



HAL
open science

Parkinson : quand la douleur fait TILT !

Valentine Marchica

► **To cite this version:**

| Valentine Marchica. Parkinson : quand la douleur fait TILT!. Psychologie. 2018. dumas-01838705

HAL Id: dumas-01838705

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01838705>

Submitted on 13 Jul 2018

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

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

UNIVERSITE DE BORDEAUX

-COLLEGE SCIENCE DE LA SANTE-

INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE

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

Parkinson : quand la douleur fait TILT*

(*échelle d'évaluation de la douleur : Temps, Intensité, Localisation, Type)

Prise en charge psychomotrice du vécu corporel douloureux des patients atteints de la maladie de Parkinson : une intervention en service hospitalier.

MARCHICA Valentine

Née le 7 Avril 1996 à Talence (33)

Mémoire sous la direction de Mr Nicolas HEUZE

Juin 2018

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

Mr Nicolas HEUZE, maitre de mémoire et superviseur de stage, pour m'avoir accompagné tout au long de cette dernière année de formation. Ses conseils et son soutien m'ont permis d'avancer dans ma réflexion et d'aboutir à l'écriture de ce mémoire.

Mme Béatrice CHENEL, maitre de stage, pour sa bienveillance, sa confiance, durant ces deux années. Je la remercie pour son accueil professionnalisant et chaleureux.

Le Pr. GUEHL et le Pr. TISON de m'avoir accordé la possibilité de réaliser ce stage expérimental. Toute l'équipe du service hospitalier (aides-soignantes, infirmières, kiné, médecins, internes) et Mme GAUTIER pour leur investissement dans ce projet de stage. Je les remercie pour leur accueil, leur disponibilité et leur confiance. Je les remercie de m'avoir considérée comme une professionnelle.

Les patients, et leurs familles, qui m'ont accordé leur confiance et m'ont donné la chance d'aller à leur rencontre.

L'IFP pour ces trois années riches. Tous les psychomotriciens qui ont partagé leurs expériences et participé à ma formation. L'équipe pédagogique qui a su coordonner les enseignements malgré les évènements perturbateurs et nous a permis de continuer à apprendre. Je remercie particulièrement Mme Céline ROBERT pour son accompagnement au début de ce stage, ses conseils et sa bienveillance.

Mes camarades de classe, pour leur authenticité, leur bonne humeur et leur soutien tout au long de ces trois années de formations. Merci à mes camarades de pratiques d'avoir enrichie ces moments de leur expérience personnelle.

Mes proches, ma famille, pour leur présence quotidienne et leur réconfort durant cette dernière année. Merci de m'avoir accompagné, écouté et permis d'aller au bout de ces trois ans.

A toi Annie.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	3
AVANT PROPOS	5
INTRODUCTION	6
PARTIE I – LA MALADIE DE PARKINSON	8
I. UNE PATHOLOGIE EVOLUTIVE ET FLUCTUANTE	9
A. Qu’est-ce que la maladie de Parkinson ?	9
B. Expression clinique de la maladie de parkinson - symptomatologie	15
II. L’ADAPTATION DES PRISES EN CHARGE DANS LA DYNAMIQUE DE LA PATHOLOGIE	24
A. Les traitements dans la maladie de Parkinson	24
B. Les stratégies thérapeutiques	26
C. La contenance de l’organisation hospitalière	28
PARTIE II – LA DOULEUR ET SES SPECIFICITES DANS LA MALADIE DE PARKINSON	34
I. PRESENTATION ET SPECIFICITES DE LA DOULEUR DANS LA MALADIE DE PARKINSON	35
A. Généralités du fonctionnement physiologique de la douleur	35
B. Les composantes de la douleur	38
C. Spécificités de la douleur dans la maladie de Parkinson : quelle perception ?	40
II. IMPLICATION PSYCHOMOTRICE DU SUJET DANS LE VECU DE LA DOULEUR	42
A. Tonicité, sensorialité et identité du sujet douloureux	42
B. La rela(xa)tion : un accompagnement du corps malade et douloureux	48
PARTIE III : CLINIQUE	55
I. DE L’OBSERVATION A LA MISE EN PLACE DU CADRE D’INTERVENTION EN PSYCHOMOTRICITE	56
A. Observation et adaptation en tant que stagiaire expérimentale	56
B. Résumé du projet de stage expérimental	58
II. CAS CLINIQUES	59
A. Mme A. – un cadre pour accueillir les douleurs neuropathiques	61
B. MME B. le dialogue tonico-émotionnel dans l’accompagnement des dyskinésies douloureuses	65
C. Mr C. l’appropriation de la rel(xa)tion pour soulager les douleurs	69
PARTIE IV : DISCUSSION	76
I. DEFINIR SA PLACE EN TANT QUE STAGIAIRE EXPERIMENTAL – PROJECTION PROFESSIONNELLE	77
II. LES AMENAGEMENTS POSSIBLES DE LA PRISE EN CHARGE PROPOSEE : POUR ALLER PLUS LOIN	78
CONCLUSION	79

BIBLIOGRAPHIE	80
TABLE DES MATIERES	83
ANNEXES	87

AVANT PROPOS

« Mais que sait en vérité l'homme de lui-même... la nature ne lui dissimule-t-elle pas la plupart des choses même en ce qui concerne son propre corps afin de le retenir prisonnier d'une conscience fière et trompeuse à l'écart des replis de ces intestins, à l'écart du cours précipité du sang dans ses veines et du jeu complexe des vibrations de ses fibres... »
NIETZSCHE

INTRODUCTION

La prévalence de la maladie de Parkinson en France est estimée, selon une étude réalisée par la Haute Autorité de Santé (HAS)(40), à 827,5 pour 100 000 habitants, ce qui représente à ce jour environ 545 000 personnes atteintes de la Maladie de Parkinson idiopathique (MPi). De nombreuses études affirment que cette dernière augmente après l'âge de 65 ans, mais il n'est pas possible de donner un chiffre exact. Ainsi, la maladie de Parkinson est la deuxième maladie neurodégénérative après la maladie d'Alzheimer et la seconde cause d'handicap moteur chez les sujets âgés de plus de 65 ans, d'après l'HAS dans le *Guide du parcours de soins de la maladie de Parkinson* (2016) (40)

Le développement de travaux de recherches concernant les soins et l'accompagnement des patients atteints de la maladie de Parkinson est un enjeu de santé publique qui s'inscrit dans les objectifs du *plan des Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019* (36). L'intérêt est de développer les progrès médicaux et l'innovation de nouvelles prises en charge qui répondent aux attentes et besoins des patients et de leurs aidants.

J'ai choisi de réaliser mon stage expérimental dans un service d'hospitalisation de court séjour auprès de patients atteints de la maladie de Parkinson en raison du contexte politique et économique. Par ailleurs, la spécificité de cette pathologie neurodégénérative entraîne une modification de la dynamique psychomotrice du sujet. De plus, ce stage expérimental permet d'explorer un champ d'exercice de la psychomotricité dans le cadre du court séjour. Ainsi, mon mémoire tentera de répondre aux interrogations qui ont ponctué cette dernière année de formation.

En arrivant dans la structure, je me suis questionnée sur la pertinence et la place d'une intervention en psychomotricité de courte durée auprès de cette population. Les patients sont hospitalisés peu de temps, et je ne suis présente qu'un jour par semaine dans le service. De ce fait, les rencontres avec les patients sont, le plus souvent, uniques.

Au cours de ma période d'observation auprès des patients et des professionnels de santé, j'ai constaté que le vécu corporel douloureux des personnes atteintes de la maladie de Parkinson est un enjeu majeur dans la prise en charge des patients. La maladie de Parkinson est une pathologie qui affecte le sujet dans sa dimension physique et psychique. Elle entraîne un remaniement de l'identité corporelle auquel s'ajoutent des douleurs. Celles-ci sont prises en charge par les professionnels de santé via des traitements médicamenteux. Cependant, elles restent parfois trop majoritairement présentes malgré les thérapeutiques mises en œuvre. Ainsi

l'accompagnement et les prises en charge non médicamenteuses telles que la kinésithérapie ou encore la méditation proposée dans le service, permettent de répondre de façon plus large aux attentes des patients. Qu'en est-il du vécu corporel du patient face à la douleur ? Quel est l'impact corporel de la douleur sur la dimension relationnelle du sujet dans la maladie de Parkinson, dont l'identité corporelle est déjà remaniée ?

Ces interrogations et ces observations ont nourri une problématique principale, à laquelle je tenterai de répondre tout au long de ce mémoire :

Comment l'intervention en psychomotricité, dans un service de court séjour peut-elle s'inscrire dans une dynamique pluridisciplinaire, afin de répondre au vécu corporel douloureux des patients atteints de la maladie de Parkinson ?

Je tenterai de répondre à cette problématique en reprenant l'évolution de mon cheminement personnel pendant cette année de stage. Ce mémoire, reprend mes interrogations et tente de théoriser une pratique expérimentale de la psychomotricité.

Dans un premier temps, je présenterai la maladie de Parkinson comme une pathologie évolutive, fluctuante, qui nécessite une adaptation thérapeutique et une coordination interprofessionnelle.

Dans un deuxième temps, je parlerai de la douleur, dans ses aspects physiologiques, psychiques et corporels, spécifique de la maladie de Parkinson. Je traiterai du lien entre l'expérience sensorielle de la douleur et l'implication de l'être dans sa dimension psychomotrice. Je présenterai l'importance de la relation dans l'accompagnement des patients douloureux chroniques et la médiation relaxation comme théorie d'accompagnement de la douleur dans sa dimension tonico-émotionnelle.

Dans un troisième temps je développerai cliniquement mon champ d'intervention en tant que stagiaire en psychomotricité dans ce service. Je résumerai mon projet de stage expérimental, le choix de mes outils d'investigations, le cadre de mes interventions et les indications pour lesquelles je rencontre les patients. Je ferai la synthèse descriptive et analytique du panel diversifié des patients rencontrés au cours de mon stage et exposerai quelques cas cliniques pour présenter ma pratique.

Enfin, la partie discussion proposera une réflexion sur l'expérience d'un stage expérimental et ses apports.

PARTIE I – LA MALADIE DE PARKINSON

J'ai fait le choix de définir d'un point de vue général et physiopathologique, la maladie de Parkinson. Quels sont les éléments physiologiques de cette pathologie, comment évolue-t-elle et quels accompagnements sont proposés en service d'hospitalisation ?

Je réponds à l'interrogation suivante : Quelle est la place de la psychomotricité dans l'accompagnement de cette maladie neurodégénérative, plus particulièrement au sein d'un service de court séjour ?

I. UNE PATHOLOGIE EVOLUTIVE ET FLUCTUANTE

A. QU'EST-CE QUE LA MALADIE DE PARKINSON ?

1. Historique et évolution de la définition

19ème siècle : de la « paralysie agitante » à la maladie de Parkinson :

En 1817, Sir PARKINSON, signe la première description clinique de la pathologie sous un aspect moteur : « la paralysie agitante ». L'association des caractéristiques de la maladie de Parkinson, les tremblements, l'affaiblissement musculaire, les troubles posturaux du fait de l'hypertonie, les troubles de la marche¹ et les troubles de la parole, figurent dans le traité « An essay on the shaking palsy » publié par PARKINSON, en 1817 (39). A cette époque, il nomme cette pathologie « Paralysis Agitans » (ou paralysie agitante) et la définit ainsi :

« Paralysie agitante : mouvements de tremblements involontaires, avec une diminution de la force musculaire, parfois au repos et même lorsqu'il est retenu ; avec une tendance à faire se pencher le tronc en avant, et faire passer le pas de la marche à la course : la raison et l'intelligence demeurent intacts. »

CHARCOT en 1872, décrit plus spécifiquement la raideur ou rigidité en roue dentée, la lenteur du mouvement spontané ou akinésie et les tremblements de repos précédemment définis par PARKINSON. Il nomme cette pathologie « maladie de Parkinson ». (BONNET & al., 2013)(6).

*

20ème siècle découverte du système dopaminergique, les traitements et description des troubles cognitifs

Au 20^{ème} siècle, TRETIAKOFF démontre que la dégénérescence des neurones dopaminergiques contenus dans la substance noire est responsable de la maladie de Parkinson (BONNET & al., 2013)(6). S'en suit la découverte des premiers traitements médicamenteux : les traitements dopaminergiques dont la lévodopa (L-dopa) par exemple. Par la suite, d'autres traitements médicamenteux et chirurgicaux, ont été découverts.

¹ Les troubles de la marche se caractérisent par un défaut d'initiation du mouvement à la marche tel que le freezing ou la marche festinante.

De plus, dans la deuxième moitié du 20^{ème} siècle, les recherches anatomo-fonctionnelles de LURIA en ce qui concerne le lobe frontal ont permis de comprendre les troubles cognitifs qui apparaissent au fur et à mesure de l'évolution de la maladie de Parkinson (A-M. BONNET, 2013)(6). Les mouvements, le métabolisme et les capacités cognitives sont affectés. Le fonctionnement global est ralenti. La pathologie atteint la dynamique psychomotrice du sujet.

*

Définition actuelle de la maladie de Parkinson

Aujourd'hui on définit la maladie de Parkinson comme une pathologie neuro-dégénérative qui affecte le système nerveux extrapyramidal par une destruction progressive et irréversible des neurones dopaminergiques. La maladie de Parkinson se caractérise par l'association de trois signes cardinaux : l'hypertonie, le ralentissement et l'akinésie et les tremblements de repos. En 2016, l'HAS (40) propose la définition suivante :

« La maladie de Parkinson idiopathique (MPi) est une maladie dégénérative de cause inconnue, touchant l'ensemble des systèmes :

- *Dopaminergique² (atteinte de la voie nigro-striée³ à l'origine des symptômes cardinaux répondant au traitement substitutif dopaminergique)*
- *Et les autres systèmes : cholinergique, noradrénergique et sérotoninergique (responsables des symptômes dopa-résistants et pouvant expliquer la variabilité des symptômes d'une personne atteinte de la maladie de Parkinson à l'autre).*

Cette dégénérescence a pour conséquence la mort neuronale par apoptose⁴. »

*

La recherche a permis une évolution des connaissances concernant la maladie de Parkinson. Pour suivre la progression des découvertes et comprendre les signes cliniques, puis les prises en charge proposées, il serait intéressant de découvrir, plus précisément, quels sont les systèmes neurologiques endommagés et leurs rôles dans la maladie de Parkinson.

² Le système dopaminergique correspond au système des neurones dopaminergiques, qui utilisent la dopamine comme neurotransmetteur.

³ La voie nigro-striée est la voie qui permet la projection d'axones des neurones dopaminergiques contenus dans la substance noire vers le striatum.

⁴ L'apoptose est le processus physiologique de mort cellulaire programmée.

2. Structures neurophysiologiques atteintes dans la MPi

La maladie de Parkinson est définie par une atteinte de la voie nigro-striée (Annexe 1). Elle se déclare à la suite de la mort prématurée des neurones dopaminergiques, situés dans la substance noire compacte (structure permettant la production des neurones dopaminergiques).

Comment fonctionne le système dopaminergique, plus particulièrement la voie-nigro-striée, principalement atteinte dans la maladie de Parkinson ?

*

La voie motrice extrapyramidale est polysynaptique. Elle relie les noyaux gris centraux entre eux (striatum, locus niger, pallidum et noyau sous-thalamique), avec le cortex cérébral, et avec les noyaux gris du tronc cérébral. Ce système extra-pyramidal intervient dans l'initiation, la préparation, le déroulement et l'automatisation du mouvement. Elle intervient également dans la régulation du tonus postural (muscles extenseurs) et du tonus d'attitude (muscles fléchisseurs).

La voie nigro-striée fait la liaison entre le locus niger⁵ et le striatum. Cette voie s'inscrit dans un système plus complexe qui relie la voie nigro-striée au thalamus, puis au cortex, grâce aux neurones dopaminergiques. Le striatum reçoit des informations du cortex et de la substance noire compacte afin de fonctionner correctement. Deux voies neuronales se scindent et s'équilibrent entre elles : la voie directe activatrice, et la voie indirecte inhibitrice (Annexe 2).

Dans la maladie de Parkinson, la dopamine est déficitaire au niveau de la substance noire. La balance entre la voie directe et indirecte est absente. On observe une diminution d'inhibition de la voie directe et une augmentation de la stimulation de la voie indirecte, résultat, le cortex est insuffisamment stimulé.

*

Connaissant désormais les structures atteintes dans la maladie de Parkinson, on peut se demander quelle est l'étiologie de cette pathologie et les mécanismes qui interviennent dans la dégénérescence neuronale ?

⁵ Le locus niger ou substance noire est un noyau situé à la base du cerveau divisé en deux parties (pars compacta et reticulata) qui permet la production de dopamine et contient 500 000 neurones dopaminergiques. Il est impliqué dans le contrôle des mouvements axiaux et des mouvements des membres.

3. Mécanismes et étiologies

Les mécanismes qui conduisent à la dégénérescence des neurones dopaminergiques contenus dans la substance noire sont inconnus à ce jour. Cependant, la combinaison de facteurs environnementaux et génétiques serait à l'origine de l'expression de la maladie de Parkinson. (VANDERHEYDEN, 2010) (34)

*

Les manifestations cliniques de la pathologie sont variables en fonction des individus et de la phase d'évolution de la maladie.

« Le génie de l'espèce humaine fait que tous les êtres sont différents, bien qu'ils aient des caractéristiques communes. Lorsque survient une maladie, ce caractère unique de l'individu persiste. Il n'y a donc pas une maladie de Parkinson, mais des malades parkinsoniens [...] » (POLLAK, 2003) (23)

On peut alors se demander quelles sont les différentes phases d'évolution de la pathologie ?

4. L'évolution de la MPI, des premiers signes cliniques au handicap

L'évolution de la pathologie prend en compte l'évolution des symptômes, le cheminement psychologique et les modifications de la dynamique psychomotrice du sujet. L'accompagnement et les thérapeutiques sont ajustés en fonction des patients et de la phase d'évolution de la pathologie.

On distingue aujourd'hui quatre phases caractéristiques de la maladie de Parkinson. La phase initiale suivie par la deuxième phase ou phase « lune de miel », le stade d'état ou troisième phase avec un déclin qui conduit aux fluctuations motrices et enfin le stade palliatif.

*

La phase initiale est caractérisée par l'apparition des premiers symptômes et l'annonce du diagnostic qui nécessite une adaptation émotionnelle du patient. (BONNET & al., 2013) (6). L'annonce d'une maladie grave, comme la maladie de Parkinson entraîne un « *deuil de la santé* » selon KÜBLER-ROSS citée par VANDERHEYDEN (2010)(34).

La maladie de Parkinson est associée à des représentations sociales et mentales péjoratives, auxquelles le patient et son entourage doivent faire face au moment du diagnostic. A cette étape de la maladie, le patient doit faire le deuil de sa vie d'avant. Il traverse plusieurs périodes qui correspondent aux étapes du deuil décrites par KÜBLER-ROSS (34). Il existe cinq phases de deuil :

- Le déni qui amène le patient à de multiples consultations pour avoir la confirmation du diagnostic.
- La révolte, pendant laquelle le patient développe une hypersensibilité à la frustration.
- Le marchandage est une étape pendant laquelle le patient veut paraître en bonne santé malgré sa pathologie.
- La dépression et le désinvestissement
- L'acceptation est la dernière étape, et permet au patient de se projeter à nouveau en prenant en compte son handicap

Cette première phase correspond à une période d'équilibre au niveau thérapeutique et permet un maintien des capacités du patients dans les actes de la vie quotidienne. Cette période d'équilibre qui suit le diagnostic, correspond à la phase « lune de miel ».

*

Lors de la phase d'état, ou troisième phase évolutive, le patient répond de moins en moins bien aux traitements. L'équilibre établi jusqu'à présente se rompt et les périodes « off » sont de plus en plus nombreuses. Les patients sont généralement hospitalisés pour une réévaluation thérapeutique et une adaptation des traitements.

Dans la continuité de la phase d'état, s'en suit le stade des fluctuations motrices. Le patient alterne entre des phases « off » et « on » et peut présenter des mouvements anormaux involontaires (dyskinésie, dystonies, troubles posturaux, freezing, dysarthrie). Les chutes sont fréquentes et nombreuses pour la majorité des patients. Les patients peuvent développer des syndromes post-chutes.

Mr K. est un homme âgé de 71 ans, atteint de la maladie de Parkinson, au stade d'état. Son cas est présenté en réunion d'équipe. Il est hospitalisé à la suite d'une chute pour une réévaluation clinique. Le deuxième objectif de l'hospitalisation est d'instaurer des aides à domicile à la demande de sa femme. En effet, ils vivent dans une maison à étage et le patient n'est plus capable de descendre et de monter les étages, depuis sa chute en février 2018. Mr K. a chuté sur le côté gauche. Lors de l'évaluation clinique d'entrée, le patient marche à petit pas et présente une raideur de la jambe gauche. Ses douleurs sont très invalidantes, il ne peut pas marcher plus de 50m. Il présente une appréhension à la marche. Il exprime la « peur de tomber » lorsqu'il est en situation de déséquilibre ou de danger.

Dans ce cas, Mr K. présente un syndrome post-chute, avec une appréhension à la marche, majorée par la douleur ressentie lors des déplacements. Une prise en charge en psychomotricité afin d'étayer la prise de conscience des sensations corporelles, a permis au patient de retrouver des appuis solides lors des déplacements. Les expériences sensorielles diverses, vécues en relaxation, ont induit une diminution de la douleur.

Les troubles respiratoires, digestifs, vésico-sphinctériens, la constipation, les troubles du sommeil, et les douleurs, sont autant de signes cliniques non moteurs qui perturbent et diminuent la qualité de vie du patient, qui jusqu'ici, était maintenue et équilibrée.

Le handicap est visible et envahissant. La pathologie prend toute la place. Le patient est de plus en plus dépendant de son entourage et des traitements médicamenteux, auxquels, paradoxalement, il répond de moins en moins bien.

*

La phase palliative, correspond à la dernière étape d'évolution de la pathologie. Les troubles posturaux et la dégénérescence entraînent une grande dépendance du patient qui ne peut plus réaliser ses transferts seul, dans la majorité des cas. Les troubles cognitifs sont de plus en plus importants. Les patients peuvent présenter des troubles psycho-comportementaux qui rendent difficiles les prises en charge. Lors de cette dernière phase, il est nécessaire de considérer ces troubles cognitifs dans les prises en charge. La psychomotricité trouve sa place dans l'accompagnement des patients.

*

Les différentes phases évolutives de la pathologie entraînent un changement de la symptomatologie de la maladie de Parkinson. Quelle est l'expression clinique de cette maladie ?

B. EXPRESSION CLINIQUE DE LA MALADIE DE PARKINSON - SYMPTOMATOLOGIE

1. Les symptômes moteurs

La maladie de Parkinson idiopathique est diagnostiquée par l'expression symptomatique et clinique des signes moteurs suivants : les tremblements de repos, la lenteur et la rigidité. Ceux-ci sont les principaux signes au début de la pathologie, mais ce ne sont pas les seuls signes moteurs retrouvés chez les patients.

*

L'akinésie et la bradykinésie

L'akinésie correspond à l'absence complète ou partielle de mouvements, tandis que la bradykinésie se définit par un ralentissement lors de l'exécution motrice. Cliniquement, ces signes s'expriment par le freezing⁶ ou la festination⁷ lors de la marche. L'hypokinésie correspond à une diminution du nombre de mouvements.

La mise en mouvement contrôlée, c'est-à-dire l'initiation d'une séquence motrice, dépend de la qualité et de la quantité de la dopamine circulant dans la voie-nigro-striée. L'insuffisance dopaminergique chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson, explique la difficulté d'initiation des mouvements volontaires et la perte des mouvements automatiques⁸ et semi-automatique tels que la marche ou l'écriture.

D'un point de vue du ressenti du patient, cette lenteur peut être éprouvée comme une sensation de fatigue, une sensation de lourdeur ou d'engourdissement, selon France Parkinson (42).

Mme P. est une patiente âgée de 46 ans, hospitalisée pour un séjour de répit, en raison de suspicion de maltraitance conjugale au domicile. Lors de l'entretien, Mme P. décrit ses

⁶ Le freezing correspond à un enrayement du mouvement des membres inférieurs.

⁷ La festination est définie comme une marche à petit pas.

⁸ Le ballant du bras lors de la marche est un exemple d'activité motrice automatique.

sensations corporelles. Son discours est très ralenti, le volume de sa voix est faible. En ce qui concerne sa posture, elle est semi-allongée, en appui sur le bassin du côté gauche. Les bras croisés sur le ventre, et les jambes croisées. Elle est repliée sur elle-même et son visage est fermé. Elle décrit une « *grande fatigue* » et l'impression de « *ne pas avoir le contrôle* » de ses mouvements. « *Quand je veux me laver les cheveux dans la douche et que je lève les bras, j'ai l'impression que je ne peux plus bouger. Et ça me fatigue, ça me fait mal. Et ça m'opprime.* »

Mme P. semble anxieuse, un accompagnement en psychomotricité par la relaxation à induction corporelle pourrait induire un relâchement musculaire et une sensation d'apaisement. De plus l'induction corporelle par des mouvements passifs pourrait stimuler la proprioception et faire ressentir à la patiente l'expérience d'une mobilité des bras.

*

La rigidité extrapyramidale

L'affection de la voie extra-pyramidale explique également l'hypertonie de ces patients. La rigidité est définie comme une augmentation du tonus musculaire. Cliniquement, elle se manifeste par une résistance aux mouvements passifs induits lors de l'examen du tonus. Les membres sont raides de façon homogène, pendant toute la durée du mouvement. La particularité de la rigidité extrapyramidale réside dans le fait que la tension musculaire peut se relâcher par « à-coups », en « roue dentée ».

L'hypertonie peut affecter tous les muscles du corps. Elle est localisée surtout le long des muscles de la colonne vertébrale, au niveau des articulations, des membres et de leurs extrémités (mains et pieds).

Cette « *tension musculaire excessive peut entraîner des douleurs musculaires ou tendineuses, telles que des crampes, et une sensation de raideur.* » selon France Parkinson (42). La rigidité excessive entraîne fréquemment des troubles posturaux. Le patient est penché en avant ou préférentiellement d'un côté, c'est ce qu'on appelle le phénomène de la tour de Pise (France Parkinson) (42).

L'hypertonie entraîne des troubles de la régulation tonique et dépend de l'état émotionnel de la personne.

Mr Z. est un patient âgé de 69 ans. Lorsque je rencontre ce patient, j'observe des tremblements très importants au niveau des membres supérieurs, prédominants à gauche. Lors de l'entretien, ses tremblements s'accroissent lorsqu'il m'explique comment a débuté la pathologie. Cet événement de vie génère beaucoup d'émotions. Plus l'émotion est présente, plus les tremblements prennent de l'amplitude.

Une séance de psychomotricité en relaxation permet d'induire un relâchement tonique et une diminution, voire une disparition des tremblements. Le cadre de la séance apporte au patient une sécurité, portée par la voix et par l'induction de mouvements passifs. Le dialogue tonico-émotionnel permet au patient d'accéder à un état d'apaisement et de détente.

*

Le tremblement de repos

Le tremblement de repos affecte 64% des patients atteints de la maladie de Parkinson. Il s'observe lorsque le membre n'est pas impliqué dans une séquence motrice, qu'il est posé et détendu et cesse lors du mouvement. Le tremblement est généralement asymétrique, et commence de manière unilatérale. C'est un mouvement de faible amplitude, régulier et plutôt lent.

Il concerne les membres supérieurs comme la main ou le poignet. Le tremblement de repos est particulièrement sensible au stress, aux efforts de concentration et à l'émotion.

*

Certaines classifications intègrent l'instabilité posturale, ou troubles de l'équilibre, parmi les troubles moteurs. Il s'agit d'un symptôme d'apparition tardive, qui se manifeste après plusieurs années d'évolution.

*

Historiquement, la maladie de Parkinson est surtout définie par les troubles qui affectent le mouvement. On sait aujourd'hui que cette maladie s'étend « *au-delà des troubles moteurs* » (BONNET & al., 2013)(6). Quels sont ces troubles non moteurs ? A quel stade de la maladie sont-ils présents ?

2. Les symptômes non moteurs : psychiques et psycho-comportementaux

Les noyaux gris centraux possèdent une portion motrice qui contrôle les mouvements, une portion associative qui intervient dans la cognition et l'intellect, et une portion limbique en lien avec les émotions. Ces trois zones et les fonctions qui en dépendent, peuvent être altérées dans la maladie de Parkinson (VANDERHEYDEN, 2010)(34).

La progression de la pathologie, par l'affection d'autres systèmes neurologiques (HAS, 2016)(40), entraîne des troubles non moteurs, cognitifs et psycho-comportementaux.

*

Les signes physiques

Les troubles cardiovasculaires sont fréquents, notamment l'hypotension orthostatique⁹ (HTO), qui peut être symptomatique ou asymptomatique. La constipation est un symptôme non moteur très fréquent et apparaît relativement tôt. L'hypersalivation, les troubles de la déglutition ou encore les troubles vésico-sphinctériens sont des symptômes plus tardifs et entraînent une perte d'autonomie du patient.

La pathologie peut également provoquer une dysarthrie qui s'inscrit dans les troubles moteurs mais entrave la communication et la fluence verbale. La maladie de Parkinson provoque également des douleurs.

*

Les manifestations psychologiques

Les patients atteints de la maladie de parkinson présentent généralement des manifestations dépressives, une apathie ou une anxiété importante (trouble anxieux) liées directement à la pathologie, ou en lien avec les effets secondaires des médicaments prescrits. Les traitements dopaminergiques, peuvent provoquer, chez certains patients, des troubles du comportement (troubles du contrôle des impulsions sous Modopar® par exemple). Avec l'évolution de la maladie, certains patients relatent des hallucinations ou des idées délirantes,

⁹ L'hypotension orthostatique correspond à une chute de tension artérielle et s'observe lors des changements de positions (passage de la position allongée à assise et de la position assise à debout) et des transferts notamment

notamment des idées de persécution. La fatigue et les troubles du sommeil sont également des observés chez les personnes malades.

Mme R. est une patiente que je rencontre pour la deuxième fois. Elle est hospitalisée pour une réévaluation thérapeutique en raison de ses dystonies douloureuses. Ses dystonies localisées notamment au niveau du visage et du pied, entravent sa communication. Elle présente également une dysarthrie, l'expression orale est difficile, les mimiques sont rares, cependant le discours reste compréhensible. La séance de relaxation, proposée à Mme R., a pour objectif d'induire une détente et un relâchement musculaire afin de diminuer les dystonies. Lorsque Mme R. m'autorise à entrer dans la chambre, elle est allongée sur son lit. Elle pleure, sa respiration est rapide, thoracique. Mme R. est dans un état d'anxiété important. Elle me dit « *j'ai peur de ne pas guérir* ». Après avoir écouté et accueilli ses angoisses, je lui ai proposé de discuter avec l'interne pour qu'il la rassure et lui explique sa situation médicale.

En ce qui concerne Mme R., le cadre offert en psychomotricité a pu lui permettre de verbaliser ses angoisses. Les mots que le psychomotricien met sur l'état émotionnel du patient, perçu par sa capacité d'empathie, permettent d'accueillir l'anxiété dans un premier temps, de rassurer, et dans un deuxième temps de passer le relai aux autres professionnels plus qualifiés (psychologues ou médecins). Il s'agit de l'interne dans cette situation, puisque le service ne dispose pas de psychologue. L'interne m'a paru plus en capacité de rassurer la patiente quant à son état de santé et les moyens mis en œuvre pour améliorer ses douleurs, ses dystonies et son confort.

Troubles cognitifs et intellectuels

Les personnes atteintes de la maladie de Parkinson, présentent des troubles cognitifs et intellectuels qui se manifestent avec l'évolution de la pathologie. La plainte peut venir du patient lui-même, lorsque celui-ci a assez de recul pour prendre conscience de ses difficultés. Parfois, la plainte provient du conjoint ou d'un membre de la famille. L'aidant principal joue un rôle majeur dans la détection des troubles cognitifs et dans l'évolution de la pathologie. En lien avec le discours du patient et son vécu, il permet d'avoir un regard objectif sur l'apparition de nouveaux symptômes.

Les troubles cognitifs et intellectuels sont variés. Ils affectent la concentration, les capacités mnésiques, attentionnelles et les fonctions instrumentales (langage, les praxies). Ils

peuvent également se manifester dans les fonctions exécutives, lors de la planification et de l'élaboration de concepts.

Mr K., est un homme âgé de 71 ans. Il obtient un score de 23/30 à la Montreal Cognitive Assessment (MoCA¹⁰), ce qui représente une déficience cognitive légère selon l'échelle de la MoCA. Mr K. est hospitalisé à la suite d'une chute. Lors de l'entretien, il m'explique que « son corps a su répondre à toutes les sollicitations par le passé, mais pas depuis qu'on a découvert la maladie de Parkinson ». Il m'explique que ses chutes sont liées à « une perte de stabilité » et son « attention qui fluctue ».

Cette vignette clinique, expose bien la double problématique du corps « qui ne répond plus » et les troubles cognitifs, dont le patient a conscience, qui apparaissent avec l'évolution de la pathologie et majorent les difficultés d'un point de vue moteur.

*

Nous avons défini les caractéristiques cliniques qui se manifestent dans la maladie de Parkinson, d'un point de vue de la motricité, de la cognition et de la dynamique psychologique. Ceux-ci sont en lien avec l'état émotionnel du sujet. Il semble que les manifestations et l'évolution des symptômes moteurs et non moteurs, au cours de la pathologie, entraînent un remaniement de la dynamique psychomotrice du sujet. Quels sont les troubles psychomoteurs spécifiques de la maladie de Parkinson ?

3. Les troubles psychomoteurs

« Le trouble psychomoteur s'insinue dans le jeu des éléments de l'action qui se définit comme l'ajustement des moyens à un but. Il vient donc troubler les relations entre les moyens et leur fin. » CORRAZE (2010) cité par ALBARET (2015)(1)

L'hypertonie présente chez les patients entraîne des troubles de la régulation tonique, (GILARDIN, 2017)(16). Les dystonies, les dyskinésies ou encore les troubles posturaux, en lien avec les modifications toniques, entraînent une modification de l'organisation gestuelle. Le

¹⁰ La MoCA est un test permettant d'évaluer les capacités neurocognitives chez les personnes âgées. Ce test est plus sensible à la détection d'atteintes légères que le Mini Mental State Examination (MMSE), plus couramment utilisé.

patient rencontre des difficultés à réaliser un mouvement avec fluidité. De plus, les dystonies de la face, l'amimie¹¹ ou encore la dysarthrie mettent le patient en difficulté dans les relations. En effet, la communication non verbale, l'expression corporelle, l'expression du visage à valeur de communication, ne permet plus de soutenir le discours du patient.

*

La conscience et la représentation corporelle du patient sont également modifiées, à la fois par rapport à la progression de la pathologie, mais aussi en lien avec la variabilité de l'expression clinique des symptômes, au cours d'une même journée.

L'élaboration de la conscience de soi, de la conscience de son corps prend son origine dans « *le sentiment d'appartenance de son corps (sens of body ownership) d'une part, et l'agentivité (sens of agency) d'autre part [...]* ». L'agentivité est « *la correspondance entre sa propre intention et les effets corporels d'une action auto-générée qui contribue au sentiment de soi en tant qu'agent.* » (GALLAGER et JEANNEROD cités par ALBARET & al., 2016)(2).

« *L'agentivité* » dans la maladie de Parkinson est entravée. Les troubles de la régulation tonique ne permettent plus d'établir cette « *correspondance* » entre l'intention du mouvement (la volonté et la commande motrice) et l'exécution de celui-ci (par exemple pendant les épisodes de freezing).

*

Les troubles cognitifs, psychologiques, en lien avec les troubles de la représentation du corps entraînent des difficultés dans la régulation et la compréhension des émotions ressenties (anxiété, angoisse, fragilité dépressive, labilité émotionnelle). Les patients sont en difficulté et se sentent dévalorisés par rapport à leurs capacités à la fois motrices et intellectuelles.

De ce fait, il est difficile pour les patients atteints de la maladie de Parkinson d'entretenir une relation à soi (dévalorisation, perte d'identité, perte de la confiance en soi et mise à distance du corps) et à l'autre (troubles de la communication, repli sur soi, perte d'initiative). (GILARDIN, 2017)(16)

¹¹ L'amimie qualifie la diminution, voire la disparition des mimiques et des expressions du visage.

Le corps est douloureux, mais il est aussi souffrance dans sa représentation. Les patients mettent à distance le corps, perdent confiance en leurs capacités corporelles et en leur estime d'eux-mêmes.

Mr P. est un homme âgé de 50 ans, atteint de la maladie de Parkinson, au stade des fluctuations motrices. Il est hospitalisé pour une réévaluation thérapeutique, en raison de ses dyskinésies importantes et envahissantes. Lors de l'entretien, Mr P. m'explique qu'il « *n'accepte pas la pathologie* » car il se sent « *prisonnier de son corps* » et « *oppressé* ». Il m'explique que la maladie « *lui a coûté son mariage* ». « *Je ne vais pas très bien car je marche moins bien qu'avant. Je sais que je suis malade, mais je ne l'accepte pas. Je me demande pourquoi moi* ». Concernant l'image du corps Mr P. était sportif, il pratiquait le rugby, il m'explique qu'il a dû « *arrêter en raison de sa maladie* ». Il me dit « *avant j'étais musclé mais maintenant je suis tout maigre, je me sens affaibli à cause des dyskinésies* ».

Le cas de Mr P. montre à quel point la pathologie entraîne un remaniement identitaire et corporel car les symptômes altèrent le sentiment de contrôle du corps.

La souffrance prend corps dans les difficultés relationnelles et les difficultés comportementales. Le corps n'est plus objet de relation, il n'est plus source de rencontres et de communication ni d'échanges, il enferme. Les douleurs ressenties entraînent des difficultés corporelles supplémentaires. Quelle est la place et la symptomatologie de la douleur dans la maladie de Parkinson ?

4. La douleur dans la maladie de Parkinson

Les douleurs spécifiques de la maladie de Parkinson peuvent être centrales (en lien avec la dénervation dopaminergique) ou secondaires à la pathologie (rhumatismale). Cependant, celles-ci sont variées et intriquées entre elles, ce qui rend le diagnostic spécifique compliqué. Parmi les douleurs d'origine centrale on retrouve :

« *Les crampes fugaces* » sont des raideurs douloureuses qui surviennent dans 30% des cas (DIJAN, 2002) (13). Elles apparaissent généralement au niveau des membres inférieurs. Le manque d'activité, l'immobilité peuvent être à l'origine de ces douleurs.

« *Les dystonies douloureuses* ». La dystonie est une « *contraction musculaire anormale et inadaptée qui apparaît au cours d'un mouvement (crampe professionnelle) ou dans le*

maintien d'une attitude (torticolis) et peut s'accompagner de spasmes engendrés par une série de contractures. » (ALBARET, 2015)(1). La douleur est liée aux contractures musculaires qui peuvent durer plusieurs heures.

« *Les dysesthésies ou douleurs neuropathiques* » sont fréquentes et d'origine centrale (SOUQUES, 1921 cité par DIJAN, 2002)(13). Elles sont liées à une atteinte du Système Nerveux Central (SNC) ou du système Nerveux Périphérique (SNP). Elles peuvent provoquer des sensations de fourmillements, de picotements, de piqûres ou d'élanements et sont prédominantes au niveau des membres inférieurs. Ces douleurs surviennent lors des périodes « off » notamment. La réponse au traitement médicamenteux est partielle.

Les douleurs abdominales ou épigastriques, les céphalées, les douleurs de la sphère oropharyngée et le syndrome des jambes sans repos, sont aussi des douleurs d'origine centrale qui apparaissent généralement en période « off ».

*

Les douleurs secondaires à la pathologie, quant à elles, sont induites par les symptômes moteurs. Il s'agit souvent de douleurs musculosquelettiques et articulaires. Elles sont présentes dans 60 à 70% des cas (DIJAN, 2002)(13). Généralement secondaires aux rétractations musculaires, les douleurs peuvent être axiales ou articulaires (associées à des pathologies telles que l'arthrose ou en lien avec des affections rhumatologiques).

Les douleurs centrales sont liées aux fluctuations motrices (accentuées en période « off ») et généralement présentes du côté le plus akinétique. Elles sont intermittentes, souvent mal localisées, proximales, et d'évolution variable.

En réalité la douleur revête un aspect plus complexe, en lien avec l'expérience émotionnelle et sensorielle du sujet.

Nous avons vu dans cette première partie les aspects généraux et symptomatologiques de la maladie de Parkinson. Il s'agit d'une pathologie évolutive qui affecte l'intégrité du sujet, dans sa dimension relationnelle, identitaire et corporelle. Les thérapeutiques doivent s'adapter aux patients et se réajuster au fur et à mesure des changements induits par la pathologie.

II. L'ADAPTATION DES PRISES EN CHARGE DANS LA DYNAMIQUE DE LA PATHOLOGIE

A. LES TRAITEMENTS DANS LA MALADIE DE PARKINSON

1. Les traitements médicamenteux

Les traitements permettent de substituer la dopamine manquante dans le système dopaminergique afin de réduire l'expression clinique des symptômes. Les traitements sont adaptés en fonction du stade d'évolution de la pathologie lors d'une hospitalisation¹² ou d'une consultation avec le neurologue. Il existe différents types de traitements qui n'ont cessé d'évoluer depuis les années 1960.

Les précurseurs dopaminergiques tels que la lévodopa (L-dopa) sont les premiers traitements administrés aux patients. Les précurseurs dopaminergiques sont transformés en dopamine dans l'organisme. Encore aujourd'hui, il s'agit d'un traitement majeur dans le diagnostic et la prise en charge de la maladie de Parkinson. Les différentes formes (standards, dispersibles, à libération prolongée, pompe Duodopa®) permettent aux neurologues d'adapter les traitements au stade des fluctuations motrices notamment (BONNET & al., 2013)(6).

Néanmoins, avec le temps, la durée d'action de la lévodopa diminue. Ce phénomène s'observe lorsque les patients équilibrés passent du stade « lune de miel » à la phase « d'état » ou à la phase « des fluctuations motrices ». L'équilibre médicamenteux qui était instauré est rompu. Les précurseurs dopaminergiques perdent en efficacité et en durée d'action.

*

Les agonistes dopaminergiques apparaissent en 1970. Ils agissent sur les récepteurs dopaminergiques présents dans le striatum. Ils stimulent la capture de la dopamine par les neurones du striatum. L'avantage de ces traitements est leur durée d'action plus longue et plus stable par rapport aux précurseurs dopaminergiques. Ils ont une « *action douce et prolongée* » (BONNET & al., 2013)(6)

Cependant, ils présentent des effets indésirables tels que des HTO, des nausées, des vomissements, des œdèmes au niveau des membres inférieurs ou encore des hallucinations.

¹² La prise en charge hospitalière permet de surveiller le patient en cas de manifestations d'effets secondaires.

Ils permettent de retarder la prescription de précurseurs dopaminergiques, sont utilisés à des stades précoces ou lors des fluctuations motrices. La pompe Apomorphine®, sur le même principe que la pompe Duodopa® permet l'administration en continue d'agoniste dopaminergiques.

*

Les traitements neuroprotecteurs (VANDERHEYDEN, 2010)(34) ou inhibiteurs enzymatiques permettent de diminuer l'action d'enzymes¹³. En combinant la L-dopa à ces inhibiteurs enzymatiques (I-COMT et I-MAO), les taux de dopamine formés à partir de la L-dopa sont plus importants. Les inhibiteurs enzymatiques sont essentiels lors de la phase des fluctuations motrices puisqu'ils permettent d'augmenter la durée d'action de la lévodopa, donc la durée de phases « on ». De ce fait l'administration quotidienne de précurseurs dopaminergiques est diminuée, les prises sont moins fréquentes (BONNET & al., 2013) (6).

*

Dans la maladie de Parkinson, la prise régulière de traitement, lorsqu'il est équilibré, permet de rassurer le patient. Selon S. ROBERT OUVRAY (2015) (30), le temps se construit sur une base sensorielle. L'alternance entre un état tonique tendu/détendu associé à une sensation de faim/satiété chez le nourrisson permet la première expérience du temps. La fluctuation entre les périodes « on/off » dans la pathologie, peut être vécue de façon déstructurante. Cependant, les traitements réguliers, à heure fixe, permettent aux patients l'anticipation du relâchement musculaire, de la période « on » qui suivra la prise médicamenteuse. En parallèle avec les premiers temps de la vie, la régularité des prises médicamenteuses permet de donner du sens à la prise en charge, et permet au patient de s'inscrire dans le temps et d'organiser ses journées en fonction.

Quels sont les traitements alternatifs ou complémentaires à ces traitements médicamenteux ?

2. De la neurochirurgie et la stimulation cérébrale profonde (SCP)

En 1960, en parallèle de la mise en place des précurseurs dopaminergiques, la neurochirurgie se développe afin de traiter les tremblements. En 1990, la SCP apparaît. Il s'agit

¹³ La Cathéchol-O-méthyltransférase (COMT) et la monoamineoxydase (MAO) sont des enzymes qui dégradent la dopamine

d'implanter des électrodes dans le cerveau afin d'administrer un courant électrique continue appelée « stimulation bilatérale des noyaux sous thalamiques » ou « stimulation à haute fréquence » (BONNET & al., 2013) (6)

Cependant ce traitement chirurgical est préconisé chez des patients qui répondent à un ensemble de critères bien précis. Les patients doivent avoir une bonne réponse au traitement à la L-dopa, jeune, sans troubles cognitifs ou intellectuels particuliers, sans trouble de la marche ni de l'équilibre sévère. La SCP est préconisée pour « *les patients dont la qualité de vie est altérée par un mauvais contrôle médicamenteux de l'état moteur* » (HAS, 2016) (40)

Il existe trois cibles à la stimulation cérébrale profonde et les effets observés cliniquement dépendent de la cible visée :

- Noyau ventral intermédiaire qui traite essentiellement les problèmes de tremblements
- Le pallidum interne efficace sur les dyskinésies
- Les noyaux sous thalamiques qui, une fois stimulés, améliorent l'ensemble des signes majeurs de la maladie de parkinson et permettent une diminution des traitements médicamenteux de 50 à 80%, voire l'arrêt complet. C'est la pratique la plus couramment utilisée à ce jour, puisqu'elle diminue les dyskinésies dopa induites.

Ce traitement permet une amélioration de la vie quotidienne. Cependant la SCP peut induire des complications et des effets indésirables (hypophonie, dysarthrie, troubles de l'équilibre ou encore une prise de poids).

Cette opération nécessite également une période d'adaptation thérapeutique post-opératoire de 3 à 6 mois.

Nous avons vu et défini les différents types de traitements médicamenteux ainsi que la stimulation cérébrale profonde. Cependant, on peut se demander quelle est la stratégie thérapeutique en fonction de l'évolution de la pathologie ?

B. LES STRATEGIES THERAPEUTIQUES

A ce jour, il n'existe pas de traitements curatifs, ils sont, au mieux, stabilisateurs. Les stratégies thérapeutiques sont variables en fonction du stade de la pathologie, des traitements déjà proposés, de leurs tolérances par le patient et des effets secondaires induits. L'idée majeure de la mise en place d'un traitement pour un patient atteint de la maladie de Parkinson est de savoir quand introduire la L-dopa et comment l'adapter. (BONNET & al., 2013)(6)

L'alliance thérapeutique créée entre le neurologue, ou plus largement entre les professionnels de santé et le patient est essentielle, pour permettre à la personne de se saisir de ses traitements et de sa prise en charge. Selon LACAN (1964) cité par T. BENAVIDES, (2015) (4) « *Cette alliance s'appuie sur la confiance donnée par le patient au clinicien posé en supposé savoir [...] investi de cette façon le thérapeute est vu comme celui qui saura remédier à ses tourments.* »

*

En phase initiale, l'objectif est de mettre en route et de stabiliser le traitement. Les neurologues prescrivent généralement des agonistes dopaminergiques (neuroprotecteurs) ou des inhibiteurs enzymatiques.

La stratégie thérapeutique est différente entre la phase initiale et le stade des fluctuations motrices. Il s'agit de gérer les complications motrices en visant à prolonger le plus possible les périodes « on » (sans blocage) et éviter les périodes « off ». L'objectif est d'éviter les mouvements anormaux involontaires (dyskinésies ou dystonies) dopa induits durant les périodes « on ». A chaque étape de la maladie, la règle principale du traitement est d'améliorer le confort pendant toute la durée de cette étape et retarder le passage à la phase suivante.

*

Dans ce sillon, où, la pathologie affecte à la fois, l'aspect fonctionnel du corps, à la fois la dimension psychique, sociale et relationnelle du sujet, il paraît intéressant de se demander et de considérer comment sont organisées les prises en charges interprofessionnelles autour du patient atteint de la maladie de parkinson ?

Quels accompagnements sont proposés aux patients pour leur permettre de vivre au mieux avec l'évolution de la pathologie ? Quel est, en particulier, l'accompagnement proposé en service hospitalier au moment d'une transition dans l'évolution de la pathologie, de la réévaluation thérapeutique ? Quelle est la place de la psychomotricité dans un service d'hospitalisation pour le réajustement thérapeutique des patients atteints de la maladie de Parkinson ?

C. LA CONTENANCE DE L'ORGANISATION HOSPITALIERE

1. Présentation du service

Le service de neurologie est divisé en deux unités : une unité « épilepsie » et une unité « motricité ». Il accueille des patients en provenance du pôle neurosciences, dépendants d'une spécialité neurologique.

Le service dispose de 18 chambres (24 lits) répartis en 3 secteurs. Chaque Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE), en collaboration avec un(e) Aide-Soignant(e) (AS), est responsable des patients de son secteur. Le service est ouvert 24h/24 et accueille les patients pour une durée de court séjour.

L'unité épilepsie prend en charge des patients épileptiques pour une réévaluation thérapeutique, un bilan diagnostique, ou bien, à la suite d'une crise ou d'un Etat De Mal Epileptique (EDME).

L'unité motricité est orientée dans la prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson ou de maladies apparentées (syndrome parkinsonien atypique), ou des pathologies affectant le système moteur et les maladies neurodégénératives. Le bilan diagnostique et la réévaluation thérapeutique, en lien avec l'évolution de la pathologie neurodégénérative, sont les motifs d'hospitalisations.

2. L'interprofessionnalité pour accompagner l'évolution de la pathologie

Le vieillissement de la population appelle à une augmentation de la prévalence de la maladie de Parkinson. Dès lors, il est « impératif » que le parcours de soin des patients rencontre les « attentes ». Cet objectif ne peut être atteint qu'en mettant en lien « les connaissances et les observations cliniques des professionnels de la santé avec l'expérience de ceux qui vivent au jour le jour avec cette maladie chronique ». L'amélioration de la qualité de vie et du confort des patients, les résultats et la satisfaction des soignants, dépendent de « leurs attentes communes auprès d'un service de neurologie. » M. G. BAKER (2010) (34). Les projets de soin, plus largement l'organisation hospitalière, tentent de répondre aux attentes de la personne en prenant en compte parfois les limites institutionnelles.

L'organisation du service, la coordination des équipes et la qualité des soins sont assurés par la cadre de santé.

L'unité est coordonnée d'un point de vue médical par deux professeurs neurologues, praticiens hospitaliers (PH). Un à deux internes, sous la direction du chef de clinique, qui assistent les PH. Ils ont la responsabilité médicale des patients et prescrivent les interventions des différents professionnels paramédicaux et les traitements médicamenteux.

Des réunions d'équipes (les mardis et jeudis) ainsi que des visites médicales (les mardis et vendredis) sont organisées afin de faire le point sur la situation des patients. Les réunions rassemblent les infirmières, aides-soignantes, la kinésithérapeute, l'assistante sociale, les internes, les externes, la cadre de santé et les PH.

*

Tout au long de l'évolution de la maladie, le patient atteint de la maladie de Parkinson, ainsi que sa famille, seront amenés à rencontrer de multiples professionnels dans le domaine médico-psycho-social. Il est nécessaire que les patients créent des relations privilégiées, de confiance avec les intervenants pour pouvoir se saisir de leurs prises en charge.

De manière systématique, dans un service hospitalier, le patient rencontre un neurologue, des infirmiers diplômés d'état (IDE), des aides-soignants (AS), un kinésithérapeute, un orthophoniste, un psychologue ou neuropsychologue. (HAS, 2016) (40)

D'un point de vue paramédical, les patients peuvent rencontrer un ergothérapeute, un psychomotricien, un diététicien, un pédicure-podologue et un orthoptiste. Un assistant de service social peut également intervenir. Cette liste est non exhaustive.

La relation privilégiée avec le neurologue

Le neurologue intervient de manière systématique dans le suivi et la prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson. Quel que soit l'état et le stade de la pathologie il assure le suivi médicamenteux et peut avoir recours, si besoin, à une demande d'hospitalisation.

Le médecin traitant et le neurologue sont les coordonnateurs principaux de la prise en charge. Ils travaillent en collaboration. Ils détectent la pathologie, émettent des hypothèses diagnostiques et confirment celles-ci. Ils ont la capacité de déléguer certaines tâches à d'autres professionnels paramédicaux afin de réaliser des actes pour maintenir les capacités d'autonomie du patient. (Annexe 4)

L'objectif principal est d'anticiper la survenue de complications (nouveaux signes ou nouvelles problématiques). « Une évaluation précoce » par les professionnels paramédicaux

permet de diagnostiquer et d'anticiper la survenue de troubles et permet de considérer l'évolution de la pathologie. « *Elle participe à la mise en place d'un programme de rééducation qui précède et parfois prévient les difficultés à venir* » (HAS, 2016) (40). La prise en charge rééducative tient une place importante dans l'accompagnement des patients.

La rééducation au centre de l'accompagnement des personnes malades de Parkinson

Le kinésithérapeute (Annexe 4) évalue les compétences fonctionnelles du patient et propose des interventions rééducatives en lien avec les difficultés repérées. Il intervient notamment dans l'évaluation des troubles moteurs, des mouvements anormaux et des fluctuations motrices et leurs conséquences sur le retentissement fonctionnel du sujet (réaliser ses transferts, se déplacer, réaliser des activités de la vie quotidienne). Il permet également la détection précoce des troubles non moteurs (douleurs, troubles cognitifs).

L'orthophoniste prend en charge et accompagne la dysarthrie, les troubles de la parole, les troubles de la déglutition et du langage écrit. Il réalise des évaluations des compétences et propose une prise en charge adaptée. Il peut accompagner la prise en charge des troubles cognitifs.

L'accompagnement social

L'assistant de service social permet d'informer le patient de ses droits. Il accompagne la personne dans les démarches administratives (mise en place d'aides à domicile, aides financières). Il oriente le patient dans la recherche d'un milieu de vie adapté (centre de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ou une hospitalisation à domicile).

L'accompagnement psychologique et neuropsychologique

Le service hospitalier dans lequel j'ai réalisé mon stage dispose de neuropsychologues mais il n'y a pas de psychologue présent.

Le psychologue permettrait l'accompagnement du patient et des proches dès l'annonce du diagnostic, pour les troubles anxieux, les dépressions, et les problématiques individuelles rencontrées.

Le neuropsychologue quant à lui, intervient dans l'évaluation des fonctions cognitives dans le cas d'une suspicion de détérioration des fonctions cognitives et intellectuelles.

Tous ces acteurs œuvrent dans un but commun au sein de la structure hospitalière et dans le quotidien des patients afin de leur permettre de conserver une qualité de vie confortable et une autonomie. En quoi le cadre hospitalier permet-il d'offrir une sécurité au patient dans la rythmicité des soins quotidiens ?

3. Parcours du patient : le cadre de l'hôpital un espace transitionnel et rythmé

L'interprofessionnalité permet de définir le rôle de chaque professionnel dans une dynamique commune en garantissant le respect de la spécificité de chacun des intervenants. De plus, la structure hospitalière revête la particularité d'un cadre et d'un fonctionnement très rythmé et structuré. Les professionnels s'inscrivent dans un cadre institutionnel, un fonctionnement à la fois symbolique et un cadre spatial et temporel physique.

Pré-hospitalisation

Lorsque l'hospitalisation est programmée pour un diagnostic ou une réévaluation thérapeutique, celle-ci est notée sur un cahier d'entrée et organisée, par la cadre de santé, selon un planning (examens à réaliser, convocation, admission).

Entrée dans le service, un cadre contenant l'espace de la chambre

Le patient est accueilli par l'IDE responsable du secteur et vérifie le respect des consignes et les données du dossier en chambre. Le patient est consulté par l'interne, puis le médecin responsable. Durant l'hospitalisation les informations personnelles du patient, les résultats d'examens et d'analyse sont consignées dans le dossier patient informatique. Ces informations sont consultables par les professionnels de santé, et sont échangées au cours des transmissions et des réunions d'équipes, sous condition du respect du secret médical.

L'intervention des ASH permet de garantir la neutralité du lieu de l'hôpital et l'espace de la chambre. Le port des blouses par les professionnels de santé et leur présence, renforce ce cadre physique singulier. Ces espaces définis peuvent être investis par le patient au moment de son hospitalisation en y introduisant des objets personnels et en proposant un aménagement qui lui est propre.

Les termes d'objets et de phénomènes transitionnels désignent « *l'aire intermédiaire d'expérience qui se situe entre le pouce et l'ours en peluche, entre l'érotisme oral et la véritable relation d'objet, entre l'activité créatrice primaire et la projection de ce qui a déjà été*

introjecté, entre l'ignorance primaire de la dette et la reconnaissance de celle-ci. »
WINNICOTT (1971) (35)

Selon la théorie de WINNICOTT (35), l'espace de la chambre, le lieu de l'hôpital est une aire transitionnelle qui permet au sujet hospitalisé de faire coexister, en un même lieu, sa réalité intérieure, son expérience et son histoire en tant que sujet et la réalité objectivement perçue de sa maladie et de sa présence pour une prise en soin.

Le patient peut investir sa prise en charge, sans que cette expérience soit trop intrusive ou déroutante, bien qu'une hospitalisation modifie les habitudes de vie. Le cadre physique et contenant offert par cette aire transitionnelle, permet au patient de donner du sens au moment de l'hospitalisation.

La durée de l'hospitalisation : la rythmicité de la journée garantie par la gestion des soins des AS et des IDE

Chaque journée est organisée par les soins des AS et des IDE. La toilette, la prise de traitement régulière, les repas, rythment la vie du patient. Ils lui permettent d'intégrer le rythme institutionnel, d'anticiper le déroulement de la journée et apportent un cadre sécurisant et contenant.

MARCELLI (2007) (24) les définit comme des « *macrorhythmes* ». Ils sont définis « *dans le domaine des interactions de soins et des anticipations confirmés* ». Lorsque le patient s'attend à recevoir un soin, la réponse arrive. La façon dont il démarre et s'achève, la manière dont la parole porte et accompagne ce soin, apporte une sécurité et un sentiment de satisfaction des besoins primaires, en lien avec un état tonique de détente.

La rencontre avec les soignants crée une aire transitionnelle. Selon la théorie de WINNICOTT (35), les soins prodigués par les soignants créent « *l'illusion* » d'une rencontre entre le besoin primaire, la vie intérieure du patient et la réponse adaptée de l'environnement.

MARCELLI (24) dit que la « *continuité narcissique du [patient] s'étaye sur la confirmation et la satisfaction de ses attentes : rythme nyctéméral/macrorhythmes/rerelations de soin/anticipations confirmées/apaisement/capacité de mémorisation/narcissisme primaire.* »

*

En complément de ces macrorhythmes s'intègrent des « *des interactions ludiques* ». Dans la théorie de MARCELLI (24), il s'agit d'un jeu qui s'instaure entre le nourrisson et la personne

qui en prend soin où la « *communication non verbale fait toujours comprendre le sens du jeu* ». Ces « *microrhythmes* » peuvent être mis en parallèle aux moments des soins donnés par le personnel soignant qui instaure des microrhythmes, des instants de « *surprise* », « *d'étonnement* », dans le discours et les soins (la qualité du toucher qui ne sera pas la même, l'humour, la relation qui sera différente).

Les microrhythmes sont définis par « *la relation humaine proximale, les interactions ludiques, l'attente trompée, les échanges d'affects, la différenciation narcissique secondaire.* » (MARCELLI, 2007) (24)

« *C'est la conjonction de ces deux temps qui [...] constitue le rythme idiosyncrasique individuel qui fonde la subjectivité et par lequel celle-ci s'exprime.* » (MARCELLI, 2007)(24)

En cela l'hospitalisation, son cadre de fonctionnement, permet d'apporter et de garantir une sécurité physique, psychique et affective au patient atteint de la maladie de Parkinson.

Sortie d'hospitalisation

A la sortie de l'hospitalisation, le PH ou l'interne, signe les prescriptions (traitements médicamenteux, prise en charge rééducative, matériel médical). L'IDE remet un bulletin de sortie au patient, avec des recommandations et les conduites à tenir en vue de la suite des prises en charge au domicile ou en institution (Soin de Suite et de Réadaptation, Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes). Un compte rendu d'hospitalisation est remis au médecin traitant ou au médecin référent de la structure institutionnelle qui prend la suite des soins.

4. La place de la psychomotricité dans un service hospitalier

La psychomotricité trouve sa place d'une part auprès des patients atteints de la maladie de Parkinson du fait des troubles psychomoteurs qu'ils présentent. Notamment dans l'accompagnement de la régulation tonique et de la renarcissisation corporelle du sujet.

L'organisation hospitalière qui intervient dans la réévaluation thérapeutique des patients atteints de la maladie de Parkinson confère un cadre spatio-temporel contenant. Les temps, les rythmes séculaires et le cadre spatial physique et psychique, nécessaire à la prise en charge, permet d'inscrire la psychomotricité auprès des patients en service hospitalier.

*

Quels sont les leviers de prise en charge et les indications qui permettent une intervention en psychomotricité ? Durant mon stage, un lien s'est établi entre la médiation relaxation utilisée et les nombreuses indications concernant le vécu corporel douloureux. La douleur est un aspect important dans la maladie de Parkinson. Comment est-il possible de penser le vécu corporel douloureux spécifique dans cette pathologie ? En quoi l'accompagnement en psychomotricité permet d'accompagner et de remettre du sens sur cette expérience sensorielle ?

PARTIE II – LA DOULEUR ET SES SPECIFICITES DANS LA MALADIE DE PARKINSON

Dans cette seconde partie, ma réflexion portera sur la place et la spécificité de la douleur, dans le vécu corporel des patients, atteints de la maladie de Parkinson.

Je répondrai aux interrogations suivantes : Quels sont les mécanismes d'expression et de perception de la douleur ? En quoi cette expérience sensorielle est-elle particulière dans cette pathologie ? En quoi affecte-elle le sujet dans sa dimension psychomotrice ? Comment la prise en charge par la relaxation permet-elle de faire le lien entre la douleur, le tonus, les émotions et la maladie de Parkinson ?

Je ne traiterai pas dans le détail des méthodes d'évaluation, et des traitements médicamenteux proposés pour soulager la douleur, cependant, ce sont des éléments essentiels de la prise en charge de celle-ci.

I. PRESENTATION ET SPECIFICITES DE LA DOULEUR DANS LA MALADIE DE PARKINSON

A. GENERALITES DU FONCTIONNEMENT PHYSIOLOGIQUE DE LA DOULEUR

1. Définition du mot « douleur »

La douleur est définie comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion. » selon l'International Association for the Study of Pain (IASP) cité par BOUREAU (1988) (7).

BOUREAU (7) complète la définition de la douleur, en expliquant qu'il s'agit d'une expérience « subjective » liée à la « blessure ». La douleur provoque une expérience sensorielle dont l'origine est la lésion tissulaire qui crée un message nerveux nociceptif. Par conséquent, la douleur est « *l'expérience que l'on associe à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle.* »

La douleur, au-delà de l'expérience sensorielle, nerveuse, est également une « *expérience émotionnelle* ». La douleur peut être ressentie, éprouvée comme une « *expérience décrite en des termes évoquant une telle lésion* » en l'absence de lésion objective.

Cette définition permet de faire la différence entre le stimulus nerveux nociceptif et la sensation de la douleur. Les deux peuvent être liés, ou s'exprimer indépendamment l'un de l'autre. La douleur n'est pas la nociception et inversement.¹⁴

La douleur dans la maladie de Parkinson peut être chronique ou aiguë. Quel est le phénomène neurophysiologique à l'origine du message douloureux ?

2. Origine nociceptive de l'information douloureuse : un sens à part entière

L'homme perçoit les sensations qui proviennent de l'environnement extérieur et de son propre corps par la somesthésie, aussi appelée la sensibilité somatosensorielle. Celle-ci regroupe quatre modalités différentes :

¹⁴ Exemple : un sportif qui se blesse en plein effort, peut ne pas ressentir la douleur, alors que la lésion est présente. Inversement, une personne peut exprimer une sensation douloureuse, sans qu'il n'y ait de lésion

- Le toucher ou sensation tactile, qui dépend des mécanorécepteurs présents sur l'enveloppe corporelle.
- Le sens proprioceptif, qui permet d'avoir la sensation de la position de nos membres dans l'espace. Il permet de sentir, de percevoir et de se représenter les mouvements.
- La sensation thermique qui permet de discriminer le chaud du froid grâce aux thermorécepteurs.
- La nociception permet d'informer le corps des sensations douloureuses. « *Les récepteurs de la sensation de la douleur sont appelés « nocicepteurs » et sont localisés dans tout l'organisme* » comme l'explique SCHMIDT (1999) cité par LOUVEL et OMRANA (2015) (23)

Il existe deux types de récepteurs nociceptifs :

- Les nocicepteurs superficiels, plutôt situés au niveau de la peau et plus spécifiques pour transmettre des informations nerveuses de types thermiques ou mécaniques. L'information est relayée par les fibres A δ (peu myélinisée) dont la vitesse de conduction est lente. La stimulation de ces fibres induit une sensation de douleur aiguë.
- Les nocicepteurs polymodaux portés par les fibres C (non myélinisées) dont la vitesse de conduction est très lente. Elles sont à l'origine de sensations douloureuses sourdes (douleur viscérale par exemple).

Les nocicepteurs sont présents sur l'ensemble du corps, de façon plus ou moins homogène. Ils sont nombreux sur la peau et la paroi interne des vaisseaux sanguins. Les terminaisons nerveuses sont plus importantes aux extrémités telles que les doigts ou les pieds, ce qui explique notre plus grande sensibilité. Les muscles et les articulations (ligaments et capsule interne) sont également sensibles à la nociception. Les récepteurs sont présents de façon continue et régulière au niveau du périoste et de la moelle des os. Ainsi, la sensibilité osseuse n'est présente qu'en cas de traumatisme (fracture, périostite, ou métastase osseuse). Enfin on retrouve des nocicepteurs au niveau des viscères de façon très inégales, qui fait le caractère peu identifiable des douleurs viscérales (peu localisées, diffuses et profondes).

*

La vitesse de conduction de l'information nociceptive portée par les fibres A δ et C est très lente par rapport à l'information sensitive tactile. La sensation du toucher est portée par les fibres myélinisées, A α et A β , dont la vitesse de transmission est plus rapide.

Cette différence permet, en partie, la modulation du message nociceptif. Comment l'information nociceptive est-elle modulée ? En quoi ce mécanisme peut-il être intéressant dans une prise en charge en psychomotricité ?

3. La modulation du message douloureux : information tactile et nociceptive

Ce fonctionnement est très schématique, et n'est pas représentatif de la complexité de l'information douloureuse. Cependant, il permet de comprendre, dans les grandes lignes, l'origine de l'expérience douloureuse et le fonctionnement de l'afférence nociceptive. Il existe 4 systèmes de contrôle de la douleur et de modulation du message douloureux :

- Le contrôle segmentaire spinaux ou la théorie du Gate Control (Annexe 5) développée par MELZACK & WALL cité par CALVINO & GRILLO (2006) (10)
- Contrôle inhibiteurs descendants
- Contrôle facilitateurs descendants
- Contrôle inhibiteurs diffus induit par une stimulation nociceptive

La théorie du Gate Control, modélise un équilibre existant entre les fibres A δ et C activatrices de l'information nociceptive et les fibres inhibitrices A α et β qui transmettent des informations sensorielles tactiles et proprioceptives. Le stimulus douloureux est perçu, si les fibres nociceptives sont activées (fibres de petit diamètre).

Le modèle du Gate Control démontre que la stimulation des fibres sensibles et proprioceptives (fibres de gros diamètre), permet l'inhibition de l'activité des fibres nociceptives. En effet les fibres de la sensibilité tactile, de gros diamètre ont une conduction nerveuse plus rapide, qui inhibe par l'intermédiaire d'un interneurone (SG) le neurone qui transmet l'information nociceptive. L'activité des fibres de la sensibilité bloque la transmission de l'information nociceptive vers les centres supérieurs. En revanche, l'activation des fibres nociceptives, ouvre la voie de passage de l'information nerveuse, par l'intermédiaire d'un interneurone activateur et transmet le message nerveux douloureux au cortex.

Cette modulation est soumise à d'autres mécanismes de contrôle plus complexes.

A partir de la théorie du Gate Control des méthodes thérapeutiques ont été développées afin de diminuer l'intensité de la douleur, telle que la neurostimulation électrique périphérique (TENS).

La théorie du Gate Control s'applique lorsqu'un contact physique, notamment lors du toucher-massage ou de la relaxation par induction corporelle, est proposé à un patient douloureux en séance de psychomotricité.

L'utilisation de ces médiations stimule les fibres tactiles et proprioceptives par un contact de peau-à-peau, des vibrations ou encore des étirements. Ainsi, la prise en charge en psychomotricité auprès de patients douloureux trouve sa place dans l'accompagnement de la douleur.

Cependant, la douleur, par définition, n'est pas la nociception. Il s'agit d'une expérience corporelle, sensorielle plus complexe et ses composantes sont diverses. Quelles sont les composantes de la douleur ? Nous verrons, par la suite, en quoi la prise en charge en psychomotricité permet d'aborder la douleur dans sa dimension complexe.

B. LES COMPOSANTES DE LA DOULEUR

1. Les composantes physiques, sensori-discriminatives

La composante sensori-discriminative correspond aux mécanismes neurophysiologiques que nous avons vu précédemment, qui permettent de qualifier et de quantifier la douleur. Il s'agit pour le patient d'évaluer sa douleur en termes d'intensité, de localisation, de qualité (brûlure, fourmillement, décharges) et de durée. (7)(10)

Cette composante sensori-discriminative est appréciée dans l'évaluation de la douleur par le TILT (Temps, Intensité, Localisation, Type) par les soignants. Elle a valeur sémiologique, car elle permet au praticien d'évoquer les causes possibles.

2. La composante cognitive

La cognition désigne les processus mentaux, intellectuels par lesquels l'individu perçoit son environnement, et les stimulus extérieurs. Il s'agit de procédés intellectuels et de raisonnement du sujet qui influencent la perception de la douleur et les comportements du sujet qui en découlent. Les stratégies comportementales peuvent être diverses : interprétations de la douleur, processus d'attention ou de diversion de l'attention, anticipations, références à des expériences douloureuses antérieures. (BOUREAU, 1988) (7)

L'étude de BEECHER, cité par BOUREAU (7), dans laquelle un groupe de militaires et de civils sont comparés pour des lésions identiques, montre une différence entre les

représentations positives de la douleur chez les militaires et négatives chez les civils. L'étude montre également une consommation moindre d'antalgiques chez les militaires par rapport aux civils, pour qui, la représentation de la douleur est plus négative.

3. La composante comportementale

Le message nociceptif, la douleur perçue et ressentie par le patient, induisent des manifestations à valeur de communication. Ces réponses comportementales peuvent être verbales (plaintes, gémissements) ou non verbales (expression du visage douloureuse, posture de repli). Ils sont autant de signes observables auxquels le soignant doit être attentif.

Le comportement peut être adapté (coping positif) ou inadapté (coping négatif) avec des renforcements positifs, comme les bénéfices secondaires auprès de l'entourage ou du corps médical. Les renforcements peuvent également concerner un évitement du mouvement par anticipation de la douleur (kinésiophobie), un isolement du sujet ou encore un rejet.

Ces renforcements vont conditionner les réponses postérieures de l'individu.

« Chez l'enfant, on connaît la séquence : pleurs, réconfort par la mère, soulagement. Les apprentissages antérieurs, fonction de l'environnement familial, ethnoculturel, de standards sociaux liés à l'âge et même au sexe vont donc modifier la réaction actuelle de l'individu. » (BOUREAU, 1988) (7)

*

Ces composantes comportementales, cognitives, et sensori-discriminatives permettent d'évaluer la douleur du patient, par des questionnaires d'auto-évaluation (échelle verbale simple, échelle numérique, échelle visuelle analogique) et d'hétéro-évaluation (échelle Doloplus®, échelle comportementale d'évaluation de la douleur chez la personne âgée) en fonction des capacités cognitives du patient et de ses comportements.

*

Cependant, la douleur n'est pas seulement liée à des composantes physiologiques, cognitives et comportementales. Il s'agit d'une expérience sensorielle et émotionnelle, qui donne lieu à une intégration puis une représentation de cette expérience par le sujet.

La composante affectivo-émotionnelle est intéressante en psychomotricité puisqu'elle est à l'œuvre auprès de patients atteints de la maladie de Parkinson, pour qui, la relation à l'autre est entravée.

4. La composante affectivo-émotionnelle, spécifique dans la MPI

Elle correspond à la façon dont le patient ressent sa douleur et dépend de sa personnalité. Cette composante est très présente dans la chronicisation de la douleur et peut donner lieu à des états anxieux, dépressogènes, notamment dans le syndrome de douleur chronique.

La façon dont le sujet est affecté par la douleur, et la compréhension du phénomène douloureux, dépendent de cette composante.

Un patient déjà fragilisé par une expérience corporelle douloureuse, ou un évènement de vie, sera d'autant plus sensible à la douleur. C'est le cas dans la maladie de Parkinson. Les patients sont déjà confrontés à la pathologie et souvent anxieux. Lorsque la douleur s'exprime, elle est d'autant plus intrusive et envahissante.

*

Nous avons vu les différentes composantes de la douleur qui entrent en jeu dans la modulation du message nociceptif, et la représentation que le patient se fait de sa douleur.

C. SPECIFICITES DE LA DOULEUR DANS LA MALADIE DE PARKINSON : QUELLE PERCEPTION ?

1. La douleur dans la MPI : une problématique actuelle

En 1817, CHARCOT ajoute à la description clinique de la maladie de Parkinson, des « douleurs rhumatismales » sévères à très sévères, précédant parfois les signes moteurs. Cette notion sera reprise plus tard par GOWERS en 1888. (BONNET & al., 2013)(6)

60% des personnes atteintes de la maladie de Parkinson sont douloureuses selon l'HAS (40). La douleur dans la maladie de Parkinson est une problématique importante et actuelle, qui fait l'objet de nombreuses études. En effet, l'association France Parkinson a subventionné ou attribué des bourses à 4 études concernant la douleur entre 2011 et 2017 (42). De plus, un appel à projet a été lancé par France Parkinson en 2018 dans le domaine des sciences humaines et sociales (38). Cet appel à projet comprend trois axes, dont un axe spécifique concernant la douleur, à la suite à l'étude de la douleur de 2017 (37).

Il s'agit d'un domaine d'étude d'actualité dans la maladie de Parkinson du fait de sa complexité.

2. Abaissement du seuil de la douleur dans la MPI

Les nombreuses afférences et efférences sensibles au niveau des noyaux gris centraux et les connexions multiples avec le cortex et le thalamus, expliquent la variabilité des douleurs rencontrées dans la maladie de Parkinson.

D'après une étude du Dr BREFEL-COURBON (2009) cité par TAJFEL & DECHY (2017) (5) la maladie de Parkinson affecterait les mécanismes « *d'autoprotection anti-douleur* ». Plus explicitement, le « *seuil de perception du signal de la douleur baisse* », les patients sont « *plus sensibles* ». Ce phénomène expliquerait la fréquence et la spécificité des douleurs dans la maladie de Parkinson.

*

Il existe plusieurs types de douleurs : la douleur aiguë, la douleur procédurale et la douleur chronique selon la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) (44)

Certains patients peuvent présenter des douleurs aiguës (post opératoire par exemple, à la suite d'une chute) et des douleurs procédurales (en lien avec les soins qui peuvent être douloureux, notamment lors des transferts pour les patients qui présentent des troubles posturaux par exemple). Cependant la majorité des douleurs dans la maladie de Parkinson, sont chroniques.

3. La douleur chronique spécifique de la MPI – le rôle de la composante affectivo-émotionnelle

La douleur dans la maladie de Parkinson n'est pas uniquement le résultat d'une complication de la pathologie, ni-même un symptôme parmi les autres. La douleur chronique est une pathologie à part entière qui s'ajoute aux difficultés des patients.

La douleur n'est plus considérée comme un simple « *symptôme, mais implique l'individu dans sa globalité, dans son « être* » » (TAMMAM, 2007) (33).

Elle est destructrice, puisqu'elle n'assure plus sa fonction « d'alarme ». D'origine plurifactorielle, elle est liée à un phénomène d'habituation, d'entretien, renforcé par le comportement du sujet. Elle est multidimensionnelle. Ainsi, la douleur chronique doit être évaluée et prise en charge afin de permettre une réadaptation du sujet dans les dimension bio-psycho-social. (BOUREAU, 1988) (7)

La douleur est considérée comme chronique, lorsqu'elle persiste plus de 3 mois avec une réponse inefficace aux traitements. Elle entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités quotidiennes, selon la SFETD (44).

La douleur chronique est multifactorielle. Elle est la conséquence d'une association de facteurs (temporels, somatiques, affectifs et émotionnels, cognitifs et comportementaux).

Le syndrome douloureux chronique, entraîne un remaniement identitaire, une réorganisation du schéma corporel, des relations à autrui. C'est une expérience subjective, qui n'a plus sa fonction d'alerte et de préservation du sujet.

*

Le vécu douloureux, fréquent, dans la maladie de Parkinson, participe à la réorganisation de l'identité corporelle du sujet. Il apparaît un lien entre la maladie de Parkinson, l'implication psychomotrice du sujet et le vécu corporel douloureux.

Quelle est l'impact de la douleur chronique, chez les patients atteints de la maladie de Parkinson, dans la dimension psychomotrice du sujet ? En quoi une prise en charge en psychomotricité permet d'accompagner et de redonner du sens aux modifications relationnelles, sensorielles et émotionnelles engendrées par la douleur ?

Je propose de faire le lien plus spécifique entre les troubles de la régulation tonique dans cette pathologie, la douleur et la relaxation, comme levier de prise en charge.

II. IMPLICATION PSYCHOMOTRICE DU SUJET DANS LE VECU DE LA DOULEUR

A. TONICITE, SENSORIALITE ET IDENTITE DU SUJET DOULOUREUX

1. Le tonus : construction du vécu corporel douloureux chez les patients atteints de la MPi

Dans la maladie de Parkinson, les douleurs sont essentiellement liées à des troubles de la régulation tonique. Or, le tonus est le fondement de la relation de l'être au monde. Lorsque la fonction du tonus ne soutient plus l'expression, l'action, le mouvement et la relation, le sujet se replie. Le corps devient douleur et souffrance. C'est le cas dans la maladie de Parkinson.

Tonus et proprioception : socle du schéma corporel et de l'image du corps

Le tonus dépend de notre sensibilité proprioceptive. La proprioception est une sensibilité profonde continue et inconsciente qui permet de renseigner le sujet sur son état tonique, la position et les mouvements de son organisme. La proprioception permet d'entretenir la connaissance du corps. La sensation proprioceptive, au même titre que la douleur, est, par son étymologie (proprio, proprius du latin), un sens « *qui n'appartient qu'à soi, qu'on ne partage pas avec les autres.* »

Selon DAMASIO (1999) cité par BUSSCHAERT & al. (2015) (9) le sens proprioceptif informe le sujet sur son état de contraction tonique, il est « *l'une des bases de l'ancrage organique de notre identité* » qui nourrit « *la notion de conscience du sujet, d'intériorité et ancre le sentiment d'exister : la certitude que nous avons un corps, la certitude de son existence* ».

Le tonus permet la construction d'un sentiment interne, d'une structure, d'une conscience de son corps. Il nourrit le schéma corporel et l'image du corps dans la relation à l'autre, tout au long de la vie du sujet. (WALLON, cité par AJURIAGUERRA, 1972) (19).

AJURIAGUERRA (1972) (9)(19) montre que la tonicité, la structure motrice et proprioceptive sont en lien étroit, en constante évolution tout au long de la vie, du premier au troisième âge et permettent « *le premier sentiment de soi* » et constituent le « *sous-bassement de l'organisation corporelle et soutien du psychisme.* »

Le tonus permet au sujet de prendre conscience de son espace corporel pour pouvoir se repérer par la suite dans l'espace réel, extérieur.

Le tonus soutien de l'enveloppe corporelle, support de l'identité

Le tonus, du fait de sa dépendance au sens proprioceptif, est intimement lié à l'enveloppe corporelle et donc au sens tactile. Il soutient la tonicité de l'enveloppe corporelle et participe à la construction du moi-peau développé par ANZIEU cité par GATECEL (2015)(14). L'enveloppe corporelle permet la construction d'une intériorité et d'une individualité. Elle permet également, par sa fonction contenant, d'assurer une fonction de pare-excitation et de protection de l'intégrité du sujet.

Le tonus soutient également l'intégrité psychique du sujet. En effet, le tonus est le reflet de l'état émotionnel du sujet, de son histoire. Cette dépendance, ce lien avec l'état émotionnel constitue un ancrage de l'identité du sujet. Les attitudes, la posture en sont l'expression.

De ce fait, le tonus a une fonction de communication et de relation à autrui. Il permet d'informer l'autre de notre état psychique, WALLON (19)(30) définit cette fonction comme la dimension relationnelle du tonus. Le tonus soutient la communication verbale par la posture. Il informe l'interlocuteur de l'état émotionnel (conscient ou inconscient) du sujet. « *Le tonus soutient le système émotionnel, il est la chair de l'émotion* ». Les émotions prennent forme dans les manifestations posturales et les attitudes de l'individu « *elles ont pour étoffe le tonus musculaire* ».

Le tonus permet la construction de l'identité du sujet dans sa dimension psychique et corporelle. Il permet également l'inscription du sujet dans les relations au monde qui l'entoure. Le tonus soutient la construction et l'actualisation du schéma corporel et de l'image du corps tout au long de la vie et du développement du sujet.

Le tonus : moyen de communication et de relation à autrui.

Les émotions prennent corps dans le tonus de l'individu (WALLON cité par AJURIAGUERRA, 1962) (19). L'expression d'une émotion constitue « *un mouvement vers l'autre* », au sens de « *se mouvoir* » « *s'émouvoir* » comme le définirait JOUSSELLIN (2016) (20) au sens En ce sens, le tonus soutient les relations.

La communication non verbale soutient les relations aux autres, les échanges, et permet un ajustement au dialogue verbal. Le tonus crée, d'une part, la séparation entre soi et l'autre, il permet l'individuation. D'autre part, il soutient le lien, les relations aux autres, puisqu'il nous permet d'être informé de l'état émotionnel de l'interlocuteur.

Le tonus dans ses différentes composantes et fonctions est le sous-bassement et le reflet du sujet dans les relations, lors des rencontres.

REICH cité par AJURIAGUERRA (1972) (19) développe la théorie de la cuirasse caractérielle, il fait le lien entre la cuirasse musculaire et la cuirasse du sujet en relation. Cette notion résume l'inscription des événements et des émotions dans le tonus, et l'histoire du sujet, en relation, dans sa construction psychique et physique qui conditionne ses comportements, sa personnalité et sa façon de rencontrer l'autre.

Tonus et vécu corporel douloureux

Lorsque le tonus, comme dans la maladie de Parkinson, n'assure plus ses fonctions d'enveloppes, de communication et d'intégration sensorielle, lorsque l'état tonique devient

douloureux (dystonies, dyskinésie, hypertonie), le sujet perd son identité, ses repères corporels. La conscience corporelle est remaniée.

Les éprouvés douloureux en lien avec le tonus, sont à la fois une intrusion de l'enveloppe corporelle, mais également un levier de prise en charge en psychomotricité.

Selon LOUVEL et OMRANA (2015)(23) , l'enveloppe corporelle du sujet, selon les fonctions du moi-peau développées par ANZIEU cité par GATECEL & al. (2015)(14), doit être suffisamment souple et déformable pour intégrer une nouvelle donnée au schéma corporel et à l'image du corps. On peut faire le lien avec la douleur dans la maladie de Parkinson, les dysfonctions de la régulation tonique entraînent une hypertonie, la construction d'une enveloppe « rigide », qui ne permet plus au sujet d'entrer en relation avec le monde et ne peut plus intégrer de nouvelles informations.

De la même façon, quand la douleur se chronicise, elle prend toute la place, des tensions se surajoutent, et ne permet pas l'intégration de nouvelles expériences.

L'enveloppe corporelle du sujet douloureux chronique n'est plus suffisamment souple. Elle est liée à une expérience de rigidité. Le tonus n'assure plus sa fonction contenante, l'enveloppe est raide physiquement mais aussi psychiquement. Ce qui implique une modification du schéma corporel et de l'image du corps.

Nous venons de voir le lien entre tonus et douleur. En effet, les douleurs spécifiques de la maladie de Parkinson sont en lien avec un dysfonctionnement de la régulation tonique. Les contractures musculaires répétées deviennent douloureuses. Inversement, la douleur chronique induit par le lien émotionnel et affectif, se chronicise et entraîne des tensions musculaires.

Nous venons de voir, de façon globale, à partir de quelles sensations pouvait naître la douleur et ce que cela implique dans les réaménagements des relations du sujet. Les sensations corporelles sont altérées. Qu'en est-il de la perception de la douleur et de la perception du corps ?

2. La douleur : « un non-sens » dans l'expérience du corps selon la phénoménologie

La phénoménologie est « *une méthode servant à décrire les « vécus » tels qu'ils apparaissent à la conscience (objet, sentiment réflexion). Cette science des vécus se veut « retour aux choses même »* ». (TAMMAM, 2007)(33)

En ce sens, la phénoménologie rejoint la psychomotricité, puisqu'elle fait du corps, et des vécus corporels, le médiateur et la base de l'expérience de soi et de soi au monde. MERLEAU-PONTY « *montre l'implication et l'importance du corps* ». D'après lui, « *à partir des expériences du corps se définit l'expérience au monde* » (cité par LOUVEL et OMRANA, tome 3)(23)

Et la douleur dans tout ça ? Selon TAMMAM (2007) (33), la douleur, en tant qu'expérience sensorielle (la nociception) « *se rapproche des fonctions sensorielles* ». La sensorialité, la fonction des cinq sens permet d'informer le sujet sur son environnement. La douleur, en tant qu'information sensorielle, aurait un rôle similaire et « *permettrait comme eux, d'augmenter les capacités d'adaptation et de survie du sujet à son milieu* ». La douleur est une expérience sensorielle subjective qui permet la construction identitaire du sujet et nourrit ses expériences corporelles. Elle intervient dans la construction du sujet dans son rapport à soi, son rapport à l'autre et au monde.

Cependant la douleur est différente des autres expériences sensorielles. Elle est, selon TAMMAM (2007) (33), une expérience « *intrusive* ». L'individu se construit psychiquement par l'expérience sensorielle, émotionnelle, qu'il a du monde. Lorsque le sujet est construit, qu'il est en capacité d'avoir une représentation de lui-même et de donner du sens aux expériences, les données sensorielles sont ressenties, synthétisées, perçues et représentées. Le sujet prend de la distance avec l'information perçue pour lui donner du sens, la mettre en mot. A la différence des données sensorielles qui permettent d'informer le sujet sur l'environnement après la synthèse perceptive et représentative, la douleur, « *ne se donne jamais avec cette distance qui fait l'expérience perceptive* ». Elle est « *une intrusion au sens de l'immanence, elle est un franchissement violent de cette distance* ». Or, cette distance, nous permet de mettre du sens, de prendre conscience des expériences, de « *ne pas être acculé par lui.* »

La douleur est intrusive, donc une expérience de « *non-sens* ». L'individu est « *passif* ». Elle est envahissante, d'autant plus lorsqu'elle se chronicise et perdure dans le temps. La douleur « *n'est l'envers d'aucune activité, elle est passivité radicale sidération ne permettant l'émergence d'aucune signification.* » (TAMMAM, 2007)(33). Elle est un signal d'alarme, un rappel vif de l'existence de l'enveloppe corporelle et psychique qui permet la protection du sujet.

Lorsque la douleur se chronicise, elle ne joue plus son rôle de signal d'alarme, de prévention. Le corps est subi, sa perception est altérée. Selon LOUVEL et OMRANA (2015)(23) « *la douleur amène le sujet à s'interroger sur la durée et vient bouleverser son*

rapport au temps, son image propre et amène à des aménagements questionnant le rapport à soi et aux autres. »

Le tonus, la perception corporelle du sujet, la subjectivité constituent les fondements de l'identité et permettent d'établir le socle du schéma corporel et de l'image du corps de l'individu.

La corporéité, les sensations et la perception du sujet douloureux chronique sont remaniées. De ce fait, la représentation du corps du patient, son schéma corporel, sont impactés par la douleur.

3. Le schéma corporel du patient douloureux chronique

WALLON (1959) cité par ROBERT-OUVRAY & al. (2015)(30) définit le schéma corporel comme une « *expérience motrice associée à la conscience [...]* » qui « *favorise la constitution d'une intériorité* ». « *Le problème du schéma corporel n'est donc pas simplement celui des images qui le composent, il devient celui des rapports entre l'espace gestuel et l'espace des objets, celui de l'accommodation motrice au monde extérieur* ». Le schéma corporel fait le lien entre l'intériorité du sujet et les expériences du monde. Le schéma corporel est donc en lien avec la disponibilité du sujet, sa relation au monde et à lui-même.

La douleur par sa composante affectivo-émotionnelle et physiologique, entraîne une modification tonique donc une modification des sensations, de la perception et de la représentation du corps, notamment dans la maladie de Parkinson.

Selon MERLEAU-PONTY, cité par GIROMINI (2015)(9) « *le schéma corporel est finalement une manière d'exprimer que mon corps est au monde* ». La conscience corporelle, les sensations et la synthèse des expériences corporelles de l'individu permet la construction d'une identité psychique, pour être en relation au monde. Le schéma corporel permet l'expression au monde.

Dans la douleur, les expériences motrices sont plus rares, car le sujet est limité dans ses mouvements. Par anticipation de la douleur (kinésiophobie) ou en lien avec la douleur elle-même (trouble de la régulation tonique). Le sujet perd ses repères corporels, spatiaux, temporels. Il perd la connaissance de ses capacités de mouvements.

La mauvaise régulation tonique implique la perception d'un corps « subi ». Le schéma corporel dans la douleur chronique est entravé. Le schéma corporel est limité dans sa fonction

d'expression au monde. La douleur chronique entraîne un repli sur soi, un repli dans les relations.

La douleur, comme expérience de « non-sens » est intrusive, mais participe à la structuration du sujet. Les troubles de la régulation tonique du sujet atteint de la maladie de Parkinson entraîne des douleurs, rompent le sentiment de continuité entre l'état tonique et l'état émotionnel. La douleur comme expérience dans la maladie de Parkinson ne permet plus une concordance entre les informations sensorielles, toniques, émotionnelles et identitaire du sujet.

En cela, le schéma corporel est remanié. La cuirasse tonique selon REICH cité par AJURIAGUERRA (1972) (19) qui se forme dans la maladie de Parkinson ne permet pas l'intégration de nouvelles expériences. La limitation des mouvements dans la maladie de Parkinson, soutient l'appauvrissement des expériences motrices et ne permet pas une réactualisation du schéma corporel.

L'intrusion de la douleur, lorsqu'elle est chronique, rigidifie l'enveloppe corporelle. De ce fait, elle est une sensation envahissante et ne permet plus au sujet de ressentir de nouvelles expériences sensorielles, autres que la douleur. La douleur prend toute la place. Elle entraîne un remaniement identitaire

L'identité toute entière du sujet est atteinte et l'expression (verbale ou non verbale) de la douleur, la plainte devient le seul moyen d'être au monde et d'entrer en relation.

Le cadre en psychomotricité par la relation qui s'établit entre le patient et le psychomotricien permet de soutenir l'accompagnement des patients douloureux chroniques. La médiation relaxation permet de proposer de nouvelles expériences sensorielles et toniques et soutiennent la réappropriation corporelle du sujet.

B. LA RELATION : UN ACCOMPAGNEMENT DU CORPS MALADE ET DOULOUREUX

1. La relation en psychomotricité : une intersubjectivité soignant-soigné

L'expérience de la douleur est inscrite dans l'identité corporelle du sujet (image du corps et schéma corporel). La chronicisation de la douleur modifie la fonction de l'enveloppe corporelle et psychique. Elle n'assure plus son rôle de pare-excitation et d'intégration de nouvelles expériences.

Le sujet douloureux, plus particulièrement dans la maladie de Parkinson, n'est plus disponible pour investir les relations. Il se repli, et s'isole.

*

Le cadre instauré en psychomotricité repose sur une organisation temporelle et spatiale. Lorsque le psychomotricien ne dispose pas de salle, quand il n'est pas possible de rencontrer le patient à plusieurs reprises, il est nécessaire de penser l'espace et le temps de la prise en charge d'une autre manière.

L'hôpital, par son organisation rigoureuse, offre une contenance aux patients, il s'agit du cadre institutionnel. La relation établie par le psychomotricien, sa présence, sa disponibilité, ses appuis théoriques sont également des éléments qui permettent la construction du cadre.

*

L'intersubjectivité dans la prise en charge de la douleur, constitue un élément sur lequel il est nécessaire de s'appuyer. Cette notion d'intersubjectivité, de relation, peut se traduire par la nécessaire mise en place d'une alliance thérapeutique.

L'alliance thérapeutique prend son origine dans les théories psychanalytiques du transfert et du contre-transfert développées par FREUD. Il s'agit, plus précisément d'analyser le positionnement du praticien par rapport à son patient selon RENIK (1993) cité par BACHELART et BIOY (2013)(5). L'alliance thérapeutique se construit sur une collaboration entre le psychomotricien et le patient, une relation de soins qui sont des leviers pour permettre au patient d'adhérer et de poursuivre les prises en charge.

La prise en compte de l'intersubjectivité, mise en jeu lors une rencontre permet selon une étude de BLISS (2009) cité par BACHELART et BIOY de diminuer l'intensité de la douleur perçue, diminuer l'impact de la douleur sur les activités quotidiennes. L'alliance thérapeutique favorise la satisfaction et la compliance aux traitements.

Une seconde étude d'ABDELMALEK & al. (2010) citée par BACHELART et BIOY (5), montre un lien entre une forte alliance thérapeutique et une réduction de l'intensité ressentie de la douleur.

*

La relation établie dès la première séance, permet au patient, par la présence et le cadre proposé par le psychomotricien, de mettre des mots sur la plainte douloureuse.

Lorsque le patient ne peut pas verbaliser, le psychomotricien décrypte les signes de communication non verbale, les émotions apparentes du corps et les met en mots pour que ces manifestations physiques puissent prendre du sens. Le soignant utilise la fonction alpha, décrite par BION cité par GATECEL (2015) (14). Il met des mots sur les ressentis du patient¹⁵ pour que ceux-ci soient compréhensibles.

La rencontre des subjectivités dans l'accompagnement de la douleur en psychomotricité est essentielle. Elle permet de poser un cadre au sens transitionnel de WINNICOTT (35), par la présence du psychomotricien.

WINNICOTT (35) ajoute à la définition de la nature humaine (qui se définit par la relation intérieure, ses limites corporelles définie et la relation interpersonnelle) la nécessité « *d'une aire intermédiaire qui permet l'expérience à laquelle contribuent simultanément la réalité intérieure et la vie extérieure.* »

La séance en psychomotricité propose une aire transitionnelle où le patient, par l'expression douloureuse (langage, mimique, respiration, description) est capable de se redonner une place en tant que sujet douloureux, et non en tant que douleur. Le patient qui investit ce cadre, redonne une place à sa réalité intérieure, dans un temps et un espace objectif. La douleur ne prend plus toute la place, elle est mise à distance par l'expression, la mise en mot par le patient lui-même ou le soignant qui décrypte les expressions corporelles lorsque le patient n'est pas en capacité de verbaliser.

La douleur est définie comme une expérience du corps vécu, associée à une émotion en lien avec cette expérience corporelle. Cependant cette expérience est à la fois objective (lésion avérée) mais une grande part de subjectivité y est associée. TAMMAM (2007)(33) montre l'importance de la posture intersubjective dans la prise en charge de la douleur. Selon lui la « *posture d'écoute attentive et ouverte* » redonne la possibilité au patient d'exprimer ce vécu. C'est le seul moyen de considérer de façon « *authentique* » la douleur ressentie et décrite par le patient. Il insiste sur l'expérience subjective de la douleur, « *seul le malade sait ce qu'il vit à travers sa douleur, et c'est en interrogeant attentivement ce vécu, que nous parviendrons à la soigner au mieux.* »

¹⁵ A la manière de l'objet parental qui met des mots sur les éprouvés du nourrisson et détoxifie ces ressentis pour qu'ils puissent être intégrés par le bébé

L'intersubjectivité pose un cadre, par l'écoute, l'empathie, la façon dont le thérapeute propose ce temps de rencontre. Elle installe une relation, une alliance thérapeutique, une nécessaire confiance.

*

Le cadre et la relation sont également portés par le médiateur utilisé. La relaxation est un médiateur particulier car il est malléable, permet un ajustement au patient. Le toucher-massage, les inductions corporelles en relaxation permettent d'installer une régression. Selon BACHELART et BIOY (5) la relaxation « *réactive des expériences antérieures de maternage (holding et handling de WINNICOTT).* » En cela, l'alliance thérapeutique est un « *ajustement complexe entre différents niveaux d'interactions.* »

*

Dans la partie suivante, nous verrons, d'un point de vue théorique que la relaxation par inductions corporelles permet de redonner du sens et de proposer de nouvelles expériences sensorielles pour permettre au patient d'exister comme sujet douloureux et non plus comme douleur.

2. La relaxation : médiation pour le sujet douloureux

La relaxation permet de proposer un accompagnement pour permettre aux patients douloureux, de réinvestir les enveloppes corporelles. La relaxation induit une régulation tonique. Cette prise en charge implique d'être en relation. Elle propose des sensations pour nourrir les représentations du corps.

Je présente les éléments théoriques des relaxations dont je me suis inspirée pour construire une séance « type » de relaxation, qui me sert de base. La séance proposée aux patients varie en fonction de leurs besoins, de leurs difficultés et de leurs disponibilités.

La respiration, le toucher-massage, la relaxation WNTREBERT, le training autogène de SCHULTZ, sont les éléments théoriques à partir desquels j'ai construit et pensé mes séances.

*

La respiration est une des fonctions végétatives qui permet un échange entre l'extérieur et l'intérieur. Selon BUSSCHAERT & al. (9) la respiration est « *un chemin d'accès aux perceptions internes, un passage vers l'intériorité* ». Elle est en lien avec les émotions, l'état psychique du sujet et l'état de contraction tonique.

Les exercices de respiration en relaxation permettent de prendre conscience des sensations corporelles et de l'état interne dans lequel se trouve le sujet. Des exercices de respiration permettent de nourrir le schéma corporel. Elle permet également, par la répétition, d'induire un état d'apaisement, de relâchement musculaire.

*

Le toucher est à l'œuvre dès la rencontre. Comme toute expérience sensorielle, il entraîne une sensation, une émotion particulière et singulière lors de la rencontre. Le toucher est particulier en séance de psychomotricité puisqu'il est abordé de manière « sociale » et « relationnel ». En effet, même le psychomotricien propose un contact physique dès la première rencontre, celui-ci s'inscrit dans un rituel social, et nécessite l'accord préalable du patient.

Le toucher est proposé dans un cadre précis, celui de la séance et celui du projet de soin, pensé en équipe.

*

La relaxation activo-passive a été élaborée par WINTREBERT en 1959 à la suite d'une étude sur la corrélation entre les mouvements passifs et la vigilance (GUIOSE, 2015) (18). L'étude montre un lien entre « *l'activité alpha (tracé de repos mental) du cortex et le relâchement musculaire* » ainsi qu'une corrélation entre « *le toucher du thérapeute et l'apparition d'une onde « la pointe du vertex » qui est d'autant plus intense que la relaxation progresse.* » Ainsi, la relaxation est basée sur le principe du contact physique, les inductions corporelles et l'expérience de maternage au sens de WINNICOTT (handling et holding). Les inductions corporelles sont des mobilisations passives, des mouvements induits « *lents, monotones et réguliers* » afin de parvenir à une détente corporelle.

La méthode de relaxation WINTREBERT est utilisée en premier lieu auprès d'enfants, composée de quatre étapes, et d'un bilan psychomoteur préalable.

- La première étape consiste à « une régulation du tonus par les mouvements passifs » au cours de laquelle l'objectif est la « disparition de toute résistance tonique ou de participation active de l'enfant ».
- La « *phase d'immobilité* » succède la phase de détente globale. Il s'agit d'induire verbalement et par le toucher sur les différentes parties du corps de l'enfant des sensations de détente et de relâchement.

- Il s'agit de proposer à l'enfant de réaliser lui-même « *des mouvements avec un maintien du geste, suivi d'un relâchement* » et des exercices de respiration.
- La « *réadaptation des mouvements* » consiste à conserver l'état de détente dans les actes de la vie quotidienne.

Les inductions au cours de la relaxation sont à la fois proprioceptives, tactiles et verbales. Cette méthode, dans l'accompagnement des patients atteints de la maladie de Parkinson et douloureux, permet de stimuler les fibres tactiles et proprioceptives (comme expliqué plus haut dans la théorie de Gate Control). Elle permet une prise de conscience du corps, l'obtention d'un état de détente et une régulation tonique. C'est la raison pour laquelle, cette méthode m'a paru adaptée.

*

La méthode du training autogène de SCHULTZ est basée sur l'apprentissage de la relaxation par des « *modifications volontaires de l'état tonique suggérées ou autosuggérées* » (GUIOSE, 2015)(18). Les sensations induites sont des sensations de « *calme, de lourdeur et de chaleur* », puis plus tard « *un contrôle du cœur et de la respiration* ». Je ne dispose, généralement, que d'une séance par patient, et n'ai pas la possibilité de réaliser l'intégralité du protocole. Je me suis inspirée des inductions verbales de cette méthode pour les intégrer à la « *séance type* » afin d'accompagner par les mots, la verbalisation, la modification de l'état tonique induit par les mobilisations passives.

En cela, la relaxation propose une expérience régressive de maternage. Les inductions corporelles, le portage, le toucher font expérimenter au patient un portage à la fois physique et psychique. L'accordage affectif qui s'installe est primordial, c'est la fonction de « *holding* ». La façon dont le psychomotricien va rencontrer, par le toucher, le patient.

Le patient expérimente également le « *handling* » selon WINNICOTT cité par GATECEL, (2015)(14), puisque, le psychomotricien, propose un cadre pour penser la douleur du sujet dans une dimension globale, qui met en lien à la fois le vécu émotionnel, corporel, tonique et relationnel du sujet.

La relaxation permet une adaptation aux patients et procure un sentiment de sécurité. La théorie du Gate Control en relaxation par induction corporelle et en toucher-massage, permet de diminuer les sensations douloureuses d'un point de vue physiologique. Elle permet un abaissement de l'état tonique qui s'accompagne d'une relaxation psychique.

*

Le cadre d'intervention permet de rencontrer les patients et de penser leurs difficultés. Le vécu corporel douloureux est une problématique majeure chez les patients atteints de la maladie de Parkinson. La relaxation est une médiation qui s'inscrit et s'adapte à la prise en charge de ces patients. Je propose dans la partie suivante de présenter les aspects cliniques de mon intervention dans ce service hospitalier auprès des patients douloureux chroniques.

PARTIE III : CLINIQUE

Nous avons vu la spécificité de la douleur dans la maladie de Parkinson dans sa dimension tonique, relationnelle, affective, subjective et l'impact qu'elle peut avoir sur la dimension de la conscience corporelle et relationnelle du sujet. Nous avons vu l'importance du cadre pour proposer une prise en charge qui puisse faire le lien entre l'état tonique du patient, sa dimension relationnelle et affective et les nouvelles expériences de relâchement qu'on peut lui proposer en séance de relaxation.

Dans cette partie, je résume mon projet de stage expérimental qui permet de poser un cadre et de définir un champ d'intervention en psychomotricité, une identité professionnelle auprès des autres soignants et des patients. Je présente trois études de cas, pour montrer en quoi la relaxation permet de répondre aux contraintes institutionnelles et accompagne une réappropriation du vécu corporel des patients.

I. DE L'OBSERVATION A LA MISE EN PLACE DU CADRE D'INTERVENTION EN PSYCHOMOTRICITE

A. OBSERVATION ET ADAPTATION EN TANT QUE STAGIAIRE EXPERIMENTALE

C.POTEL (2013)(28) explique que le cadre thérapeutique « *s'intègre dans une institution qui a un projet global pour les patients, s'appuie sur le travail d'une équipe où chacun est censé avoir sa place et sur un certain nombre de règles qui lui permettent une cohérence de fonctionnement et de pensée.* »

Un stage expérimental consiste à intervenir en tant que stagiaire en psychomotricité dans une structure sans psychomotricien présent sur le lieu de stage, avec une supervision en parallèle.

En arrivant dans la structure, j'ai réalisé une période d'observation afin d'évaluer le besoin en psychomotricité auprès des patients et de l'équipe. Il m'a fallu prendre en compte les prises en charges déjà proposées, pour répondre aux besoins en apportant un champ d'exercice complémentaire et supplémentaire aux prises en charge déjà établies.

1. Le protocole de méditation pour la prise en charge de la douleur et de l'anxiété

L'évaluation et la prise en charge de la douleur à l'hôpital sont des enjeux majeurs de l'accompagnement des patients atteints de la maladie de Parkinson.

Pour les patients douloureux, dont la réponse médicamenteuse est insuffisante, le service propose des séances de méditations. Celles-ci sont proposées par les AS et IDE ayant une formation complémentaire. La séance de méditation débute par une évaluation préalable de la douleur et/ou de l'anxiété. L'IDE ou l'AS met en place un CD audio de méditation, choisi en fonction du patient. Une évaluation est réalisée à la fin de la séance et notée sur les transmissions. Les patients peuvent bénéficier de la méditation, dès qu'ils en éprouvent le besoin.

La méditation proposée dans le service est issue de la Méditation de Pleine Conscience (MBSR). La méditation demande de prendre conscience de son corps, lui prêter attention. Il s'agit d'entrer en contact avec lui, sans modifier quoi que ce soit. Porter attention aux sensations corporelles est « *benéfique à notre santé* » à la fois pour l'amélioration des tensions dans le corps mais aussi pour permettre d'être conscient des émotions, des pensées et des sensations. La pratique du « *balayage du corps* » permet ça (d'après le protocole de méditation du service)

Dans ce cadre d'intervention, je propose une intervention en psychomotricité pour répondre au vécu corporel douloureux des patients atteints de la maladie de Parkinson.

Les patients sont hospitalisés en moyenne une semaine et demi. Je suis présente une fois par semaine dans la structure, par conséquent, la séance en psychomotricité sera unique la plupart du temps.

2. Le constat d'une organisation psychomotrice perturbée dans la maladie de Parkinson

De façon générale, la symptomatologie de la maladie de Parkinson, que ce soit les troubles moteurs ou non moteurs, induit une désorganisation psychomotrice de la personne.

Troubles de la régulation tonique, troubles du schéma corporel et troubles posturaux

Le corps est vécu dans une tonicité différente du fait de la rigidité extrapyramidale. Ralenti, et incontrôlé dans les actions automatiques, c'est l'expression de l'akinésie. Mais la pathologie s'exprime aussi par des tremblements, des dyskinésies ou des dystonies (trouble de la posture). Cette symptomatologie variable et singulière induit des troubles de la régulation tonique. Cette multitude de troubles induit des modifications dans le vécu et la représentation corporels. Il s'agit de troubles du schéma corporel.

Tous ces remaniements impliquent, en parallèle à l'évolution de la maladie, une perte d'autonomie et donc une perte de repères identitaires dans sa corporéité.

Troubles de la communication et troubles cognitifs

Le corps est subi, hypertonique, le tonus ne reflète plus l'état émotionnel de la personne. La perturbation du dialogue tonico-émotionnel entraîne des difficultés d'interaction avec l'environnement, donc des difficultés relationnelles. En ce qui concerne les troubles cognitifs, ils apparaissent avec l'évolution de la pathologie et renforcent les difficultés de communication et de relation entre le patient et son entourage (famille, professionnels de santé).

Douleurs

Qu'elles soient dues à des complications somatiques, neuropathiques ou qu'elles soient psychosomatiques ; elles font du corps, le vecteur de sensations désagréables. De ce fait, les patients sont souvent angoissés, anxieux et ont une image dévalorisée d'eux-mêmes.

B. RESUME DU PROJET DE STAGE EXPERIMENTAL

1. Définir un cadre par la médiation relaxation

Poser un cadre contenant pour se rencontrer

La séance est précédée d'un temps de rencontre par le biais de l'évaluation psychomotrice (annexe 6). Ce temps de rencontre comprend un temps d'explication et de présentation de la séance. Le cadre posé en séance, permet de rencontrer le patient en fonction de sa disponibilité et de sa volonté. Il permet de donner du sens à la rencontre, même si celle-ci est ponctuelle. Cette rencontre permet de comprendre le sujet d'un point de vue de son tonus, de son schéma corporel, de son mode d'interaction et de relation à l'environnement. Cet outil permet également de définir les besoins et les attentes du patient.

Un cahier de transmission est mis en place afin que l'équipe puisse lire et prendre connaissances de mes interventions via un compte rendu écrit.

Proposer un temps pour vivre le corps autrement

En parallèle du projet méditation, il s'agit de permettre au patient de prendre conscience et de décrire les différents types de douleurs et de sensations désagréables. Il s'agit également de proposer au patient de prendre conscience des zones non douloureuses ou détendues afin de pouvoir mettre à distance, le temps de la séance, la douleur. L'objectif de la relaxation est de permettre une ouverture corporelle pour induire une disponibilité dans la relation et favoriser la communication du patient avec son entourage et son environnement.

La séance de psychomotricité s'inspire des méthodes WINTREBERT, SCHULZ, d'exercices de respiration ou encore du toucher-massage. La séance « type » se décompose en quatre temps, elle est adaptée en fonction des patients :

- Un temps pour trouver un état de calme, et accompagner le patient dans la prise de conscience de son état global, par des inductions verbales ou tactiles.
- Un temps d'inductions corporelles et de mobilisations passives, accompagné par la voix pour faire vivre le relâchement musculaire, tonique et la prise de conscience des modifications de l'état tonique. Les mobilisations passives sont proposées sur les jambes, les bras, la nuque, le visage (plutôt comme un massage) mais adaptées en fonction des douleurs du sujet.

- Un temps de prise de conscience de l'état tonique, accompagné par la voix, pour vivre l'expérience de « *calme, de lourdeur du corps, de chaleur* ».
- Un temps de reprise pour accompagner le patient vers un retour à la « réalité », une transition au sens de WINNICOTT (1971) (35).

Garder en mémoire la trace de ce vécu de détente

L'objectif est aussi de donner des outils au patient, adaptés à ses besoins et en fonction de ses capacités, pour qu'il puisse réitérer seul ces expériences et créer un état de détente à la demande, pendant et après l'hospitalisation. Le patient peut également demander à l'équipe de disposer d'un temps de méditation, lorsque je ne suis pas présente dans le service.

A la fin de la séance, je propose au patient de faire un retour sur les sensations vécues, ses perceptions et la représentation qu'il s'en fait. Ce temps de détente peut déclencher un temps de parole qui fait partie du cadre en psychomotricité. Il est attendu, écouté, étayé et redirigé vers un psychologue ou vers un médecin si besoin.

3. Indications en psychomotricité

Ainsi, je rencontre les patients pour les indications suivantes :

- Difficultés de régulation tonique (rigidité ou hypertonie, dystonies, dyskinésies) en lien ou non avec l'état émotionnel.
- Sensations douloureuses en lien ou non avec l'état psychique ou émotionnel.
- Trouble de la régulation émotionnelle et de la représentation du corps d'origine psychique ou physique (état émotionnel anxieux, sensation ou représentation du corps étranges, altérées), d'après le Décret d'Acte de psychomotricité, 1988 (41)

II. CAS CLINIQUES

Au cours du stage expérimental, j'ai rencontré 25 patients atteints de la maladie de Parkinson entre le 09/11/2017 et le 05/04/2018. Parmi ces 25 patients, 20 m'ont décrit des douleurs, ou des sensations envahissantes et désagréables. Quelques patients ont été présentés par les différentes vignettes cliniques, pour illustrer la théorie.

En moyenne, l'évaluation de la douleur avant et après la séance de relaxation montre une perte de 2,3 points, pour les 20 patients rencontrés. (ANNEXE 7)

Les douleurs rencontrées sont variées, c'est la raison pour laquelle je détaille plus particulièrement le cas de 3 patients, qui reprennent de façon transversale les problématiques majeures/fréquentes rencontrées par l'ensemble des patients en termes de vécu corporel.

J'ai bien conscience que chaque patient est unique, que chaque expression de la pathologie est singulière. Ainsi, présenter trois études de cas qui se veulent représentatives de tous les patients, est un biais. Cependant, la maladie de Parkinson regroupe des signes cliniques communs et les patients douloureux expriment parfois des sensations douloureuses similaires.

Je tente de faire la synthèse des vécus corporels douloureux rencontrés par les patients en trois grands types afin d'exposer par la suite des cas cliniques qui illustrent ces différentes problématiques rencontrées. De plus les trois patients que je vais vous présenter me permettent d'exposer les possibilités d'intervention en psychomotricité. La médiation reste la relaxation, cependant le médiateur s'adapte et se module en fonction des problématiques.

Les problématiques principales sont les suivantes :

- Les vécus corporels liés à des douleurs neuropathiques. Ces sensations douloureuses sont décrites en termes de fourmillements, de brûlures, de sensation de tremblement interne ou de tension interne.
- Les vécus corporels douloureux conséquents aux troubles de la régulation tonique. Cette catégorie regroupe la majorité des douleurs évoquées par les patients. La douleur peut être liée aux tremblements qui induisent des contractions musculaires, liée à des dystonies, à l'hypertonie en période « off » qui provoque des crampes douloureuses, ou encore en lien avec les dyskinésies douloureuses.
- Les vécus corporels douloureux secondaires à une chute, une fracture, une pathologie autre que la maladie de Parkinson. Ces douleurs sont spécifiques dans la maladie de Parkinson, même si elles n'y sont pas directement liées, puisque le seuil de la douleur est abaissé.

A. MME A. – UN CADRE POUR ACCUEILLIR LES DOULEURS NEUROPATHIQUES

1. Anamnèse, et rencontre en psychomotricité

Je rencontre Mme A. âgée de 70 ans, le 09/11/2017 à la demande de l'équipe. Il s'agit d'une patiente atteinte de la maladie de Parkinson, diagnostiquée en septembre 2017. Elle est hospitalisée pour un bilan en raison de ses douleurs neuropathiques associées à un syndrome anxieux.

Mme A. est une ancienne assistante de direction. Elle est veuve, a deux enfants qu'elle ne voit pas souvent et un ami qui lui rend visite à l'hôpital. D'un point de vue médical, Mme A. présente de nombreux antécédents médicaux, notamment, la mise en place d'une arthrodèse au niveau des vertèbres lombaires (L2-L3). L'expression des douleurs concernant son arthrodèse a donné lieu à de nombreux examens exploratoires, qui n'ont pas montré de lésions au niveau de son arthrodèse. Les douleurs neuropathiques seraient en lien avec la dénervation dopaminergique selon l'hypothèse avancée par les médecins. L'équipe mobile de la douleur a été contactée afin de réaliser un bilan plus approfondi.

Lorsque je rentre dans la chambre, Mme A. est allongée sur le lit dans une posture fermée. Ses mains sont posées sur son ventre, ses jambes croisées. Son visage est crispé et elle paraît inquiète. Son inquiétude se confirme lors de l'entretien. Son débit de parole est important mais son discours est intelligible et fluide. Sa respiration est rapide. Son regard est en relation mais semble dispersé.

Elle m'explique que le diagnostic récent de la pathologie « *l'inquiète* ». Elle « *se pose des questions et réalise sans réaliser* », elle « *se documente sur la pathologie* ». J'observe un changement d'attitude lorsque Mme A. parle de sa maladie, son visage se ferme, elle se replie sur elle-même. Elle semble abattue. Elle me confie « *je ne veux pas mourir de la maladie de Parkinson, parce qu'on meurt de souffrance* ».

En ce qui concerne les douleurs, elle décrit des sensations « *de fourmillements, de brûlures et de tremblements internes* » localisées « *sous le pied* » et « *radiantes* » qui « *remontent dans les jambes, jusqu'au bassin et à l'abdomen* ». (ANNEXE 8). Elle décrit également une sensation de tension interne localisée au niveau de son arthrodèse. Le dessin sur la silhouette permet de constater l'étendue des douleurs et la micrographie de Mme A. Le dessin du bonhomme montre un tracé peu assuré et je note l'absence d'abdomen sur le dessin. Mme A. met une note de 8/10 pour évaluer sa douleur.

Une séance de méditation lui a été proposée, elle me confie « *je n'ai pas été réceptive* » « *ça m'inquiète de me détendre* ». Son discours est, en effet, très anxieux et occupé en totalité par la douleur. Il n'y a plus de place pour elle lors de l'entretien, les parties du corps douloureuses prennent toute la place.

2. Observations et hypothèses

Observation, une anxiété importante : Le diagnostic récent de la pathologie implique un processus de deuil que doit faire Mme A. Elle est inquiète et l'avenir est source d'angoisse. Les douleurs neuropathiques se surajoutent au diagnostic de la pathologie. La douleur et la souffrance sont associées à la maladie et doivent être intégrées par Mme A. Ces douleurs sont une source d'inquiétude supplémentaire.

Hypothèse, le cadre pour accueillir les angoisses : L'anxiété prédominante de Mme A. concernant ses douleurs et sa souffrance, en lien avec la maladie de Parkinson, peuvent être accueillies en séance de psychomotricité. Il s'agit d'offrir un cadre contenant dans lequel Mme A. peut exprimer ses inquiétudes qui se manifestent dans sa corporéité.

*

Observation, la douleur prédominante dans le discours : Mme A. parle de façon prédominante de ses douleurs. Les sujets de conversation, au cours de l'entretien, sont peu diversifiés, malgré mes questions variées. Le sujet de la douleur revient toujours dans la discussion. Elle semble se définir comme « une succession » de parties du corps douloureuses.

Le contact relationnel avec Mme A. est particulier avec l'ensemble des soignants. Lors de l'entretien, son regard est dispersé. Mme A. rencontre l'autre, par le prisme de la douleur et de l'anxiété, prédominantes dans son discours. Elle se décrit comme « douleur » et « malade » et non plus comme « sujet douloureux » ou « sujet malade ».

Hypothèse, la représentation du corps segmentée : Le diagnostic récent de la pathologie, l'anxiété permanente et les douleurs entraînent une dévalorisation de l'image du corps de cette patiente. Je fais l'hypothèse que les sensations douloureuses ressenties et décrites par Mme A., prennent toute la place. Elles concernent principalement les membres inférieurs et l'abdomen. De ce fait les parties du corps concernées par la douleur sont surinvesties. L'image du corps et le schéma corporel est remanié, il ne semble plus y avoir de cohérence dans la représentation corporelle de Mme A. Selon la théorie du moi-peau, définie par ANZIEU (1974) cité par GATECEL & al. (2015) (14) l'enveloppe corporelle, la surface de la peau de Mme A., ne joue

plus son rôle de pare-excitation physique et psychique. Mme A. n'est plus en capacité d'intégrer de nouvelles sensations, de nouvelles expériences, puisqu'elle n'est plus disponible dans la relation.

De plus je fais l'hypothèse que l'anxiété de Mme A. face à la détente est en lien avec cette fonction du moi-peau qui dysfonctionne. Je fais l'hypothèse que la détente est anxiogène puisque le relâchement physique et psychique sont des expériences nouvelles que Mme A. n'est pas en capacité d'intégrer seule en séance de méditation, de peur que la douleur prenne d'autant plus de place. L'angoisse ici est certainement de souffrir plus, de ne plus sentir son corps comme avant et de ne pas pouvoir mettre des mots sur ses sensations, ni les intégrer.

3. Objectifs : la relaxation pour éprouver des sensations unifiées

L'objectif de la séance en psychomotricité est de pouvoir, à travers le cadre proposé et la médiation choisie, accueillir les sensations corporelles, leur donner du sens et redonner une place au sujet.

L'objectif est de faire vivre de nouvelles sensations, pour nourrir une représentation du corps plus unifiée :

- L'entretien et le retour sur la séance par l'accompagnement et la relation qui s'établit propose à la patiente de mettre des mots sur ses sensations corporelles. La verbalisation permet de prendre de la distance avec les sensations, de les percevoir, d'en avoir conscience.
- Les enveloppements, le toucher-massage permettent de proposer des sensations corporelles cohérentes et unifiées et nourrissent la perception et la représentation du corps
- Le toucher-massage, les inductions corporelles en relaxation, permettent une stimulation sensorielle et proprioceptive (vibrations, étirements), induisent un relâchement musculaire et une diminution de la douleur selon le Gate Control.

4. La séance en psychomotricité

Je propose à Mme A. une séance de relaxation sur le principe d'induction corporelles par des enveloppements et des mobilisations passives pour répondre aux hypothèses et aux objectifs de la séance fixés.

La séance démarre par des inductions verbales pour accompagner Mme A. vers un état de calme selon le training autogène de SCHULTZ (18) (bonne installation, yeux fermés, prise

de conscience des appuis sur le matelas, du poids du corps et de la respiration). Mme A. parvient rapidement à trouver cet état.

Je propose par la suite des enveloppements des membres (pieds, jambes, bras, mains) pour accompagner la conscience de l'enveloppe et de l'ensemble du corps. Par la suite, je propose des mobilisations passives, tels que des étirements et des mouvements vibratoires légers, peu amples, rythmés et répétés. Je propose à nouveau des enveloppements accompagnés d'inductions verbales.

La séance se termine par des inductions verbales pour permettre à Mme A. de prendre conscience de la sensation de lourdeur, de chaleur et de pesanteur du corps.

Je constate un relâchement tonique, et une respiration qui s'apaise au fur et à mesure de la séance. Mme A. semble détendue.

5. Retour sur la séance : mettre en mots

Au moment de la reprise, Mme A. dit se sentir « relâchée ». Les sensations de fourmillements sont « *moins présentes* » au niveau des jambes. Mme A. semble plus disponible, apaisée, et moins dispersée. Elle peut exprimer une sensation de bien-être et de détente « *ça fait du bien aux jambes* » « *ça détend les muscles* ». De plus, elle met une note de 5/10 pour évaluer sa douleur. Ce qui marque une perte de 3 points avant et après la séance

6. Conclusion : la disponibilité psychique et physique soutient les vécus corporels douloureux

Le cadre posé par la séance, le déroulement de celle-ci, a permis à Mme A. de mettre une distance par rapport à sa douleur. Elle peut mettre des mots, et reprendre une place de sujet.

L'observation clinique, l'écoute et l'empathie, au moment de l'entretien permette à Mme A. de partager ses sensations corporelles et de mettre des mots dessus. La douleur peut être mise à distance, exprimée. Le sujet peut reprendre une place de sujet en verbalisant ses sensations corporelles.

Ce temps pour verbaliser et intégrer les sensations corporelles, proposé par le cadre de la séance de psychomotricité, permet de mettre de la distance avec la douleur. La fonction « alpha » du psychomotricien développé par BION, permet de rassurer la patiente et de détoxifier les expériences qui pourraient être intrusives.

Le cadre tenu par la présence du psychomotricien, par le « holding » et le « handling » (WINNICOTT) permettent de contenir les angoisses, de les penser, de les mettre en mot, pour que la patiente puisse prendre de la distance avec celles-ci.

Le cadre en psychomotricité permet de contenir et d'accueillir les plaintes du sujet et de redonner une place au vécu corporel. Il s'agit de considérer la douleur comme une information et proposer au patient d'autres informations sensorielles qui permettent d'apaiser l'anxiété, de relâcher le tonus de fond et de diminuer les sensations douloureuses. En effet, celle-ci retrouvent un sens, peuvent être mises en mots et intégrées par le patient comme une information sensorielle parmi d'autres informations sensorielles. Elle ne prend plus toute la place. Le cadre permet au sujet d'être entendu, pensé, écouté et de retrouver, par la plainte, et la description des sensations corporelles et émotionnelles, un espace où il peut être sujet douloureux et non plus douleur.

La fonction intersubjective du moi-peau permet à la patiente de prendre conscience de son corps dans une globalité, les parties douloureuses et non douloureuses s'inscrivent dans un tout unifié. La théorie du moi-peau permet de proposer une sensation de contenance, afin que Mme A. soit plus disponible à la relation, moins dispersée.

B. MME B. LE DIALOGUE TONICO-EMOTIONNEL DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES DYSKINESIES DOULOUREUSES

1. Anamnèse et rencontre en psychomotricité

Je rencontre Mme B. âgée de 65 ans, à la demande du staff en milieu de matinée en raison de ses dyskinésies douloureuses. Mme B. travaillait dans les contrôles aériens. Elle a été diagnostiquée en 2001. Elle vit seule et bénéficie d'aides à domicile. Mme B. entretient des relations conflictuelles avec son fils unique. Elle est hospitalisée pour une réévaluation en raison de ses nombreuses dyskinésies. Mme B. présente également une camptocormie¹⁶.

¹⁶ La camptocormie est un ensemble de symptômes se caractérisant par une courbure accentuée du dos, associée à une flexion plus ou moins accusée des hanches et une limitation des mouvements, mais uniquement quand le sujet est en position debout.

D'un point de vue médical, Mme B. présente des lésions osseuses, constatées au scanner, suspectées comme des métastases. Les résultats des examens complémentaires sont en attentes pour confirmer ou infirmer les hypothèses diagnostiques.

Lorsque je rentre dans la chambre, Mme B. est assise sur son fauteuil. Elle présente de nombreuses dyskinésies, notamment au niveau du membre inférieur droit et du tronc. Elle est très maigre, semble fatiguée et affaiblie.

Lors de l'entretien, elle m'explique que ses dyskinésies l'invalident dans la vie de tous les jours puisque les actions de la vie quotidienne sont entravées par ses mouvements anormaux « *dès que je veux prendre ou faire quelque chose, j'envoie tout valser.* » Ses dyskinésies fluctuent en fonction de ses émotions. Cette maladie l'enferme et l'inquiète, elle me dit qu'elle se sent « *comme dans une cage* ». Elle m'explique également qu'elle attend ses résultats, qui ajoutent une source d'inquiétude.

Mme B. ressent des douleurs en lien avec les dyskinésies, du fait des contractions musculaires. Les douleurs osseuses provoquées par les lésions, s'ajoutent aux douleurs musculaires. Les douleurs sont localisées au niveau des cervicales et de l'épaule gauche et sont « *difficiles à décrire* » selon elle. La prise du stylo est impossible pour Mme B., elle ne peut pas dessiner sur la silhouette les zones du corps douloureuses. Elle les nomme et les montre sur elle.

Mme B. se déplace en fauteuil roulant et chute à de nombreuses reprises lors de ses transferts notamment. Ce qui majore ses douleurs. Elle met une note de 6/10 pour évaluer l'intensité de sa douleur au moment de l'entretien.

Lorsque je propose la séance à Mme B., elle est un peu sceptique et résignée : « *au point où j'en suis autant essayer* ».

2. Observations et hypothèses d'accompagnement

Observations, les dyskinésies désorganisent la planification et l'exécution de gestes : L'organisation gestuelle et les actes de la vie quotidienne de Mme B. sont entravés par les dyskinésies qui prennent toute la place. De plus elle chute à de nombreuses reprises.

Hypothèse, les troubles de l'organisation gestuelle entraînent des troubles de la conscience et de la représentation corporelle : Les chutes à répétition, les mouvements anormaux entraînent des gestes incontrôlés. La perte de contrôle gestuelle, à termes, altère la conscience de soi. L'agentivité est altérée (ALBARET, 2016) (2) car le lien entre l'intention du

mouvement, sa réalisation et les sensations provoquées par ce mouvement, ne sont plus cohérentes. La représentation que se fait Mme B. de son corps est perturbée. Les expériences motrices ne font plus le lien entre l'intention du mouvement, son exécution et la sensation que ce mouvement procure. Le schéma corporel est remanié.

*

Observation, les sensations douloureuses sont indescriptibles et ne font plus sens : Mme B. présentent des douleurs en lien avec les contractions musculaires provoquées par les dyskinésies. Elle décrit également des douleurs osseuses, dont elle ne connaît pas l'origine, qui sont source d'inquiétude et d'angoisse.

Hypothèse, l'expérience du corps douloureux est source d'inquiétude et de tensions : Les douleurs, qu'elles soient liées aux dyskinésies ou aux douleurs osseuses, entraînent un vécu corporel qui ne fait plus sens (TAMMAM, 2007) (33). Les sensations ne sont pas descriptibles selon Mme B., il est donc difficile, pour elle, de se les représenter pour les intégrer à la conscience du corps, pour y mettre du sens. Les expériences sensorielles douloureuses sont difficiles à gérer émotionnellement. Elles se cristallisent et entraînent des tensions corporelles supplémentaires.

Les tensions corporelles, la rigidité liée à la maladie de Parkinson et aux dyskinésies participent à la construction d'une enveloppe psychique et physique, qui n'est plus suffisamment souple pour intégrer de nouvelles sensations.

Il y a une mise à distance du corps qui ne fait plus sens, parce qu'il est trop rigide et douloureux pour être pensé et présent.

3. Objectifs de séance

L'objectif de la séance, à travers le dialogue tonico-émotionnel qui s'établit en séance de relaxation est de faire le lien entre une expérience corporelle de détente et l'émotion agréable qui s'y rattache.

Il s'agit de proposer un temps pour vivre les sensations de détente, de relâchement musculaire. Proposer une expérience motrice agréable qui prend du sens à travers le dialogue tonico-émotionnel en séance de relaxation.

- Proposer une séance de relaxation pour atteindre un état de détente et induire un relâchement musculaire.

- Induire une diminution des dyskinésies.
- Diminuer les sensations douloureuses.

4. Séance

Mme B. est disponible, elle parvient à se concentrer dès le début de la séance de relaxation malgré ses dyskinésies très envahissantes. La séance se déroule en trois temps :

Un temps de prise de conscience de la respiration et des zones du corps en contact avec le matelas Mme B. parvient à se concentrer et est réceptive aux consignes verbales

Une fois que Mme B. a pu trouver un état de calme, je lui ai proposé des mobilisations passives (étirements, vibrations). Les dyskinésies sont importantes au début des mobilisations passives, notamment au niveau du membre inférieur droit. Les mobilisations sont difficiles car il y a un recrutement tonique important. La camptocormie induit une déviation du corps à droite.

Les dyskinésies diminuent après cinq minutes de mobilisations passives au niveau des jambes. Sa respiration est plus ample, plus calme.

A l'issue de la séance, les dyskinésies sont toujours présentes, mais moins fréquentes et moins importantes, leur intensité est diminuée. Le tonus de fond est abaissé, les mobilisations sont plus aisées, plus amples et souples.

5. Retour sur la séance

Mme B. se sent « *détendue, apaisée* ». Ses douleurs cervicales ont disparu, « *je n'y ai plus pensé pendant la séance* ». Mme B. évalue l'intensité de sa douleur avec une note de 1/10. Elle anticipe la réapparition de sa douleur « *je sais que ma douleur va réapparaître* », mais pendant la séance de relaxation elle s'est senti « *apaisée* ». Ses dyskinésies sont toujours présentes mais moins envahissantes. Lorsque je sors de la chambre, Mme B. souhaitait rester allongée, la séance lui a paru « *bénéfique* ».

Les mobilisations passives induites pendant la séance ont permis un relâchement musculaire.

6. Conclusion : le dialogue tonique médiateur de la détente pour la diminution des douleurs dyskinétiques.

L'accordage tonique qui s'est établi entre Mme A. et moi, a permis de proposer à cette patiente de vivre une expérience tonique et sensorielle différente, de détente. En effet, la séance

s'est construite à partir des observations cliniques, de l'état de Mme A., en prenant compte de la dimension corporelle, des douleurs, des dyskinésies et de la dimension psychique (Mme A. était peu convaincue, et résignée).

Le dialogue tonico-émotionnel défini par WALLON cité par AJURIAGUERRA (19), la posture d'empathie, permettent d'entrer en relation. Le dialogue tonique permet également d'ajuster les mobilisations tout au long de la séance en fonction de l'évolution de l'état tonique et des réactions de la patiente.

C. MR C. L'APPROPRIATION DE LA REL(XA)TION POUR SOULAGER LES DOULEURS

1. Anamnèse et rencontre

Je rencontre Mr C. âgé de 71 ans. Ce patient a effectué deux séjours dans ce service : un de deux semaines au mois de novembre 2017 et une seconde hospitalisation du 24 janvier au 5 mars 2018 afin d'instaurer un traitement par pompe Duodopa®. Mr C. est un médecin retraité. Il vit avec sa femme au domicile et entretient de bonnes relations avec ses enfants. Mr C. est diagnostiqué en 2011, à l'âge de 64 ans.

Je décrirai notre première rencontre et présenterai une analyse transversale des rencontres qui ont suivi.

2. Première rencontre en psychomotricité

Un temps d'observation

Lorsque je rentre dans la chambre, Mr C. est allongé sur le lit. Il présente des tremblements des deux membres supérieurs, prédominant à gauche. Ceux-ci sont très diffus, amples et engagent la totalité des deux bras. Mr C. serre fermement les barreaux du lit avec ses deux mains. Les contractures musculaires induites par les tremblements sont si importantes, que je constate visuellement qu'elles se propagent jusqu'aux muscles des trapèzes, au niveau des épaules et de la nuque. Sa respiration est plutôt thoracique (haute), rapide et saccadée. Mr C. est dans un état de contraction musculaire important. L'expression du visage est douloureuse.

Je me présente, pose le cadre, les raisons pour lesquelles je suis là et les outils que j'ai à ma disposition pour proposer une séance de relaxation. En raison de l'état de fatigue du patient je ne réalise pas d'entretien préalable, ni de bilan. Toutefois le patient souhaite bénéficier de cette séance de relaxation et accepte d'être touché.

Observation hypothèses et objectifs de séance

Je fixe des objectifs pour cette séance en fonction des observations décrites précédemment et des informations recueillies auprès de l'équipe.

Observation : le patient est dans un état de contraction musculaire important et douloureux, les tremblements sont incontrôlables et l'expression verbale n'est pas possible.

Hypothèses et objectifs : La séance en psychomotricité s'appuie sur la capacité du soignant à accueillir « les impressions sensorielles et les émotions exprimées » du patient « à l'état brut », les éléments bêta, pour les transformer en mots assimilables, c'est-à-dire en éléments alpha. Ainsi, en tant que psychomotricien nous assurons la fonction « de rêverie maternelle » théorisée par BION cité par GATECEL (14)

Donc, en tant que psychomotricien, nous observons les signes corporels et les états émotionnels que le patient manifeste. Il est nécessaire de garder à l'esprit que cette observation et la reformulation que nous en faisons n'est jamais neutre. Elle est le reflet de notre perception en tant que sujet. Il peut ainsi la comprendre et mettre du sens sur ses impressions corporelles. Le patient passe d'une sensation, d'une perception à une représentation de la situation. En tant que soignant nous adoptons une posture empathique, et nous assurons la fonction alpha de la mère, comme décrite dans la théorie de BION cité par GATECEL (14)

Observation : Mr C. est dans un état de recrutement tonique très important, les tremblements induisent des contractions musculaires et des douleurs.

Hypothèses : Il s'agit d'induire par la relaxation un relâchement tonique afin que les tremblements et la douleur soient atténués. L'enjeu implicite est de diminuer l'anxiété par un temps en relation via une médiation corporelle.

La séance que je propose est inspirée de la méthode activopassive de WINTREBERT. Ces techniques de relaxation utilisent principalement des inductions non verbales, corporelles. L'objectif est d'atteindre une « décontraction générale par des mouvements passifs »

Analyse de la séance

L'observation clinique me permet d'émettre des hypothèses de prise en charge, que je reprendrai et approfondirai plus loin dans ce travail de réflexion, à l'occasion des rencontres qui ont suivies.

Les tremblements incessants doivent renvoyer à une perte de contrôle du corps. Les sensations sont vécues, perçues mais n'ont plus de sens, ou de raisons d'être. Le sentiment identitaire, doit être altéré par l'évolution de la pathologie qui varie au fur et à mesure des années. La question des fluctuations motrices et des variations toniques « incontrôlable » au sein d'une même journée renforcent certainement ce sentiment de perte d'identité.

3. Janvier 2018 : Retrouver les séances de psychomotricité

Mr C. est de nouveau hospitalisé en janvier 2018 pour les mêmes indications. Cette hospitalisation est ponctuée de nombreuses complications et Mr C. sera alité pendant 3 semaines et alimenté par sonde nasogastrique.

Hypothèses d'accompagnement et observations transversales

A l'issue des rencontres avec Mr C., j'ai formulé des hypothèses de prise en charge transversale, afin de définir les objectifs d'accompagnement en psychomotricité et proposer des séances adaptées. Ce projet de soin s'est tissé au fur et à mesure des séances.

Observation : Mr C. souhaite bénéficier d'une séance de psychomotricité à l'entrée de son hospitalisation en janvier 2018. Dans le cas de Mr C. l'hospitalisation est proposée pour une adaptation des traitements antiparkinsoniens via une pose de pompe Duodopa®. Cette hospitalisation est le reflet d'une évolution de la pathologie, et de changements corporels importants. Elle sous-tend une perte d'autonomie. Je fais l'hypothèse que Mr C. traverse une période de changements corporels et identitaire importants, qui peuvent être source d'angoisse.

« L'annonce diagnostic puis les symptômes de la maladie en s'installant progressivement, introduisent une rupture dans l'identité de ces personnes âgées dans le regard qu'elle porte sur elles-mêmes, et dans celui que les autres portent sur elles. » (KAEMPF & al., 2011) (21)

Hypothèses : Le souhait de me rencontrer, est le signe que la première séance de relaxation a été suffisamment contenante pour que le patient estime qu'une seconde séance pourrait lui être bénéfique. Le toucher est le sens commun par lequel j'ai rencontré Mr C. La fonction du moi-peau, développée par ANZIEU cité par GATECEL (14) a permis, lors de la séance, « une inscription des traces sensorielles tactiles » dans les expériences psychiques du patient.

Mr C. a pu construire une relation de confiance à travers le dialogue tonico-émotionnel pendant les séances. La fonction « d'inter-sensorialité » du moi-peau (14) a permis l'émergence

d'une alliance thérapeutique. « *Cette alliance s'appuie sur la confiance donnée par le patient au clinicien posé en supposé savoir* » LACAN cité par BENAVIDES (4).

*

Observations : Mr C. présente des douleurs intenses en lien avec ses tremblements et ses contractions musculaires.

Hypothèses : L'accompagnement en psychomotricité par l'intermédiaire de la relaxation, permet d'induire une diminution des contractions musculaires, des douleurs, et des tremblements.

*

Observation : Mr C. est anxieux principalement en fin de journée. Il s'agit certainement d'angoisses vespérales. Les opérations à répétition et les complications ont majoré son anxiété. Au cours des entretiens, il a pu m'exprimer qu'il avait « peur de mourir ».

Hypothèse : La séance de psychomotricité est un moyen de verbaliser ses émotions, de les comprendre, et de leur donner du sens par la présence et l'étayage du psychomotricien. L'accordage affectif du psychomotricien, permet d'accompagner le patient dans de nouvelles expériences sensorielles. La relaxation, permet un relâchement tonique, une diminution de l'état anxieux et l'accès à un état d'apaisement, qui peut être un levier pour une prise en charge psychologique.

En effet, la diminution de l'état de vigilance permet un abaissement des barrières psychiques. Dans ces circonstances, le patient peut exprimer des angoisses qui doivent être accueillies par le psychomotricien, reformulées. Dans un second temps, il est nécessaire de relayer ces informations au psychologue ou au médecin de l'équipe pour proposer un suivi psychologique plus adapté. WINTREBERT explique que la relaxation permet l'émergence de phénomènes psychiques problématiques pour le sujet. « *Leur expression corporelle permet de liquider les conflits* » et permet d'entrevoir un approfondissement de la relaxation, du soin, par une prise en charge psychologique. (18)

4. Evolution des séances et analyse

Les séances que je propose à Mr C., tentent de répondre aux hypothèses de travail formulées précédemment. Celles-ci se décomposent en trois temps.

Un temps d'entretien

Un temps d'entretien auprès du patient, pour faire le point sur le vécu corporel et émotionnel du patient à l'instant « t » et entrer en relation.

Ce temps de parole a pris beaucoup de place avec Mr C., notamment lors de la dernière rencontre. J'ai proposé lors de cette séance, un massage à l'aide de différentes balles, afin d'expérimenter la conscience corporelle. Pendant le massage, Mr C. m'a parlé de ses angoisses de mort, et de ses inquiétudes. Il se sent « diminué ». J'ai accueilli et écouté ses propos. Lorsque cela a été possible je lui ai expliqué que je comprenais ses craintes. A la fin de la séance, j'ai relayé l'information à l'interne afin qu'un suivi psychologique soit proposé au patient, car cela me semblait nécessaire.

Je fais l'hypothèse que le relâchement tonique a permis l'abaissement des barrières psychiques, ce qui a fait émerger une angoisse plus profonde, qu'il a pu exprimer verbalement.

Un temps de relaxation

A la suite de l'entretien, je propose à Mr C. un temps de relaxation. Les techniques que j'utilise sont variées. Au début, inspirées des méthodes d'induction corporelle (WINTREBERT et relaxation coréenne) elles ont évolué vers des inductions verbales et des exercices de respiration. L'adaptation des techniques de relaxation est concomitante à la période de complication de Mr C. Le corps était trop douloureux pour être mobilisé. De plus, lorsque je lui donnais le choix entre un massage ou des exercices de respiration, Mr C. choisissait toujours la respiration. Au fur et à mesure des séances j'ai constaté que Mr. C. parvenait à trouver un état de calme, de plus en plus rapidement.

Un temps de reprise

La séance se termine par un temps de reprise pour permettre au patient d'évoquer les sensations corporelles ou les émotions qu'il a vécu pendant la séance. Cela me permet de comparer l'état général (tonus, respiration, posture, position, disponibilité, discours) et la douleur avant et après la séance.

Mr C. est capable lors de la deuxième séance de mettre des mots sur les sensations de détente. Après une séance de relaxation autour d'exercices de respirations et d'inductions verbales, Mr C. se sentait « bien » et « apaisé ». Il se sentait « léger », comme s'il avait « fait un voyage » et qu'il pouvait « de nouveau se mouvoir sans être soumis à la pesanteur ». Le patient semble s'être saisi de la relaxation, comme une échappatoire qui lui permet de s'échapper de ce corps rigide et incontrôlable.

Mr C. a pu exprimer une autre fois, que la séance lui avait permis de se « sentir apaisé par rapport à sa mort ». La relaxation permet de lever des barrières psychiques, afin de permettre aux patients d'exprimer leurs émotions. En même temps, pour Mr C., lors de cette séance, la relaxation, et la relation en psychomotricité a permis de contenir cette angoisse. La fonction du moi-peau dans ce cas apparaît double. Il permet l'inscription d'expériences corporelles en faisant échos à des expériences passées. Toutefois, il a un rôle contenant, de protection et de pare-excitation.

La douleur comme fil conducteur

Mr C. exprime une douleur chronique à chaque séance. La douleur est toujours localisée entre 6 et 8/10 avant la séance. Globalement, j'observe une perte de 2 à 4 points au terme de la relaxation. Les traitements médicamenteux n'ont pas permis un soulagement efficace jusqu'à présent. La douleur est une expérience sensorielle à part entière qui s'inscrit dans la construction psychique du sujet, par le moi-peau. C'est une expérience subjective. Paradoxalement et contrairement aux autres expériences sensorielles, elle ne fait jamais sens, et est fondamentalement subie (TAMMAM, 2007) (33). Or, une prise en charge en psychomotricité, telle que la relaxation, permet de proposer au patient de vivre des sensations agréables (différentes de la douleur). Ce vécu corporel différent, permet d'accompagner le patient pour redonner du sens aux expériences corporelles et sensorielles.

5. L'appropriation de la relaxation : un objet transitionnel pour soulager les douleurs

La prise en charge avec Mr C., qui s'est étalée dans le temps, permet de montrer à quel point la relation en psychomotricité et l'alliance thérapeutique permettent de construire un projet de soin adapté. Mr C. s'est approprié la relaxation comme un « objet transitionnel » au sens de WINNICOTT (1971) (35), dont il peut se saisir lorsque l'angoisse est présente. Lorsque le patient s'approprie ce médiateur, il redevient acteur, en prenant en compte son état interne (l'angoisse) afin de retrouver un état adapté à la réalité externe. En ce sens, la relaxation est un objet transitionnel qui permet de faire co-exister la réalité interne du sujet dans une réalité objective.

La séance de psychomotricité est également un espace transitionnel dans lequel le patient peut verbaliser des angoisses car elles sont contenues, accueillies.

6. Conclusion clinique

La relaxation est un médiateur malléable qui peut aussi bien s'inscrire dans une prise en charge à long terme, que dans une prise en charge ponctuelle, pour accompagner le vécu corporel douloureux. Elle permet de donner, ou redonner, du sens aux sensations douloureuses spécifiques de la maladie de Parkinson.

Lorsque la relaxation est utilisée au terme de plusieurs séances, elle permet aux patients d'être plus autonomes quant à leur prise en charge et trouver des moyens pour répondre à l'angoisse ou à la douleur, tel que Mr C.

Ces 3 cas cliniques permettent de mettre en évidence en quoi le cadre, le dialogue tonico-émotionnel et la relaxation en psychomotricité permettent d'accompagner, de penser et d'étayer le vécu corporel douloureux spécifique des patients atteints de la maladie de Parkinson, en service d'hospitalisation de court séjour.

*

Ce stage expérimental m'a permis de réfléchir sur la façon de se présenter en tant que psychomotricien dans un service hospitalier. Je propose d'aller plus loin dans ma réflexion sur ce qu'il serait possible d'envisager en psychomotricité, à temps plein, dans une structure telle que celle-ci pour accompagner les patients atteints de la maladie de Parkinson, particulièrement dans l'accompagnement de la douleur.

PARTIE IV : DISCUSSION

Je souhaite aborder, de façon plus transversale, la question des stages expérimentaux. Ils offrent la possibilité de pouvoir expérimenter une pratique (une médiation, auprès d'une population particulière, un cadre particulier, envisager une création de poste). Ils sont, selon moi, l'occasion d'ouvrir le champ d'intervention de la psychomotricité.

I. DEFINIR SA PLACE EN TANT QUE STAGIAIRE EXPERIMENTAL – PROJECTION PROFESSIONNELLE

La réalisation de ce stage a été l'occasion de me projeter en tant que future professionnelle, dans un service, où il a fallu réfléchir à un projet et un cadre d'intervention en psychomotricité. La période d'observation m'a permis d'identifier le besoin, d'apprendre à connaître l'équipe et le rôle de chacun dans la dynamique hospitalière. Dynamique, qui est complexe et dans laquelle il faut pouvoir trouver sa place. C'est la raison pour laquelle, il me semble qu'une période d'observation est sûrement plus pertinente lorsqu'elle est continue (durant une semaine entière) afin de comprendre et de saisir le rôle de chacun. Cela permet également de se présenter à l'ensemble de l'équipe dans une durée plus réduite. L'observation sur une durée continue permet de comprendre le fonctionnement du service avec moins de rupture.

La rencontre avec l'équipe et la façon dont on définit sa place est essentielle. Il faut donc réfléchir à la façon dont on présente la psychomotricité, la façon dont les professionnels définissent la place du psychomotricien et se représentent son champ d'intervention.

Une fois la période d'observation passée, il s'agit de rédiger un projet de stage expérimental. Le plus difficile au début a été de pouvoir donner et trouver un sens à ma pratique ponctuelle. C'est pourquoi la rédaction du projet de stage m'a permis de mettre des mots sur ma pratique et de délimiter un champ d'intervention. L'effort de rédaction sur les impressions et les observations du service permettent une appropriation du poste, et la fonction que j'ai occupée par la suite en tant que stagiaire expérimentale.

En tant que future professionnelle j'ai donc saisi l'importance de donner du sens à ma pratique. Il semble que pour les postes déjà installés, l'identité du psychomotricien est établie et permet une reconnaissance au sein de l'institution. Cependant, il me semble nécessaire de redéfinir ce champ d'intervention en fonction de sa pratique personnelle. La singularité des individus implique que chaque psychomotricien définit sa pratique en psychomotricité à partir de cette individualité, comme l'explique C. POTELE (27). Le cadre dépend donc de l'institution mais plus spécifiquement de l'identité du psychomotricien en tant que sujet.

De cette façon les indications pour lesquelles je rencontrais les patients étaient claires et rapidement, la douleur s'est imposée comme une problématique majeure. Ma pratique a évolué au fur et à mesure de l'année, de la rédaction du mémoire et de ma maturation professionnelle

et personnelle. Les stages expérimentaux, en cela, permettent de prendre du recul par rapport à la formation et projettent dans une démarche professionnelle.

J'ai constaté que le besoin en psychomotricité dans les services d'hospitalisation est présent. L'intervention ponctuelle hospitalière trouve son sens, pour la majorité des patients et pour l'équipe également.

Cette pratique trouve aussi ses limites. Une ou deux séances permettent de rencontrer le patient, de l'accompagner pour mieux vivre ses douleurs et son vécu corporel en lien avec la maladie. Cependant, accompagner les patients vers une autonomie est plus difficile. C'est un enjeu majeur de la prise en charge de ces patients, en lien avec la diminution des durées d'hospitalisation et la volonté de faire perdurer le maintien à domicile.

II. LES AMENAGEMENTS POSSIBLES DE LA PRISE EN CHARGE PROPOSEE : POUR ALLER PLUS LOIN

Des ateliers d'éducation thérapeutique, pourraient être pensés autour de la relaxation, afin de proposer des outils aux patients pour soulager, de façon autonome, leur vécu corporel douloureux.

Dans la continuité de la prise en charge proposée au cours de ce stage, il serait intéressant d'instaurer un réseau, pour que des psychomotriciens extérieurs puissent proposer des prises en charge au domicile des patients. La limite, reste le budget (pas de remboursement des soins en psychomotricité).

La psychomotricité par la relaxation, le toucher -massage, par sa diversité de médiateurs, par ses appuis théoriques, permet d'adapter un cadre à de multiples institutions et de trouver un sens à l'accompagnement des patients, pour des pathologies variées.

En cela, la psychomotricité s'inscrit dans une démarche actuelle du soin. Elle s'actualise, tant au niveau théorique que pratique. La recherche, cependant, manque encore au parcours de formation. A quand la réingénierie de la profession ?

CONCLUSION

A travers ce mémoire, j'ai proposé ma réflexion personnelle quant à l'apport de la psychomotricité auprès des personnes atteintes de la maladie de Parkinson. Particulièrement les personnes dont le vécu corporel est douloureux. En effet cette problématique est majeure dans cette pathologie, actuelle et fait l'objet de nombreuses recherches.

La maladie de Parkinson entraîne un remaniement de l'identité psychomotrice du sujet, de la même façon que la douleur chronique. Ces deux pathologies, se mêlent, se rejoignent. La spécificité dans la maladie de Parkinson est une atteinte de la régulation tonique. Le corps est subi, les mouvements involontaires et inattendus. Tout comme la douleur qui est chronique mais variable et fluctuante, majorée pendant les périodes « off ».

La prise en charge en psychomotricité, par la médiation de la relaxation, le cadre psychique et physique, la relation, tout ceci permet de se réapproprier ce corps incontrôlable et imprévisible.

La prise en charge hospitalière, dans son ensemble, par le cadre et l'accompagnement des professionnels a pour vocation de créer un sentiment de sécurité.

La famille d'une patiente à qui on a annoncé le diagnostic d'un Creswell Jacob, a pu exprimer au médecin que « *la coordination permet de rendre l'annonce du diagnostic et la maladie moins douloureuses* ».

La coordination au sein d'une équipe pluridisciplinaire, les soins réalisés en collaboration permettent de garantir un accompagnement étayant pour le patient. La posture du psychomotricien ne dépend pas uniquement de sa présence et de sa qualité relationnelle avec les patients.

La psychomotricité trouve également son sens lorsqu'elle s'inscrit dans une dynamique interprofessionnelle au moment de penser l'organisation des soins, les aménagements de l'espace et du temps, dans une fonction « méta-soignante ».

BIBLIOGRAPHIE

- (1) ALBARET, J-M. (2015) Chapitre 8 : Introduction aux troubles psychomoteurs et à leur mise en évidence. In *Manuel d'enseignement de la psychomotricité* (Tome 1- Concepts fondamentaux) (p.287-326). Ed. De Boeck Solal
- (2) ALBARET, J-M., & SAITOUR, A. (2016) Dimension proprioceptive et tactile de la conscience corporelle et action volontaire chez un enfant TSA : protocole à cas unique en rééducation psychomotrice. In *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 65 (p.42-53). Ed. Elsevier Masson
- (3) BENAVIDES, T. (2015). Chapitre 2 : Méthodes à dominante sensorielle. Partie 2 : Méthodes utilisées en psychomotricité. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. (Tome 2 – Méthodes et techniques). (p.289-328). Ed. De Boeck Solal
- (4) BENAVIDES, T. (2015). Chapitre 3 : Modalité de prise en charge. Partie 1 : Théories et fondements des méthodes utilisées en psychomotricité. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (Tome 2 – Méthodes et techniques) (p.129-209). Ed. De Boeck Solal
- (5) BIOY, A. & WOOD, C. (2013). *Thérapies à médiation corporelle et douleur*. Ed. INSTITUT UPSA DE LA DOULEUR
- (6) BONNET, A-M., HERGUETA, T., & CZERNECKI, V. (2013). *La maladie de Parkinson : au-delà des troubles moteurs*. Ed. John Libbey Eurotext.
- (7) BOUREAU, F. (1988). *Pratique du traitement de la douleur*. Ed. Doin Editeurs
- (8) BROSOLO, J. (2013). *Parkinson entre ce qui se voit, et ne se voit pas...* Mémoire de psychomotricité de Bordeaux.
- (9) BUSSCHAERT, B. & al. (2015). Chapitre 6 : Le corps et ses représentations. In *Manuel d'enseignement de la psychomotricité* (Tome 1 – Concepts fondamentaux) (p.201-246). Ed. De Boeck Solal
- (10) CALVINO, B., & GRILLO, R-M. (2006). Central pain control. In *Joint Bone Spine*. Ed. ELSEVIER MASSON récupéré sur <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2004.11.012>
- (11) CHU de BORDEAUX, (2016). *Projet d'établissement*.
- (12) CONTAT, C. (2014). *Rela(xa)tion en psychomotricité : intérêt de la relaxation auprès de personnes atteintes de la maladie de parkinson ou de syndromes apparentés*. Mémoire de psychomotricité de Bordeaux.

- (13) DIJAN, M-C. (2002). Les douleurs chroniques et les maladies neurologiques centrales. Ed. Ecole De Médecine.
- (14) GATECEL, A., & al. (2015). Chapitre 9 : La relation en psychomotricité. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (Tome 1 – Concepts fondamentaux). (p.327-351). Ed. De Boeck Solal
- (15) GAUCHER-HAMOUDI, O., & GUIOSE, M. (2007). *Soins palliatifs et psychomotricité*. Ed. Heures De France.
- (16) GILARDIN, G. (2017). *La maladie de parkinson ou le corps subi*, colloque rééducation dans la maladie de parkinson, France Parkinson.
- (17) GILLOOTS, E. (2006). Souffrance et douleur. *Gestalt*, n° 30, (1), (p.23-32). <https://www.cairn.info/revue-gestalt-2006-1-page-23.htm>.
- (18) GUIOSE, M. (2015). Chapitre 1 : Méthodes de relaxation et gestion du stress. Partie 2 : Méthodes et techniques utilisée en psychomotricité. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. (Tome 2 – Méthodes et techniques). (p.239-287). Ed. De Boeck Solal
- (19) JOLY, F., & LABES, G. (2008). *Julian de AJURIAGUERRA et la naissance de la psychomotricité* (Vol. 1 - Corps, tonus et psychomotricité). Ed. PAPYRUS.
- (20) JOUSSELLIN, C. (2016). *Se plaindre de douleur*. Ed. Connaissances et Savoirs
- (21) KAEMPF, S., & PERSONNE, M. (2011). Unifier de la tête aux pieds, approche psychomotrice de la problématique de l'identité chez les patients atteints de la maladie de Parkinson. In *Protéger et construire l'identité de la personne âgée* (p.69-85). Ed. ERES
- (22) LE BRETON, D. (2009). Entre douleur et souffrance : approche anthropologique. *L'information psychiatrique*, volume 85, (4), (p.323-328). doi:10.3917/inpsy.8504.0323.
- (23) LOUVEL, J-P., & OMRANA, M. (2015). Chapitre 12 : la douleur en psychomotricité. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. (Tome 3-Clinique et thérapeutique). (p.147-168). Ed. De Boeck Solal
- (24) MARCELLI, D. (2007). Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : la surprise dans l'interaction mère-bébé. In *Spirale*, 44, (4), (p.123-129). doi:10.3917/spi.044.0123.
- (25) MARTIN, E. (2015). Chapitre 27 : La maladie de Parkinson. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. (Tome 3 – Clinique et thérapeutique). (p.375-386). Ed. De Boeck Solal
- (26) POLLAK, P. (2003). *La maladie de Parkinson* Ed. ODILE JACOB

- (27) POTEL, C. (2008). Psychomotricité : entre théorie et pratique Ed. IN PRESS
- (28) POTEL, C. (2013). Etre psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir Ed. ERES
- (29) POTIN, D. (2006). Cadre en institution face à l'institution du cadre ?. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, n° 63, (1), (p.61-66). doi:10.3917/lett.063.66.
- (30) ROBERT-OUVRAY, S. & SERVANT-LAVAL, A. (2015). Chapitre 5 : Le tonus et la tonicité. In *Manuel d'enseignement de la psychomotricité* (Tome 1- Concepts fondamentaux). (p.161-199). Ed. De Boeck Solal
- (31) SARDA, J. (2002). Le toucher en thérapie psychomotrice. *Enfances & Psy*, n°20, (4), (p.86-95). doi:10.3917/ep.020.0086.
- (32) SCIALOM, P. (2015). Chapitre 1 : spécificités de l'approche psychomotrice et pluridisciplinarité des méthodes. Partie 1. Théorie et fondements des méthodes utilisées en psychomotricité. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (Tome 2 – Méthodes et techniques). (p.3-98). Ed. De Boeck Solal
- (33) TAMMAM, D. (2007). La douleur : de la phénoménologie à la clinique. Ed. Solal.
- (34) VANDERHEYDEN, J-E., & BOUILLIEZ, D-J. (2010). Traiter le Parkinson : prise en charge globale et multidisciplinaire du patient parkinsonien Ed. DE BOECK
- (35) WINNICOTT, D.W., (1971). Jeu et réalité Ed. Gallimard

SOURCE INTERNET :

- (36) http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf
- (37) <http://www.franceparkinson.fr/wp-content/uploads/2016/10/France-Parkinson-Echo-127-Dossier-La-douleur.pdf>
- (38) <http://www.franceparkinson.fr/wp-content/uploads/2017/12/France-Parkinson-site-APPEL-A-PROJETS-SHS-2018.pdf>
- (39) <https://neuro.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/jnp.14.2.223>
- (40) https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parours_de_soins_parkinson.pdf
- (41) <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006066735&dateTexte=20040807>
- (42) www.franceparkinson.fr
- (43) www.pharmacomedicale.org
- (44) www.sfetd-douleur.org

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	3
AVANT PROPOS	5
INTRODUCTION	6
PARTIE I – LA MALADIE DE PARKINSON	8
I. UNE PATHOLOGIE EVOLUTIVE ET FLUCTUANTE	9
A. Qu'est-ce que la maladie de Parkinson ?	9
1. Historique et évolution de la définition	9
19ème siècle : de la « paralysie agitante » à la maladie de Parkinson :	9
20ème siècle découverte du système dopaminergique, les traitements et description des troubles cognitifs	9
Définition actuelle de la maladie de Parkinson	10
2. Structures neurophysiologiques atteintes dans la MPi	11
3. Mécanismes et étiologies	12
4. L'évolution de la MPi, des premiers signes cliniques au handicap	12
B. Expression clinique de la maladie de parkinson - symptomatologie	15
1. Les symptômes moteurs	15
L'akinésie et la bradykinésie	15
La rigidité extrapyramidale	16
Le tremblement de repos	17
2. Les symptômes non moteurs : psychiques et psycho-comportementaux	18
Les signes physiques	18
Les manifestations psychologiques	18
Troubles cognitifs et intellectuels	19
3. Les troubles psychomoteurs	20
4. La douleur dans la maladie de Parkinson	22
II. L'ADAPTATION DES PRISES EN CHARGE DANS LA DYNAMIQUE DE LA PATHOLOGIE	24
A. Les traitements dans la maladie de Parkinson	24
1. Les traitements médicamenteux	24
2. De la neurochirurgie et la stimulation cérébrale profonde (SCP)	25
B. Les stratégies thérapeutiques	26
C. La contenance de l'organisation hospitalière	28
1. Présentation du service	28
2. L'interprofessionnalité pour accompagner l'évolution de la pathologie	28
La relation privilégiée avec le neurologue	29
La rééducation au centre de l'accompagnement des personnes malades de Parkinson	30
L'accompagnement social	30
	83

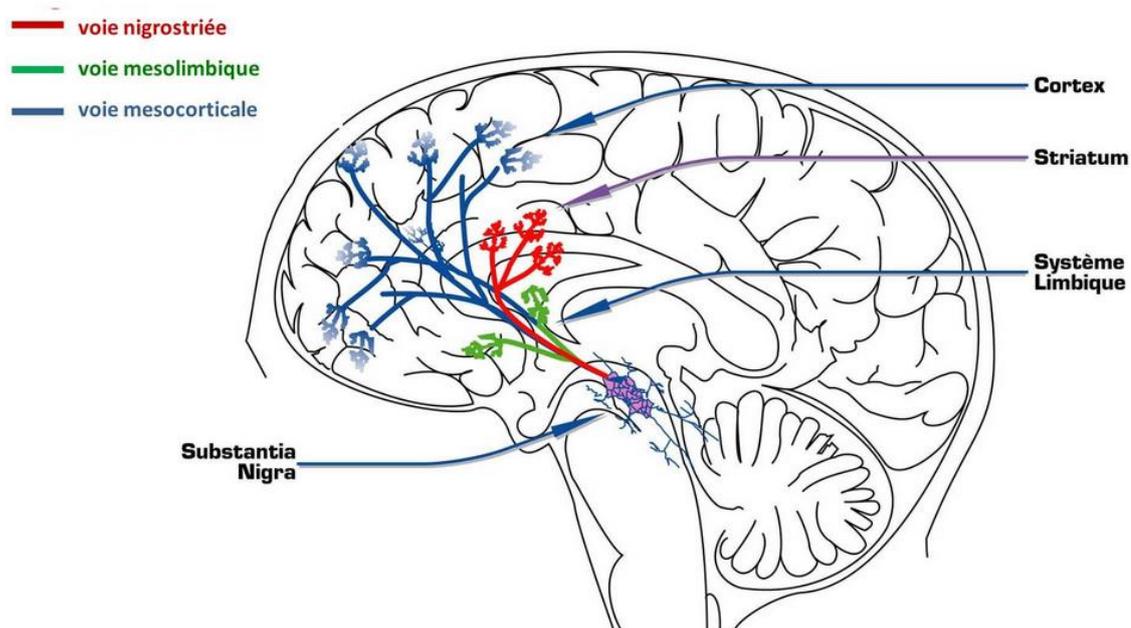
<i>L'accompagnement psychologique et neuropsychologique</i>	30
3. Parcours du patient : le cadre de l'hôpital un espace transitionnel et rythmé	31
<i>Pré-hospitalisation</i>	31
<i>Entrée dans le service, un cadre contenant l'espace de la chambre</i>	31
<i>La durée de l'hospitalisation : la rythmicité de la journée garantie par la gestion des soins des AS et des IDE</i>	32
<i>Sortie d'hospitalisation</i>	33
4. La place de la psychomotricité dans un service hospitalier	33
PARTIE II – LA DOULEUR ET SES SPECIFICITES DANS LA MALADIE DE PARKINSON	34
I. PRESENTATION ET SPECIFICITES DE LA DOULEUR DANS LA MALADIE DE PARKINSON	35
A. Généralités du fonctionnement physiologique de la douleur	35
1. Définition du mot « douleur »	35
2. Origine nociceptive de l'information douloureuse : un sens à part entière	35
3. La modulation du message douloureux : information tactile et nociceptive	37
B. Les composantes de la douleur	38
1. Les composantes physiques, sensori-discriminatives	38
2. La composante cognitive	38
3. La composante comportementale	39
4. La composante affectivo-émotionnelle, spécifique dans la MPi	40
C. Spécificités de la douleur dans la maladie de Parkinson : quelle perception ?	40
1. La douleur dans la MPi : une problématique actuelle	40
2. Abaissement du seuil de la douleur dans la MPi	41
3. La douleur chronique spécifique de la MPi – le rôle de la composante affectivo-émotionnelle	41
II. IMPLICATION PSYCHOMOTRICE DU SUJET DANS LE VECU DE LA DOULEUR	42
A. Tonicité, sensorialité et identité du sujet douloureux	42
1. Le tonus : construction du vécu corporel douloureux chez les patients atteints de la MPi	42
<i>Tonus et proprioception : socle du schéma corporel et de l'image du corps</i>	43
<i>Le tonus soutien de l'enveloppe corporelle, support de l'identité</i>	43
<i>Le tonus : moyen de communication et de relation à autrui.</i>	44
<i>Tonus et vécu corporel douloureux</i>	44
2. La douleur : « un non-sens » dans l'expérience du corps selon la phénoménologie	45
3. Le schéma corporel du patient douloureux chronique	47
B. La rela(xa)tion : un accompagnement du corps malade et douloureux	48
1. La relation en psychomotricité : une intersubjectivité soignant-soigné	48
2. La relaxation : médiation pour le sujet douloureux	51
PARTIE III : CLINIQUE	55
I. DE L'OBSERVATION A LA MISE EN PLACE DU CADRE D'INTERVENTION EN PSYCHOMOTRICITE	56
A. Observation et adaptation en tant que stagiaire expérimentale	56
	84

1.	Le protocole de méditation pour la prise en charge de la douleur et de l'anxiété	56
2.	Le constat d'une organisation psychomotrice perturbée dans la maladie de Parkinson	57
	<i>Troubles de la régulation tonique, troubles du schéma corporel et troubles posturaux</i>	57
	<i>Troubles de la communication et troubles cognitifs</i>	57
	<i>Douleurs</i>	57
B.	Résumé du projet de stage expérimental	58
1.	Définir un cadre par la médiation relaxation	58
	<i>Poser un cadre contenant pour se rencontrer</i>	58
	<i>Proposer un temps pour vivre le corps autrement</i>	58
	<i>Garder en mémoire la trace de ce vécu de détente</i>	59
3.	Indications en psychomotricité	59
II.	CAS CLINIQUES	59
A.	Mme A. – un cadre pour accueillir les douleurs neuropathiques	61
1.	Anamnèse, et rencontre en psychomotricité	61
2.	Observations et hypothèses	62
3.	Objectifs : la relaxation pour éprouver des sensations unifiées	63
4.	La séance en psychomotricité	63
5.	Retour sur la séance : mettre en mots	64
6.	Conclusion : la disponibilité psychique et physique soutient les vécus corporels douloureux	64
B.	MME B. le dialogue tonico-émotionnel dans l'accompagnement des dyskinésies douloureuses	65
1.	Anamnèse et rencontre en psychomotricité	65
2.	Observations et hypothèses d'accompagnement	66
3.	Objectifs de séance	67
4.	Séance	68
5.	Retour sur la séance	68
6.	Conclusion : le dialogue tonique médiateur de la détente pour la diminution des douleurs dyskinétiques.	68
C.	Mr C. l'appropriation de la rel(xa)ation pour soulager les douleurs	69
1.	Anamnèse et rencontre	69
2.	Première rencontre en psychomotricité	69
	<i>Un temps d'observation</i>	69
	<i>Observation hypothèses et objectifs de séance</i>	70
	<i>Analyse de la séance</i>	70
3.	Janvier 2018 : Retrouver les séances de psychomotricité	71
	<i>Hypothèses d'accompagnement et observations transversales</i>	71
4.	Evolution des séances et analyse	72
	<i>Un temps d'entretien</i>	72
	<i>Un temps de relaxation</i>	73
	<i>Un temps de reprise</i>	73
		85

<i>La douleur comme fil conducteur</i>	74
5. L'appropriation de la relaxation : un objet transitionnel pour soulager les douleurs	74
6. Conclusion clinique	75
PARTIE IV : DISCUSSION	76
I. DEFINIR SA PLACE EN TANT QUE STAGIAIRE EXPERIMENTAL – PROJECTION PROFESSIONNELLE	77
II. LES AMENAGEMENTS POSSIBLES DE LA PRISE EN CHARGE PROPOSEE : POUR ALLER PLUS LOIN	78
CONCLUSION	79
BIBLIOGRAPHIE	80
TABLE DES MATIERES	83
ANNEXES	87

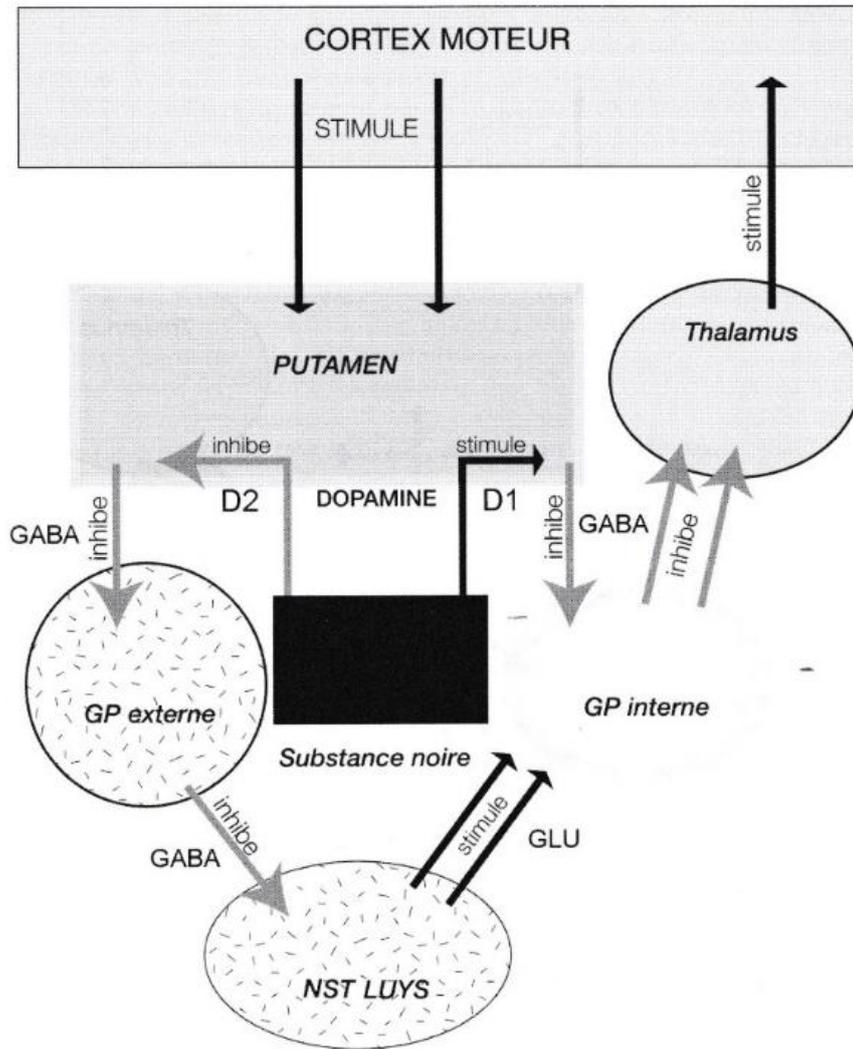
ANNEXES

ANNEXES 1



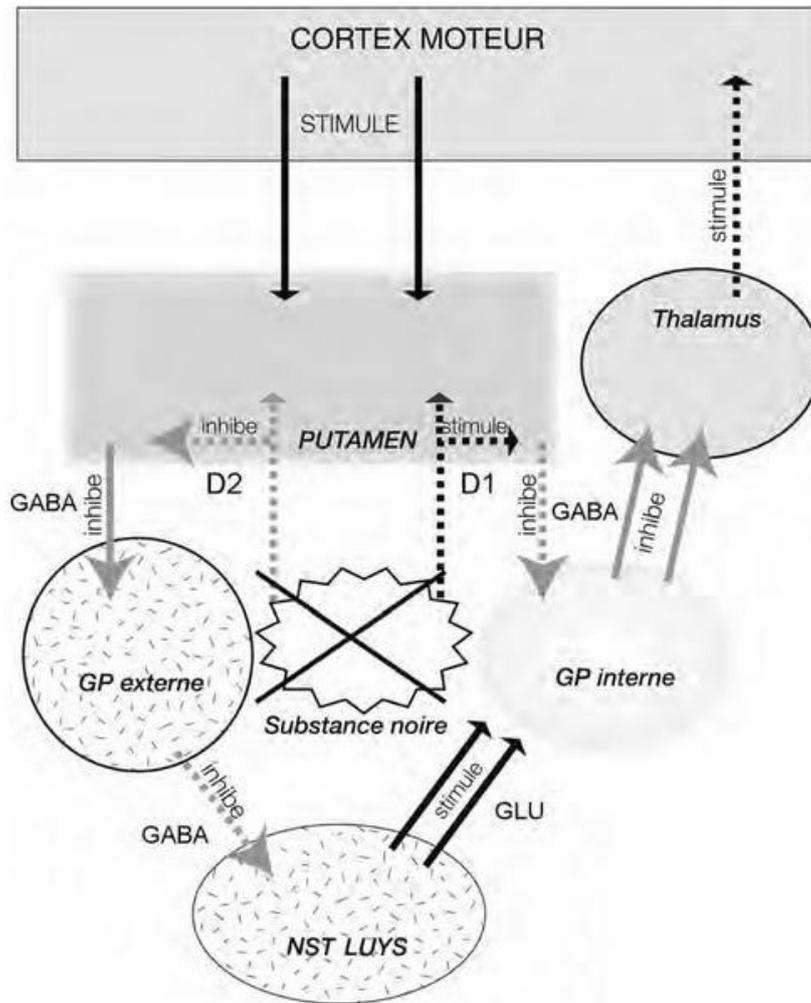
Les principales voies dopaminergiques cérébrales (récupéré sur www.pharmacomédical.org)

ANNEXE 2



Fonctionnement normal de la voie directe (D1) et indirecte (D2) (VANDERHEYDEN & al., 2010)(34)

ANNEXE 3



Fonctionnement pathologique des voies directes (D1) et indirectes (D2) dans la maladie de Parkinson. (VANDERHEYDEN & al., 2010) (34)

SUIVI	Phase de début	Phase d'état	Phase avancée	Phase de déclin
Médecin généraliste	En l'absence de complications, consultation au minimum tous les 3 mois (fréquence adaptée aux besoins de la PcP, et au besoin de coordination des soins)			
Neurologue	En l'absence de complications, consultation au minimum tous les 6 mois (fréquence adaptée aux besoins de la PcP) En cas de SCP : suivi conjoint par le neurologue référent (3-4 fois par an en dehors de complication, plus souvent en cas de problème) et par le centre spécialisé			
Masseur-kinésithérapeute	8 à 10 séances - 1 par semaine si éducation ou suivi* - groupées sur 1 mois si traitement d'un symptôme particulier A renouveler si besoin	Séries intensives de 15 à 20 séances 2 ou 3 fois par an pour les sujets jeunes et/ou actifs avec pratique gymnique personnelle Séances continues 2 fois par semaine pour autres PcP	Séances 3 puis 4 fois par semaine partagées progressivement entre le cabinet et le domicile de la PcP	Prise en charge neurologique organisée en réseau ville/hôpital de proximité/centre hospitalier universitaire Séances à domicile 3 fois par semaine habituellement Séance quotidienne à domicile si problème aigu (encombrement bronchique par exemple...)
	Chaque cas est particulier. La progressivité et l'adaptation des soins de kinésithérapie et d'orthophonie sont calées sur l'évolution de la maladie. Possibilité d'intensifier sur un objectif précis mais également d'indiquer une fenêtre thérapeutique sans rompre le lien.			
Orthophoniste	Rééducation de la micrographie - si demande explicite : 1 session de 4 semaines tous les 12 à 18 mois. Rééducation de la parole si troubles répétés, même légers : session de LSVT [®] sur un rythme intensif (4 séances d'une heure par semaine durant 4 semaines) tous les 12 à 18 mois	Session de rééducation de l'écriture 1 fois par an Rééducation de la parole : session LSVT tous les 8 à 14 mois Prise en charge des troubles de la déglutition	Rééducation systématique de la parole : session LSVT tous les 6 à 10 mois Prise en charge au cabinet puis à domicile selon l'évolution 3 ou 4 fois par semaine	Prise en charge à domicile, 2 ou 3 fois par semaine
Infirmière	En fonction des besoins tous les 6 mois puis tous les 3 mois	En fonction des besoins tous les 3 mois puis tous les mois puis 1 fois par semaine	En fonction des besoins jusqu'à 4 passages par jour	En fonction des besoins autant de passages que nécessaire
Psychologue	En fonction des besoins de la PcP et de sa famille (conjoint aidant +++) Après l'annonce diagnostique			
Pharmacien	En fonction des besoins			
Assistant de service social	En fonction des besoins			

ANNEXE 5

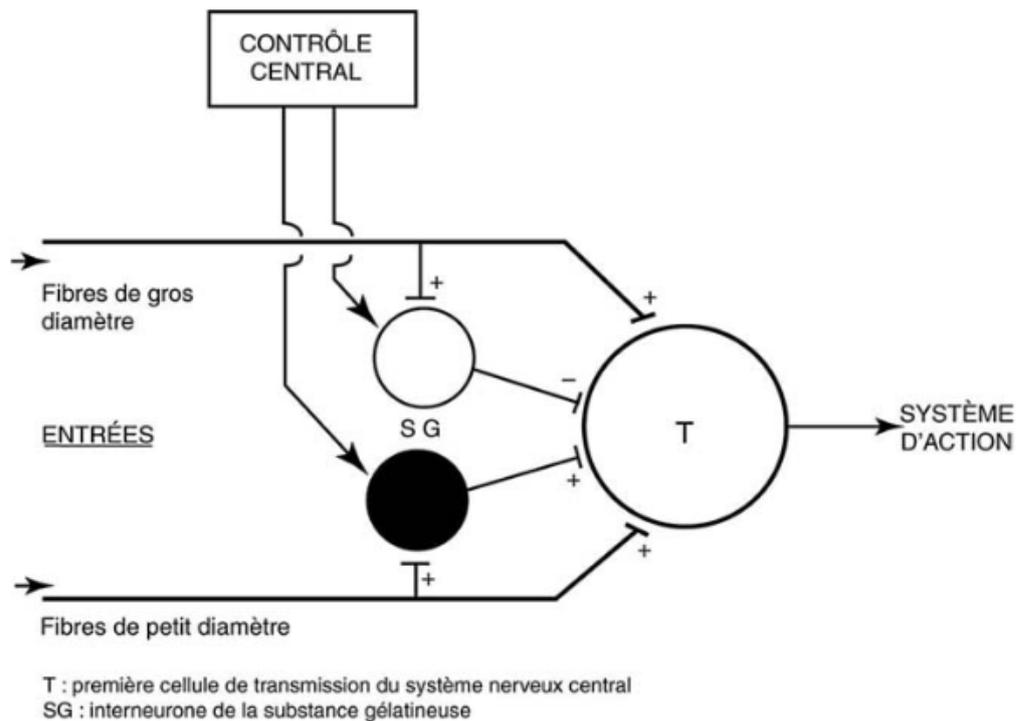


Fig. 3. Schéma révisé de la « théorie du portillon ».

Deux familles d'interneurones (l'une inhibitrice et l'autre activatrice), et non plus une comme dans le schéma initial, sont mises en jeu dans le système de contrôle.

Schéma de la théorie du Gate Control (CALVINO & GRILLO, 2006) (10)

OUTIL PSYCHOMOTRICITE - REPRESENTATIONS ET PERCEPTIONS CORPORELLES

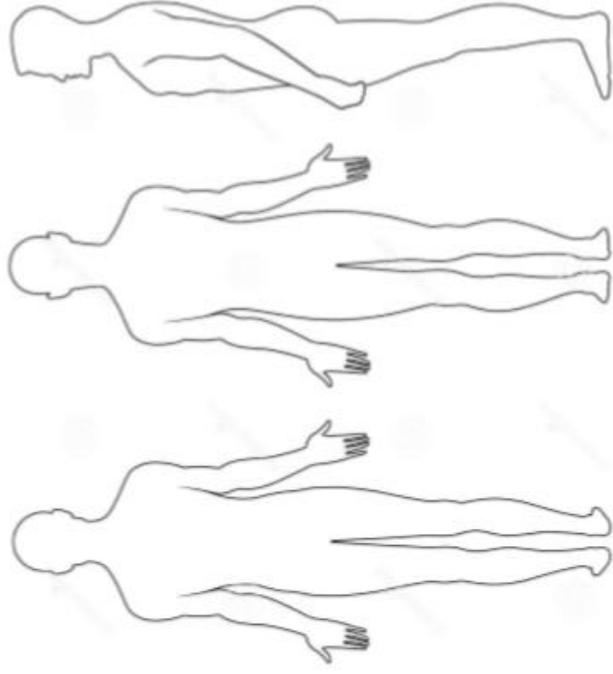
NOM :
AGE :
DEBUT PARKINSON :
INFORMATION COMPLEMENTAIRES :

INFORMATIONS GENERALES ET PERCEPTION DU CORPS AU MOMENT DE LA RENCONTRE

Comment vous vous sentez aujourd'hui ?

ressentez votre corps en ce moment, en représentant les zones détendues ou tendues ou les parties du corps plus ou moins mobiles ou plus ou moins agréables à mobiliser)

2



Est-ce que vous pratiquez-vous une activité sportive ou personnelle ? Quels sont vos loisirs ?

Pourriez-vous en faisant votre propre dessin ou à partir de la silhouette proposée dessiner comment vous vous sentez aujourd'hui ? (Comment vous

OUTIL PSYCHOMOTRICITE - REPRESENTATIONS ET PERCEPTIONS CORPORELLES

NOM :
AGE :
DEBUT PARKINSON :
INFORMATION COMPLEMENTAIRES :

Perceptions et représentations du corps (tension, douleur)

Est-ce que vous ressentez des sensations désagréables/des tensions/des douleurs quelque part ? Si oui où, et comment les décrieriez-vous ?

INTENSITE

Cotation des zones de tensions dans votre corps (0 = pas de tension / 10 = tension maximale imaginable) : 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

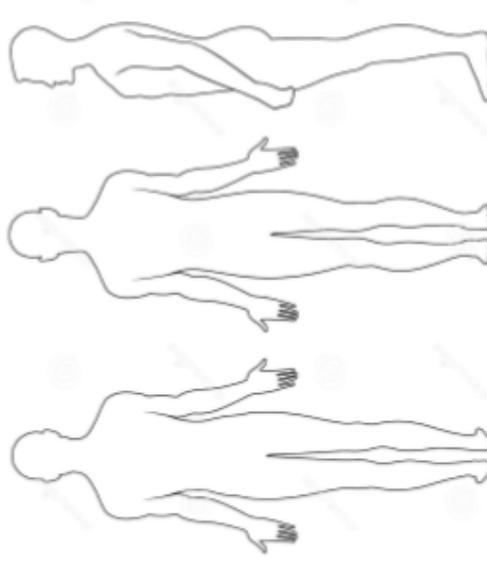
Echelle Visuelle Analogique : « Je vous propose d'utiliser une sorte de thermomètre de la douleur qui permet de mesurer l'intensité de votre douleur. Une extrémité correspond à la douleur maximale imaginable. Plus le trait est proche de cette extrémité, plus la douleur est importante. L'autre extrémité correspond à pas de douleur. Plus le trait est proche de cette extrémité, moins la douleur est importante. »

APRES LA SEANCE

Comment vous sentez-vous maintenant ? (Après cette séance)

Cotation des zones de tensions dans votre corps (0 = pas de tension / 10 = tension maximale imaginable) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Pourriez-vous en faisant votre propre dessin ou à partir de la silhouette proposée dessiner comment vous vous sentez maintenant ? (Ce qui a changé dans votre corps, comment vous vous sentez après cette séance en représentant les zones détendues ou tendues, les parties du corps plus ou moins mobiles, plus ou moins agréables à mobiliser, si les douleurs sont toujours présentes les représenter)



ANNEXE 7

Tableau 1- Récapitulatif des patients rencontrés

Nom	Indications en psychomotricité et problématique	Points de douleurs perdus avant/après la séance
Mme A.	Douleurs neuropathiques	-2pts
Mr C.	Douleurs liées aux tremblements période « off »	-3pts
Mme R.	Douleur liée à des dystonies de la face et de l'épaule dû à une rupture de la coiffe des rotateurs	-1pt
Mme M.	Douleurs liées à une contraction musculaires au niveau des fessiers te des membres inférieurs	-0pt
Mme J.	Douleurs liées à une crispation de l'abdomen et respiratoires (constipation)	-3pts
Mme O.	Douleurs liées à une contracture musculaire au niveau de la jambe et du bras traitées par morphinique et de nombreuses dyskinésies	-0pt
Mme P.	Anxiété et ralentissement psychomoteur	/
Mme U.	Douleurs liées aux dystonies de la face et aux contractions musculaires	-5pts
Mme N.	Douleurs liées aux dystonies cervicales et de la face	-0pt
Mr B.	Douleurs liées à des crampes	-1pt
Mr D.	Douleur liée à l'hypertonie	-1pt
Mme B.	Douleurs liées à ses dyskinésies, la camptocormie, à la suite d'une chute	-2pts
Mme D.	Douleurs liées à une hypertonie, raideurs prédominantes au niveau du bras et céphalées	-5pts
Mr Z.	Douleurs en raison de crampes musculaires localisées au niveau des membres inférieurs	-1pt
Mr S.	Douleurs articulaires de l'épaule droite	-0pt
Mme C.	Douleurs liées à ses dyskinésies qui induisent des contractures musculaires	-4pts
Mr L.	Douleurs neuropathiques, de types fourmillements décrits dans les membres inférieurs notamment	-1pt
Mr K.	Douleur liée à une chute au niveau de la hanche et du membre inférieur gauche	-1pt
Mr H.	Douleurs liées aux tremblements et à l'hypertonie	-5pts
Mr J.	Douleurs liées à l'hypertonie, raideurs et contractures musculaires	-6pts
Mme I.	Douleur et oppression au niveau diaphragmatique, liée à l'angoisse certainement et douleurs liées à ses tremblements et contractions musculaires	-5pts
Mr S.	Opposition aux soins et à la toilette, difficulté de communication, donc prise en charge pour apaisement	/
Mme L.	Implantation de stimulation cérébrale profonde en raison de dystonies importantes – prise en charge autour de la conscience des appuis, exercice avec des balles à reproduire à la maison	/
Mme E.	Trouble attentionnel important, rigidité extrapyramidal proposition de prise en soin en relaxation pour la contenance et la conscience du corps	/
Mr T.	Réévaluation d'une stimulation cérébrale profonde, difficulté à la marche, prise en charge autour de la conscience des appuis	/

Tableau 2- Synthèse évaluation douleur avant/après

Points de douleur perdus avant/après la séance	Nombre de patients
0	4
1	6
2	2
3	2
4	1
5	4
6	1

Moyenne = 2,3 points

Médiane = 1,5

ANNEXE 8

Mme A. Silhouette de localisation de la douleur avant/après la séance et dessin du bonhomme

Figure 1- Avant la séance

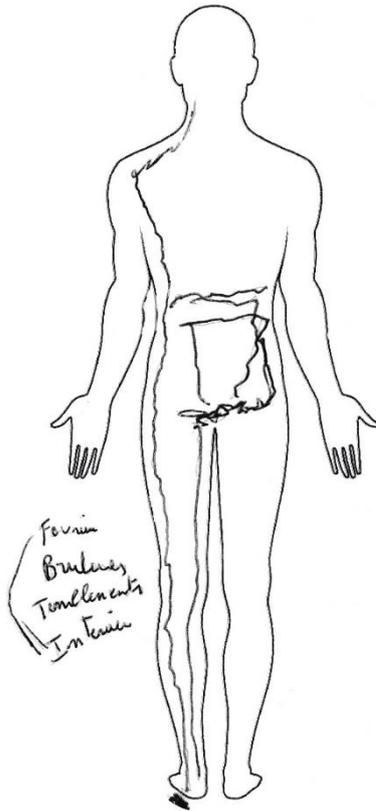


Figure 2- Après la séance

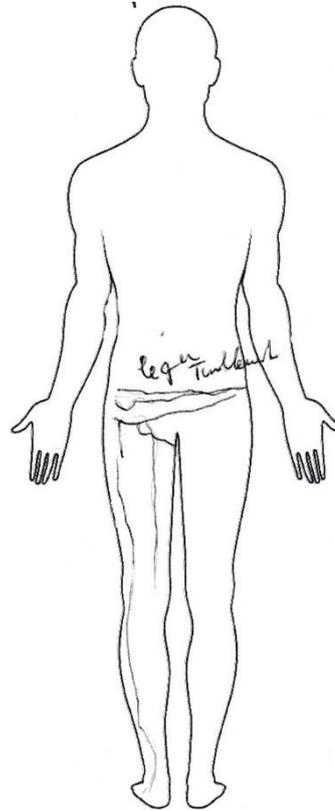


Figure 3- Dessin du bonhomme

