à l'infra verbal* »⁶⁵. Elle permet d'accompagner le patient dans la prise de conscience et la réappropriation de son corps dans la relation à l'autre.

⁶³ F.Pitteri, Psychomotricité et personnes âgées, in Psychomotricité : entre théorie et pratique, édition in press, p305, 2010

⁶⁴J.Brosolo, Parkinson entre ce qui se voit et ne se voit pas... Pertinence d'une intervention psychomotrice ponctuelle auprès de patients atteints de la maladie de Parkinson, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien, Bordeaux, 2013

⁶⁵ I. Marcos, B.Burucoa, La psychomotricité en unité de soins palliatifs : au sujet d'une personne atteinte de sclérose latérale amyotrophique (SLA). Médecine palliative-Soins de support- Accompagnement-Etique (2012),

F. Treussard parle lui d'une « *Approche de l'autre proposant une prise de conscience de soi à partir d'un éprouvé corporel, propose au patient l'expérience d'un mode de relation nouvelle avec lui-même autant qu'avec autrui* »⁶⁶.

Le choix d'utiliser une relaxation à travers le toucher-massage et la mobilisation passive s'est fait d'une part à cause de l'avancée de la maladie ne permettant pas la possibilité de proposer des relaxations avec seulement des inductions verbales. Mais également d'offrir la possibilité dans le contact peau à peau, d'avoir un contact tonique direct entre le patient et le psychomotricien.

« *L'un des moyens les plus directs [pour cibler la question du tonus] est bien sûr la thérapie par la relaxation. Mais pas n'importe quelle approche ou méthode. Il faut qu'il y ait à une action directe du soignant sur le tonus pour objectiver la qualité tonique* »⁶⁷.

H.Colombel précisant ensuite que cette action directe par le toucher permet une objectivation de qualité de ce tonus. Le psychomotricien pouvant ensuite verbaliser de manière plus précise, pour mettre du sens sur la situation vécue dans la relation.

*

A un stade avancé de la maladie de Parkinson et la maladie de Huntington, le corps est vécu par le patient comme incontrôlable de par l'importance des troubles qui prennent le dessus sur la vie du patient.

Mme. G refuse parfois d'aller chercher le journal, pourtant important pour elle dans la journée, car elle « attends la crise ». Cela donne l'impression que Mme. G est prisonnière de son corps, celui-ci faisant obstacle à toute possibilité de décision qu'elle pourrait entreprendre.

On observe une réelle perte de contact avec ce corps qui est trop présent, incontrôlable.

⁶⁶ F.Treussard, « La parole empêchée ? », in *Relaxation psychomotrice, thérapie psychomotrice et recherche* n°111, p 16, 1997

⁶⁷ H.Colombel, *Le langage tonique*, in : *Rééducation Orthophonique*.N°250, Fédération Nationale des Orthophonistes, p 81-p89, 2012

A.Montagu écrit que « *cette perte du contact avec le corps aboutit à la perte du contact avec la réalité des sensations de son corps* »⁶⁸. C'est en ce sens qu'il m'a paru pertinent d'utiliser la relaxation pour permettre aux patients de recréer ce « contact » avec leurs corps en soutenant leur enveloppe psychocorporelle à travers la mise en jeu du dialogue tonique que l'on peut retrouver dans la relaxation à travers le toucher.

*

Derrière le nom de « toucher-massage et mobilisations passives » je regroupe différentes manières d'utiliser « le toucher » en fonction de la problématique du patient, de son histoire et sa manière de l'appréhender, mais également des objectifs de la prise en soin.

Durant les différentes séances que j'ai pu proposer pendant mon stage à des patients atteints de la maladie de Parkinson et de la maladie de Huntington, j'ai été amenée à utiliser différentes approches de relaxation utilisant le toucher. Approches qui ne prétendent pas se référer à une méthode particulière de relaxation ou de toucher-massage mais s'influençant tout de même des méthodes plus conventionnelles. (Méthode de relaxation par les mouvements passifs de Wintrebert, Toucher-massage de Savatofski).

- **Un toucher contenant** dont parle **N.Tessier** « *le toucher qui rassemble* »⁶⁹ ou « le toucher apprivoisé »⁷⁰ de **J.Savatofski et P.Prayez**. Inductions tactiles qui utilisent le contact « peau à peau » qui peuvent être seulement des pressions immobiles, des touchers plus ou moins profonds, ou un toucher avec de l'huile de massage.

- **Toucher à travers des mobilisations passives** dont certains mouvements peuvent se rapporter à ce que l'on retrouve dans le premiers temps de « *la méthode de relaxation par les mouvements passifs de Wintrebert* »⁷¹ visant à « *la régulation du tonus par les mouvements passif* »⁷² permettant d'obtenir « *un état de décontraction* »⁷³. Les mouvements passifs permettent l'exploration de la liberté articulaire à travers les différentes épreuves du bilan du tonus : manœuvre de ballant, d'extensibilité, d'étirement, des vibrations, permettant dans la lenteur des petits mouvements de décontraction passive.

⁶⁸ A.Montagu, Peau et le toucher : un premier langage, édition Brocher, p 155, 1979

⁶⁹ J.M Albaret, E. Aubert, Vieillesse et psychomotricité, édition Solal, p 231, 2001

⁷⁰ P.Prayez, J.Savatofski, Le toucher apprivoisé, édition Lamarre, 2009

⁷¹ S.Masson, Les relaxations, édition Presses Universitaires de France, p41,1983

⁷² ibid

⁷³ ibid

Pour finir, je proposais généralement des pressions profondes effectuées avec le poids de l'ensemble de mon corps.

La zone touchée dépend de différents facteurs : zones douloureuses, zones du corps atteintes par la maladie, ou saines, zones reliées à l'histoire du patient. Autant de touchers, finalement, qu'il pourrait y avoir de patient.

Le toucher, par sa simplicité peut avoir à lui seul un impact sur l'individu : « *Les stimulations tactiles jouant un rôle essentiel dans l'épanouissement affectif de l'enfant et plus fondamentalement encore dans sa croissance physique* ». Au contraire son absence associée à la solitude peut être un des facteurs de haut risque dans certaines maladies.

L'objectif étant d'amener le patient dans une détente physique et psychique à travers la régulation tonique par des expériences vécues corporellement dans la relaxation.

b.2 Fonction de l'utilisation de la relaxation à travers le toucher-massage et les mobilisations passives en psychomotricité.

R.Durand de Bousiengen 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* »⁷⁴. Cette définition, permet de montrer l'importance du tonus dans la décontraction neuromusculaire permettant aux patients par la relaxation de ressentir une détente physique et psychique.

En psychomotricité, l'utilisation du toucher à travers la relaxation va avoir plusieurs fonctions tout en permettant une approche globale du sujet.

Lors d'une relaxation, et plus particulièrement à travers le toucher, le dialogue tonique est direct entre le patient et le psychomotricien. Ce qui va permettre à ce dernier, par une attitude, une écoute, de s'accorder à travers son tonus au patient.

⁷⁴ R Durant de Bousiengen cité par M.Guiose, Relaxation thérapeutiques, 2^{ème} édition revue et augmentée, édition Hdf, p11, 2007

Cette « *accordage tonique* »⁷⁵ énoncé par **Wallon** chez l'enfant, va se retrouver dans la relation entre le patient et le psychomotricien. Le psychomotricien pouvant ainsi accompagner le patient d'un état tonique à un autre. De plus le « *toucher permet d'objectiver la qualité du contrôle tonique* »⁷⁶ permettant la mise en place d'un véritable « *langage tonique* »⁷⁷ entre le patient et le psychomotricien.

Ce langage tonique : « *C'est le creuset dans lequel s'installe la communication, la connaissance de l'autre et de soi-même. Il représente la couleur du dialogue, mesure le dynamisme et donne à tout mouvement sa vie.* »⁷⁸ Par le toucher va se mettre en place une communication qui va permettre un véritable échange entre les deux partenaires de la rencontre, redonnant son juste sens au mouvement.

Grâce au toucher « *le thérapeute peut directement montrer la présence d'une tension corporelle ; il peut positionner le patient d'une manière différente pour illustrer des possibilités nouvelles ; il peut directement l'aider à relâcher une retenue musculaire (...) on l'utilise [le toucher] pour faciliter le développement du soi corporel d'un patient par le biais de la sensation, de la conscience immédiate, du mouvement et de la posture.* ». A travers la régulation tonique, le patient renoue avec son corps par la sensation, le mouvement, la posture permettant un relâchement dans la dimension physique et psychique. On peut observer un relâchement du tonus, permettant au patient de vivre une expérience nouvelle venant de son propre corps.

La (re)découverte du corps vécu dans les différentes propositions de relaxation psychomotrice amène le sujet à s'ouvrir à ce qui l'entoure. Tout d'abord avec le psychomotricien puis petit à petit avec son entourage. L'approche par le toucher favorise la communication non verbale et infra verbale. Le toucher, les regards, le ton de la voix du psychomotricien, permettent la mise en place du dialogue tonico-émotionnel, un échange permanent entre le thérapeute et le patient. Cette expérience va permettre au patient de s'approprier de nouveaux modes de communication.

*

⁷⁵ J.Kepner cité par E.Charpentier, Toucher thérapeutique et psychomotricité : soutien de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée, mémoire en vue de l'obtention du diplôme de psychomotricité, 2013

⁷⁶ H.Colombel, Le langage tonique, in : Rééducation Orthophonique. N°250, Fédération Nationale des Orthophonistes, p 81-p89, 2012

⁷⁷ ibid

⁷⁸ ibid

Le toucher, va tenter de réunifier en apportant des sensations de contenance, d'enveloppement redonnant au patient des limites à son corps. Il va permettre de réactiver la mémoire corporelle dont a parlé **H.Colombel** (cf: *Dialogue tonique chez l'adulte*) permettant ainsi de libérer des émotions retenues depuis longtemps, amenant une restructuration corporelle et psychique. Ainsi, par le toucher le sujet va expérimenter de nouveau cette globalité associée à l'apport de sensations agréables et contenantes, lui permettant de revivre son corps comme une entité stable et solide.

*

Le toucher permet au sujet d'éprouver des sensations agréables venant de son corps lui permettant de le réinvestir comme un lieu pouvant de nouveau être source de plaisir. Ce lien au corps va permettre un maintien plus ou moins difficile de l'identité psychomotrice.

La relaxation par le biais des inductions tactiles va donner au sujet une (ré)appropriation de son corps lui permettant « *de revivre des expériences anciennes de son développement en les réaménageant, en facilitant leur intégration dans une histoire où le passé et l'avenir s'actualisent dans un ici et un maintenant* »⁷⁹. La place du psychomotricien est également importante : il doit être disponible tant psychiquement que corporellement. **J. Berges** place l'intervention du psychomotricien dans l'image d'un corps réceptacle : « *c'est-à-dire le corps du psychomotricien qui devient compétent à éprouver, compétent à entendre au même titre que la compétence du corps de la mère qui donne sens et accompagne le corps de son enfant... c'est le langage qui fait fonctionner le corps, qui lui donne sens* »⁸⁰

Quelle que soit l'intégration de la relaxation psychomotrice au travers du toucher, ce dernier sera utilisé en psychomotricité pour permettre au sujet de renouer avec une identité psychocorporelle. Pour arriver à cela, il s'agit d'agir sur la régulation tonico-émotionnelle à partir du relâchement tonique, neuromusculaire, mais également en faisant revivre la mémoire corporelle du sujet l'amenant à maintenir son identité.

*

⁷⁹ J.DAHAN, Entre corps et langage : la relaxation psychomotrice, in *thérapie psychomotrice et recherche* n°111,1997.

⁸⁰ Ibid

C'est à partir des différentes situations cliniques qui vont suivre, que je vais tenter de répondre aux différentes hypothèses posées précédemment.

Dans les séances de psychomotricité que j'ai pu proposer à ces patients, la médiation était la relaxation par le toucher et les mobilisations passives.

II- Clinique : études de cas

Dans cette partie, j'aborderai deux études de cas : un patient atteint de la maladie de Huntington et une patiente atteinte de la maladie de Parkinson. Tous deux m'ont permis d'avancer dans ma réflexion sur l'intérêt de la psychomotricité par rapport à la place du tonus dans ces pathologies.

1. Monsieur V : Quand le corps fait obstacle

Monsieur V est le premier patient atteint de la maladie de Huntington que j'ai rencontré. C'est à partir de là, comme j'ai pu l'écrire dans l'introduction que ma réflexion sur ce mémoire a pu débuter et s'enrichir au fil des séances.

a. Anamnèse

Monsieur V est né le 23/04/1937, il a actuellement 77 ans et se présente comme un homme grand, mince, aux cheveux grisonnants. Il est veuf et a un fils qui vit actuellement à Lyon qu'il voit très peu du fait de la distance. Il a également une nièce dont il est très proche, qui lui rend visite régulièrement. Il n'y a que très peu d'informations sur le passé de Monsieur V dans son dossier.

Avant son admission à l'USLD, Monsieur V vivait à domicile avec sa femme (décédée depuis) qui présentait une démence non étiquetée, avec des troubles du comportement importants (agressivité). Il n'avait pas d'aide particulière à domicile si ce n'est une aide-ménagère deux fois deux heures par semaine.

Monsieur V est atteint depuis l'âge de 66 ans de la chorée de Huntington. Avant de déclarer la maladie, deux de ses nièces étaient déjà atteintes. Monsieur V avait donc effectué un test génétique qui s'était avéré positif. Aujourd'hui ses deux nièces sont décédées, une de la maladie de Huntington et l'autre d'un cancer généralisé. Sa troisième nièce, très présente auprès de Monsieur V a fait le choix de ne pas faire de test génétique.

Le 27 Décembre 2011 Monsieur V est hospitalisé aux urgences puis dans un service de médecine gériatrique pour « *chutes à répétition* - conséquences de sa chorée de Huntington - *et refus d'aide* », avec une déshydratation importante.

Au niveau des antécédents médicaux, Monsieur V a eu une poliomyélite à 8 ans avec des séquelles au niveau du membre inférieur droit. Plus récemment, il s'est fait opérer du ménisque et d'un hallux valgus (qui est une déformation du gros orteil.) En 2009, Monsieur V a également eu un cancer de la prostate soigné par radiothérapie.

b. Son entrée à l'USLD

Monsieur V est arrivé à l'USLD le 26 janvier 2012, à la suite de son hospitalisation en médecine gériatrique, son retour à domicile n'étant pas envisageable. A son entrée, Monsieur V présente de nombreux troubles du comportement particulièrement la nuit, une agitation psychomotrice importante et il chute souvent dans les couloirs.

Il se déplace en fauteuil roulant manuel et présente une importante dysarthrie (trouble d'articulation de la parole, troubles observés dans la maladie de Huntington).

Monsieur V a un traitement antidépresseur (DEPAMIDE) ainsi que des anxiolytiques (ALPRAZOLAM-Xanax) pour abaisser le seuil de l'anxiété.

A la suite de son entrée, l'évolution de la maladie, a entraîné une augmentation du nombre de chutes de Monsieur V qui se déplace en fauteuil de manière ininterrompue et dangereuse le long des rampes présentes au mur, comme s'il voulait se déplacer « à tout prix ». La multiplication des chutes provoque alors une perte d'autonomie croissante.

La nuit Monsieur V a de nombreux troubles du comportement : agressivité auprès des équipes, désorientation (parfois retrouvé dans des chambres voisines) et désinhibition (parfois retrouvé déshabillé).

Au niveau psychologique, Monsieur V présente une dépression importante, accentuée par la mort de sa femme en avril 2012. Il est très irritable (s'agace rapidement, déchire les photos de sa femme) et a des idées noires récurrentes.

Pour ce qui est de la vie quotidienne, Monsieur V est dépendant pour la toilette et l'habillement. Il arrive par contre à se raser s'il est stimulé par les soignants. Il peut également faire ses transferts seul.

Lors des séances de kinésithérapie Monsieur V présente de gros troubles de l'équilibre. Selon les rééducateurs, il est « très têtu et écoute peu les consignes ce qui rend les séances difficiles. Il refuse également la mise en place d'un déambulateur car il a peur de tomber. Cela dit Monsieur V reste très demandeur et apprécie de faire seul ses allers-retours en marchant entre les barres.

Fin 2012, son équilibre est devenu très précaire, Monsieur V ne vient quasiment plus aux séances, qui sont donc stoppées. Les crises de mouvements choréiques sont devenues plus importantes, les difficultés au niveau du langage se sont accentuées ainsi que sa dépression.

En Octobre 2013 Monsieur V a fait une tentative de suicide. S'en suit une longue période ponctuée de propos suicidaires, d'idées noires qui n'ont fait qu'accroître l'évolution de la maladie.

Lorsque Monsieur V a été dans l'incapacité de se servir de son fauteuil, il a tenté plusieurs fois de descendre de son lit pour pouvoir se déplacer au sol, ce qui a multiplié les chutes. De nombreuses adaptations ont été mises en place par l'équipe (lit abaissé, matelas au sol à côté du lit) pour limiter les conséquences de la chute. Mais très vite, face aux difficultés de l'équipe à relever Monsieur V et à l'aider à se réinstaller de nombreuses fois par jour et devant les pertes successives de son autonomie (il lui est devenu compliqué voire dangereux de rester au sol), il lui a de nouveau été proposé des barrières de lit pour ne plus tomber.

Au niveau familial, Monsieur V est très entouré, tous les vendredis il a la visite de sa nièce qui de temps en temps est accompagnée du reste de la famille.

Il n'a, à ma connaissance, jamais participé aux activités proposées par l'USLD.

c. A mon arrivée à l'USLD :

Actuellement, Monsieur V est stabilisé sur le plan clinique, il présente des phases fluctuantes avec des périodes asthéniques et des périodes d'agitations psychomotrices importantes. Il n'est plus capable de se déplacer, la journée il reste alité ou dans son fauteuil. Lors des phases d'agitation psychomotrices, le risque de chute est très important.

Pour cette raison, des coussins matelassés ont été disposés le long des barrières de son lit pour éviter qu'il ne se blesse.

L'instabilité psychomotrice rend l'accès au sommeil très difficile, de plus cela recrute énormément d'énergie et entraîne chez Monsieur V un épuisement que l'on peut souvent lire sur ses traits (visage crispé, fatigué, angoissé) ainsi que des douleurs importantes. Il ne présente plus de troubles du comportement.

Monsieur V. dit « *ne jamais pouvoir se reposer* »

De plus les troubles de la déglutition rendent difficile l'alimentation, ce qui accentue encore un peu plus cet état de fatigue et d'épuisement.

Au niveau cognitif, il est difficile de savoir ce que Monsieur V est en capacité de comprendre, de percevoir. Il peut répondre à des questions simples par oui ou par non, mais ne peut produire que très peu de mots ou de phrases dues aux problèmes d'articulation engendrés par la maladie. Du fait de son état physique, il est parfois compliqué d'imaginer qu'il puisse comprendre tout ce qui se passe autour de lui, mais ses comportements sont la plupart du temps adaptés, il est capable d'exprimer sa douleur, la localiser etc...

Au niveau psychologique, la psychologue rend compte d'un état dépressif qui se caractérise par une lassitude qu'il peut avoir face à la maladie, une douleur physique et morale ainsi qu'une humeur triste.

d. Le suivi en psychomotricité

La prise en soin en psychomotricité de monsieur V a débuté avant mon arrivée.

d.1 Indication

Le suivi psychomoteur a débuté en 2013 à la demande du médecin et du psychologue. L'indication n'était pas très précise mais la situation en 2013 de Monsieur V renvoyait une impuissance des équipes face aux mouvements involontaires, à l'agitation psychomotrice et aux douleurs provoquées.

C'est dans ce cadre, là que la prise en charge en psychomotricité a débuté.

d.2 Mes premières rencontre avec M.V

Je rencontre Monsieur V pour la première fois le 10 octobre 2014, en début d'après-midi. Lorsque j'arrive dans la chambre avec la psychomotricienne, il est allongé dans son lit, la télé est allumée. Il est relativement calme, mais quelques mouvements involontaires sont présents.

Cette première rencontre me met mal à l'aise : la communication verbale est quasiment impossible et la communication non verbale est perturbée par l'ensemble de ses manifestations involontaires. Pourtant, dans son regard, et par sa poignée de main ferme, Monsieur V semble montrer son envie de communiquer.

J'ai le sentiment de rencontrer un homme prisonnier de son corps.

Cette impression lors de ma première rencontre m'a beaucoup questionnée : comment peut-on établir un lien avec lui alors que la communication est perturbée ?

Bousculée par cette rencontre, j'ai pris du recul en allant questionner les divers professionnels (Aides-soignantes, infirmières, ergothérapeute, psychomotricienne) travaillant auprès de Monsieur V. Cela m'a permis d'aborder avec moins d'appréhension les futures séances.

Lors de ma deuxième rencontre Monsieur V est installé au fauteuil, dans le silence, je note quelques mouvements involontaires, plus présents que la première fois, mais qui selon la psychomotricienne, peuvent être beaucoup plus importants. Ce jour-là, la séance se poursuit par un massage au niveau des jambes. Pour expliquer le choix de cette médiation dans cette prise en soin il me paraît important de parler tout d'abord de mes différentes observations ainsi que de celles de la psychomotricienne et des différentes hypothèses de travail.

d.3 Observations de Monsieur V :

Monsieur V se présente suivant les moments de la journée dans une attitude d'hypertonie globale ou au contraire complètement atonique. Les mouvements sont difficiles et très limités.

Les mouvements involontaires sont très présents au niveau de sa tête, de son bras droit qui va sans cesse sur son ventre, son visage, sa tête puis contre la barrière et également de ses jambes qui se fléchissent.

Lors des retournements pour la toilette à laquelle j'ai assisté, Monsieur V est hypertonique même en l'absence de mouvements involontaires, il se retourne d'un seul « bloc ».

Au niveau de sa motricité, Monsieur V n'est plus capable de se retourner, il n'est pas en capacité d'engager une motricité volontaire pour manipuler des objets. Mais il peut pointer sa douleur au mollet par exemple même si c'est de manière très maladroite. De plus il arrive à serrer la main de manière volontaire pour dire bonjour, ou encore pour communiquer, capacité très utilisée par la psychomotricienne : ils se tiennent la main, la psychomotricienne pose des questions fermées et lui demande de serrer la main pour dire « oui ».

Au niveau de la communication, tant au niveau verbale que non verbale, elle est altérée par les troubles moteurs de la maladie (mimiques du visage, mouvements involontaires, dysarthrie importante). De plus les mouvements involontaires peuvent être mal considérés par certaines personnes. Une aide-soignante lors de la toilette m'a fait une remarque : « Il ne veut pas te frapper, c'est sa maladie qui fait sa ». Ces symptômes très visibles peuvent affecter gravement la relation aux autres.

Au niveau de l'humeur, Monsieur V donne l'impression d'être agacé, fatigué, inconfortable, douloureux. C'est un monsieur qui hormis quand il dort, donne l'impression « de ne jamais s'arrêter ».

Il est important, il me semble, de rappeler l'indication de cette prise en charge qui a pour objectif de départ, posé par le médecin et la psychologue, une diminution des mouvements involontaires et donc des douleurs.

d.4 Hypothèses de travail

Le choix du toucher-massage est avant tout une demande de Monsieur V qui s'est dessinée au fil des rencontres avec la psychomotricienne. Par rapport à mes observations ont peut reprendre différentes hypothèses de travail.

→ Monsieur V présente une perturbation du tonus se révélant par l'alternance d'attitude hypertonique globale à des attitudes complètement atoniques.

Hypothèses

- une meilleure régulation du tonus peut permettre une motricité plus adaptée.
- Les sensations agréables jouant sur l'affectivité et sur les émotions vont permettre un relâchement tonique et donc une diminution des signes moteurs

→ Monsieur V dit « ne jamais pouvoir se reposer ». Il donne l'impression d'être agacé, fatigué, inconfortable, douloureux.

Hypothèses

- La psychomotricité, à travers cette relation au corps privilégiée peut permettre un accompagnement de Monsieur V dans une recherche de mieux-être.
- Elle peut également permettre à Monsieur V de moins vivre son corps comme un « fardeau » mais comme un corps encore capable de produire des sensations agréables.
- Donner ainsi, la possibilité d'un soutien psychocorporel par les effets thérapeutiques de la détente à travers la régulation tonique.

→ La communication avec Monsieur V est perturbée tant au niveau verbal que non verbal par les symptômes de la maladie, entraînant un isolement important.

Hypothèses

- Le dialogue tonico-émotionnel dans la relation peut permettre la mise en place d'un véritable langage tonique, support de la communication.
- Un soutien psychocorporel donne la possibilité à Monsieur V de mieux investir son corps et son environnement et de répondre à celui-ci de manière adaptée.

La relaxation à travers le toucher massage semble une bonne indication pour Monsieur V. Redonnant à ce corps « qu'il ne contrôle plus » un cadre contenant que l'on peut retrouver dans le « *holding* » et le « *handling* ».

Lors des séances de psychomotricité l'action sur le tonus va permettre à Monsieur V de ré-éprouver des sensations positives venant de son corps à travers un vécu contenant. Mais également, par la régulation tonique procurée par le toucher-massage à travers le dialogue tonique, l'amener à une diminution de son état tonique, tant psychique que moteur, dans un cadre sécurisant et contenant.

d.5 Les séances et leurs impacts sur Monsieur V

Les séances se déroulent toujours de la même façon. La psychomotricienne et moi-même entrons dans la chambre. Monsieur V est soit dans son fauteuil, soit dans son lit. Un premier temps permet un échange avec Monsieur V, pour savoir comment il va aujourd'hui, s'il a eu de la visite, s'il est douloureux et s'il souhaite un toucher-massage durant la séance de psychomotricité. Si Monsieur V accepte, la séance de psychomotricité se poursuit.

Monsieur V est parfois capable de se faire comprendre, si les questions qui lui sont posées sont fermées. La psychomotricienne lui demande alors de lui serrer la main pour répondre « oui », aucune pression signifiant « non ».

Le toucher massage se fait au niveau des jambes, zone où Monsieur V est très douloureux.

Les premières séances auxquelles j'ai pu participer, j'ai réellement observé une diminution de son état de vigilance, qui se manifeste dans le relâchement de ses jambes mais également par la diminution des mouvements involontaires de son bras droit. Ce que j'ai remarqué également c'est que dès notre arrivée dans la pièce, Monsieur V semble déjà s'apaiser.

Au fur et à mesure des séances, l'évolution de la maladie, provoque chez Monsieur V d'importantes douleurs aux mollets, qui l'empêchent de dormir et qui résistent aux différents traitements médicamenteux proposés.

Ces fortes douleurs entraînent une agitation psychomotrice plus marquée. Certains soignants parlent d'agressivité, on peut encore une fois se demander ce qui est volontaire et ce qui ne l'est pas du fait de la maladie.

L'indication en psychomotricité se précise, le psychomotricien venant compléter, par ses compétences spécifiques, la prise en charge non-médicamenteuse de la douleur et de l'inconfort. Le suivi en psychomotricité s'est donc plus orienté vers une proposition de moments de répit face à ses manifestations motrices provoquant les douleurs toujours dans une approche du tonus.

A la suite de cela je rencontre Monsieur V qui est alors affaibli par une infection. Plusieurs fois dans la semaine Monsieur V verbalise qu'il ne faut plus rien faire, qu'il en a marre et qu'il veut partir.

Je le rencontre dans ce contexte-là, la psychomotricienne et moi-même passons plusieurs fois dans la chambre car Monsieur V demande une présence. Malgré la dégradation de son état général (pauses respiratoires longues, douleurs importantes), il présente toujours des mouvements involontaires, particulièrement au niveau de son bras droit. Il semble agacé, il est présent et est en capacité de répondre à des questions simples. Il nous dit être mal et être très douloureux au niveau des jambes, malgré la prise en charge pluridisciplinaire de la douleur. Nous lui proposons un toucher-massage au niveau des jambes qui ne provoque pas de signes observables de détente.

Après cette séance, je me suis retrouvée dans le même ressenti que notre première rencontre, ne sachant pas quoi faire, me sentant impuissante face à cette situation d'inconfort, de mal-être que pouvait vivre Monsieur V. Cette séance de psychomotricité d'après le médecin et l'équipe soignante devait être la dernière, l'état de santé de Monsieur V étant très préoccupant. Malgré tout, j'avais l'impression que Monsieur V n'était pas prêt, pas apaisé...

Quinze jours après, Monsieur V était toujours présent, les mouvements involontaires étaient absents. Les douleurs étaient encore très présentes comme lors de ma précédente venue. La respiration était profonde et bruyante. La psychomotricienne et moi-même sommes restées quelques instants avec Monsieur V lui tenant la main puis nous sommes parties.

Monsieur V est décédé dans les jours qui ont suivis.

e. Bilan du suivi – Conclusion

Lors des séances de psychomotricité, même quand Monsieur V était en capacité de parler, il n'a jamais pu verbaliser spontanément ses ressentis, mais les signes cliniques en fonction des séances ont montré un réel relâchement. Parfois aucun signe n'était observable, alors qu'à d'autres moments on a pu constater une diminution de l'intensité des mouvements involontaires, voir un possible accès au sommeil nécessitant un lâcher-prise de sa part.

La prise en soin en psychomotricité a permis à Monsieur V un accompagnement dans l'évolution rapide de la maladie et la succession des pertes que celle-ci a entraînée. L'accompagnement, la présence, la contenance, la disponibilité dans une approche globale ont été les maîtres mots de cette prise en soin pour aider M. V à faire face à ce corps désormais incontrôlable, au sentiment de solitude, de dépendance, de souffrance et de détresse.

La place du tonus prend toute son importance chez Monsieur V, car il devient un mode de communication non seulement privilégié mais surtout relativement fiable. Notre présence associée à l'approche par le toucher-massage lui permettant parfois d'abaisser son tonus, diminuant sensiblement les mouvements involontaires.

Cet accompagnement en psychomotricité lui a permis des moments de répit, de repos au milieu de l'ampleur des signes de la maladie. Mais cette étude de cas, nous montre aussi la limite de cet accompagnement face au caractère dégénératif et à l'évolution inéluctable de la maladie de Huntington.

2. Madame G : une réponse à la psychomotricité

a. Anamnèse

Madame G est née le 31/12/1924, elle a actuellement 90 ans. Avant sa retraite Madame G avait un poste important d'intendante de l'Education nationale ; force de travail elle a obtenu les palmes académiques⁸¹.

Elle se présente comme une femme aux cheveux courts grisonnants, porte des lunettes, avec un visage peu expressif. Elle est veuve, son mari étant décédé de la maladie de Parkinson. Elle a un fils unique qui vient la voir régulièrement, mais dont les relations sont complexes. Elle a également une petite fille, très importante pour elle, même si elle ne vient que rarement la voir, qui vit actuellement dans son ancienne maison.

Madame G est atteinte de la maladie de Parkinson, diagnostiquée en 2000 à l'âge de 76 ans. Suite à une fracture médullaire en 2007, Madame G présente une paraparésie qui entraîne une légère paralysie des membres inférieurs.

Avant son admission à l'USLD, Madame G vivait seule à son domicile. Son fils s'occupait de ses courses. Une infirmière passait deux fois par jour pour l'aider à faire sa toilette et se coucher. Une auxiliaire de vie était présente deux heures par jour et elle bénéficiait également du portage de repas midi et soir.

En 2010, suite à une chute Madame G a présenté un déficit progressif au niveau des membres inférieurs tant moteur que sensitif, entraînant une hospitalisation en urgence puis une entrée en USLD pour « *Paraplégie avec perte d'autonomie, douleurs paroxystiques, escarre au talon au stade 2* ».

Au niveau des antécédents médicaux, Madame G a une ostéoporose importante.

⁸¹ L'ordre des palmes académiques est une décoration française honorant les membres éminents de l'université

b. Son entrée à l'USLD

Madame G a ensuite fait plusieurs séjours en médecine gériatrique et en service de soin et de réadaptation qui avaient pour objectif de lui permettre de retrouver la marche pour un éventuel retour à domicile ; cela n'ayant pas été possible, Madame G est arrivée à l'USLD le 28 juin 2010. Je n'ai trouvé que très peu d'informations sur les conditions de son entrée. Si ce n'est que les différents bilans psychologiques et neurologiques ne révèlent aucun trouble cognitif.

De nombreuses prises en charges se sont mises en place très rapidement. Madame G a tout d'abord intégré un groupe d'éducation thérapeutique. Etant déjà bien informée sur sa maladie, l'intégration à ce groupe n'a été que de courte durée.

En kinésithérapie, est proposée à Madame G, une rééducation en lien avec la tonification des membres inférieurs et du tronc en position assise, ainsi qu'un travail sur l'équilibre et la motricité fine. Mais également en lien avec les équipes soignantes et l'ergothérapeute la mise en place d'un appareil de transfert.

L'ergothérapeute a également aménagé la chambre de Madame G pour favoriser les déplacements avec son nouveau fauteuil électrique. Elle a de plus mis en place avec son aide une fiche pour les soignants renseignant sur ses capacités et ses incapacités pour la toilette et les soins personnels.

Enfin, Madame G aimant beaucoup tricoter, des antidérapants ont été disposés sur les aiguilles à tricoter, lui permettant de continuer cette activité.

La psychologue parle d'une femme obsessionnelle qui est beaucoup dans la maîtrise de son environnement. Elle relève également une dépression légère.

Jusqu'en 2012 lui a été proposée une approche à travers la relaxation. Madame G a beaucoup de mal à accepter l'avancée de la maladie, la dépendance, ce corps défaillant : les troubles sphinctériens, l'importance de la sudation, les bouffées de chaleurs et les nombreuses douleurs engendrées par la maladie. Tout cela se rajoutant à une relation avec son fils qui exprime le « fait exprès » de sa mère.

Au fil du temps, les symptômes augmentent dans leur intensité, dans leur expression mais aussi dans leur fréquence entraînant une majoration de l'humeur dépressive. Madame G parle d' « *une augmentation des crises* ».

Face à la progression des symptômes, Madame G est dans une recherche permanente de contrôle de ceux-ci ainsi que de son environnement.

Elle s'informe beaucoup sur l'actualité concernant la maladie de Parkinson, et participe à de nombreuses activités quand celles-ci ne se déroulent pas pendant « *l'horaire des crises* ».

c. A mon arrivée à l'ULSD

Actuellement, Madame G a un traitement par pompe Apokion en continu. Les « crises » comme elle les nomme, arrivent plusieurs fois dans la journée.

Elle définit ses crises comme « un blocage de la respiration ». Quand elles se manifestent on peut remarquer une apparition importante de mouvements involontaires au niveau des mimiques, des dyskinésies (très importantes au niveau de la tête), des tremblements au niveau des jambes ainsi qu'une accélération de la respiration et une hypersialorrhée⁸².

Elle se déplace en fauteuil roulant, dans le service, et descend à l'accueil de temps en temps pour aller chercher le journal, qu'elle distribue à ses voisines de chambres.

On retrouve également ce besoin de maîtrise dans l'aménagement de son environnement, (un coussin mal placé, un lever trop matinal ou trop tardif, trop de bruit dans le service...) peuvent entraîner l'apparition d'une crise. Tout est sujet au déclenchement de crises et particulièrement, le fonctionnement de son fauteuil. (Madame G allant au moins une fois dans la journée dans le bureau de l'ergothérapeute réajuster son fauteuil).

Madame G, a organisé sa vie autour des crises, autour de sa maladie.

⁸² Hypersialorrhée : sécrétion exagérée des glandes salivaires.

Au quotidien, Madame G est complètement dépendante des soignants sauf pour la toilette du visage qu'elle effectue seule au lavabo.

Elle est capable d'écrire, même si une micrographie importante est visible. Elle fait des mots croisés, écoute de la musique, participe aux activités et regarde parfois la télévision. Elle entretient également quelques liens avec d'autres patients du service.

C'est dans ce contexte de très grande anxiété, d'augmentation des symptômes de la maladie et de relation difficile à l'environnement qu'une demande en psychomotricité est faite en septembre 2013.

d. Le suivi en psychomotricité

La prise en soin en psychomotricité de Madame G a débuté avant mon arrivée. J'ai d'abord observé durant deux séances, puis j'ai pu participer en co-soin avec la psychomotricienne, pour continuer ensuite seule.

d.1 indication

Le suivi psychomoteur a débuté en septembre 2013 à la demande du médecin. L'indication concernant l'anxiété, l'inconfort et les fortes angoisses de Madame G. Les crises prenant une place de plus en plus importante dans sa vie, ayant des conséquences importantes sur l'ensemble de ses capacités, et de son autonomie.

d.2 Ma première rencontre avec Madame G.

Ma première rencontre s'est effectuée à ma demande auprès de la psychomotricienne, Madame G étant prévenue de ma venue quinze jours avant.

A notre arrivée, Madame G « *sent la crise arriver* » et accepte ma présence à la séance sans accorder plus d'importance à celle-ci, s'adressant de manière exclusive à la psychomotricienne et se centrant sur « *la crise* ».

Je suis encore une fois surprise de ce paradoxe entre ce corps prisonnier enfermé dans un fauteuil, le visage marqué par la maladie, figé, et la cohérence des propos de cette femme.

d.3 Observations de Madame G

Madame G, est une femme au faciès très figé, ne laissant transparaître aucune émotion à première vue.

Elle présente une hypertonie de fond, les troubles moteurs sont présents de manière quasi permanente tout au long de la journée. Les mouvements au niveau des membres inférieurs sont très limités du fait de sa paraparésie. Pour ce qui est des membres supérieurs, en dehors des périodes de blocages (qu'elle appelle « les crises ») Madame G est capable d'une motricité adaptée mais maladroite. Ses gestes sont particulièrement lents du fait d'une rigidité et d'une akinésie importante provoquant souvent de nombreuses contraintes.

Lors des crises, la respiration est saccadée et rapide, de nombreuses syncinésies au visage apparaissent, les mouvements involontaires augmentent ainsi que des tremblements. On peut observer également une hyper salivation, et une sudation importante. Madame G donne l'impression d'être enfermée dans un « carcan tonique ».

Madame G est de manière générale d'humeur dépressive, se plaignant souvent des soignants (la toilette, les mauvais positionnements, les mauvais horaires pour les médicaments...), mais toujours sur un ton monotone ne laissant encore une fois transparaître aucun ressenti. Le langage est perturbé par une dysarthrie mais n'altère que très peu la compréhension.

Dans mes observations, la maîtrise décrite précédemment est également présente.

Elle est en capacité de parler de ses ressentis qui sont très intellectualisés.

A partir de ces observations, et des différents éléments de la vie de Madame G à l'USLD, différentes hypothèses de travail peuvent être posées.

d.4 Hypothèses de travail

Ont été proposées à Madame G, des séances de relaxation à travers le toucher-massage, des mobilisations passives et un travail autour de la respiration. La musique fait également partie intégrante de la séance.

→ Madame G présente une hypertonie de fond, une akinésie et une rigidité importantes. Des paratonies, des syncinésies et des dyskinésies sont également très présentes.

Hypothèses :

- Une meilleure régulation du tonus va permettre une motricité plus adaptée et donc un maintien de l'autonomie.
- Ce travail permet à Madame G de vivre son corps non plus comme « un fardeau » mais comme un corps encore capable de produire des sensations agréables.
- Les sensations agréables jouant sur l'affectivité vont permettre un relâchement tonique et donc une diminution des signes moteurs.

→ Madame G est dans une maîtrise constante de son environnement, et des symptômes de la maladie.

Hypothèse :

- Le soutien psychocorporel va permettre à Madame G de mieux connaître son corps et son environnement et de répondre à celui-ci de manière plus adaptée.

→ Madame G est souvent douloureuse et très inconfortable tant physiquement que psychiquement.

Hypothèses :

- La psychomotricité à travers cette relation au corps privilégiée va accompagner Madame G dans une recherche de mieux être.
- Une prise en soin en psychomotricité va permettre un soutien psychocorporel par les effets thérapeutiques de la détente à travers la régulation tonique.

La relaxation psychomotrice proposée à Madame G va tenter à travers la mise en jeu du dialogue tonico-émotionnel et de la régulation tonique dans l'échange avec la psychomotricienne, d'amener l'expression et l'intégration des émotions à l'origine des troubles anxieux. Tout cela dans un cadre, stable, sécurisant et contenant apporté par la prise en soin en psychomotricité et la psychomotricienne elle-même. Cela amenant également chez Madame G un soutien plus global de renarcissisation et de l'intégrité psychocorporelle.

d.5 Les séances et leurs impacts sur Madame G

Les séances de psychomotricité sont très ritualisées dans le but de respecter son besoin de maîtrise de l'environnement : Madame G est installée au milieu de sa chambre, face à la fenêtre, la musique est toujours identique, sera présente tout le long de la séance qui débute par un toucher massage au niveau des mains et des bras qui amène petit à petit à la mobilisation.

Une approche de la main, du poignet, du coude et de l'épaule d'un bras, explorant la mobilité articulaire à travers des mouvements amples et des manœuvres de ballant. Puis de l'autre bras et enfin des deux bras en même temps dans une volonté de toujours réunir les sensations corporelles. Lors de cette mobilisation un appui est toujours proposé à Madame G, au niveau de l'omoplate du bras correspondant.

Des pressions immobiles profondes sont également amenées particulièrement au niveau de la nuque et du haut du dos.

Ces mouvements passifs sont accompagnés, d'un travail respiratoire. La respiration de la psychomotricienne invitant progressivement Madame G. à s'accorder à celle-ci et à devenir plus profonde.

Cette description quelque peu protocolaire, n'est qu'un fil rouge de la séance permettant un cadre stable et sécurisant. Chaque séance reste unique, la psychomotricienne s'adaptant à l'état de santé du moment de Madame G, et s'ajustant à la coloration du tonus.

Avant mon arrivée :

Lors des premières séances la psychomotricienne a pu constater que la relaxation psychomotrice pouvait amener chez Madame G une possible détente. Ce qu'elle verbalise très bien à travers une nouvelle perception qu'elle a de ses crises « *C'est l'heure de la crise et elle ne vient pas* » ou encore « *je la sens venir mais grâce à la séance elle ne se déclenche pas* ».

Petit à petit le profil des crises a évolué : conséquence de la maladie ? De la position de Madame G par rapport à celle-ci ? Les crises se manifestent par des décharges toniques, et des mouvements involontaires incontrôlables.

Les séances se poursuivent, la détente à chaque séance devient de plus en plus visible et ressentie par Madame G. Le bras droit restant tout de même légèrement hypertonique. Le travail sur la respiration quant à lui décentre l'attention portée à la crise.

Plusieurs séances ont également eu lieu au moment de la crise. Madame G verbalisant à la fin d'une séance « *la crise est passée* ». Une diminution du tonus est alors palpable lors du ballant des membres supérieurs. Seul un léger tremblement persiste au niveau de la jambe gauche.

Vient une période où Madame G ressent des modifications dans son corps, dans ses perceptions. « *Je me sens bizarre, j'ai le sentiment d'être détendue* », « *Je suis déstabilisée car mes crises sont beaucoup moins prévisibles et beaucoup moins récurrentes* », « *elles me manquent, je m'ennuie. Je les crains et je les respecte* ».

On voit bien comment la vie de Madame G, est centrée autour de ses crises. L'absence même de la crise semble provoquer une angoisse capable de la déclencher.

On voit bien que l'atteinte de la maladie n'est pas seulement motrice, mais envahit l'ensemble des sphères physique et psychique de Madame G.

A mon arrivée en fin d'année 2014, les vacances de Noël approchant, Madame G devance, l'approche de l'absence de certaines professionnelles qui partent en vacances, la restriction des équipes pour les fêtes. Ses crises deviennent d'autant plus fréquentes et importantes.

Lors de la séance à laquelle j'ai pu assister, le cadre de la séance semble déjà détendre Madame G. La relaxation commence, la psychomotricienne débute par son bras droit, plus difficilement mobilisable. La respiration de Madame G devient plus apaisée. Suite au soin sur son bras droit, la psychomotricienne demande à Madame G de comparer ses deux bras, elle répond : « *mon bras droit est reposé et mon bras gauche est fatigué* ».

Quand la relaxation reprend Madame G, s'autorise petit à petit à fermer les yeux de manière très brève. Encore une fois on retrouve ce besoin de maîtrise, où ses yeux donnent l'impression d'être dans une vraie lutte contre cette détente corporelle.

Le massage de la nuque, associé à des pressions profondes a entraîné la disparition des mouvements de la tête.

Lors d'une autre séance, Madame G dit avoir « *oublié sa crise* » quand elle est allée chercher le journal, « *j'ai oublié que je pouvais avoir une crise* ». C'est la première fois que Madame G exprime cela en dehors de toute prise en soin en psychomotricité. J'ai eu l'impression que cela a donné une autre dynamique à la séance, Madame G verbalisant beaucoup plus spontanément ses ressentis.

En février j'ai pu effectuer avec l'accord de Madame G une séance en co-soin avec la psychomotricienne. J'ai très vite été mise en difficulté face à la rigidité tonique importante que je n'avais pas perçue de cette manière quand j'étais observatrice. Les mouvements passifs sont difficiles, ainsi que le ballant, cédant de manière très progressive et lente. L'ensemble des mobilisations demande beaucoup d'énergie impliquant l'ensemble du corps du professionnel.

A la fin de la séance j'ai demandé à Madame G ce qu'elle ressentait pendant les crises, ainsi qu'après les séances avec la psychomotricienne. Elle m'a répondu « *Quand la crise vient j'ai du mal à respirer, tout se bloque. Quand Fanny [la psychomotricienne] fait la séance je ne pense plus à la crise, ça annule la crise* ».

Par la suite, une autre séance en co-soin a pu être mise en place permettant la mobilisation des deux bras en même temps. Il m'a été beaucoup moins difficile de m'adapter au tonus de Madame G, ressentant de manière plus précise la diminution de celui-ci tout au long de la relaxation. Madame G verbalise que les séances sont pour elle un « *grand délassement, c'est magique !* ».

Fin mars 2015 en l'absence de la psychomotricienne qui a quitté le service, j'ai débuté une prise en soin seule auprès de Madame G se déroulant les vendredis matin. Quand je suis arrivé, pour faire la séance, Madame G était encore au lit « en crise », après l'avoir aidé à se réinstaller, avec son accord je repasse en fin de matinée.

Cette séance s'est avérée très compliquée, tant pour elle que pour moi. La crise de Madame G était très impressionnante, la respiration étant très rapide, les bras hypertoniques collés aux accoudoirs du fauteuil. J'ai mis la musique, installé Madame G devant la fenêtre. La séance a débuté par un toucher-massage allant petit à petit vers le mouvement.

Mais madame G, ne se détendait pas, sa respiration ne s'apaisait pas. Sur chaque bras, j'ai retrouvé la même impression d'une hypertonicité qui ne cède pas. J'ai donc fait le choix d'arrêter la séance expliquant à Madame G ce que j'avais ressenti dans la mobilisation de ses bras, lui demandant si cela correspondait à ce qu'elle ressentait. Ce à quoi elle a répondu : « *C'est la crise qui fait ça, je suis mal installée sur mon fauteuil* ». Un aide-soignant est venu m'aider à repositionner Madame G et nous avons convenu d'un commun accord de repousser la séance au vendredi d'après.

Mais en attente de l'arrivée d'une nouvelle psychomotricienne, mon stage a dû être stoppé.

e. Bilan du suivi- Conclusion

Les séances de psychomotricité à partir de la médiation relaxation psychomotrice et particulièrement à travers le dialogue tonico-émotionnel, ont permis à Madame G une diminution des troubles toniques (syncinésies, paratonies, rigidité, tremblements...). Les différentes sensations procurées par la régulation tonique, l'amenant à une perception différente de son corps traduite par ses mots : « *je me sens bizarre, j'ai le sentiment d'être détendue* », « *je suis perturbée* ».

Cette période lui a permis un réel lâcher prise, s'autorisant à fermer petit à petit les yeux durant la séance, à parler de ses souvenirs, à pleurer parfois ou encore une fois à s'endormir.

On note que la prise en charge pluridisciplinaire (entre autre l'intervention de la psychologue par le biais de l'hypnose) permet parfois à Madame G de décentrer son attention de la crise « *j'ai oublié que je pouvais avoir une crise* ».

Pour ce qui est du confort et des douleurs, la prise en soin en psychomotricité lui permet d'accéder à un certain mieux-être durant la séance et les heures qui suivent.

On voit bien, à quel point cet équilibre est précaire, l'environnement, l'absence d'un professionnel pouvant entraîner des angoisses importantes.

Dans cette séance, où je me suis retrouvée seule avec Madame G, le dialogue tonico-émotionnel a pris toute son importance permettant au-delà des mots, de comprendre que cette séance était différente, que le cadre était différent tant pour elle que pour moi.

Dans cette prise en soin, on prend conscience de l'importance du tonus chez cette patiente où l'émotion est inscrite dans le corps. Tant dans l'impact de la régulation tonique sur la détente, que dans le langage tonique établi entre Madame G et la psychomotricienne.

Discussion

Cette discussion est l'occasion pour moi de revenir sur l'ensemble des prises en soin que j'ai pu effectuer en lien avec l'écriture de ce mémoire. Les deux études de cas présentées précédemment sont deux patients pour qui j'ai observé la place importante du tonus dans la prise en soin. Deux patients répondant globalement à cette question première de la place du tonus dans la prise en soin psychomotrice de patients atteints de la maladie de Parkinson et de la maladie de Huntington.

L'évolution de la maladie pouvant cependant amener certaines limites à la prise en soin psychomotrice comme nous avons pu le voir au travers de ces deux histoires.

Pour ces deux patients le suivi en psychomotricité avait déjà démarré depuis quelques mois, voire des années avant mon arrivée. La relation entre le psychomotricien et le patient était bien installée assurant ainsi un environnement sécurisant, propice à l'émergence d'un certain lâcher prise. L'observation d'une diminution de l'agitation motrice, d'une diminution de l'hypertonie peut prendre énormément de temps et de séances.

Pour certains patients, avec qui j'ai pu démarrer une prise en soin psychomotrice seule depuis janvier, j'ai été amenée à énormément me questionner sur la pertinence de celle-ci. Je pense au cas de Madame T qui a suscité en moi beaucoup d'interrogations.

Madame T est une patiente atteinte de la maladie de Parkinson associée à une dépression importante, accueillie à l'USLD depuis décembre 2011.

Avant son admission elle vivait dans un EHPAD avec son mari. Son admission s'est faite suite à l'évolution de la maladie avec l'apparition d'un trouble frontal entraînant de nombreux troubles du comportement (persévération, agressivité, chutes) : « *syndrome akineto-rigide des quatre membres avec tremblements de repos et dyskinésie associés à une symptomatologie délirante* ».

L'indication pour des séances de psychomotricité concerne les troubles de la régulation tonique avec pour objectif le maintien des capacités motrices et de l'autonomie.

C'est dans ce cadre-là que je suis amenée à rencontrer Madame T, une femme brune de petite taille.

Au niveau du langage, il est difficile de la comprendre à cause d'une dysarthrie ajoutée à son appareil dentaire qui est mal fixé.

Elle se déplace sur un fauteuil roulant manuel, sur lequel elle est toujours assise sur la partie avant, de manière à s'aider de ses jambes pour avancer. Au niveau moteur elle présente quelques dyskinésies mais est en capacité de se tenir debout et d'effectuer ses transferts seule. Pour les membres supérieurs, ses poings, en raison d'une importante rigidité et de rétractions tendineuses, restent fermés en permanence. Seul le pouce est capable de bouger, réduisant considérablement ses capacités de préhension. Malgré cela Madame T reste très adaptée dans les gestes du quotidien même si cela prend beaucoup plus de temps. Elle aime jardiner, regarder ses photos, aller manger chez sa fille.

Madame T a un traitement par pompe Apokinon qui n'empêche pas un nombre de blocages importants dans la journée. Lors des blocages Mme T est en hypertonie globale, dans l'incapacité d'effectuer un mouvement.

Elle a également une labilité émotionnelle très importante, pouvant passer des pleurs aux rires et à la colère en quelques minutes.

Lors de ma première séance avec Madame T, je me suis présentée et nous avons commencé à discuter. Elle paraît ouverte à mes propositions en me disant qu'elle est d'accord pour « *se délasser moralement* ». Mais elle me demande aussitôt de sortir de la chambre « *je n'ai pas de sous pour vous payer, vous n'aurez rien de ma retraite* ». Quand j'essaie de la rassurer, elle se met à pleurer en me parlant de sa fille qui est décédée. Pendant toute cette séance, j'ai pu observer que Madame T avait énormément de dyskinésies particulièrement au niveau du tronc et de la tête. De plus elle évitait en permanence mon regard.

Cette séance m'a beaucoup questionnée, sur ce que je pouvais lui proposer, sur le vécu de ma présence « chez elle », dans sa chambre. Les séances qui ont suivi, Madame T m'a montré ses fleurs, nous avons parlé de son ancien métier (aide-soignante), de ses enfants. A la fin de chaque séance Madame T me demande de faire quelque chose (remettre un cadre en place, fermer la vitre). Est-ce un monde de défense face à une intrusion de ma part dans sa vie ?

Petit à petit, suite aux différentes propositions que j'avais pu lui faire (séance autour des photos, séance de mobilisation active avec le ballon, séance autour de la musique) nous en sommes venues au toucher-massage puis aux mobilisations passives (« *seulement les bras, pas les mains* »). Un rituel de séance s'est vite mis en place, quand j'arrive dans la chambre, Madame T me tend les jambes spontanément pour que je les lui masse.

Quand je m'occupe d'une première jambe, Madame T semble se détendre, le regard dans le vide, les dyskinésies diminuant petit à petit. Elle me donne l'impression d'« un arrêt sur image », comme si le temps était suspendu, Madame T devient immobile. Dès que Madame T se rend compte de ce relâchement elle me dit « *l'autre jambe ! Des pieds aux genoux* », les mouvements involontaires et la tonicité reprenant de l'ampleur.

Chaque petit moment de détente entraînant chez Madame T une reprise de maîtrise sur son environnement. S'énervant parfois en me disant que je lui avais volé sa crème, ou qu'elle ne pouvait pas me recevoir et qu'il fallait que je parte. La verbalisation de ce que je pouvais ressentir à ce moment-là ne suffisait pas toujours à la rassurer, car il était très fréquent que Madame T coupe tout contact avec moi. La fin du massage entraînant le plus souvent un arrêt de la relation, Madame T reprenant ses activités comme si je n'étais pas là.

Cette prise en soin m'a amené à beaucoup m'interroger sur ma place de psychomotricienne. Le toucher-massage n'est-il pas trop intrusif pour Madame T ? A-t-il vraiment un intérêt pour elle, qui le considère plus comme bénéfique pour sa peau que comme un moment de détente, un moment thérapeutique ? Cette maîtrise, et cette agitation psychomotrice ne sont-elles pas un mécanisme de défense face à mon intervention qui vient la bousculer ?

Avec Madame T j'ai été confrontée de près au cadre et aux limites de l'exercice psychomoteur. Le tonus reste encore le fil rouge de mon approche et c'est à partir de cette situation que j'ai pu me rendre compte de l'importance des implications toniques tant pour elle que pour moi.

Le toucher ne va pas de soi, il engage le thérapeute comme il vient investir le vécu du patient. Le toucher peut renforcer les défenses du patient et aller à l'inverse de ce que l'on souhaite pour l'autre.

*

A travers l'ensemble des prises en soin de ces patients atteints de la maladie de Parkinson et de la maladie de Huntington j'ai pu remarquer que pour une grande majorité le tonus apparaît comme une porte d'entrée importante en psychomotricité. Comme dans tout mode de soin et malgré toute son importance, cette porte d'entrée a aussi ses limites.

Il me paraît important de rappeler qu'à travers le tonus, le psychomotricien va pouvoir établir un mode de communication, communication souvent perturbée dans ces maladies. Ce qui peut offrir au patient de nouvelles possibilités d'ouverture à son environnement. Le tonus permet également au patient à travers la régulation tonique de faire l'expérience de sensations nouvelles amenant une perception de son corps différente. Ce vécu du corps pouvant amener à des expériences plus ou moins positives pour le patient. Dans une prise en soin comme celle-ci l'accompagnement du psychomotricien prend toute son importance, amenant le patient à l'expression et à la symbolisation de ses ressentis, de manière à mettre du sens sur cette intervention psychomotrice.

Cette discussion, est également l'occasion de parler de mon évolution personnelle tout au long de cette expérience en unité de séjour longue durée.

Au cours de mon stage j'ai été amenée à observer l'évolution des patients que j'ai rencontrés, mais j'ai également perçu ma propre évolution que je vais essayer de vous décrire.

En début de troisième année de psychomotricité, j'ai découvert la psychomotricité auprès des personnes âgées tant au niveau théorique qu'au niveau de la pratique. Je n'avais vraiment aucune idée de ce que l'on pouvait faire en psychomotricité avec cette population. La première période d'observation m'a permis petit à petit d'appréhender la pratique psychomotrice et d'affiner mon observation pour m'adapter au mieux à chaque patient.

Quand mon sujet de mémoire a pris forme, il a fallu que je rencontre seule de nouveaux patients. Une rencontre ce n'est finalement pas si anodin que cela. Comment faire ? Comment me présenter ? Comment expliquer la psychomotricité ? De quelle manière intervenir ? Comment va-t-il réagir à ma venue ? Que dois-je observer ? Quelle est la raison de ma présence en tant que « Moi, stagiaire en psychomotricité, future professionnelle » ? Tant de questions qui m'ont amenées plusieurs fois à redouter le passage de la porte de la chambre.

A ce moment-là j'ai découvert, ce qu'est être psychomotricienne : se retrouver seule face à ses connaissances théoriques, à ses capacités, à son savoir être, son savoir-faire suscitant encore une fois beaucoup de questionnements. Est-ce que je fais bien ? Ne suis-je pas trop intrusive dans mes propositions ? M'amenant parfois à me raccrocher à des méthodes apprises mais pas forcément adaptées sur le moment à la mise en place d'une bonne relation.

Ces nombreux questionnements, ces nouvelles rencontres m'ont permis de prendre de l'assurance dans ma pratique, me permettant de m'écarter de « ce que j'avais prévu », pour m'adapter au mieux au patient, au moment, à la situation. Les observations d'une diminution du tonus, de l'agitation psychomotrice me confortant petit à petit dans mes propositions et enrichissant ma pratique.

Me concentrer sur la question du tonus m'a permis également de me centrer sur mes propres ressentis dans la relation. Au début j'étais principalement dans l'observation du patient, accordant toute l'importance à son ressenti et non au mien. Au fil du temps, j'ai pu affiner mes ressentis et comprendre ce qu'était réellement le dialogue tonico-émotionnel et toute son importance dans la relation thérapeutique qui s'installe entre le psychomotricien et le patient.

Cette prise de conscience du dialogue tonico-émotionnel, m'a également permis de me poser la question de la juste distance permettant « l'alliance thérapeutique ».

A la fin de cette troisième année de psychomotricité, je me rends compte de l'évolution que j'ai pu avoir tout au long de mon stage. D'un début, où la présence de la psychomotricienne me paraissait indispensable, au vu de mes doutes sur ma pratique, sur mes capacités à m'adapter aux patients, sur la pertinence de mes approches. A une fin où j'envisage de manière plus sereine et confiante mon futur métier de psychomotricienne.

Conclusion

Maladie de Parkinson, Maladie de Huntington, deux maladies qui ne peuvent pas être réduites à leurs seuls troubles moteurs. Visibles aux yeux de tous, certes, mais ce ne sont pas les seuls. Elles atteignent les individus tant au niveau moteur, qu'au psychique et cognitif. C'est l'ensemble des dimensions du sujet qui est touché, une atteinte globale. Et c'est en ce sens que la psychomotricité peut trouver sa place dans l'accompagnement de ces patients.

A travers ce mémoire je me suis intéressée à la place du tonus dans la prise en soin psychomotrice de patients atteints de la maladie de Parkinson et de la maladie de Huntington. La question du tonus dans cette maladie permet de mettre en valeur le lien entre le physiologique et l'affectif. La dimension physiologique est atteinte provoquant une grande partie des troubles moteurs. La dimension affective, émotionnelle quant à elle peut être également atteinte par les différentes conséquences de la maladie. Mais cette dernière peut également être un levier important dans la prise en soin en psychomotricité.

La place du tonus prend tout son sens grâce à l'accompagnement du psychomotricien qui va permettre au patient d'intégrer son vécu corporel par la mise en sens de ses ressentis. La relation qui va s'installer entre le psychomotricien et le patient, ainsi que les différentes expériences sensorielles vont permettre à ce dernier de réinvestir progressivement son corps dans l'ensemble de ces dimensions.

Ces trois années de psychomotricité, et cette expérience m'ont permis de découvrir le métier de psychomotricien dont l'une des spécificités est de s'ajuster à chaque patient dans une approche individualisée. Pour cela le psychomotricien n'aura jamais de réponse standard au problème, c'est dans une recherche conjointe avec le patient, dans un ajustement réciproque, que des solutions adaptées vont pouvoir être adoptées.

Et surtout ce que j'ai appris au cours de mes différentes rencontres avec ces patients atteints de la maladie de Parkinson et de la maladie de Huntington c'est que parfois Il faut accepter qu'on ne sait pas, qu'on ne comprend pas et qu'il est important d'en parler avec le patient pour continuer ensemble à construire la prise en soin.

Bibliographie

- ❖ **AUZIAS.M** : « Julian de Ajuriaguerra, disciple et continuateur d'Henri Wallon », In : Enfance. Tome 46 n°1,1993, p93-99.
- ❖ **BONNET.A-M, CZERNECKI.V, HERGUETA.T** : La maladie de parkinson : au-delà des troubles moteurs, Edition Broché, 2013.
- ❖ **BROSOLO.J** : Parkinson entre ce qui se voit et ne se voit pas... Pertinence d'une intervention psychomotrice ponctuelle auprès de patients atteints de la maladie de Parkinson, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien, 2013.
- ❖ **BULLINGER.A** : Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, Edition Eres, 2006.
- ❖ **CAVANNA.F** : Lune de Miel, édition Gallimard, 2011.
- ❖ **COLOMBEL.H** : Le langage tonique, *Rééducation orthophonique n°250*, Fédération Nationale des Orthophoniste, p43-56, 2008.
- ❖ **COURRAUD.C** : la fasciathérapie somatologie : le toucher psychotonique, *Courrier des adhérents du SNKG (syndicat national des kinésithérapeutes de Groupe*, 2014.
- ❖ **DAHAN.J**, Entre corps et langage : la relaxation psychomotrice, *thérapie psychomotrice et recherche n°111*, 1997.
- ❖ **DE AJURIAGUERRA. J, MARCELLI.D** : Psychopathologie de l'enfant, Edition Masson, p7-47 1989.
- ❖ **DE AJURRIAGUERRA. J, ANGELERGUES.R** : De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui : à propos de l'œuvre d'Henri Wallon, in Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Volume 1, Papyrus, 2009.

- ❖ **DEFEBVRE.L, VERIN.M** : La maladie de Parkinson – Monographie de Neurologie, 2^{ème} édition, Edition Elsevier Masson, 2011.
- ❖ **DUJARDIN.K, DEFEVRE.L** : Neuropsychologie de la Maladie de Parkinson et syndromes apparentés, Edition Masson, 2007.
- ❖ **DEROUET.V** : La prise en charge orthophonique précoce et multidisciplinaire des patients parkinsoniens, enquête déclarative auprès des orthophonistes et des personnes ayant la maladie de Parkinson. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de capacité d'orthophoniste, Nantes, 2007.
- ❖ **FRADER-VALEE.Y** : Handicaps Neurologiques et Vieillessement : vécus psychologiques, *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, n°27, 2011.
- ❖ **JOLY.F, LABE.G** : Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité : volume 1, Corps, tonus et psychomotricité, Edition Broché, 2008.
- ❖ **KEAMPF.S, ROMATET.D, TRUPTIL.A** : « Unifier de la tête aux pieds : approche psychomotrice de la problématique de l'identité chez le patient atteint de la maladie de Parkinson » in : protéger et construire l'identité de la personne âgée, Eres, p69-85, 2011.
- ❖ **LIVOIR-PETERSEN.M-F** : L'approche sensori-tonique et la question du morcellement, *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, n°162- 2010.
- ❖ **MARCOS.I, BURUCOA.B** : La psychomotricité en unité de soins palliatifs : au sujet d'une personne atteinte de sclérose latérale amyotrophique (SLA). Médecine palliative-Soins de support- Accompagnement-Etude, 2012 .
- ❖ **MASSON.S** : Les relaxations, édition Presses Universitaires de France, 1983.
- ❖ **MONTAGU.A** : La peau et le toucher, un premier langage, édition broché, 1979

- ❖ **PITTERI.F**, « Psychomotricité et personnes âgées », in Psychomotricité entre théorie et pratique, sous la direction de POTEI.C, édition In Press, 2010.

- ❖ **PRAYEZ.P, SAVATOVSKI.J**, Le toucher apprivoisé, édition Lamarre, 2009.

- ❖ **SCIALOM.P, GIROMINI.F, ALBARET.J-M**, Manuel d'enseignement de psychomotricité, Edition Boeck Solal, 2011.

- ❖ Site ARSLA (Association pour la recherche sur la sclérose latérale amyotrophique et autres maladies du motoneurone) : www.arsla.asso.com

- ❖ Site Association France Parkinson : www.franceparkinson.fr

- ❖ Site CEN (Collège des enseignants en neurologie) :
<http://www.cen-neurologie.fr/2eme-cycle/Maladies%20et%20grands%20syndromes/Maladie%20de%20Parkinson/index.phtml>

- ❖ Site Association Groupe Parkinson Ile-de-France : www.parkinson-gpidf.info/

- ❖ Site Association Huntington France : <http://huntington.fr/wp/>

- ❖ Site Association Huntington Avenir : www.huntingtonavenir.net

- ❖ Site Handicap Infos : Dossier Parkinson : Psychomotricité et maladie de Parkinson évoluée http://www.handicapinfos.com/informer/psychomotricite-maladie-parkinson-evoluee_2996.htm

- ❖ Site INCR (Institut de Neurosciences cliniques de Rennes) : <http://incr.fr/maladies/13-maladie-de-parkinson/12-la-maladie-de-parkinson-en-2012>

- ❖ Site INSERM (Institut National de la Santé et de la recherche Médicale) :
<http://www.inserm.fr/50-ans/grandes-avancees/les-maladies-neurodegeneratives-au-grand-jour>

- ❖ **ROBERT-OUVRAY.S** : Intégration motrice et développement psychique, Edition Desclée de Brouwer, 2010.

- ❖ **TREUSSARD.F** : La parole empêchée ? , *Thérapie psychomotrice et recherche*, n°111, p16, 1997.

Annexe

Annexe n°1 Schéma du fonctionnement normal des ganglions de la base.

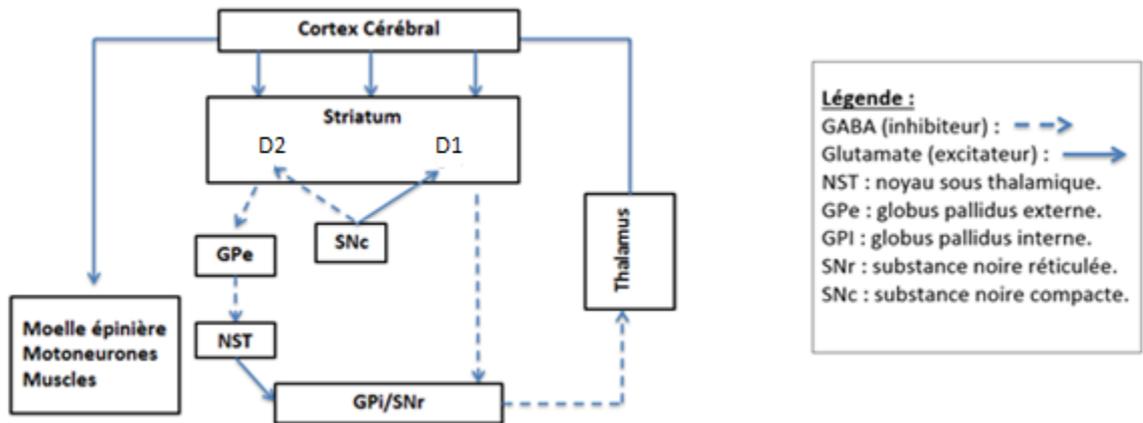


Table des matières

Remerciements	2
Sommaire	3
Introduction	4
Partie A : Le tonus : Base fondamentale de la psychomotricité	7
I- Le tonus c'est quoi ?.....	8
1. Physiologie du tonus	8
2. Les différents niveaux toniques et leurs fonctions	11
a. Le tonus de fond : fonction de contenance.....	11
b. Le tonus postural : la posture.....	12
c. Le tonus d'action : base de la motricité	12
3. Le développement de la régulation tonique	13
II- Ontogénèse du tonus : support dans le développement psychomoteur de l'enfant.	16
1. Maturation neurologique du tonus.....	16
2. Le tonus dans les échanges avec l'environnement : Importance du dialogue tonique	17
3. Le dialogue tonique chez l'adulte.....	21
Partie B : Maladie de Parkinson, Maladie de Huntington et psychomotricité	24
I- Données théoriques sur la maladie de Parkinson et la maladie de Huntington.....	25
1. La maladie de Parkinson.....	25
a. Généralités	25
b. Physiologie.....	26
c. Sémiologie	28
c.1 Troubles moteurs : La triade Parkinsonienne	28
c.2 Troubles psychologiques :.....	32
c.3 Troubles cognitifs :.....	32
c.4 Autres troubles :	33
d. Les traitements.....	33
e. Evolution.....	34
2. La maladie de Huntington	36
a. Généralités	36

b.	Physiologie.....	37
c.	Sémiologie	38
c.1	Les troubles moteurs	38
c.2	Les signes cognitifs.....	39
c.3	Les troubles psychiatriques et comportementaux	40
d.	Les traitements.....	40
e.	Evolution.....	41
II-	Psychomotricité et patients atteints de la maladie de Parkinson et de la maladie de Huntington à un stade avancé	42
1.	L'impact de la maladie de Parkinson et de la maladie de Huntington sur le patient.....	42
2.	Apport de la Psychomotricité.....	45
Partie C : Approche psychomotrice auprès de patients atteints de la maladie de Parkinson et de la maladie de Huntington en Unité de soins longue durée (USLD).....		48
I-	Au sein d'une Unité de Soins Longue Durée	49
1.	Généralités sur l'Unité de Soins Longue Durée.....	49
2.	Mon stage en Unité de Soins Longue Durée : un service gériatrique	50
3.	La psychomotricité en Unité de Soins Longue Durée : Le choix de la relaxation par le toucher.	51
a.	La psychomotricité en USLD.....	51
b.	La relaxation à travers le toucher-massage et les mobilisations passives.	54
b.1	Présentation et choix de son utilisation en séance de psychomotricité.....	54
b.2	Fonction de l'utilisation de la relaxation à travers le toucher-massage et les mobilisations passives en psychomotricité.....	57
II-	Clinique : études de cas.....	61
1.	Monsieur V : Quand le corps fait obstacle	61
a.	Anamnèse.....	61
b.	Son entrée à l'USLD	62
c.	A mon arrivée à l'USLD :	63
d.	Le suivi en psychomotricité	64
d.1	Indication.....	64
d.2	Mes premières rencontre avec M.V.....	65
d.3	Observations de Monsieur V :	66
d.4	Hypothèses de travail.....	67
d.5	Les séances et leurs impacts sur Monsieur V	68

e. Bilan du suivi – Conclusion	70
2. Madame G : une réponse à la psychomotricité	71
a. Anamnèse.....	71
b. Son entrée à l’USLD	72
c. A mon arrivée à l’USLD.....	73
d. Le suivi en psychomotricité	74
d.1 indication	74
d.2 Ma première rencontre avec Madame G.....	74
d.3 Observations de Madame G.....	75
d.4 Hypothèses de travail	76
d.5 Les séances et leurs impacts sur Madame G.....	77
e. Bilan du suivi- Conclusion.....	80
Discussion	82
Conclusion	87
Bibliographie.....	88
Annexe	92
Table des matières	93