



Rompre le cercle vicieux de l'anxiété: la relaxation comme médiation psychomotrice au service de la personne âgée anxieuse en EHPAD

Mélanie Richon

► To cite this version:

Mélanie Richon. Rompre le cercle vicieux de l'anxiété: la relaxation comme médiation psychomotrice au service de la personne âgée anxieuse en EHPAD. Psychologie. 2019. dumas-02179697

HAL Id: dumas-02179697

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02179697>

Submitted on 11 Jul 2019

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
Collège Sciences de la Santé
Institut de Formation en Psychomotricité

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



Rompre le cercle vicieux de l'anxiété :

La relaxation comme médiation psychomotrice au service de la
personne âgée anxieuse en EHPAD.

RICHON Mélanie

Née le 1^{er} novembre 1992 à Libourne (33)

Juin 2019

Sous la direction de Clémence Urnoux

Sommaire

Remerciements	3
Avant-propos	4
Introduction.....	5
 Partie 1 : Le processus de vieillissement	9
1- Le vieillissement normal	10
2- Ses répercussions sur notre organisation psychomotrice	17
3- Les complications possibles liées à l'âge	20
Partie 2 : L'anxiété.....	21
1- Présentation globale de l'anxiété	22
2- Le regard psychomoteur	29
3- Apparition et conséquences chez la personne vieillissante.....	30
Partie 3 : La relaxation comme outil du psychomotricien.....	32
1- Le métier de psychomotricien.....	33
2- Le lien corps/esprit	35
3- La relaxation.....	39
4- Pré-requis d'une prise en charge psychomotrice.....	45
Partie 4 : Accompagnement psychomoteur	49
1- Présentation des lieux de stage	50
2- L'utilisation de la relaxation en EHPAD auprès de deux résidents anxieux	53
 Conclusion.....	78
Discussion.....	79
Bibliographie	80
Table des matières	84
Annexes.....	86

Remerciements

Avant tout, je souhaite remercier chaleureusement l'ensemble des personnes qui ont contribué à l'élaboration de mon mémoire.

Je tiens tout d'abord à remercier Clémence Urnoux, maître de stage et directrice de mémoire, pour sa confiance, sa générosité et ses conseils avisés.

Je remercie également l'ensemble de mes maîtres de stage : Elodie De Poortere, Corine Jameau, Emmanuelle Molineau, Maritchu Mauget-Bilbao, Delphine Masclef et Fanny Tastayre, ainsi que l'ensemble de mes professeurs, pour le partage de leurs connaissances et leur implication.

Je voudrais ensuite remercier ma famille, pour son soutien indéfectible et son aide précieuse. Plus particulièrement mon mari, pour sa présence, sa patience et sa bienveillance.

Enfin, j'ai une pensée attendrissante envers tous les patients que j'ai pu côtoyer au cours de cette formation et qui m'ont tant enrichie, je les en remercie.

A mon arrière grand-mère, pour son inspiration et sa force de vivre.

Avant-propos

« L'art de bien vieillir consiste à imiter l'automne et l'hiver de façon à faire du premier une saison belle et féconde, du second une saison paisible et silencieuse, pénétrée de chaleur de l'amour. Cependant, l'automne comme l'hiver peuvent être marqués par des expériences négatives. Tantôt les tempêtes automnales déracinent les arbres, nous arrachant à notre univers familier ; tantôt les gelées hivernales nous plongent dans le froid. Il arrive même que les neiges nous isolent du monde extérieur. Savoir bien vieillir, c'est accepter la beauté, mais aussi l'âpreté de l'automne et de l'hiver, c'est reconnaître l'amour par-delà les tourments. »

Extrait de « L'art de bien vieillir », Anselm Grün.

Introduction

C'est au cours de mes études de psychologie que j'ai découvert le métier de psychomotricien. Après l'obtention de ma licence, via la passation d'un examen spécial, j'ai pu intégrer l'institut de formation en psychomotricité de Bordeaux (IFP) en deuxième année. Au cours de cette deuxième année, mes stages étaient principalement orientés auprès des enfants. Ainsi pour ma troisième et dernière année de formation, j'ai fait le choix de réaliser l'un de mes stages dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En effet, je souhaitais découvrir de manière plus approfondie les problématiques spécifiques à cette population et ainsi enrichir ma pratique future.

Ce sont les difficultés psychiques et notamment l'anxiété de certains résidents qui m'ont le plus particulièrement marquée. Je suis moi-même une personne de nature anxieuse et adepte de différentes techniques non médicamenteuses comme la relaxation avec laquelle j'envisage de travailler en tant que future psychomotricienne.

C'est pourquoi aujourd'hui, riche de toutes mes connaissances théoriques et pratiques acquises en école de psychomotricité, je souhaite consacrer mon mémoire de fin d'études aux personnes âgées résidant en EHPAD. L'anxiété qu'elles peuvent développer et les bienfaits que la relaxation peut leur apporter ont été pour moi un thème évident à penser et à traiter.

Tout d'abord, il est important de savoir que notre évolution psychomotrice a lieu tout au long de notre vie, de notre état embryonnaire jusqu'à notre mort.

Elle débute dans le ventre de notre mère, au sein duquel, nos sens, notre motricité et notre psychisme se déploient progressivement grâce au développement neurologique et grâce aux interactions materno-fœtales.

Après 9 mois de fusion physique avec notre mère, lorsque nous sommes aptes à découvrir le monde extérieur, nous naissons. Grâce à un environnement rassurant et stimulant, autrement dit « suffisamment bon »⁽⁴¹⁾, notre développement psychomoteur (moteur, sensoriel, affectif et intellectuel) peut s'opérer de manière harmonieuse. Nous passons alors par différentes étapes : le nourrisson est d'abord confronté à une motricité automatique caractérisée par les réflexes archaïques, puis peu à peu, il va être en capacité de se retourner, de ramper, de marcher à quatre pattes, de s'asseoir, de se relever et de marcher. Ses possibilités motrices et sa confiance grandissantes, le bébé va multiplier ses expériences sur le monde, ainsi, ses sensations mais aussi ses représentations vont s'accroître. Il y a une inter-relation constante entre ces différents domaines : l'un modifie l'autre qui en retour va venir l'impacter, c'est ce qui permet à l'enfant de grandir et de s'ouvrir au monde qui l'entoure.

Ainsi au fil des années, l'enfant va poursuivre le développement de sa motricité globale et de sa motricité fine, il va construire sa latéralité, il va s'organiser dans le temps et dans l'espace, il va maîtriser le graphisme et l'écriture, il va développer des facultés de mémorisation et de concentration, il va mieux réguler ses émotions, il va se faire confiance... Catherine Potel avance que « si le développement psychomoteur est présumé arrivé à maturation vers l'âge de 6 ans, il n'est pas avéré que les fondements psychocorporels cessent d'être importants à l'âge de raison, à l'âge de l'adolescence, à l'âge adulte ». En effet, de nombreux réaménagements psychomoteurs s'en suivent au cours de notre vie, au moment de notre adolescence, d'une grossesse, d'une maladie, d'un accident... Ces événements de vie qu'ils soient naturels ou inattendus vont pousser l'individu à se réajuster, à s'adapter, pour préserver l'équilibre psychocorporel qu'il s'est construit.

Enfin, en lien avec le processus de vieillissement, nous sommes soumis à un déclin psychomoteur avec la perte progressive de certaines de nos facultés. C'est un chamboulement auquel doivent faire face nos aînés, la plupart parviennent à intégrer sans difficulté ces changements dans leur vie quotidienne. Mais pour certains, cela crée

un déséquilibre et peut induire de l'anxiété. Et cela d'autant plus quand une pathologie ou les premiers signes d'une dépendance apparaissent nécessitant une entrée en EHPAD.

L'anxiété correspond à un mal-être psychique se caractérisant entre autres par de l'inquiétude, du souci ou encore de l'appréhension. Elle occasionne de nombreux symptômes physiques variant d'un individu à l'autre tels que des palpitations, des troubles de l'appétit, de la fatigue, des tensions musculaires, une sudation excessive, des vertiges, une sensation de souffle coupé, des troubles gastriques, des maux de tête... Si cela perdure dans le temps, les santés corporelles et mentales de la personne pourront alors être impactées. De multiples troubles secondaires peuvent en effet apparaître : isolement social, troubles cardio-vasculaires, évolution vers une dépression, mais aussi amplification des symptômes et de la dépendance dans le cas de pathologies déjà installées. Ces troubles secondaires venant majorer à leur tour l'anxiété initiale. Pour stopper ce cercle vicieux, le psychomotricien a un rôle à jouer avec le patient dans la préservation ou la restauration de son bien-être psychique en s'appuyant notamment sur son corps sensible et mouvant. C'est sur cet aspect que je souhaite aujourd'hui me focaliser.

La relaxation est une pratique qui s'est largement démocratisée ces dernières décennies. On en parle régulièrement dans des livres de développement personnel, à la télévision, sur internet et même dernièrement au sein des entreprises dans lesquelles des ateliers sont proposés pour apaiser les salariés. C'est une médiation couramment utilisée en psychomotricité. Nous pouvons la proposer sous différentes formes à tous les âges de la vie et dans diverses problématiques comme la prématurité, la douleur, l'emprisonnement, la fin de vie, la dépression... Par un va-et-vient incessant entre le corps et l'esprit du sujet, entre sa sensorialité et sa cognition, elle vise une harmonisation psycho-corporelle.

Ma problématique est ainsi la suivante : quels bénéfices la psychomotricité peut-elle apporter aux personnes âgées dépendantes anxieuses au moyen de la relaxation ? J'émetts l'hypothèse que par cette pratique et la richesse de ses approches, la personne pourrait progressivement apprendre à gérer et réduire cette émotion désagréable qu'est l'anxiété. Le sujet serait ainsi amené à se sentir mieux dans sa tête et dans son corps.

Dans un premier temps, j'aborderai le processus de vieillissement dans sa globalité et sa complexité psychocorporelle. Dans un second temps, j'explorerai le thème de l'anxiété ainsi que la manière dont elle peut affecter la personne âgée. Je poursuivrai ensuite en exposant les différents effets induits par une prise en charge psychomotrice en relaxation. Enfin, j'illustrerai les accompagnements que j'ai réalisés sur mes lieux de stage auprès de deux résidents, particulièrement touchés par l'anxiété, grâce à la médiation relaxation.

Partie 1

Le processus de vieillissement

1- Le vieillissement normal

Quand est-on considéré comme « vieux » ?

Ce questionnement fréquent met en lumière la difficulté à appréhender la vieillesse.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la vieillesse est un terme se rapportant aux personnes âgées de 65 ans et plus. De même, L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) parle de séniors pour caractériser toute personne ayant atteint l'âge de 65ans. Cependant, ce critère d'âge semble devenir de plus en plus caduque et va probablement faire l'objet d'un remaniement dans les prochaines années. En effet, selon l'INSEE, l'allongement de l'espérance de vie et l'avancée en âge des générations du *baby-boom* conduit à un vieillissement de la population française toujours plus important. Selon ses projections, en 2060, la proportion des personnes âgées de plus de 75ans en France aura pratiquement doublée. Il est important de spécifier que l'espérance de vie en bonne santé tend à croître parallèlement à l'espérance de vie globale.

La sénescence (ou vieillissement) peut être définie comme une avancée en âge. C'est aussi un processus complexe et multifactoriel en lien avec notre génétique, nos habitudes de vie (alimentation, sommeil, pratique sportive...) et notre environnement (biologique, social, familial...). L'OMS la définit comme un « processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps. ». Elle s'accompagne d'un déclin physique, sensoriel et cognitif progressif. Elle renvoie également à diverses évolutions dans la vie du sujet comme le départ à la retraite, l'arrivée des petits-enfants ou encore l'appauvrissement du réseau social.

Nonobstant, l'idée que nous nous faisons du vieillissement est subjective. Ainsi, nous ne pouvons pas fournir une seule et unique définition. Pour Patrick Hugué « Devenir vieux

est une notion individuelle et une affaire personnelle. C'est le moment où l'individu perçoit une dégradation de sa qualité de vie ; c'est aussi le moment où la mort se profile, car la vieillesse et la mort sont indissociables. Or, qu'y a-t-il de plus personnel, de plus intime, que le rapport à la mort ? ».

A) Les évolutions physiques

- **Les os** : chez nos aînés, les os vont subir une perte graduelle de minéralisation et devenir de moins en moins solides entraînant une fragilisation du squelette. La dentition va, dans la plupart des cas, progressivement s'altérer et la colonne vertébrale, quant à elle, va se voûter. L'ostéoporose est une pathologie apparaissant fréquemment chez les personnes âgées et en particulier chez les femmes chez qui ce processus de déminéralisation est alors accéléré et augmente les risques de chutes et de fractures.
- **Les articulations** : l'âge avançant, les articulations vont perdre en souplesse et être à l'origine de douleurs articulaires fréquentes. En effet, le cartilage recouvrant la tête des os au sein des articulations s'use. L'arthrose peut s'installer et rendre les articulations raides et douloureuses notamment le matin.
- **Les muscles** : après l'âge de 65 ans, une partie des fibres musculaires squelettiques se modifie. Leur nombre et leur diamètre décroissent au profit du tissu graisseux induisant chez la personne une réduction de la masse et de la force musculaire, à l'excès on parle de sarcopénie. En ce qui concerne le muscle cardiaque, la tension artérielle systolique tend à augmenter, du fait de l'épaississement et de la perte d'élasticité des parois artérielles. Le muscle respiratoire quant à lui connaît un affaiblissement croissant.

- **La peau** : la peau est aussi confrontée aux effets de l'âge, les rides vont progressivement faire leur apparition. Les séniors ont aussi une peau plus fine et plus fragile que les sujets jeunes.

« La peau se ride et, tel un livre ouvert, parle du temps qui est passé, du temps qui passe, parle de la vie, parle des émotions : trop de rires, de pleurs, de sourires, de grimaces, de dégoût ou de plaisir ; émotions et événements s'inscrivent à même la peau. » Catherine Potel.

- **Les phanères** : au fil du temps, les cheveux et les poils blanchissent, deviennent plus fins et plus fragiles. Pour certains, leur perte est plus abondante. Les ongles quant à eux perdent en robustesse et deviennent cassants.

B) Les évolutions sensorielles

A partir de l'âge de 40 ans et ce de manière progressive, on note une diminution de nos capacités sensorielles extéroceptives et intéroceptives. Nous percevons donc de manière moins fine les sensations qui proviennent de notre corps et de notre environnement. ^{(1) (21)}

- **La vue** : nous pouvons remarquer une baisse de l'acuité visuelle qui se traduit par une perception moins fine des détails, des couleurs et des contrastes. On observe également des difficultés de focalisation et de poursuite oculaire, et les yeux deviennent plus sensibles à l'éblouissement.
- **L'audition** : les capacités auditives se réduisent, on parle de presbyacousie et de stéréocousie. La première impacte principalement les hautes fréquences et se caractérise ainsi par une altération de la perception des sons aigus. Cela peut conduire à un déficit de compréhension des paroles. La seconde correspond à des difficultés pour localiser un bruit dans l'espace.

La vue et l'audition sont des sens importants à prendre en compte dans notre rencontre avec la personne âgée et plus particulièrement dans sa prise en charge car elles peuvent être, à elles seules, à l'origine de nombreuses difficultés telles que du repli, des chutes, de la désorientation spatiale, des troubles de la communication, une apathie, de l'anxiété... Il est donc nécessaire d'écarter toute cause organique en premier lieu.

- **Le tact** : la personne âgée est confrontée à une perte de sensibilité cutanée. Autrement dit, le seuil de perception des stimulations tactiles est augmenté, c'est-à-dire que les stimulations doivent être plus intenses pour être ressenties par le sujet.

Cependant, il est important de savoir que le toucher est le sens qui perdure le plus longtemps, il est moins vite impacté que les autres sens par le processus de vieillissement. Il constitue ainsi un médiateur de référence pour le psychomotricien dans son accompagnement des sujets vieillissants.

- **La gustation** : la sénescence induit des modifications gustatives. En effet, elle s'accompagne d'une baisse du nombre de nos papilles, d'une accentuation de la perception de l'amer et d'une attirance grandissante pour le sucré.
- **L'olfaction** : avec l'âge, la sensibilité aux différentes odeurs se réduit. De manière générale, le sujet âgé met ainsi plus de temps à percevoir une odeur et/ou a besoin que cette dernière soit plus intense pour la ressentir. S'il y en a plusieurs simultanément, alors il les discrimine moins bien.
- **Le sens vestibulaire** : il est rendu possible par le système vestibulaire situé dans l'oreille interne. L'avancée en âge se traduit par un affaiblissement des sensations vestibulaires (sensations d'équilibre et de déséquilibre, d'accélération et de décélération, de rotations...) et par un affaiblissement des capacités de coordination des mouvements des yeux, de la tête et du corps.

- **La proprioception** : le sujet âgé possède une discrimination proprioceptive altérée c'est-à-dire une sensibilité profonde corporelle amoindrie. En effet, ses ressentis provenant des muscles, des tendons, des os et des articulations sont diminués. La conscience corporelle s'en trouve impactée, le sujet âgé ressent moins bien la position des différentes parties de son corps les unes par rapport aux autres et la position de son corps dans l'espace.
- **La sensibilité thermo-algique** : nos aînés sont plus sensibles aux hausses et aux baisses de température. En ce qui concerne la douleur, sa localisation devient avec le vieillissement moins précise et la tolérance aux stimulations nociceptives de forte intensité est réduite. En effet, les systèmes de contrôle de la douleur sont moins efficaces.⁽¹⁸⁾

C) Les évolutions cognitives

Le déclin d'un grand nombre de fonctions cognitives est observé avec l'avancement en âge. De manière générale, on note un allongement du temps de réaction de la personne avec donc une perte de rapidité dans les tâches cognitives.

Une baisse des capacités mnésiques et attentionnelles est fréquente. La mémoire épisodique, celle des souvenirs, serait la plus vulnérable aux effets de l'âge. La mémoire de travail, qui permet la rétention temporaire d'informations et leur manipulation, ainsi que la mémoire sémantique, celle des savoirs, peuvent aussi être impactées dans le vieillissement. La mémoire procédurale au sein de laquelle les gestes sont automatisés et la mémoire corporelle correspondant à nos ressentis passés, sont quant à elles préservées jusqu'à la fin de notre vie.⁽¹²⁾

Les fonctions exécutives, comme la flexibilité mentale, la planification, l'organisation, l'élaboration de stratégie seraient particulièrement sensibles aux effets du vieillissement. La capacité à inhiber une réponse automatique est l'un des aspects les plus touchés.⁽³⁾

D) Les évolutions physiologiques

Chez la personne âgée, les réveils nocturnes sont plus fréquents, concourant à une baisse du temps de sommeil total, étant de six heures en moyenne. Les siestes diurnes sont ainsi plus fréquentes et récupératrices.

Les sensations de faim et de soif sont souvent diminuées. On note aussi une diminution de la masse hydrique, correspondant à la proportion d'eau dans le corps, majorant les risques de déshydratation et de dénutrition. C'est pourquoi les personnes âgées sont incitées à boire régulièrement.

Plus l'âge avance plus les continences urinaire et fécale sont menacées.

E) Les évolutions psychologiques

Avec l'âge, en plus des fragilisations corporelles apparaît une fragilisation psychologique. Les personnes âgées vont être confrontées à de nombreux remaniements dans leur vie tels que l'arrêt d'une carrière professionnelle, le décès de proches, l'appauvrissement de leurs contacts sociaux ou encore la perception d'un corps vieillissant. Elles auront moins de ressources que dans leur jeunesse pour y faire face. C'est pourquoi l'estime de soi ou encore la capacité de gestion des émotions vont être mises à mal chez les personnes âgées.

Par exemple, Jacqueline Trincaz illustre la manière dont notre corps changeant peut induire des conséquences sur notre narcissisme. Selon elle, la sénescence et sa « métamorphose, vécue comme une violence, fait du corps un compagnon obligé qui ne se plie plus aux désirs ni aux attentes. Il devient un alter ego exigeant et tyrannique. ».

Cependant, le vécu du vieillissement sera différent d'une personne à une autre en fonction de son attitude et de ses ressources personnelles.

En effet, certains possèdent des capacités d'acceptation, d'adaptation et de flexibilité qui sont importantes pour pouvoir rebondir face aux multiples pertes induites par le vieillissement normal. Elles permettent à la personne de garder son optimisme, d'avoir des projets, de préserver son rôle social ou encore d'être active physiquement.

Selon Jean-Charles Juhel « une personne âgée en bonne santé mentale est celle qui est capable de vivre et d'exprimer ses émotions, d'être en relation harmonieuse avec son entourage, d'occuper sa place dans la société et d'exercer son pouvoir de décision. La manière dont la personne âgée se voit et s'estime peut influencer grandement sa joie de vivre ».

A contrario, selon Jacqueline Trincas, « puisque la société dénie toute valeur à la vieillesse », certains seniors luttent et refusent ce processus de vieillissement. Enfin, d'autres s'y résignent mais sans réellement l'accepter.

Il est important pour le psychomotricien de soutenir ces facultés d'adaptation chez la personne âgée pour éviter la survenue de difficultés psychologiques telles que la dépression, l'anxiété ou l'addiction.

L'ensemble des évolutions inhérentes au processus de vieillissement évoquées ci-dessus sont non exhaustives et des variations inter-individuelles existent, chaque vieillissement étant unique.

2- Ses répercussions sur notre organisation psychomotrice

L'ensemble des modifications citées précédemment ont un impact sur l'organisation psychomotrice des personnes âgées.

Nous pouvons repérer **un ralentissement psychomoteur**. Au niveau moteur, la marche est moins assurée et les gestes de la vie quotidienne sont plus lents. Effectivement, nous observons lors de la marche que la longueur et la hauteur des pas sont réduites. En contrepartie, leur largeur est augmentée, le polygone de sustentation est ainsi agrandi pour assurer plus de stabilité. Au niveau psychologique, la réflexion est plus lente, les idées émergent moins facilement et/ou mettent plus de temps à s'extérioriser.

Il y a également **un effondrement de l'axe corporel**. Selon Catherine Potel, le centre de gravité va progressivement se délocaliser, se traduisant par une posture voûtée et pouvant induire des troubles de l'équilibre statique et dynamique. Le risque de chutes est donc plus important. De même, l'affaiblissement des informations visuelles, proprioceptives ou encore vestibulaires peut induire des troubles posturaux et d'équilibration, par exemple l'équilibre unipodal devient précaire.

Des difficultés de motricité fine apparaissent, comme la capacité de boutonner et de déboutonner, d'enfiler une aiguille ou encore d'utiliser ses couverts. Ces difficultés sont souvent en lien avec l'affaiblissement des informations visuelles et tactiles, et avec une perte de souplesse au niveau des doigts.

On observe parfois **des troubles de la régulation tonique** en lien avec l'affaiblissement musculaire, se traduisant par des hausses ou au contraire par des affaiblissements du tonus. Le tonus est défini par Jean-Claude Carric comme « un phénomène

neuromusculaire complexe [...] qui apparaît comme une toile de fond indispensable à toutes les activités motrices, [...] de l'immobilité au mouvement le plus compliqué. ». Avec le vieillissement, cela peut se traduire par des postures inadaptées, pouvant causer des contractures ou à l'inverse des « glissements ». On peut noter également des difficultés dans les mises en action du fait d'un recrutement tonique inadapté.

L'altération des capacités de perception sensorielle conduit à **un amenuisement de la conscience et de la représentation corporelle**. En effet, le schéma corporel se construit dans l'enfance en premier lieu grâce aux stimulations tactiles, permettant la prise de conscience de nos limites corporelles, et proprioceptives facilitant l'intégration de notre intégrité corporelle. Par la suite, ce sont les stimulations visuelles qui interviendront pour faire du lien avec ces dernières. Lacan parle de « stade du miroir », au cours duquel la perception visuelle du reflet de notre corps nous permet de l'intégrer comme étant nôtre et ainsi de nous individuer.

L'image du corps peut elle aussi être altérée. En effet, le vieillissement modifie notre apparence corporelle, c'est pourquoi les perceptions et sentiments qu'une personne éprouve face à son corps peuvent être impactés. Pour Jean-Charles Juhel « L'image corporelle, touchée par l'érosion des années, se modifie ».

Des modifications spatio-temporelles adviennent surtout après 75ans. Concernant l'espace, on note une détérioration des habiletés spatiales (perception, orientation et/ou représentation) ou encore des problèmes de constructions visuo-spatiales qui deviennent moins précises et nécessitent plus de temps. ⁽¹⁾ Concernant le temps, on note une perception temporelle modifiée, ce dernier semblant aller plus vite, ainsi qu'une orientation temporelle plus délicate. ⁽²¹⁾ Ces difficultés peuvent être causées par des troubles du schéma corporel, puisque c'est toujours notre corps qui sert de référentiel dans l'appréhension de notre environnement spatial et temporel. En effet, c'est parce que nous sommes capables de percevoir notre espace corporel que nous pouvons percevoir l'espace environnant (intime, proximal et lointain). De même, c'est parce que

nous percevons nos rythmes corporels que nous pouvons nous orienter dans le temps et le structurer. Pour Jean-Claude Carric, « l'espace n'est rien en soi. Il est quelque chose par rapport à notre corps, il est relatif et personnel ». Elles peuvent aussi être en lien avec le déclin cognitif et plus spécifiquement le déclin mnésique.

Des troubles de la coordination apparaissent avec une précision gestuelle qui s'amointrie et des maladresses qui apparaissent. Selon Jean-Michel Albaret, les coordinations sont plus difficiles à mettre en œuvre et sont rapidement fatigantes. L'évolution des perceptions visuelles, tactiles et la perte musculaire peuvent être à l'origine de ces difficultés.

Au niveau graphomoteur, en lien avec un affaiblissement musculaire et un relâchement du contrôle visuel, Jean-Michel Albaret remarque **un ralentissement du geste graphique**, la préhension et les gestes étant plus fatigants. Selon Cécile Dormia, on peut aussi observer des tremblements et des raideurs lors de l'écriture.

La communication est impactée par l'âge. Au niveau verbal, la compréhension demeure intacte même s'il est parfois nécessaire que l'entourage réduise son débit oral en lien avec des facultés d'attention réduites. L'expression subit quelques modifications avec une fluence verbale ralentie et un manque du mot qui est de plus en plus fréquent et qui est lié à la réduction des compétences mnésiques. La communication non verbale reste quant à elle indemne.

Une bonne connaissance du vieillissement normal est indispensable afin de différencier ses effets de ceux du vieillissement pathologique et permet d'envisager un accompagnement psychomoteur adapté.

3- Les complications possibles liées à l'âge

Le vieillissement n'est ni une cause de maladie ni une cause de dépendance.

Nonobstant, il peut devenir « pathologique » avec l'apparition d'un ou plusieurs troubles concourant à un risque de dépendance. D'après le dictionnaire Larousse, le vieillissement pathologique (ou sénilité) correspond à « la détérioration pathologique des facultés physiques et psychiques d'une personne âgée ».

Les principales causes du vieillissement pathologique sont :

- Les maladies neuro-dégénératives : la maladie d'Alzheimer, les démences vasculaires, les démences fronto-temporales, la démence à corps de Lewy, la maladie de Parkinson, la sclérose latérale amyotrophique (ou maladie de Charcot).
- Les accidents vasculaires cérébraux.

Le vieillissement non pathologique peut aussi être entravé et fragilisé par des manifestations comme les chutes ou encore la dénutrition.

Ces différentes difficultés vont impacter négativement l'organisation psychomotrice du sujet âgé et sont à l'origine dans la plupart des cas d'une perte d'autonomie et d'une entrée en EHPAD.

Il faut savoir que le processus de vieillissement qu'il soit entravé ou pathologique ainsi que l'institutionnalisation qu'il induit peuvent être source d'anxiété. Or, l'anxiété engendre un déséquilibre psycho-corporel chez la personne qui y est confrontée.

Partie 2 :

L'anxiété

1 - Présentation globale de l'anxiété

Etymologiquement, l'anxiété est empruntée au latin « anxietas » signifiant « disposition naturelle à l'inquiétude ».

A) Définitions

Il est important de ne pas confondre l'anxiété avec la peur, le stress ou encore l'angoisse. Effectivement, selon André Le Gall « Les états timériques : inquiétude, peur, terreur ou effroi, anxiété, angoisse, sont couramment désignés par des appellations fâcheusement interchangeables. La confusion est presque constante ».

La peur fait partie des six émotions de bases décrites par Paul Ekman en 1968 avec la colère, la joie, le dégoût, la surprise et la tristesse. Elle est intense et est provoquée par une menace réelle et immédiate. En ce sens, elle est utile à la survie de l'espèce car elle nous permet de faire face à des situations dangereuses en nous poussant à nous adapter et à rechercher rapidement une solution. D'après André Le Gall, « il importe d'abord de bien distinguer la peur, avec son objet présent, de l'anxiété, dont l'objet est simplement pressenti et redouté : j'ai peur d'un sanglier qui fonce dans ma direction ; je suis anxieux du déroulement d'un voyage, du résultat d'une biopsie ou d'une radiographie. La peur n'est donc qu'un autre nom pour une inquiétude directement fondée. »

Le stress, d'après Christophe André, fait partie intégrante de la vie, c'est un phénomène normal présent en chacun de nous. C'est ce qui se passe dans notre corps et notre esprit lorsque nous sommes soumis à une pression ou une agression de notre environnement, que l'on nomme des "stresseurs" : pression au travail, conflit avec un proche, bruits émis par des voisins... En réaction, cela nécessite de devoir faire appel à des ressources personnelles ou environnementales pour y faire face, on parle de coping.

Le stress nous pousse ainsi à réagir et a un effet motivationnel comme lors d'un examen ou d'un entretien d'embauche. Par conséquent, trop peu de stress peut nous mettre en difficulté et à contrario trop de stress peut devenir gênant pour le sujet.

L'auteur définit également l'**angoisse**, qui renvoie selon lui à une expérience psychologique ponctuelle, déstabilisante et intense, faite d'un sentiment de perte de contrôle et d'imminence d'un danger grave. L'angoisse s'accompagne le plus souvent de signes physiques pénibles et rend en général impossible la continuation de ses activités quotidiennes. Freud suggère que l' « angoisse [...] a pour caractères inhérents l'indétermination et l'absence d'objet ; dans l'usage correct de la langue son nom lui-même change lorsqu'elle a trouvé un objet : il est remplacé par celui de peur »

L'**anxiété** est définie par Christophe André comme se rapportant à la tendance de tout être humain à anticiper et à grossir les difficultés, voir parfois à s'en créer ou à en imaginer. C'est une émotion souvent ressentie comme désagréable qui correspond à l'attente plus ou moins consciente d'un danger ou d'un problème à venir.

L'anxiété s'accompagne d'un sentiment d'insécurité, d'appréhension, de tension, de malaise face à un danger réel ou imaginaire.⁽³⁶⁾

Charles Donald Spielberger, en 1966, distingue l'anxiété état de l'anxiété trait. La première est temporaire. Elle se caractérise par des sentiments de tension, d'appréhension, de nervosité, d'inquiétude et par l'activation du système nerveux autonome entraînant des manifestations telles que de la pâleur, de la tachycardie, un souffle coupé... L'anxiété trait, elle, fait partie de la personnalité d'un sujet et vient impacter la perception de son environnement et ses comportements.

André Le Gall différencie quant à lui « l'anxiété consciente d'objet » de « l'anxiété préconsciente fondamentale ». Il exprime que le second type d'anxiété correspond à un « fond anxieux persistant » qui fait le « lit des crises d'angoisses ». C'est l'intensité de cette anxiété qui pour lui la sépare de « la banale anxiété d'objet » définie comme « une disposition craintive » limitée à « ce devant quoi et pourquoi elle craint ».

B) Fonctionnement

Les connaissances physiologiques, anatomiques et neurobiologiques relatives à l'anxiété nous parviennent en partie des études réalisées sur les animaux mais aussi via les examens de neuro-imagerie entrepris chez l'Homme.

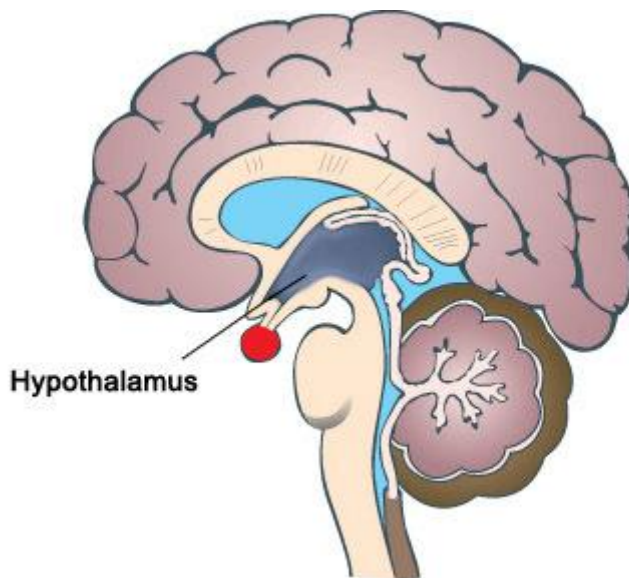
D'après l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), d'un point de vue physiologique, le GABA et la sérotonine sont les neurotransmetteurs principaux impliqués dans les états anxieux. Lors d'une période d'anxiété, leur concentration a tendance à diminuer dans notre organisme. En réponse à ce mécanisme, des anxiolytiques peuvent être administrés pour agir en augmentant leur taux et ainsi diminuer le niveau d'anxiété. Nonobstant, il faut être précautionneux. En effet, selon la Haute autorité de santé (HAS), cela comporte des risques de iatrogénie importante (chutes, confusion, sédation excessive) chez les sujets âgés qui sont soumis à la polymédication.⁽¹⁶⁾

De même, l'anxiété active l'axe hypothalamus-hypophyso-surrénalien, qui se traduit par la libération d'hormones glucocorticoïdes (cortisol). Or, il est avéré que les glucocorticoïdes pénètrent facilement dans le cerveau et affectent la cognition de l'individu, notamment ses capacités mnésiques.⁽¹⁷⁾

(4) (20) Plusieurs de nos structures anatomiques interviennent dans le mécanisme de l'anxiété :

L'hypothalamus

Il reçoit des informations du système limbique et du locus coeruleus et joue un rôle dans la coordination de la réponse à l'anxiété. Sa stimulation électrique provoque des réactions d'évitement ainsi qu'une augmentation de la sensation d'anxiété.



L'amygdale

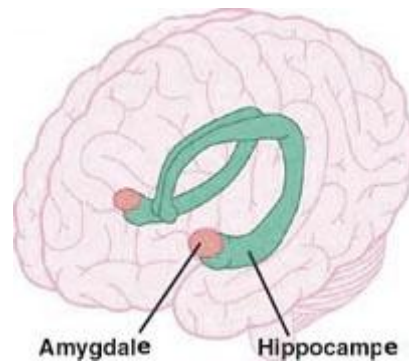
Elle joue un rôle essentiel dans l'expression de nos émotions et en particulier de nos réactions de peur et d'anxiété. Elle reçoit des informations sensorielles du cortex et communique ensuite avec l'hypothalamus, l'hippocampe ou encore des régions du tronc cérébral lesquelles médient directement les signes spécifiques d'inquiétude. L'action amygdalienne a aussi un rôle de survie car c'est elle qui nous fait réagir rapidement à la suite d'un stimulus menaçant. Enfin, elle aurait aussi un rôle dans la gnose des émotions.⁽³⁷⁾

Cible anatomique	Tests comportementaux ou signes de peur ou d'anxiété
<i>Noyau central de l'amygdale</i>	
Hypothalamus latéral	Tachycardie, dilatation pupillaire, élévation de la pression sanguine
Noyau dorsal du vague, Noyau ambiguus	Ulcère, bradycardie, défécation
Noyau parabrachial	Détresse respiratoire, halètement
<i>Noyau basal de l'amygdale</i>	
Noyau tegmental dorso-latéral	Eveil, vigilance augmentée
Noyau caudé réticulaire pontique	Sursaut augmenté
PAG	Prostration, test de conflit, interaction sociale, hypoalgésie
Noyaux du nerf moteur facial et trigeminal	Expression faciale de peur
Noyau paraventriculaire de l'hypothalamus	Libération de corticostéroïdes
Représentation des nombreuses projections du noyau central de l'amygdale vers des aires pouvant intervenir dans les conséquences comportementales, autonomiques et électrophysiologiques de la peur et de l'anxiété. (BLA = noyau basal de l'amygdale; CeA = noyau central de l'amygdale) D'après [39].	

L'hippocampe

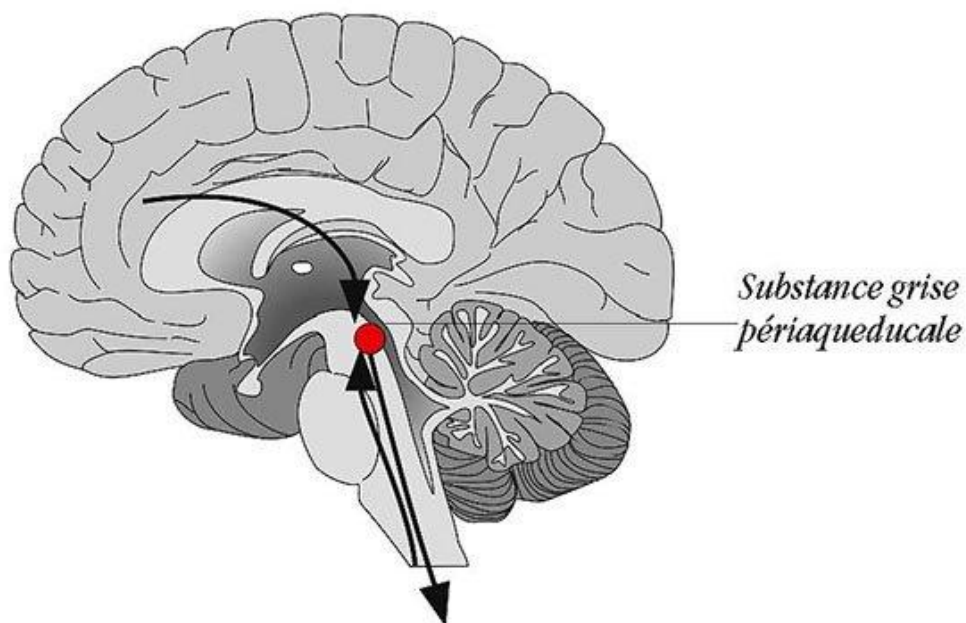
L'hippocampe intervient dans la régulation de l'humeur, l'acquisition des connaissances, la mémorisation et de manière plus générale dans l'adaptation d'un individu à son environnement. ⁽³⁷⁾

D'après une étude de Michel Bourin, un stress chronique chez l'animal induit un taux important de glucocorticoïdes conduisant à une dégénérescence de l'hippocampe.



La substance grise périaqueducale (PAG)

Cette structure est fortement impliquée dans les mécanismes neurobiologiques de l'anxiété. En effet, des études chez l'homme mettent en avant que sa stimulation entraîne des réactions anxieuses. Des études menées chez le rat montrent que lorsque ce dernier est exposé à un prédateur tel que le chat, sa prostration est annulée si sa PAG et son amygdale ont été préalablement lésées. Michael Fanselow suggère que les stimuli aversifs stimulent l'amygdale qui projette vers la PAG activant ainsi cette structure et entraînant des réactions de défense.



C) Evolution

L'anxiété peut à l'excès prendre un caractère pathologique, on parlera alors de troubles anxieux. La cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM V) met en avant : le trouble panique, l'agoraphobie, l'anxiété sociale, les phobies spécifiques, l'anxiété généralisée, l'anxiété de séparation et le mutisme sélectif. La prévalence de ces troubles est importante puisque l'on estime que 12 % des Français sont confrontés à un trouble anxieux à un moment ou à un autre au cours de leur vie (ministère de la Santé, 2006). Par ailleurs, 31 % des résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes souffriraient de troubles anxieux (Drees, ministère de la Santé, 2006). On distingue l'anxiété des troubles anxieux par l'intensité et la durée à la fois de la souffrance engendrée et des retentissements induits sur la vie du sujet (social, professionnel...).

Il est primordial de repérer l'anxiété pour pouvoir la prendre en charge et éviter son aggravation en trouble anxieux et le développement de troubles secondaires (ou comorbidités) comme la dépression ou encore l'addiction.

2- Le regard psychomoteur

De facto, l'anxiété va impacter notre vie émotionnelle et notre psychisme, nos capacités relationnelles et d'adaptation à l'environnement, notre efficience corporelle instrumentale et nos compétences intellectuelles. Elle limite ainsi nos capacités à faire des choix et à être autonome, et a des incidences sur notre estime et notre confiance. L'anxiété constitue donc un trouble psychomoteur à part entière qui induit des répercussions sur notre unité psychocorporelle.⁽³¹⁾

L'anxiété est donc une indication en psychomotricité à laquelle le psychomotricien répond par une proposition de thérapie psychomotrice c'est-à-dire par la combinaison d'une médiation corporelle et d'un étayage psychique adaptés. C'est en cela même que son action se différencie de celle des autres professionnels prenant en charge l'anxiété.

Selon Catherine Potel, « nos pratiques ne se basent pas uniquement sur le verbal mais se fondent sur l'action, le mouvement, l'espace, la sensorialité, la rythmicité et la relation, cela nous différencie donc sans ambiguïté des champs psychothérapeutiques qui partent, eux, d'un tout autre point de vue: les mots. Même si nos objectifs sont à priori les mêmes: le mieux-être du patient. ».

De la même manière, le psychomotricien n'est pas relaxologue, il utilise la relaxation non seulement pour ses effets apaisants mais aussi et surtout comme moyen d'entrer en relation avec le sujet et d'agir sur ses difficultés de manière globale.

3- Apparition et conséquences chez la personne vieillissante

On note chez les personnes âgées jusqu'à 20% d'anxiété sous-clinique ne remplissant pas tous les critères du DSM IV (Grenier et al., 2011).

L'anxiété gériatrique se caractérise principalement par l'anticipation de conséquences désastreuses, par exemple : « Si je sors à l'extérieur, je vais paniquer, je vais tomber, je vais me perdre ». Ces anticipations provoquent des sensations physiques désagréables comme : des palpitations cardiaques, une transpiration abondante, le souffle court, des vertiges... Ainsi, on remarque des plaintes fréquentes de la personne âgée concernant des douleurs ou des malaises physiques pouvant cacher en réalité un problème d'anxiété. Ce mal-être physique et psychique peut induire des retentissements dans la vie du sujet âgé : risque d'isolement social, apparition d'une dépression, développement d'une pathologie cardiaque... ; et donc sur la santé du sujet âgé. Selon l'OMS, « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

De l'anxiété peut déjà apparaître dans le vieillissement normal, soit car l'individu a toujours eu un tempérament anxieux et que cette anxiété perdure avec l'âge, soit car la vieillesse et tout ce qu'elle peut induire (la peur de la mort, le deuil de certains proches, la perception d'une baisse d'énergie, la perception d'un corps vieillissant, le passage à la retraite...) provoque son apparition tardive.

Cette anxiété qui peut apparaître chez la personne âgée lambda a d'autant plus de chance de se développer chez une personne âgée fragilisée ou malade. D'abord, du fait de la symptomatologie comme les pertes de mémoire, les tremblements ou même les chutes. Ensuite, par la dépendance et l'institutionnalisation qui en découlent. Il est avéré que l'entrée en EHPAD constitue un bouleversement dans la vie de nos aînés. Ce changement de lieu de vie entraîne une perte des repères et des habitudes antérieures.

Nos aînés sont confrontés à une nouvelle routine, à de nouveaux visages et à de nouveaux espaces. La temporalité et la spatialité du sujet âgé sont ainsi modifiées ce qui nécessite une adaptation. L'institutionnalisation est en ce sens considérée comme potentiellement génératrice d'anxiété.

Tel un cercle vicieux, l'anxiété apparue peut venir en retour renforcer les symptômes initialement présents et donc intensifier la dépendance, qui à son tour, augmentera l'anxiété. Pour exemple, dans la maladie de Parkinson, les tremblements vont générer un état anxieux chez la personne, ce qui va induire une amplification de ces manifestations. En retour, l'anxiété sera potentialisée et ainsi de suite. ⁽⁸⁾ De la même manière, une personne âgée ayant chutée peut développer une appréhension anxieuse, cette dernière va dégrader les automatismes de la marche et rendre plus importante la probabilité de survenue d'une nouvelle chute, ce qui peut aboutir à la mise en place d'un syndrome « post-chute ». ⁽²¹⁾ Dans la maladie d'Alzheimer, face aux pertes de mémoire, la personne devient dans la plupart des cas anxieuse, ce qui va amplifier ses difficultés de rétention mnésique déjà présentes et donc générer encore plus d'anxiété.

Cette anxiété a des incidences sur l'estime et la confiance de la personne âgée.

Face aux multiples retentissements de l'anxiété sur l'organisation psychomotrice du sujet âgé résidant en EHPAD, un accompagnement psychomoteur en relaxation me semble être une réponse pertinente pour tenter de retrouver une unicité de l'être.

Partie 3 :

La relaxation comme outil du
psychomotricien

1 - Le métier de psychomotricien

Le psychomotricien s'intéresse au sujet dans sa globalité et travaille par le truchement du corps sur cinq dimensions fondamentales constitutives de l'individu, à savoir : sa motricité, sa cognition, ses émotions, ses sensations et sa communication.

A) Développement de la profession

Les origines de la psychomotricité remontent à l'Antiquité. En effet, à cette époque, les philosophes débattaient déjà du lien entre notre psyché et notre soma, oscillant entre la dichotomie, pour certains, et l'union, pour d'autres. C'est l'union qui servira de fondement à notre profession. Le terme « psychomoteur » est utilisé pour la première fois en 1844 par Wilhelm Griesinger, un psychiatre allemand, pour décrire l'hypotonie caractéristique d'une personne déprimée. La psychomotricité est une discipline paramédicale introduite par le neuropsychiatre Julian De Ajuriaguerra dans les années 1940, qui fusionne les apports de la biologie et de la psychologie pour former une unique discipline. Cette dernière est réglementée depuis les années 1970 et est encadrée par un décret de compétences établi en 1988. ⁽³⁸⁾

Le psychomotricien intervient sur prescription médicale à tous les âges de la vie pour réaliser des actes de prévention, de rééducation ou encore de thérapie. L'intervention psychomotrice a plusieurs objectifs selon la problématique du patient : une prise de conscience de son organisation psychomotrice, une réduction de ses dysfonctionnements qu'ils soient d'origine psychique ou physique, une amélioration de ses capacités d'adaptation et de participation à son environnement. Au préalable, un bilan psychomoteur est nécessaire pour mettre en avant l'organisation psychomotrice du sujet, c'est-à-dire ses compétences, ses difficultés mais aussi ses potentialités et pour orienter la prise en charge ultérieure.

B) La psychomotricité gériatrique

En gériatrie plus spécifiquement et selon l'OMS, « Pour mener une action de santé publique face au vieillissement, il faut employer des approches qui non seulement réduisent les pertes associées au vieillissement, mais aussi renforcent le rétablissement, l'adaptation et le développement psychosocial ».

L'approche psychomotrice préventive a pour objectif principal la préservation de l'autonomie du sujet âgé. Autrement dit, il s'agit de faire reculer l'échéance des différentes pertes naturelles liées au processus de vieillissement. Cette prise en charge s'adresse à des personnes âgées autonomes. Elle peut s'effectuer sous la forme d'ateliers réalisés en individuel ou en groupe selon les capacités et les besoins de la personne. Par exemple, nous pouvons proposer un travail sur la posture, sur l'équilibre, sur les sensations corporelles pour éviter ou retarder l'apparition de chutes et redonner confiance au sujet. Nous pouvons également travailler avec l'eau pour mettre en jeu la motricité globale (équilibre et coordinations), la régulation tonico-émotionnelle, le schéma corporel et ainsi favoriser la préservation des fonctions psychomotrices. Des ateliers de stimulations cognitives sont également envisageables pour limiter l'impact du temps sur nos facultés intellectuelles. L'ensemble de ces propositions par le psychomotricien va avoir pour but de préserver les capacités du sujet mais aussi et surtout de stimuler ses échanges sociaux et de favoriser sa renarcissisation et son bien-être.

Le psychomotricien peut aussi intervenir et accompagner son patient au travers d'un soin psychomoteur sous l'angle de la rééducation ou de la thérapie. Suite à un examen géronto-psychomoteur (EGP), les prises en charge sont principalement orientées pour palier à des troubles de l'image corporelle, de l'organisation spatio-temporelle, de l'équilibre, des coordinations... Le psychomotricien peut aussi intervenir pour des indications comme l'anxiété, la dépression, la douleur, les troubles psycho-comportementaux ou encore la fin de vie.

2- Le lien corps/esprit

La psychomotricité part du postulat que corps et esprit ne forme qu'une seule et même entité : le sujet.

A) Historique

Au 17^{ème} siècle, le philosophe René Descartes déclare : « Je pense donc je suis ». Cette assertion met en avant la supériorité de la pensée chez l'Homme au détriment de son corps considéré comme faible. Ce concept est inapproprié pour le psychomotricien.

La non-séparabilité entre notre corps et notre esprit est à la base de la pensée et de la pratique psychomotrice. Les patients quels qu'ils soient sont donc accompagnés en prenant en compte à la fois leur corps, leur psychisme et leur affectivité de façon associée et liée. Pour Catherine Potel, « Le psychomotricien, [...], rejette dès le début de sa formation l'idée du clivage corps/esprit, et défend celle du lien indissoluble avec une fonctionnalité corporelle qui n'est jamais seulement mécanique et anatomique, puisque toujours liée à la vie psychique et imprégnée de désir, de plaisir, de conflits, les trois données de la pulsion de vivre. ». Selon elle, la santé psychique et physique de l'Homme repose sur le lien unissant corps et psyché.

Au cours du 20^{ème} siècle, Jean Piaget démontre l'importance de l'action dans le développement de l'intelligence. Pour lui, c'est par ses expériences motrices et par ses manipulations que l'enfant parvient à nourrir sa pensée.

Les neurosciences participent aussi à affirmer le lien inaliénable existant entre notre corps et notre esprit. Le neurochirurgien Wilder Penfield met en avant en 1950 l'existence d'une somatotopie fonctionnelle et sensorielle au sein de notre cortex : l'homonculus moteur et l'homonculus sensitif. Chacune des régions de l'homonculus moteur dans le cerveau représente un territoire corporel. Cette région corticale a une

surface d'autant plus grande que la partie du corps considérée est complexe du point de vue de sa motricité. Si on stimule électriquement un point de cette surface, alors un mouvement est produit dans la partie du corps correspondante. De la même façon, chacune des régions de l'homunculus sensitif dans le cerveau représente un territoire sensoriel. La représentation d'une partie du corps au niveau de cet homunculus est d'autant plus étendue que la sensibilité est fine et riche dans la zone corporelle en question.

Au cours du même siècle, le concept de plasticité cérébrale est découvert, les chercheurs mettent en évidence la capacité du cerveau (réseaux neuronaux) à se modifier en fonction des expériences vécues.

Plus récemment, pour Jacques Garros, le corps (ou pôle corporel) et l'esprit (ou pôle psychique) ne peuvent subsister l'un sans l'autre, ils sont inséparables et soumis à une dynamique d'engendrement mutuel. Autrement dit, « chacun est la présence de l'autre », ils ne forment qu'une seule et même entité : la personne vivante. La psychomotricité est selon lui une pratique qui en permettant au sujet d'accéder à sa conscience corporelle, intègre cette non-dualité soma/psyché, et accepte l'homme tel qu'il est : un être psychocorporel.

Eckhart Tolle, dans son ouvrage Le pouvoir du moment présent, va encore plus loin dans son raisonnement. Il énonce qu'il est erroné de réduire son être à sa capacité réflexive et donc de s'identifier à son mental : l'égo. En effet, s'identifier seulement à ses pensées et à ses émotions au détriment du corps pourrait être à l'origine de nombreuses souffrances comme l'anxiété. Selon lui, « le corps peut devenir un point d'accès au domaine de l'Être », il s'agit de lui porter attention et de le ressentir pour se reconnecter avec notre nature profonde dans l'ici et le maintenant et faire cesser nos tourments.

B) Les émotions en psychomotricité

Le terme « émotion » est issu du latin « ex » et « movere » signifiant « en dehors » et « le mouvement ».

L'anxiété est abordée en psychomotricité comme une émotion. Or, les émotions quelles qu'elles soient viennent impacter nos fonctions neuro-végétatives c'est-à-dire notre circulation, notre respiration, notre digestion et nos sécrétions. En s'extériorisant, elles viennent également retentir sur notre corps autrement dit sur notre tonus, nos mimiques, nos attitudes, notre posture... et se manifestent ainsi au regard d'autrui et notamment à l'œil clinique du psychomotricien. ⁽²⁴⁾

Pour Monette Martinet, « Il apparaît ainsi que l'émotion est indissociablement un phénomène somato-psychique et qu'il est vain de se demander si ses manifestations corporelles sont antérieures ou postérieures aux impressions psychiques, étant donné que les unes et les autres doivent être tenues, conjointement et tour à tour, pour des stimulants et des résultats de l'émotion. ». Selon Jean-Claude Carric, le tonus musculaire est « le support essentiel et premier des émotions. ». D'après Catherine Potel, « Le corps dit l'indicible, le non-dit, le non figuré. Le corps exprime ce qui n'est encore qu'une ébauche d'impression. ».

Henri Wallon propose en 1930 le concept de « dialogue tonique ». Ce dernier sera approfondi par Julien de Ajuriaguerra en 1977, il parlera alors de « dialogue tonico-émotionnel ». Il correspond à la transmission de diverses émotions entre deux individus via le canal tonique c'est-à-dire via la posture et les attitudes. C'est ce qu'il se produit à la naissance entre la mère et son bébé avant que ce dernier ne puisse exprimer ses besoins et ses émotions par le langage. Cet échange non verbal ne disparaît pas chez l'adulte mais s'essouffle au profit de la communication verbale. Le dialogue tonico-émotionnel connaît un nouvel élan au cours de la sénescence lorsque le langage se détériore.

Wilhelm Reich quant à lui repère chez certains individus soumis à des conflits émotionnels la création d'une « cuirasse caractérielle » et d'une « cuirasse musculaire ». Elles renvoient à la formation d'une personnalité rigide allant de pair avec un corps rigide. Selon lui, « La cuirasse psychique s'accompagne toujours d'un accroissement de la tonicité et même d'un raidissement de la musculature ».

De ce fait, l'ambition du psychomotricien est que toutes les personnes rencontrées parviennent à transformer leurs éprouvés corporels en représentations mentales, et dans un va-et-vient incessant entre les deux pôles, conservent, trouvent ou retrouvent leur équilibre psychocorporel. La relaxation est une des médiations utilisées par le psychomotricien qui participe à considérer le patient dans sa totalité corpero-psychique.

3- La relaxation

Etymologiquement, la relaxation provient du terme latin « relaxatio » qui signifie « relâchement, détente, repos ».

A) Une médiation psychomotrice

La relaxation est définie comme un « état de complète détente physique (notamment musculaire) ou psychique ».

La médiation relaxation peut être proposée en psychomotricité dans le cadre de la prévention comme dans le cadre du soin, à des enfants, des adolescents, des adultes, des personnes âgées ou encore des personnes en fin de vie. Les indications sont nombreuses et variées : douleur, anxiété, dépression, burn-out, insomnie, trouble addictif...

Les objectifs des séances sont multiples et dépendent de la problématique du patient. Cette médiation psychomotrice vise entre autres à vivre des expériences corporelles (sensorielles et toniques), à favoriser la verbalisation des ressentis qui en découlent et à permettre une intégration psychique. Effectivement, d'après Benoit Fromage, « En parvenant à un état de relaxation, l'individu serait témoin de ce dans quoi il est habituellement engagé sans même s'en rendre compte. La relaxation permettrait de vivre une expérience et en même temps de l'observer. Comme si l'individu en cours de séance expérimentait sa capacité à dénouer d'anciens liens, à en établir de nouveaux ».

Avec la population adulte, le déroulement d'une séance se divise en plusieurs phases successives :

Une phase d'accueil

Tout d'abord, le psychomotricien accueille son patient. Ce temps d'échange est important car il permet au sujet d'exprimer son état somato-psychique du moment et au professionnel de présenter et d'ajuster sa séance. De plus, cela permet de créer une sorte de rituel que le patient peut anticiper et qui facilite son entrée progressive dans la relaxation. C'est aussi au cours de cette phase que le psychomotricien crée une ambiance favorable à la détente : lumière tamisée, musique douce, environnement calme, odeurs apaisantes. Il adapte aussi sa voix, ses mots, ses gestes et sa posture pour faciliter l'apaisement de son patient. Enfin, pour que ce dernier se sente confortable, il met à sa disposition un coussin, une couverture ou encore un tapis épais.

Une phase d'induction

Le psychomotricien propose à son patient de prendre une position agréable, de fermer les yeux s'il le souhaite, et de se concentrer un moment sur son corps et sur sa respiration. Le but est d'amener doucement le patient à diminuer son état de vigilance de sorte à pouvoir investir la relaxation qui suit.

Une phase de relaxation

Le psychomotricien propose la technique de relaxation pensée en amont pour son patient (mobilisations passives du corps, inductions verbales, visualisation...). Le sujet diminue progressivement sa vigilance et entre dans un état de conscience modifié dit « pré-conscient ». Cela va lui permettre de se relâcher corporellement et mentalement, d'être à l'écoute de ses éprouvés corporels, et de laisser émerger ses affects et images mentales.

Une phase de reprise

Cette phase constitue une transition afin de revenir à un état de vigilance ordinaire dit « de base ». Le psychomotricien incite le sujet à revenir dans l'ici et le maintenant, à remobiliser lentement son corps, à s'étirer ou encore à bâiller avant d'ouvrir les yeux.

Une phase de verbalisation

Cette phase permet au sujet d'exprimer ce qu'à induit cette séance chez lui à la fois au niveau corporel et au niveau mental. Un travail relationnel de représentation-symbolisation peut alors s'enclencher via un étayage ajusté du psychomotricien.

B) Les effets notables

Notre cerveau émet différents types d'ondes selon notre activité : les ondes gamma (vers 40 Hz) qui apparaissent au cours d'une activité mentale intense, les ondes bêta (de 12 à 30 Hz) présentes lors de nos activités basiques, les ondes alpha (8 à 12 Hz) en situation de relaxation légère ou d'éveil calme, les ondes thêta (4 à 8 Hz) correspondant à un état de relaxation profonde ou au sommeil de type paradoxal, et enfin, les ondes delta (de 0,5 à 4 Hz) apparaissant en sommeil profond. ⁽³³⁾

De plus, en état de relaxation, les zones cérébrales somato-sensorielles (ou somesthésiques) ainsi que le cortex limbique (ou cerveau émotionnel) s'activent. Le sujet est ainsi plus à même de ressentir des sensations diverses (chaleur, lourdeur, fourmillements...) et de laisser émerger en lui différents états émotionnels. ⁽³⁴⁾

Hausse 	Diminution 
- Amplitude respiratoire - Sécrétion d'endorphines - Défenses immunitaires - Sécrétion urinaire - Motricité gastro-intestinale - Température cutanée	- Fréquence respiratoire - Rythme cardiaque - Tension artérielle - Tonus - Glycémie - Activité thyroïdienne - Vigilance

Les réponses physiologiques de l'organisme lors du travail de relaxation sont donc exactement l'inverse de celles retrouvées en situation d'anxiété.⁽³⁴⁾

La relaxation va également impacter la psychomotricité du sujet :

La relaxation agit sur le **tonus de fond** de la personne et facilite son relâchement global. Selon Marc Guiose, la relaxation va provoquer une modification des structures anatomo-physiologiques qui sont à la base du contrôle tonique, et va ainsi venir l'abaisser. Les tensions musculaires du sujet seront donc réduites. De plus, le tonus étant inexorablement une fonction émotionnelle, les tensions psychiques devraient elles aussi diminuer.

Enfin, il est important de ne pas oublier que le tonus se modifie à travers la relation. En effet, Henri Wallon parlait de dialogue tonico-émotionnel pour évoquer les influences toniques mutuelles entre la mère et son bébé, le même mécanisme est à l'œuvre dans la relation soignant-soigné. Ainsi le psychomotricien, conscient de ce qu'il renvoie à son patient au cours de la séance, s'ajuste toniquement pour lui faciliter l'accès à la détente musculaire et psychique.

Marc guiose explique que l'expérience de relaxation vécue par le patient l'amène à se centrer sur ses sensations corporelles sous l'« attention particulière du relaxateur » qui s'avère contenante et sécurisante. Ainsi, cet état de bien-être qui en résulte va participer à la **renarcissisation** du sujet, autrement dit à la restauration de l'amour porté à l'image de lui-même (Jean Laplanche et Jean-Baptiste Pontalis, en 1967).

La relaxation va aussi avoir une action globalisante au niveau du corps. En effet, elle favorise l'émergence d'éprouvés corporels sur l'ensemble du corps et non seulement sur une partie limitée, tout en permettant au sujet d'y prêter une attention particulière. Les séances vont ainsi participer à l'émergence ou à la consolidation du **schéma corporel**

du relaxé en contribuant à la conscience, la connaissance et la représentation qu'il a de son propre corps.

Les séances de relaxation requièrent et boostent les **facultés attentionnelles** envers soi, ses ressentis et l'environnement. De même, sur le long terme, la **mémoire** est sollicitée par la mise en place de rituels. Enfin, l'**imaginaire** est stimulé par la guidance verbale et par certaines techniques proposées comme la visualisation.

Les **compétences relationnelles** sont également favorisées. En effet, l'individu à la fois renarcissisé et plus attentif à son environnement aura plus de facilité à entrer en contact avec autrui et à nouer des relations inter-individuelles.

La relaxation participe enfin à une meilleure **gestion des émotions**. D'après Jean-Charles Juhel, la relaxation est « un ensemble de techniques qui utilisent le relâchement volontaire et conscient des muscles pour en arriver à un état de détente où l'esprit pourra se débarrasser des émotions indésirables, comme la colère, l'anxiété, l'agressivité et la gêne, qui engendrent des tensions psychiques ».

L'utilisation de la relaxation apparaît légitime en ce qui concerne la problématique anxieuse. En effet, une meilleure gestion des émotions, un sentiment de confiance en soi, un abaissement tonique ou encore le ralentissement de la fonction cardio-respiratoire pourraient concourir à la survenue d'un apaisement global de la personne anxieuse.

C) Relaxation et personnes âgées anxieuses

Les sujets âgés anxieux résidant en EHPAD peuvent bénéficier d'un accompagnement psychomoteur en relaxation dans le but de réduire leurs tensions musculaires et de créer un état de détente mentale face à leurs préoccupations quotidiennes.

La relaxation chez la personne âgée anxieuse a également pour objectif d'établir une relation favorable du sujet avec son corps à la base d'une restauration narcissique. Selon Benoît Fromage, « En dissociant le sujet des phénomènes auxquels habituellement il s'identifie, la relaxation permettrait concrètement à la personne âgée de ne plus se vivre comme soumise et subissante (son corps, son environnement, son âge, son institutionnalisation...). [...] La relaxation s'oppose à l'expérience quotidienne de la personne âgée. Le corps devient un lieu de gratification et non plus objet de plaintes. En approfondissant cette présence à soi même et au monde, le sujet âgé quitte pour le temps de la séance une attitude passive et passéiste. ».

Les séances de relaxation sont aussi une occasion pour les résidents d'échanger avec autrui sur leur vécu somatique. Selon Julien de Ajuriaguerra, la détente serait un préalable à la découverte de soi et à l'échange avec autrui à travers la relation établie avec le relaxateur.

4- Pré-requis d'une prise en charge psychomotrice

A) Le cadre thérapeutique

Avant toute prise en charge psychomotrice, l'élaboration d'un cadre est indispensable. Le cadre thérapeutique désigne les conditions physiques et psychiques, qui en étant ajustées au patient, permettent le processus soignant. Le cadre doit ainsi être fixe et stable sans pour autant devenir rigide. Selon Catherine Potel, le cadre thérapeutique correspond à ce qui « contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée ».

Le cadre physique se traduit par une temporalité sécurisante, avec des séances ayant lieu le même jour, à la même heure et à une fréquence régulière. Ainsi que par un espace contenant, avec des séances se déroulant toujours dans le même lieu de semaines en semaines.

Le cadre psychique correspond d'une part aux règles explicites et implicites qui régissent la prise en charge, et d'autre part à la posture du psychomotricien qui doit être empathique, bienveillant et jouer un rôle de « pare-excitation ». D'après Carl Rogers, « Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si ». Autrement dit, l'empathie est cette qualité qui permet au psychomotricien de comprendre le vécu du patient tout en demeurant émotionnellement indépendant. La bienveillance consiste selon Catherine Gueguen, « à porter sur autrui un regard aimant, compréhensif, sans jugement, en souhaitant qu'il se sente bien, et en y veillant ». Enfin, d'après le concept de « pare-excitation » élaboré par Bion, le psychomotricien doit se montrer en capacité de transformer les éléments bruts (béta), amenés par le patient, en éléments de pensées (alpha) permettant à ce dernier de réaliser des élaborations psychiques. Autrement dit, il s'agit pour le professionnel de

mettre du sens sur les difficultés de son patient afin qu'il puisse lui-même y mettre du sens et les intégrer.

Finalement, il s'agit pour Roger Mises « d'assurer un contenant assez stable et sécurisant pour que le patient ose s'aventurer dans la relation offerte ».

En EHPAD, plus spécifiquement, les séances de relaxation doivent s'adapter à la problématique du résident, à ses attentes ainsi qu'à sa personnalité (goûts, préférences). C'est pourquoi il n'y a pas de protocole précis reproductible. De même, il apparaît nécessaire dans cette thérapie psychomotrice de ne pas se centrer uniquement sur les fragilités du sujet âgé mais au contraire de révéler toutes ses potentialités, de ne pas le mettre en difficulté et de respecter son rythme qui est plus lent.

Ainsi sécurisé et contenu, nos aînés peuvent donc investir au mieux les séances proposées.

B) La relation thérapeutique

La relation qui s'initie entre le professionnel et le patient est de loin aussi importante, voire plus importante, que la médiation proposée.

La relation avec le patient débute dès la première prise de contact et se tisse progressivement au cours du premier entretien. Elle débouche sur la mise en place ou non de l'alliance thérapeutique. En effet, le psychomotricien se doit d'établir un lien solide, car cette alliance est indispensable au commencement de tout soin psychomoteur et va impacter toute la prise en charge ultérieure. Selon Jean-Michel Albaret, l'établissement d'un lien de confiance est requis pour la mise en place d'un projet

thérapeutique et l'investissement des séances par le patient. Tout au long du soin, la relation ne cessera d'évoluer en fonction des subjectivités de chacun.

Des phénomènes transférentiels interviennent dans toutes les relations humaines et plus particulièrement dans les relations de soin.

Le transfert est le « mécanisme par lequel un sujet, au cours de la cure, reporte sur le psychanalyste les sentiments d'affection ou d'hostilité qu'il éprouvait primitivement, surtout dans l'enfance, pour ses parents ou ses proches ».⁽⁵⁾ Dans la thérapie psychomotrice, le psychomotricien va tenter de venir en aide à son patient. Ce dernier, ayant à faire à une problématique particulière, va projeter des affects et des représentations sur la personne « aidante ». Ces projections peuvent être positives ou négatives et à l'excès venir empêcher le bon déroulement du soin, comme c'est le cas dans les comportements de séduction ou encore dans les sentiments de colère.

Le psychomotricien prend appui sur sa propre subjectivité et sur l'expérience de son corps propre pour aller à la rencontre de l'autre. En retour, il est touché par la subjectivité de l'autre, on parle de contre transfert. Ce dernier se définit dans le dictionnaire Larousse comme « l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste vis-à-vis du patient et qui peuvent interférer avec son interprétation ».

En tant que psychomotricien, il faut être conscient de ces processus de transfert et de contre transfert pour être capable de les mettre à distance, de les analyser et de s'ajuster. Ainsi, on limite les biais dans la relation thérapeutique initiée.

La qualité relationnelle du psychomotricien passe par sa communication verbale c'est-à-dire les mots qu'il choisit mais aussi par sa communication non verbale qui se caractérise par son implication psychocorporelle. Il est important que ces deux

communications soient accordées avec ses pensées et émotions véritables. En effet, une inadéquation entre la manifestation corporelle et l'état psychique est perceptible par l'autre et délétère pour la relation, c'est le cas du « faux sourire » par exemple.

Yves Gineste a mis au point une approche relationnelle spécifique à la population âgée en EHPAD dont s'inspirent les psychomotriciens : l'humanité. Il s'agit pour le soignant d'accompagner le patient en le considérant avant tout comme une personne à part entière et non comme un malade. Elle se fonde sur plusieurs principes de bientraitance :

Le regard : pour Geneviève Ponton, l'appui visuel est important dans la rencontre avec la personne âgée pour la rassurer et la sécuriser. « On peut remarquer chez le sujet âgé confus et désorienté, combien l'appui du regard offre un véritable pont de sécurité, suppléant l'absence d'appui proprioceptif. Le regard est un vecteur émotionnel, il réconforte, rassure, encourage... exprime toute la mélodie de l'empathie c'est un toucher à distance ».

La parole : elle apparaît indispensable lors de l'exécution d'un soin même si le patient n'est pas en capacité de répondre.

Le toucher : il est particulièrement important lorsque l'échange verbal est devenu impossible. Selon Geneviève Ponton, « La première et dernière conscience que nous avons du monde se fait par le toucher ».

La verticalité : l'accès à la bipédie est une caractéristique qui distingue l'Homme de l'Animal. Cette verticalité présente de nombreux bénéfices à la fois psychologiques et physiques, nos aînés doivent pouvoir l'appréhender autant que possible.

La théorie met ainsi en avant les potentiels bénéfiques de l'utilisation de la relaxation en EHPAD comme médiation psychomotrice au service de la personne vieillissante anxieuse. Par conséquent, des apports cliniques me semblent essentiels pour tenter de les confirmer.

Partie 4 :

Accompagnement psychomoteur

1 - Présentation des lieux de stage

Mon stage s'est déroulé en alternance au sein de deux structures d'accueil pour personnes âgées dépendantes, tous les jeudis, du mois de septembre au mois de mars, auprès de Clémence Urnous (maître de stage et directrice de mémoire).

Le fonctionnement de ces deux structures est identique, elles dépendent d'un seul et même centre hospitalier. Leur gestion est garantie par la présence d'un directeur, d'un directeur adjoint, d'une cadre de santé, d'un assistant de gestion et de secrétaires. La prise en charge des personnes âgées est assurée par une équipe pluridisciplinaire qui se compose d'un médecin prescripteur, d'un médecin coordonnateur, d'une psychologue, d'une psychomotricienne, d'une ergothérapeute, d'une kinésithérapeute indépendante, d'infirmiers, d'aides soignants et d'une animatrice. L'entretien des locaux et la restauration des résidents sont assurés par une équipe hôtelière. Une coiffeuse est également présente de manière occasionnelle.

A) EHPAD 1

Il peut accueillir 104 résidents sur deux étages.

Au premier étage, une salle de bien-être a été aménagée par la psychomotricienne. De la relaxation, des séances de type « snoezelen », ou encore des massages ont lieu avec les résidents qui en éprouvent le besoin.

B) EHPAD 2

Il peut accueillir 114 résidents sur trois étages.

Un accueil de jour « Riv'Âge » est implanté au rez-de-chaussée, permettant à des

personnes confrontées à la démence mais encore autonomes et vivant à domicile de venir passer une journée en son sein. De multiples activités sont proposées telles que de la gymnastique, du yoga, de la marche, du jardinage ou des jeux de société.

Le deuxième étage est une unité dite protégée ayant pour objectif de faciliter le quotidien des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Le nombre de chambres est réduit, les soignants sont plus nombreux, l'espace est aménagé de manière à faciliter la déambulation et le quotidien est organisé sous forme de rituels.

Un espace « snoezelen » est également disponible pour des prises en charge psychomotrices. Il peut être utilisé pour des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou encore pour des résidents anxieux ou dépressifs, présentant un repli. L'objectif est d'entrer en communication avec le sujet : par l'intermédiaire des propositions sensorielles (lumières, huiles essentielles, balles à picots...), ou au contraire par un vide sensoriel (noir complet, absences de stimulations), la relation peut être facilitée.

A chaque étage de ces deux structures, se côtoient les espaces intimes (chambre avec salle d'eau) et les espaces de vie collectifs (salle à manger, salon, bibliothèque). Les résidents sont alors libres de leurs va-et-vient entre ces deux types d'espace.

Les horaires de lever et de coucher, de restauration, ou encore des toilettes, sont dans la mesure du possible fixes. Cette temporalité favorise la stabilité, la prévisibilité et l'anticipation indispensable au bien-être des sujets âgés qui peuvent ainsi se construire des repères.

Dans chaque établissement, un projet de vie individualisé est à réaliser par l'équipe pluridisciplinaire pour chaque résident entrant. Des bilans sont ainsi proposés au cours du premier mois par l'ergothérapeute, la psychomotricienne et la psychologue. Une

réunion est ensuite organisée avec l'ensemble des professionnels pour mettre en lien les résultats obtenus avec les observations réalisées au quotidien par les infirmiers et les aides soignants. Une prise en charge globale est alors élaborée par l'équipe avant d'être proposée au résident et à sa famille. Ce projet de vie est à réévaluer tous les ans par l'équipe.

Plus spécifiquement, le rôle de la psychomotricienne consiste à mettre en avant les difficultés du résident mais aussi et surtout ses différentes capacités et potentialités. Elle peut aussi faire des propositions concernant les aménagements possibles à réaliser dans l'environnement du résident et en ce qui concerne son accompagnement au quotidien. Des prises en charge individuelles ou groupales peuvent aussi être proposées si nécessaire.

2- L'utilisation de la relaxation en EHPAD auprès de deux résidents anxieux

« Le plus grand voyageur est celui qui a su faire une fois le tour de lui-même »

Confucius

Avant de débiter cet accompagnement, il a fallu penser au choix des résidents avec l'aide de la psychomotricienne et de l'équipe pluridisciplinaire. En effet, les sujets devaient être anxieux, être attirés par la médiation relaxation et ne pas présenter de contre-indications.

C'est pourquoi, après avoir consulté leurs dossiers, avec l'avis de ma maitre de stage et l'accord du médecin, je décide d'aller à la rencontre de Madame R et de Madame B.

A) Madame R

- **Présentation et anamnèse**

Madame R est née le 4 juin 1937, elle est âgée de 81ans, et est issue d'une fratrie de six enfants. Elle a entrepris des études d'arts (beaux-arts) qu'elle a rapidement interrompues pour se marier et avoir des enfants (deux garçons et une fille). Elle a d'abord été femme au foyer puis a travaillé quelques saisons dans des restaurants. Elle a beaucoup voyagé et a notamment vécu en Afrique et en Corse. Elle est aujourd'hui à la retraite, en situation de rupture familiale (elle n'a plus de contact avec ses enfants et est divorcée) et sous protection juridique.

Elle entre à l'EHPAD en décembre 2015 suite à la cessation d'activité de sa famille d'accueil.

Au niveau médical, Madame R est atteinte de la maladie de Parkinson pour laquelle elle suit un traitement médicamenteux. Elle présente également une lésion des sinus induisant une diminution de ses capacités gustatives et olfactives. Elle porte des lunettes et présente une audition correcte.

Dans la vie de tous les jours, elle est autonome dans les transferts, qui sont facilités par une échelle de lit mise à sa disposition, et elle marche à l'aide d'un déambulateur. Elle s'alimente seule et est continente mais elle a besoin d'un accompagnement lors de la toilette et de l'habillage. Mme R dispose de bons repères spatio-temporels au sein de la structure. Elle s'exprime facilement et de manière adaptée. Nonobstant, elle est en demande de contact social pour rompre son isolement. Elle présente des tendances anxieuses et dépressives.

Aujourd'hui, on recense plus de 200 000 personnes touchées par la maladie de Parkinson en France. Cette pathologie correspond à la perte progressive des neurones dopaminergiques situés dans la substance noire (= locus niger) de l'encéphale, occasionnant principalement des tremblements de repos, une rigidité musculaire et une lenteur dans les mouvements. A cause de ces symptômes, la personne se retrouve en partie privée de son corps mouvant. Ce qui peut entraîner des troubles secondaires tels que la dépendance, le retrait social, l'anxiété ou encore la dépression. Ces derniers majorant à leur tour les premiers.

Ainsi, près de la moitié des patients parkinsoniens sont atteints d'anxiété.

De plus, les traitements dopaminergiques ont une influence sur sa survenue en maintenant chez ces patients un niveau de vigilance élevé. Il devient alors très difficile pour eux de gérer cette anxiété. D'après Albaret, la relaxation, en plus d'amoinrir les manifestations anxieuses chez les patients parkinsoniens, peut participer à une diminution de l'hypertonie et des tremblements.

Antérieurement, plusieurs prises en charges lui ont été proposées :

- En ergothérapie, pour la prévention des chutes avec un travail réalisé autour de la marche, de l'équilibre et des transferts.
- En psychomotricité, afin de réduire son agitation psychomotrice et son anxiété via des mobilisations passives et de la relaxation. Au cours de ces séances, il apparaît que c'est surtout l'échange verbal qui lui procure le plus de satisfaction.
- En hypnothérapie, dans un objectif de détente, dont elle garde un très bon souvenir.

Actuellement, elle suit une prise en charge en kinésithérapie qui vise à stimuler sa locomotion et la motricité de ses membres supérieurs mis à mal par sa pathologie.

- **Rencontre**

Nous nous rencontrons pour la première fois le 8 novembre 2018 en milieu d'après-midi.

Lorsque j'entre dans sa chambre, Madame R est assise dans son fauteuil. Je me présente et je décide de m'installer sur une chaise à côté d'elle pour échanger et lui expliquer mon projet d'accompagnement psychomoteur par la relaxation.

Elle se montre accueillante et m'indique qu'elle dort beaucoup la journée car elle n'a rien d'autre à faire. Elle a des difficultés d'endormissement le soir. Elle aime écouter la radio, mais ses centres d'intérêts se sont trouvés limités avec l'arrivée de sa maladie. Elle était de nature active mais actuellement elle ne peut plus lire ou même tricoter, ce qui la peine beaucoup. Ses tremblements constituent selon elle une gêne importante dans sa vie quotidienne, sa préhension et sa motricité fine étant limités et des difficultés pratiques et de déplacement apparaissant progressivement. Autrement dit : attraper un objet, se coiffer, se laver, s'habiller, boutonner ou encore tricoter deviennent des tâches complexes et coûteuses en énergie.

Elle se dit anxieuse en lien avec sa symptomatologie parkinsonienne et plus précisément en lien avec ses tremblements. De même, les événements internationaux (guerre et politique) relayés par les médias ont, chez elle, un effet anxiogène. Cette anxiété se manifeste dans son corps par une accentuation des tremblements notamment dans le bras droit et dans son esprit avec des anticipations anxieuses (par exemple : la peur de chuter lors de la marche). Les retentissements au quotidien se manifestent par une perte d'autonomie et un repli.

Au cours de notre entretien, je repère des pauses dans son discours. En effet, certains mots mettent plus de temps à s'initier que d'autres, on parle de freezing. J'observe également une rigidité corporelle et des tremblements localisés au niveau des bras. Son regard, ses mimiques et sa gestuelle me paraissent adaptés.

Elle est ouverte à ma proposition de relaxation, m'expliquant qu'elle a déjà fait des séances de relaxation avec un hypnothérapeute et que cela lui manque. Au quotidien, elle essaye de poursuivre quelques séances toute seule en fixant son attention sur les différentes parties de son corps. Elle utilise également des outils d'hypnose, elle fixe des points dessinés sur son mur. Concernant ses attentes, elle aimerait que les prises en charge viennent calmer son corps pour pouvoir trouver de l'apaisement. Elle n'a pas de préférence concernant le type de relaxation entrepris, elle se montre ouverte et me laisse libre du choix.

- **Bilan**

Au vu de la problématique de Madame R, je ne propose pas de bilan psychomoteur complet et standardisé mais plutôt un questionnaire d'évaluation de l'anxiété associé à des mobilisations passives révélatrices de son état tonique.

Ainsi, dans la continuité de notre rencontre et avec son accord, je lui propose de répondre à l'inventaire d' « anxiété état » élaboré par Charles Donald Spielberger. C'est un questionnaire d'auto-évaluation mais Madame R étant dans l'impossibilité de lire elle-même les questions et d'entourer les réponses, je lui offre la possibilité de le remplir par mon intermédiaire.

Ses réponses mettent en avant un résultat de 62 points traduisant un état d'anxiété élevé.

Puis je réalise une évaluation de son tonus de fond par les épreuves dites du ballant et de l'extensibilité. Madame R accepte aisément le toucher et ferme instantanément les yeux lorsque je l'invite à se laisser aller et à se détendre. L'extensibilité des membres supérieurs et inférieurs est plutôt limitée, je note une faible amplitude musculaire. Le ballant quant à lui met en évidence une difficulté à se

relâcher, des rigidités ainsi que quelques contractions musculaires perceptibles au niveau brachial. Je repère aussi des tremblements qui induisent instantanément une plainte et des questionnements chez Madame R : *« Vous les ressentez ces tremblements ? »*.

Nous décidons à la fin de cette rencontre de fixer un rendez-vous pour débiter les séances de relaxation. Ces dernières auront lieu dans sa chambre, un jeudi sur deux, entre 10h et 11h.

- **Axes d'accompagnement**

Dans le cas de Madame R, il apparaît que sa pathologie et plus précisément ses tremblements sont sources d'anxiété. Or cette anxiété conduit à une augmentation de son tonus, qui va à son tour amplifier les tremblements et l'anxiété. C'est un cercle vicieux qu'il faut tenter de stopper en induisant un état de calme en séance de relaxation pour réduire ses tensions et calmer ses tremblements. La généralisation de cet état de calme dans son quotidien pourra ensuite potentiellement s'opérer et réduire son état anxieux.

Les objectifs de prise en charge concernent : la gestion de l'anxiété, l'acceptation, mais aussi la renarcissisation et le soutien de lien social.

Il apparaît également que Madame R est familière avec la méditation relaxation, qu'elle présente de bonnes capacités d'attention, que son imaginaire est développé et qu'elle présente un intérêt pour l'aromathérapie.

Je décide alors de lui proposer une relaxation de type Jacobson accompagnée d'une visualisation en fin de séance. De l'huile essentielle de lavande est utilisée en diffusion dans sa chambre pour faciliter sa détente psychique et sa décontraction musculaire.

La méthode de relaxation élaborée par Edmund Jacobson repose sur le concept du lien unissant notre corps et notre psyché et plus précisément du lien unissant notre degré de tension musculaire et nos émotions. Elle consiste par des exercices de contraction et de décontraction des muscles, premièrement à prendre conscience de ces deux pôles. Pour Suzanne Masson, il s'agit de développer le « sens musculaire », autrement dit d'être en capacité de ressentir divers degrés de tension, de la plus forte à la plus minime. C'est un entraînement au contrôle de la tension qui permet au sujet de la percevoir plus rapidement. Le sujet, ainsi plus conscient de son propre corps, devient dans un second temps, capable de réduire lui-même son tonus musculaire et de se relâcher. Or, selon Jean-Michel Albaret, ce relâchement tonique va spontanément causer un relâchement psychique. La réaction émotionnelle anxieuse sera réduite.

La visualisation créatrice quant à elle se définit par la visualisation d'images mentales positives et agréables amenées par le psychomotricien. Elle permet de rompre avec le quotidien en stimulant l'imaginaire de la personne. Dans ce cas précis, c'est la détente mentale qui va en retour apaiser le corps dans une interaction incessante.

- **Prise en charge**

Lors de la première séance, Madame R vient de se réveiller d'une sieste matinale, elle est allongée sur son lit dans la pénombre.

Emotion de début de séance : endormie.

J'installe le diffuseur d'huile essentielle, puis j'invite Madame R à s'installer confortablement, à porter attention à l'ensemble de son corps et à respirer calmement. Madame R ferme les yeux et se laisse aller.

Je lui propose de contracter intensément ses jambes afin de débiter la relaxation « Jacobson ». Il s'agit pour Madame R de se concentrer sur cet état de contraction de ses membres inférieurs avant de les relâcher brutalement et de ressentir les effets de ce relâchement. Nous poursuivons ensuite avec la contraction de ses bras. Madame R me fait rapidement part de ses difficultés à investir cette méthode de relaxation notamment en lien avec l'accentuation de ses tremblements et l'apparition de spasmes musculaires.

Un réajustement me semble alors nécessaire. C'est pourquoi, je décide en cours de séance de modifier ma proposition et d'énoncer à Madame R des inductions verbales orientées sur la prise de conscience corporelle. Elle reste cependant très préoccupée par ses tremblements incessants qui l'extraient régulièrement de son état de détente. Elle présente une volonté de contrôler ses tremblements en se contractant.

Selon Cécile Dormia, lors d'une relaxation par inductions verbales, le psychomotricien, en utilisant le canal verbal, incite la personne à se détendre. Il s'agit pour le sujet de porter attention à chaque partie de son corps, du haut du corps (crâne) jusqu'au bas du corps (orteils), pour les ressentir pleinement. On note des sensations de chaleur, de lourdeur, de fourmillements, de circulation ou encore de contact avec un support. Les tensions corporelles et psychiques se réduisent ainsi progressivement.

Une fois que Madame R est suffisamment apaisée, la deuxième partie de la relaxation peut être initiée, consacrée à la visualisation d'un champ de fleurs. Je note ici un ralentissement de ses tremblements, voire un arrêt, pouvant être mis en lien avec un détachement vis-à-vis de ces derniers, et par conséquent un accès à la détente et un relâchement tonique.

S'en suit un temps de reprise, au cours duquel j'invite Madame R à revenir à son rythme dans l'ici et le maintenant, à se remettre en mouvement, à s'étirer et à bâiller si elle le souhaite.

Emotion de fin de séance : bien-être.

Un long moment de verbalisation d'environ trente minutes a lieu après cette séance avec Madame R qui émet un fort besoin d'échanger avec autrui: « je ne peux pas parler avec les autres résidents, ils n'en sont plus capables ». Elle me demande si sa pathologie est courante et s'il y a d'autres personnes « comme elle » dans l'EHPAD. Je note une préoccupation importante concernant sa maladie avec un besoin de réassurance. En ce qui concerne la séance, elle semble avoir des difficultés à différencier le relâchement corporel de l'arrêt des tremblements. En effet, elle souhaiterait pouvoir contrôler ses tremblements et les stopper, ce qui est selon elle synonyme de détente. Elle m'exprime avoir ressentie des décharges électriques dans les jambes et de la rigidité en début de séance et s'être relâchée progressivement suite à mon changement de proposition. Je lui conseille de ne pas vouloir à tout prix cesser ses tremblements qui ne sont pas de son ressort mais plutôt d'essayer de se détendre en acceptant leur présence.

Dans la maladie de Parkinson, il faut distinguer les tremblements d'origine neurologique, incontrôlables par le sujet, des tremblements d'origine psychologique (anxiété), possiblement réductibles par un apaisement mental. La relaxation pourrait ainsi jouer un rôle dans la réduction de ces derniers.

Dans le cas de Madame R un rôle important d'étayage est à réaliser par mon biais, notamment pour faciliter sa réassurance et l'acceptation de ses irrptions corporelles. Ce rôle m'apparaît indispensable, en plus de la relaxation corporelle, pour que les manifestations anxieuses vécues par Madame R puissent diminuer.

Deux semaines plus tard, lors de la deuxième séance, Madame R me confie que son anxiété est à un niveau identique malgré ses tentatives de relativisation.

Emotion de début de séance : contrariée.

Après un temps de centration sur soi, je propose à Madame R des inductions verbales portant sur l'ensemble de son corps, puis la visualisation d'une promenade en forêt. Un temps de reprise est toujours respecté avant un échange verbal.

Emotion de fin de séance : calme

Lors du temps de verbalisation, Madame R m'explique qu'elle a eu des difficultés à s'imaginer marcher, au cours de la visualisation, car elle appréhende de chuter. Cependant, elle exprime avoir été moins gênée et moins focalisée sur ses tremblements.

Pour ma part, j'observe qu'elle entre plus facilement en état de détente et en sort moins facilement. En effet, très vite, elle ferme les yeux, sa respiration devient bruyante et profonde et son tonus s'abaisse. Je note également moins de tremblements que lors de la précédente relaxation et la plupart sont concentrés lors des temps d'échanges verbaux, avant et après la relaxation. De plus, Madame R semble mieux comprendre que la détente ne passe pas par un arrêt complet des tremblements mais plutôt par une mise à distance et un lâcher-prise en revenant à son corps.

Avant mon départ, elle émet de nouveau des plaintes concernant son lieu de vie. Les cris de ses voisins, la vue des fauteuils roulants ou encore des personnes en difficultés la gêne au quotidien. C'est pourquoi, elle sort peu de sa chambre et ne se rend pas aux animations.

Au cours des séances suivantes, le cheminement de Madame R est important accompagné d'un étayage conséquent. L'alliance thérapeutique construite avec Madame R m'apparaît solide. Elle me fait confiance, se saisit de mes propos, investit les séances et verbalise sur ses vécus corporels et sur son quotidien.

Les séances s'organisent de la même manière tout au long du suivi, avec en premier lieu un scan corporel via des inductions verbales, puis dans un deuxième temps une visualisation portant sur différents thèmes : mer, quatre éléments (terre, air, eau, feu), cascade, nuage.

A chaque fois que nous nous retrouvons, Madame R me raconte comment se sont déroulées les deux semaines précédentes. De manière globale, au fil des séances, elle se sent mieux, elle note une amélioration de son humeur (« je prends les choses plus à la légère »), elle ressent moins de tremblements et les calme facilement (« je les arrête en respirant »).

Emotions de début de séance : fatiguée, énervée, en forme, tracassée.

Le temps nécessaire pour qu'elle entre en état de relaxation est de plus en plus court et sa détente est de plus en plus profonde. Je remarque de manière récurrente chez Madame R une respiration lente, bruyante et profonde. J'observe également une hypovigilance au cours des séances, parfois à la limite de l'endormissement. Une hypotonie globale est perceptible : ses muscles cervicaux se détendent (sa tête penche sur un côté), ses mâchoires se relâchent (sa bouche s'entrouvre), ses chevilles se

relaxent (ses pieds s'affaissent et se déposent sur le matelas). Enfin, ses tremblements sont de moins en moins présents et sont même absents lors de certaines séances, particulièrement au cours de la visualisation.

L'étape de la reprise est souvent pénible pour Madame R qui a du mal à sortir de l'état de relaxation dans lequel elle se trouve.

Emotions de fin de séance : apaisée, détendue, très bien, bien.

Les différents moments d'échanges avec Madame R lui ont permis d'extérioriser ses soucis et ses angoisses. Elle évoque ses tremblements et sa difficulté à les gérer dans la vie de tous les jours, son inquiétude à l'idée de mourir de sa maladie, le fait de ne pas se sentir écoutée par les soignants, de se sentir isolée et de s'ennuyer, et de ne pas se sentir à sa place dans l'institution.

Je lui apporte une écoute bienveillante, une réassurance et je lui conseille de revenir à cet état de calme appréhendé en séance pour essayer de surmonter ses états anxieux dans son quotidien.

Le phénomène de symbolisation opère et elle intègre progressivement l'idée que l'intérêt de la relaxation n'est pas de supprimer ses difficultés (notamment ses tremblements et son anxiété) mais plutôt de parvenir à les accepter et de se recentrer sur ses ressentis corporels pour les surmonter. Elle comprend le lien existant entre son corps et son psychisme, et utilise l'outil relaxation dans son quotidien : elle a pu repérer que lorsque son esprit veut à tout prix stopper ses tremblements, alors son anxiété augmente et amplifie les tremblements initiaux. Au contraire, lorsque son esprit n'est plus focalisé sur sa gêne mais sur son corps, sa respiration ou sur une image agréable (visualisation) alors son anxiété diminue et ses tremblements aussi.

« J'ai tout essayé pour les arrêter seule la relaxation semble fonctionner »

Lors de la dernière séance, je réalise de nouveau un bilan tonique. Je note quelques résistances et raideurs au niveau tonique disparaissant rapidement au profit d'un relâchement et d'une plus grande amplitude musculaire. De même, j'observe peu de tremblements. Ainsi, au niveau qualitatif, sa capacité à se détendre corporellement s'est améliorée. Je propose également à Madame R le questionnaire initial sur l'anxiété, auquel elle obtient un score de 58, traduisant une anxiété élevée. Ainsi, au niveau quantitatif, une légère diminution a eu lieu mais elle n'est pas significative.

- **Conclusion**

Actuellement, Madame R ressent moins de tensions corporelles et se sent aussi moins inquiète. Elle prend davantage de distance vis-à-vis de son anxiété et est plus apaisée. Elle semble être parvenue à enrayer le cercle vicieux pour entrer dans une boucle vertueuse qu'elle décrit très bien : la relaxation diminue son anxiété qui diminue l'apparition des tremblements (ou tout du moins leur maintien et amplification), ce qui induit chez elle un apaisement supplémentaire. Elle ressent une sensation de contrôle et elle n'est plus démunie face à ses réactions anxieuses.

L'accompagnement psychomoteur par le biais de la relaxation a permis à Madame R de ressentir son corps dans sa globalité et de ne plus seulement se focaliser sur certaines parties désagréables, de ressentir du plaisir dans son corps, de réduire sa symptomatologie parkinsonienne (tremblements et rigidité), d'appréhender un état de calme dans lequel elle peut revenir dès qu'elle le souhaite, de booster son imaginaire, de limiter son repli social et de reprendre confiance en elle.

Madame R souhaite poursuivre les séances de relaxation en individuel avec la psychomotricienne de la structure : « J'ai besoin de la relaxation ».

B) Madame B

- **Présentation et anamnèse**

Madame B est née le 27 mars 1926, elle est âgée de 93ans. Elle a obtenu le certificat d'étude avant de travailler en tant que couturière puis en tant que téléphoniste des PTT (poste, télégraphe, téléphone). Elle a une fille et deux petits enfants. Elle est aujourd'hui à la retraite et ne dispose pas de protection juridique.

Elle entre à l'EHPAD en 2017, suite à une chute de cause hypotensive. Le retour à domicile sera impossible pour Madame B qui s'ennuie et s'alimente mal.

Au niveau médical, Madame B présente des douleurs chroniques aux genoux.

Au quotidien, elle est autonome pour l'habillage et la toilette même si une guidance est parfois nécessaire. Elle est indépendante pour la prise des repas. Elle marche à l'aide d'un déambulateur mais étant insécure et vite fatigable, un fauteuil roulant est mis à sa disposition. Elle ne présente pas de syndrome post-chute, néanmoins, de l'appréhension ainsi qu'une perte de motivation sont perceptibles à l'égard des déplacements. Madame B possède des compétences spatiales et temporelles adaptées au sein de la structure. Son expression verbale et non verbale est riche et ajustée. Nonobstant, elle est nostalgique de sa vie à domicile, elle se dit lassée et se sent isolée au sein de l'EHPAD. De manière générale, Madame B est une personne sensible, à fleur de peau et angoissée, connaissant parfois la survenue de crises d'angoisses.

D'après l'INSERM : « Près d'une personne de plus de 65 ans sur trois et une personne de plus de 80 ans sur deux chutent chaque année ».

Selon Tinetti, l'anxiété induite à la suite d'une chute augmente davantage la probabilité de chuter à nouveau. Dans des cas extrêmes, un syndrome post-chute peut même s'installer. Il correspond à une anxiété intense face à la verticalisation, aux transferts et aux déplacements, qui conduit la personne âgée à restreindre ses activités et qui peut la rendre peu à peu dépendante (diminution de l'endurance et de la force musculaire, apparition de troubles de l'équilibre et de la coordination). Cette situation amène une perte de confiance chez la personne âgée concernée, augmentant à son tour l'anxiété initiale tel un cercle vicieux.

Selon Jean-Michel Albaret, la relaxation dans un contexte de chutes participe à la fois à une meilleure appréhension de son schéma corporel et à une diminution de l'anxiété engendrée.

Antérieurement, différentes prises en charge lui ont été proposées :

- En kinésithérapie, pour prévenir de nouvelles chutes via un travail musculaire (vélo) et un travail autour de l'équilibre (marche).
- En psychomotricité, dans un objectif de détente et de réduction des douleurs via la relaxation et le toucher thérapeutique.

Actuellement, aucune prise en charge n'est en cours.

- **Rencontre**

Nous nous rencontrons pour la première fois le 15 novembre 2018 en milieu d'après-midi.

Je rencontre Madame B afin de lui proposer un massage des mains. Elle se montre enjouée face à cette proposition, et m'indique que je peux revenir quand je le souhaite. Au cours d'une discussion avec sa fille, cette dernière m'explique que sa mère est très anxieuse et que ce genre de proposition peut lui faire beaucoup de bien. Je décide alors, après réflexion au cours de la journée, de venir à nouveau rencontrer Madame B pour lui proposer une prise en charge en relaxation. Ce qu'elle accepte volontiers.

Au cours de notre entretien, Madame B me raconte son histoire et son quotidien. Elle m'indique qu'elle a du mal à s'habituer à son nouveau lieu de vie. Avant d'entrée en EHPAD, elle lisait, elle faisait des mots fléchés, elle regardait la télé, ce qui l'apaisait mais aujourd'hui elle ne le fait plus faute de motivation. Elle m'exprime également son sentiment d'isolement, sa fille habitant loin et ne pouvant lui rendre visite que pendant ses vacances. De même, elle a des difficultés à créer des liens sociaux au sein de la structure. En effet, son arrivée ayant été relativement brutale, faisant suite à sa chute, elle n'a pas eu le temps nécessaire pour se préparer psychologiquement à ce déménagement.

Ses douleurs chroniques au niveau des membres inférieurs ainsi que sa peur de tomber à nouveau l'empêchent de se déplacer comme elle le souhaite. D'après elle, son stress est quotidien, son appétit est moins important et elle fait face à des insomnies récurrentes ainsi qu'à des cauchemars. Elle s'inquiète également beaucoup pour ses proches et notamment pour ses enfants et petits enfants qu'elle a régulièrement au téléphone. Elle me dit avoir toujours été anxieuse. Cela serait héréditaire, du côté de son père, mais elle ressent que cette émotion est plus intense ces derniers temps.

« J'ai peur de tout »

Dans son corps, cela se manifeste par un poids au niveau de la poitrine, des essoufflements, des sensations de malaises.

Je repère que Madame B s'exprime aisément et longuement, je ressens un besoin de se confier et un besoin de réassurance important. Elle apparaît tendue corporellement et à fleur de peau.

Grâce à la relaxation, elle m'indique qu'elle aimerait « retrouver la forme, le calme et la motivation ». Elle n'a pas de préférence quant au type de relaxation utilisé : « Je vous laisse faire ».

- **Bilan**

Au vu de la problématique de Madame B, je ne propose pas de bilan psychomoteur complet et standardisé mais plutôt un questionnaire d'évaluation de l'anxiété associé à des mobilisations passives révélatrices de son état tonique.

Je lui propose tout d'abord de répondre au questionnaire d' « anxiété état » élaboré par Charles Donald Spielberger. Madame B étant dans l'impossibilité de lire elle-même les questions et d'entourer les réponses, je lui offre la possibilité de le remplir par mon intermédiaire.

Ses différents retours mettent en avant un résultat de 49 points traduisant un état d'anxiété moyen.

Ensuite, j'évalue l'état tonique de Madame B via les épreuves du ballant et d'extensibilité. Ces dernières montrent premièrement une acceptation aisée du toucher.

Puis, sous l'effet de ma guidance verbale, Madame B semble en confiance et ferme rapidement les yeux. Elle accompagne la plupart de mes mouvements dans la recherche d'extensibilité musculaire, cependant l'amplitude d'extension des membres supérieurs et inférieurs m'apparaît correcte. Le ballant met quant à lui en avant une bonne capacité à se relâcher malgré la présence de quelques secousses musculaires.

Nous décidons à la fin de cette évaluation de fixer un rendez-vous pour débiter les séances de relaxation. Ces dernières auront lieu dans sa chambre, un jeudi sur deux, entre 15h et 16h.

- **Axes d'accompagnement**

Il s'avère que l'anxiété de Madame B est généralisée, elle porte sur son environnement, sur ses proches ou encore sur sa motricité globale. La relaxation pourrait selon moi faciliter la maîtrise des réactions tonico-émotionnelles liées à ces problématiques.

Les objectifs de prise en charge concernent : la gestion de l'anxiété, la réassurance, l'approfondissement de la conscience corporelle et le soutien de lien social.

Après réflexion, je décide de réaliser avec Madame B une relaxation sur le thème de la respiration. En prenant en compte son attrait pour les stimulations tactiles tel que le massage, je lui propose comme intermédiaire, une balle à picot. Les séances sont accompagnées d'une musique relaxante pour faciliter l'accès à la détente.

Utiliser la respiration en séance de relaxation consiste à se concentrer sur le trajet de l'air (nez, gorge, poumon), sur sa température et sur les mouvements corporels associés. Il s'agit également de faire varier les différents types de respiration : thoracique, abdominale ou encore nasale alternée. En résulte, une augmentation de l'amplitude respiratoire avec un allongement de l'expiration, un relâchement musculaire et un apaisement psychique, lui conférant un rôle considérable dans la gestion de l'anxiété. En plus de la détente, la respiration notamment abdominale possède de nombreux autres bienfaits comme une facilitation de la digestion ou encore une meilleure oxygénation cellulaire. Il faut cependant rester vigilant quant au risque d'hyperventilation. ^{(7) (25)}

Un médiateur (exemple : une balle à picot) peut être notamment utilisé en relaxation dans les cas où la personne ne supporte pas le contact physique, ou pour débiter une prise en charge en relaxation comme première approche, ou encore pour favoriser une prise de conscience corporelle. ^{(7) (25)}

- **Prise en charge**

Lorsque j'entre dans sa chambre, Madame B regarde la télévision allongée sur son lit, et met quelques instants à se souvenir de moi.

Emotion de début de séance : fatiguée-douloureuse.

Lorsque la musique relaxante débute, j'invite Madame B à s'installer confortablement, à porter attention à l'ensemble de son corps et à respirer calmement. Madame B ferme les yeux et se laisse aller.

Cette première séance s'organise autour de la détente et d'une prise de conscience corporelle globale par l'intermédiaire d'une balle à picot que je fais rouler sur les différentes parties de son corps.

Un relâchement tonique important est perceptible, sous l'effet du contact de la balle, chez Madame B, qui semble apprécier ce toucher thérapeutique. J'observe que sa respiration est calme et profonde. Je perçois également quelques larmes au coin de ses yeux, signes d'un relâchement émotionnel. Cependant, elle présente des réticences concernant le passage de la balle sur ses jambes du fait de ses douleurs chroniques. Aussi, j'observe une certaine raideur au niveau de ses membres inférieurs. En fin de séance, avec son accord, je peux masser ses cuisses et ses genoux. Elle m'indique qu'elle souhaiterait essayer le massage des mollets lors de la prochaine séance.

A la fin de la relaxation, j'invite Madame B à revenir à son rythme dans l'ici et le maintenant. Sa reprise visuelle est plutôt rapide, puis elle prend le temps de s'étirer et de bouger ses bras et ses jambes lorsque je lui propose.

Emotion de fin de séance : détendue.

Elle verbalise quelques douleurs au niveau des mains et des avants-bras, elle note une diminution de son mal de tête et se sent plus calme.

Deux semaines plus tard, lors de la deuxième séance, Madame B n'a pas le moral, elle apparaît préoccupée : « Je me fais du souci pour ma petite fille et j'ai peur de tomber ». Elle me confie se sentir seule et ne plus supporter les résidents de l'EHPAD. Elle me rapporte également qu'elle a été confrontée à une insomnie la nuit passée avec d'importantes ruminations anxieuses. Sur le moment, son anxiété est encore conséquente avec plusieurs symptômes : la bouche sèche, des sensations de vertige et de tachycardie ainsi que des douleurs cervicales.

Emotion de début de séance : tracassée.

Après avoir mis en route la musique relaxante, je couvre Madame B avec une couverture, puis elle ferme rapidement les yeux. Je lui propose alors de prendre un moment pour prendre conscience de son corps, de respirer profondément et de relâcher ses muscles.

La séance que je lui propose porte sur la respiration et s'organise en trois phases :

- Premièrement : se poser mentalement et corporellement en amenant son attention sur sa respiration (sur les sensations de fraîcheur et de chaleur de l'air, sur son trajet, sur son rythme et sur les parties du corps impactées). Il ne s'agit pas de modifier la respiration mais juste de l'observer.
- Deuxièmement : amener une détente profonde en inspirant par le nez et en expirant par la bouche, si possible. Différents types de respiration sont expérimentées : thoracique (il s'agit d'élever et d'abaisser la cage thoracique à plusieurs reprises), abdominale (il s'agit de gonfler et de dégonfler l'abdomen à plusieurs reprises) et nasale alternée (il s'agit de respirer avec une seule narine en bouchant l'autre à l'aide de son index, cela alternativement).
- Troisièmement : amener la respiration et la détente dans l'ensemble du corps par le biais de la balle à picot et par une visualisation du sujet, ce qui induit un effet relaxant-globalisant. Avant de terminer cette relaxation, une respiration chargée d'une intention est proposée. Il s'agit pour la personne d'inspirer avec une intention de ressourcement et d'expirer avec une intention d'évacuation des tensions.

Je note chez Madame B une entrée rapide dans la relaxation avec un relâchement tonique important (sa bouche s'entrouvre). Sa respiration devient de plus en plus ample et profonde.

Au cours de la reprise, Madame B prend le temps de bâiller et de s'étirer avant d'ouvrir les yeux et d'échanger sur ses ressentis.

Emotion de fin : fatiguée.

Madame B verbalise que son anxiété s'est apaisée. J'étaye son propos et lui conseille d'essayer de retrouver cet état de calme et d'ancrage dans les situations génératrices d'anxiété en se focalisant sur ses sensations corporelles et sur sa respiration de préférence abdominale.

« J'étais concentrée sur ma respiration, sur mon corps, je ne pensais à rien ».

Au cours des séances ultérieures, avec l'aide d'un étayage important, malgré un état anxieux persistant, Madame B chemine progressivement notamment sur le repérage des signes de son anxiété et sur sa gestion par la respiration. L'alliance thérapeutique co-construite m'apparaît stable. Elle investit les séances et n'hésite pas à verbaliser sur ses vécus corporels et psychiques difficiles. Enfin, elle se saisit de mes propos et généralise la pratique de la relaxation à son quotidien.

Tout au long du suivi, les séances de relaxation sont organisées de manière similaire, chacune se divisant de façon progressive en trois phases.

De façon générale, lors des débuts de séance, Madame B me rapporte faire face à une anxiété fluctuante, alternant entre des périodes de calme et des périodes d'inquiétude. Parfois, ces dernières s'accompagnent de crises d'angoisses avec des symptômes physiques (nausées, tremblements, vertiges...), des difficultés d'accès au sommeil, des réveils nocturnes et une grande fatigabilité diurne. Même si cela ne fonctionne pas toujours, elle me confie se servir de la relaxation quand elle ressent le

besoin de s'apaiser, particulièrement lors de l'endormissement : « **Je respire pour me calmer** ».

Emotions de début de séance : oppressée, tendue.

Au cours du suivi, Madame B rentre rapidement dans un état de calme et sa respiration s'apaise. En outre, je remarque une dissociation de plus en plus nette entre les différentes respirations expérimentées par Madame B. Je perçois notamment une mobilité plus fluide et distincte de son thorax et de son abdomen. Son amplitude inspiratoire et expiratoire est augmentée ayant pour conséquence un allongement de ses cycles respiratoires. Lors de l'utilisation de la balle à picot, pendant la troisième phase, j'observe qu'une détente plus profonde advient chez Madame B. Pour exemple, ses mâchoires se desserrent encore davantage et sa bouche s'entrouvre. Je note aussi la présence de spasmes musculaires qui apparaissent de temps à autre au niveau de ses jambes allant de pair avec un relâchement tonique. De même, je remarque une baisse progressive de sa vigilance allant parfois jusqu'à l'endormissement accompagné de ronflements.

Le moment de reprise est de plus en plus investi par Madame B qui prend son temps pour sortir de cet état de conscience modifié et pour remobiliser son corps.

Emotion de fin de séance : fatiguée, apaisée.

Les temps de verbalisation sont indispensables pour Madame B, lui permettant d'aborder plusieurs problématiques. Tout d'abord, ses ressentis corporels au cours de la relaxation : elle sent ses muscles se relâcher, ses doigts sont plus légers, sa respiration débloque des tensions, elle ressent des fourmillements dans les jambes. « **Ça m'a détendue, je suis sûre que je vais bien dormir cette nuit** ». Mais aussi, son lieu de vie, qu'elle juge « stressant ». Selon elle il y a beaucoup d'agitation et de bruit qu'elle a

du mal à supporter. « *Ils n'ont pas toute leur tête les autres, ils sont bruyants, c'est fatigant* ».

L'étayage que j'ai pu apporter à Madame B lui a permis de ne plus être dépassée par ses symptômes corporels en cas d'anxiété, mais au contraire, de mieux les comprendre et d'y mettre du sens. De plus, elle a pu s'approprier l'outil « relaxation » dans sa vie de tous les jours pour faire face aux répercussions de l'anxiété comme l'insomnie.

Lors de la dernière séance, je réitère l'évaluation du niveau d'anxiété chez Madame B au moyen du questionnaire initial, auquel elle obtient un score de 53, synonyme d'une anxiété moyenne. J'ai également pu mettre en lumière, au travers des épreuves spécifiques du tonus, une rigidité musculaire au niveau des membres supérieurs et inférieurs, et une tendance à accompagner certains de mes mouvements.

- **Conclusion**

Au vu de l'évaluation psychomotrice de fin de suivi, il n'y a pas de changement significatif de son état d'anxiété entre le début et la fin de la prise en charge via la médiation relaxation. Cette dernière a pourtant eu des impacts positifs chez Madame B qui comprend mieux ses réactions psycho-corporelles anxieuses et qui a pu ressentir du plaisir corporel. Elle a pris confiance en elle et en ses capacités à faire face à ses états anxieux, ce qui l'a notamment extraite de son inactivité récurrente. Elle ose de plus en plus se promener dans les couloirs de l'EHPAD sans avoir recours à son fauteuil roulant. Elle prend aussi plus de distance vis-à-vis des difficultés de son entourage. Seulement, je note que ces impacts demeurent temporaires (limités à quelques journées qui suivent la séance) et que l'anxiété fait de nouveau rapidement son apparition avec un besoin de réassurance.

C'est pourquoi, je pense que ce type de prise en charge est adapté à la problématique de Madame B mais qu'il devrait être proposé de manière plus fréquente, à hauteur d'une séance par semaine, et sur une durée plus importante. Il pourrait alors peut-être impacter le bien-être de Madame B de manière plus significative.

« J'aimerais poursuivre ces séances de relaxation »

Conclusion

Plus l'avancée en âge est importante, plus l'équilibre psychocorporel de l'Homme est fragile. C'est pourquoi une agression de plus en plus minime, quelle qu'elle soit, peut suffire à ébranler cette harmonie et créer de l'anxiété. L'anxiété en tant qu'émotion va influencer sur notre corps, plus particulièrement sur notre tonicité (raideurs, spasmes...), ainsi que sur notre psychisme (pensées négatives, mauvaise estime de soi...).

Pour vieillir «en forme», il est donc important en premier lieu de préserver et de renforcer cet équilibre psychocorporel par la prévention, mais également si nécessaire de le reconquérir par la thérapie afin de limiter les désordres induits par l'anxiété. Dans ce cas précis, la relaxation est selon moi une médiation psychomotrice intéressante à proposer. En effet, agir par le biais du corps en y amenant de la détente musculaire aura en retour pour conséquence d'apaiser le mental telle une boucle vertueuse. De même, les échanges avec le psychomotricien permettront d'enclencher un travail de mentalisation chez le sujet âgé et de le renarcissiser.

Cependant, il faut garder en tête que la psychomotricité ne conduit pas nécessairement à la disparition complète d'une difficulté, mais qu'elle s'appuie sur l'expérience sensori-motrice du sujet et sur sa verbalisation pour constituer un soutien efficient dans sa recherche d'un équilibre psychocorporel. En effet, la médiation relaxation, étudiée au travers de ce mémoire, est un outil du psychomotricien qui ne règle pas tous les problèmes mais qui fournit une aide aux personnes qu'il rencontre. Elle vise un mieux-être chez le patient, qui peut dans certains cas, être généralisé sur le long terme. Le but est donc d'apporter un soulagement quel qu'il soit. Nonobstant, le psychomotricien n'est pas tout puissant et chaque individu a sa propre personnalité.

« De la petite enfance à la fin de la vie, notre métier propose une pratique corporelle offrant à la personne les moyens de construire par elle-même sa propre cohérence interne. Nous n'apportons rien qui ne soit déjà là, nous participons à l'émergence de cette auto-construction dont les plans sont sans cesse réajustés pour rester vivants ». Geneviève Ponton

Discussion

Pour ma part, en tant que future psychomotricienne, il m'apparaît important de favoriser autant que possible la prévention du bien-être chez la personne âgée. D'après le dictionnaire Larousse, le bien-être est un « état agréable résultant de la satisfaction des besoins du corps et du calme de l'esprit ». Ainsi, proposer de manière préventive des ateliers de relaxation, de toucher thérapeutique ou de méditation ; à domicile, mais aussi en cabinet libéral ou encore en établissement d'accueil pour personnes âgées pourrait, selon moi, permettre à nos séniors de se sentir mieux autant dans leur corps que dans leur tête tout en développant des compétences émotionnelles utiles dans leur quotidien.

De même, développer le maintien à domicile de nos aînés autant que possible aurait selon moi de nombreux bénéfices telle que la réduction de l'anxiété. En effet, comme nous avons pu le constater dans mes deux cas cliniques, l'environnement de l'EHPAD est pourvoyeur d'anxiété : nuisance sonore, ennui, solitude... Il est vrai que les résidents font face à un temps imposé, dit institutionnel, leur ôtant une certaine forme d'autonomie et de liberté. De même, leur espace intime devient restreint, allant de pair avec un espace collectif majoré. De plus, au vu du nombre croissant de personnes âgées et au vu des difficultés de fonctionnement rencontrées au sein des EHPAD, revoir le profil d'entrée dans ces structures pourrait être une solution à envisager. En restreignant, par exemple, les places disponibles, pour des personnes en fin de vie, pour des personnes en convalescence suite à une hospitalisation, ou encore pour des personnes ne souhaitant pas rester à domicile (par solitude ou par peur de ne pas recevoir d'aide à temps). Cela nécessiterait cependant de nombreux moyens humains et financiers auxquels il faut penser en amont. Actuellement, le gouvernement réfléchit avec Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, à l'avenir de la prise en charge du vieillissement en France. Ainsi, une loi sur la dépendance devrait voir le jour au cours de l'automne prochain.

Bibliographie

- 1 **Albaret Jean-Michel et Aubert Eric** : Vieillesse et Psychomotricité. Editions SOLAL, 2001.
- 2 **Auzias Marguerite** : Julian de Ajuriaquerria, disciple et continuateur d'Henri Wallon. Enfance, tome 47, n°1, 1993, p. 93-99.
- 3 **Bherer Louis, Belleville Sylvie et Hudon Carol** : Le déclin des fonctions exécutives au cours du vieillissement normal, dans la maladie d'Alzheimer et dans la démence frontotemporale. Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement, vol. 2, n°3, 2004, p. 181-189.
- 4 **Bourin Michel** : Bases anatomiques et neurobiologiques de l'anxiété. Article, 2013.
- 5 **Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales** : <http://www.cnrtl.fr/>
- 6 **Contat Clémentine** : Rela(xa)tion en psychomotricité : intérêt de la relaxation auprès de personnes atteintes de la maladie de Parkinson ou de syndromes apparentés. Mémoire, 2014.
- 7 **Dormia Cécile - Fève Sophie** : Psychomotricité auprès de la personne âgée. Fiches d'activités à l'usage du psychomotricien. Editions Robert Atlani, 2015, p. 5-7, 49, 51-54, 58, 60.
- 8 **France Parkinson** : <https://www.franceparkinson.fr/>
- 9 **Fromage Benoît** : Groupe de relaxation avec des personnes âgées en institution, Champ psychosomatique, vol. 24, n° 4, 2001, p. 131-144.

- 10 **Garros Jacques** : Psychomotricité, La conscience d'être un corps ou la non-séparabilité des contraires. Editions de Midi, 2014.
- 11 **Gaucher-Hamoudi Odile et Guiose Marc** : Soins palliatifs & psychomotricité. Edition Heures De France, 2007, p. 67-68.
- 12 **Giffard Bénédicte, Desgranges Béatrice et Eustache Francis** : « Le vieillissement de la mémoire : vieillissement normal et pathologique ». Gériatrie et société, vol. 24/97, n° 2, 2001, p. 33-47.
- 13 **Gineste Yves** : <http://www.humanitude.fr/>
- 14 **Grabot Denis** : Psychomotricien, Emergence et développement d'une profession. Edition SOLAL, 2004.
- 15 **Giose Marc** : Relaxations thérapeutiques. Edition Heures De France, 2007.
- 16 **Haute autorité de santé** : Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé. Rapport, 2017.
- 17 **Hofmann Stefan G.** : Psychobiological approaches for anxiety disorders. Edition John Wiley & Sons, 2012, p. 109.
- 18 **Humeau. A, Croguenne. Y et Jaffrelot. M** :
https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_eformation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/116_Humeau.pdf
- 19 **Insee** : <https://www.insee.fr/fr/accueil>
- 20 **Inserm**: <https://presse.inserm.fr/les-bases-neurobiologiques-de-lanxiete-3/1479/>

- 21 **Juhel Jean-Charles** : La psychomotricité au service de la personne âgée. Les presses de l'université Laval, 2010.
- 22 **Laboratoire d'étude sur l'anxiété et la dépression gériatrique** :
<http://www.laboleader.ca/et-vous/anxiete-geriatrique/?lang=fr>
- 23 **Le Gall André** : L'anxiété et l'angoisse. Presses Universitaires de France, 2001, p. 3, 17, 36, 46, 120.
- 24 **Martinet Monette** : Théorie des émotions, Introduction à l'œuvre d'Henri Wallon. Editions Montaigne, 1972, p. 44, 131.
- 25 **Masson Suzanne** : Les relaxations. Editions Presses Universitaires de France, 1983, p. 7-8, 31-40.
- 26 **Oms** : <https://www.who.int/fr>
- 27 **Pavy Pascale - Rault Cyrielle** : Accompagner l'éveil psychomoteur de bébé. Mango, 2016.
- 28 **Piot-Ziegler Chantal, Cuttelod Thérèse, et Santiago Delefos Marie** : Définir « la peur de tomber » chez les personnes âgées à domicile. Étude qualitative. Bulletin de psychologie, vol. 492, n° 6, 2007, p. 515-525.
- 29 **Plociniak Lucie** : La psychomotricité auprès de la personne âgée démente anxieuse en EHPAD, les médiations bain et toucher thérapeutiques comme supports de l'accompagnement. Mémoire, 2015.
- 30 **Ponton Geneviève** : D'où vient le sentiment de sécurité chez l'aîné. Article.
- 31 **Potel Catherine** : Etre psychomotricien, Un métier du présent, un métier d'avenir. Edition Eres, 2010.

- 32 Reich Wilhem : L'analyse caractérielle. Edition Payot, 1992, p. 287-289.
- 33 Sender Elena : https://www.sciencesetavenir.fr/sante/cerveau-et-psy/le-cerveau-dans-tous-ses-etats_107838
- 34 Servant Dominique : Relaxation et méditation, Trouver son juste équilibre émotionnel. Editions Odile Jacob, 2007.
- 35 Simon Edith : Processus de conceptualisation d'« empathie », Recherche en soins infirmiers, vol. 98, n° 3, 2009, p. 28-31.
- 36 Site de référence de l'anxiété : <https://www.anxiete.fr/>
- 37 Site de la neuroplasticité : <https://www.neuroplasticite.com/mecanismes-neuroplasticite/stress/>
- 38 Syndicat national d'union des psychomotriciens : <http://snup.fr/>
- 39 Tolle Eckhart : Le pouvoir du moment présent. Ariane Editions Inc., 2000.
- 40 Trincaz Jacqueline : Personne âgée : quelles représentations sociales ? Hier et aujourd'hui. Expertise collective INSERM, Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées, 2015, p. 467-477.
- 41 Winnicott Donald : La mère suffisamment bonne. Editions Payot & Rivages, 2006, p. 9-12.

Table des matières

Remerciements	3
Avant-propos.....	4
Introduction.....	5
 Partie 1 : Le processus de vieillissement.....	9
1- Le vieillissement normal	10
A) Les évolutions physiques	11
B) Les évolutions sensorielles	12
C) Les évolutions cognitives	14
D) Les évolutions physiologiques	15
E) Les évolutions psychologiques	15
2- Ses répercussions sur notre organisation psychomotrice.....	17
3- Les complications possibles liées à l'âge	20
 Partie 2 : L'anxiété.....	21
1- Présentation globale de l'anxiété	22
A) Définitions.....	22
B) Fonctionnement.....	24
C) Evolution.....	28
2- Le regard psychomoteur	29
3- Apparition et conséquences chez la personne vieillissante.....	30
 Partie 3 : La relaxation comme outil du psychomotricien.....	32
1- Le métier de psychomotricien.....	33
A) Développement de la profession.....	33
B) La psychomotricité gériatrique.....	34
2- Le lien corps/esprit	35
A) Historique.....	35
B) Les émotions en psychomotricité.....	37

3- La relaxation.....	39
A) Une médiation psychomotrice	39
B) Les effets notables	41
C) Relaxation et personnes âgées anxieuses.....	44
4- Pré-requis d'une prise en charge psychomotrice.....	45
A) Le cadre thérapeutique	45
B) La relation thérapeutique	46
Partie 4 : Accompagnement psychomoteur	49
1- Présentation des lieux de stage	50
A) EHPAD 1	50
B) EHPAD 2	50
2- L'utilisation de la relaxation en EHPAD auprès de deux résidents anxieux	53
A) Madame R	54
B) Madame B	66
Conclusion.....	78
Discussion.....	79
Bibliographie	80
Annexes.....	86

Annexes

Annexe 1 : Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice

Article 1

Les personnes remplissant les conditions définies aux articles 2 et 3 ci-après sont habilitées à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient par le médecin, les actes professionnels suivants :

1- Bilan psychomoteur.

2- Education précoce et stimulation psychomotrices.

3- Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination :

- retards du développement psychomoteur ;
- troubles de la maturation et de la régulation tonique ;
- troubles du schéma corporel ;
- troubles de la latéralité ;
- troubles de l'organisation spatio-temporelle ;
- dysharmonies psychomotrices ;
- troubles tonico-émotionnels ;
- maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies ;
- débilité motrice ;
- inhibition psychomotrice ;

- instabilité psychomotrice ;

- troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.

4- Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.

Article 2

Peuvent accomplir les actes professionnels énumérés à l'article 1er les personnes titulaires du diplôme d'Etat de psychomotricien.

Article 3

Peuvent également accomplir les actes professionnels énumérés à l'article 1er les salariés ayant exercé, à titre principal et dans les conditions fixées à l'article 1er, l'activité de psychomotricien pendant au moins trois ans au cours des dix années précédant la date de publication du présent décret et qui auront satisfait dans les trois ans suivant cette date à des épreuves de vérification des connaissances.

Les modalités d'organisation, la nature du contenu de ces épreuves ainsi que la composition du jury sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis du Conseil supérieur des professions paramédicales.

Article 4

Le ministre des affaires sociales et de l'emploi et le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Par le Premier ministre, Jacques Chirac.

Le ministre des affaires sociales et de l'emploi, Philippe Séguin.

Le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille, Michèle Barzac.

Annexe 2 : Fiche d'entretien

Prénom :

Age :

Enfants/ petits enfants :

Enfants/ petits enfants :

Loisirs/centres d'intérêts :

Loisirs/centres d'intérêts :

Problématique (maladie de Parkinson, chutes) :

Traitements médicamenteux :

Traitements médicamenteux :

Prises en charge en cours (orthophoniste, kiné...) :

Anxiété :

- Ressentez-vous de l'anxiété ? fréquence ? intensité ?
- Identifiez-vous la/les causes ?
- De quelle manière cela se manifeste-t-il (corps et esprit)?
- Retentissements au quotidien ?

Relaxation :

- Vous relaxez-vous dans votre quotidien ?
- De quelle manière ?

Organisation de la prise en charge :

- Quelles sont vos attentes concernant les séances de relaxation ?
- Avez-vous des préférences ?

Annexe 3 : Questionnaire d'anxiété-état

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION de C. D. SPIELBERGER et Al.

Inventaire d'Anxiété Etat-Trait / Forme Y-A

Nom : _____ Prénom : _____

Age : _____ Sexe : _____

Date de passation : _____

E	T

Consignes : Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis entourez, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ACTUELS.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. Je me sens calme	*	*	*	*
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté	*	*	*	*
3. Je suis tendu(e), crispé(e)	*	*	*	*
4. Je me sens surmené(e)	*	*	*	*
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau	*	*	*	*
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)	*	*	*	*
7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment	*	*	*	*
8. Je me sens content(e)	*	*	*	*
9. Je me sens effrayé(e)	*	*	*	*
10. Je me sens à mon aise (je me sens bien)	*	*	*	*
11. Je sens que j'ai confiance en moi	*	*	*	*
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable	*	*	*	*
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)	*	*	*	*
14. Je me sens indécis(e)	*	*	*	*
15. Je suis déconcentré(e), distendu(e)	*	*	*	*
16. Je suis satisfait(e)	*	*	*	*
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)	*	*	*	*
18. Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouter(e)	*	*	*	*
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e)	*	*	*	*
20. Je me sens de bonne humeur, aimable	*	*	*	*

Annexe 4 : Visualisations

Un jardin fleuri

Vous vous promenez le long d'un sentier ombragé à la campagne, tout tranquillement. Puis vous apercevez au loin un jardin : un jardin fleuri aux milles et une couleur.

Vous décidez de vous approcher et de vous allonger dans ce jardin. Vous pouvez sentir l'herbe chatouiller votre corps... Vous vous abandonnez. Vous sentez le parfum exquis des fleurs... Vous ressentez un vent tiède qui caresse votre peau... Vous entendez le chant des oiseaux. Vous êtes apaisée. Le soleil vient réchauffer votre corps, ressentez sa chaleur.

Puis vous décidez de rentrer. Vous longez à nouveau le sentier... Vous entendez le bruit du vent qui agite les feuilles des arbres, vous respirez cet air frais et pur.

Vous pourrez revenir dans ce havre de paix dès que vous en sentirez le besoin.

Une promenade en forêt

Imaginez que vous êtes en train de suivre un sentier dans la forêt. Sous vos chaussures, vous sentez un mélange de terre molle, de feuilles mortes, d'aiguilles de pins et de mousse. Vous marchez et votre corps se décontracte. Votre esprit se vide de plus en plus à chacun de vos pas.

Inspirez l'air frais de la montagne en laissant vos poumons se remplir complètement. Faites sortir tout l'air de vos poumons. Vous vous sentez délassée. Prenez une deuxième respiration profonde... revitalisante. Puis, expirez et sentez votre corps se détendre encore davantage. Continuez de respirer lentement et profondément en marchant dans la forêt. Visualisez ce qui vous entoure. L'air est frais, mais agréable. Les rayons du soleil réchauffent votre peau.

Écoutez les bruits de la forêt... Les oiseaux chantent. Une brise souffle doucement. Les

feuilles dans les arbres s'agitent et se balancent au gré du vent. Sentez votre dos se détendre. Votre colonne vertébrale s'allonge, et vos muscles se relâchent. Sentez votre corps se départir de toute tension pendant que vous admirez le paysage autour de vous. Vos jambes et le bas de votre corps, aussi, se détendent. Vous vous sentez libre et décontractée.

Continuez de marcher et de visualiser la forêt. Le sol s'incline légèrement à cet endroit. Sans difficulté, vous parcourez le sentier jonché de pierres lisses. Vous vous sentez en harmonie avec la nature.

Il y a d'innombrables nuances de vert dans la forêt. Certaines feuilles des arbres sont d'un vert pâle exquis. D'autres, d'un vert très foncé. Sentez l'odeur de la forêt qui vous entoure. L'air est frais et rempli du parfum des arbres, de la terre et des ruisseaux des montagnes. Au loin, vous percevez le bruit de l'eau qui coule... Le doux murmure d'un ruisseau. Les fleurs sauvages et les hautes herbes se balancent doucement au gré de la brise. Un chevreuil apparaît sans faire de bruit. Prudemment, il s'avance vers le ruisseau pour boire, puis se volatilise en s'enfonçant dans la forêt. Des écureuils surgissent, puis disparaissent, galopant et jouant bruyamment entre les arbres d'un bout à l'autre de la clairière.

Sentez le soleil réchauffer votre corps pendant que vous vous reposez sur la roche. Admirez le paysage majestueux et sentez votre corps se détendre encore davantage. Vous ressentez une chaleur et une lourdeur dans tout le corps. Continuez de respirer l'air frais et pur. Vous êtes si détendu. Calme. En paix. Vous vous sentez en harmonie avec la nature.

Lorsque vous êtes prêt à quitter ce havre de paix, laissez votre corps s'éveiller doucement. Vous pourrez revenir à cet endroit quand vous le voudrez en visualisant la forêt. Une fois éveillé, conservez ce sentiment de calme, de paix et de détente.

Une balade sur la plage

Vous allez visualiser une belle plage sur laquelle vous vous baladez... Tout en marchant, vous regardez le sable, les vagues, le ciel bleu... Vous vous admirez ce beau paysage qui vous entoure. Vous sentez les odeurs d'iode, vous écoutez le chant des mouettes et vous prenez l'énergie du soleil qui réchauffe votre peau. Vous ressentez la sensation du sable sous vos pieds.

Vous décidez de vous allonger, votre visage est caressé par une petite brise tiède. Vous avez envie de plonger vos mains dans le sable chaud et fin, vous le laissez s'écouler doucement entre vos doigts... Appréciez chaque détail..... Chaque sensation... Prenez le temps.

Puis vous choisissez de vous relever et de vous asseoir pour regarder les vagues. Vous vous laissez bercer par leurs mouvements réguliers. Vous êtes calmes... Parfaitement détendue. Et votre respiration prend le rythme des vagues. Vous inspirez lorsqu'une vague se forme et vous expirez lorsqu'elle redescend pour venir recouvrir le sable.

Doucement la mer dépose à vos côtés un coquillage. Prenez-le et regardez sa beauté (sa couleur, sa forme, sa texture), puis portez-le à votre oreille pour l'écouter. Vous entendez le bruit de la mer...Cela vous ressource.

Le soleil se couche, il vous illumine de sa couleur orangée. Il est alors temps pour vous de reposer délicatement le coquillage, de vous relever et de repartir tranquillement le long de la plage.

Un voyage à nuage

Vous imaginez que vous êtes dans la nature et vous décidez de vous allonger sur un nuage. Il est doux comme du coton, il est mou et tout votre corps s'enfonce progressivement dedans. Ressentez le contact de votre corps avec ce nuage enveloppant. Laissez-vous aller. Il fait beau, le soleil vient réchauffer votre peau.

Ce nuage se décolle progressivement du sol et s'envole de plus en plus haut dans les airs. Ressentez cette sensation d'envol, de lâcher-prise.

Tout d'abord, il survole des plaines à perte de vue d'un vert apaisant et vous pouvez respirer l'air pur qui s'en dégage. Puis vous survolez des champs fleuris avec des couleurs vives et un parfum exquis qui parvient jusqu'à vos narines. Délectez-vous de ce spectacle. Puis vous apercevez une forêt, vous vous rapprochez pour observer les animaux qui y vivent, les biches, les écureuils... Vous pouvez entendre le bruit des feuilles, le craquement des bouts de bois... Enfin vous survolez un lac. Il est calme, sa surface bouge à peine. Vous l'observez et votre mental s'apaise à son tour.

Vous décidez de rentrer. Le nuage va perdre de l'altitude tout doucement. Ressentez cette sensation et le bien-être que cela vous procure. Puis vous touchez terre. Prenez le temps de revenir à vous et à votre corps. Quand vous serez prête, vous pourrez ouvrir les yeux.

Au bord d'une cascade

C'est l'été, il fait très chaud, vous sentez le soleil qui chauffe votre peau. Vous apercevez au loin une cascade, vous décidez alors de vous rafraîchir.

Placez-vous doucement sous la cascade. Vous pouvez en régler le débit pour ne pas être assommée. C'est un peu comme une douche. Vous pouvez sentir la pression de l'eau sur votre tête, sur vos épaules... Sur votre peau, partout sur votre corps... Jusque sur vos pieds. Comment ruisselle cette eau ? Pensez à cette eau et à son parcours le long de votre corps et observez l'effet que cela fait en vous.

Et maintenant placez votre conscience sur votre respiration... Comment respirez-vous sous cette cascade ? Vous pouvez ressentir l'air qui passe dans votre nez, votre gorge, votre poitrine, votre ventre ... Laissez les émotions couler comme cette cascade coule...

Maintenant, vous pouvez reculer pour vous mettre à l'abri derrière la cascade. Regardez-la attentivement couler devant vous. Vous pouvez voir toutes vos émotions couler en elle... Vous ressentez les bienfaits que cela vous a procurés. Ressentez cette fraîcheur en vous, cette légèreté. Vous vous sentez revigorée et forte pour continuer votre chemin.