

La prise en soin, en psychomotricité, de patients hospitalisés en court séjour : le cas de patients atteints de la maladie de Parkinson

Fanny Francez

▶ To cite this version:

Fanny Francez. La prise en soin, en psychomotricité, de patients hospitalisés en court séjour : le cas de patients atteints de la maladie de Parkinson. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03296089

HAL Id: dumas-03296089 https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03296089

Submitted on 22 Jul 2021

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.

Faculté de médecine Sorbonne Université Site Pitié-Salpêtrière Institut de Formation en Psychomotricité 91 Boulevard de l'hôpital 75013 Paris





La prise en soin, en psychomotricité, de patients hospitalisés en court séjour :

le cas de patients atteints de la maladie de Parkinson

Mémoire présenté par Fanny FRANCEZ en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité

Référents de mémoire :

Romain DELAROCHE

Carole LECLERCQ

Session Juin 2021

Remerciements

Je tiens à remercier :

M. DELAROCHE et Mme LECLERCQ, mes maitres de mémoire : leurs précieux conseils et leur disponibilité m'ont permis d'avancer dans ma réflexion et d'aboutir à ce mémoire.

Mme EL FARHANE, tutrice externe, pour son encadrement dans ce stage expérimental.

Mme BUHAGIAR, maitre de stage de mon second lieu de stage, pour son soutien dans l'élaboration de cet écrit.

Florence, mon binôme de stage, mais aussi mon amie pendant ces trois années, sans qui cette reprise d'études aurait été plus difficile.

Elvire et Laurène, mes deux acolytes, qui ont été un soutien moral indéfectible pendant cette crise sanitaire mais aussi dans la rédaction du mémoire avec les nombreux zooms organisés.

Ma famille et mes proches, qui m'ont toujours soutenue et accompagnée dans mes études. Je tiens tout particulièrement à remercier ma tante et mon oncle, Evelyne et Gérard, pour leur accueil tous les mercredi soir, et leur soutien pour cette dernière année.

Mes camarades de promotion, les patients rencontrés et les maitres de stage, avec qui j'ai partagé de beaux moments tout au long de ces trois années, et qui ont concouru, d'une manière ou d'une autre, à l'enrichissement de ce mémoire.

Sommaire

Remerciements	3
Sommaire	4
Introduction	5
Chapitre 1 : Mes premiers pas dans un service de neurologie accueillant	des patient
atteints de la maladie de Parkinson	7
I. Qu'est ce que la maladie de Parkinson idiopathique?	7
II. Le parcours de soins du patient parkinsonien	9
2.1 Le suivi en entretien	9
2.2 Le suivi en hôpital de semaine	10
2.3 Le suivi en hospitalisation traditionnelle	10
III. Parkinson, une maladie évolutive nécessitant un traitement ajusté	11
3.1 Les phases d'évolution de la maladie	12
3.2 Les traitements de la maladie de Parkinson	14
3.3 Les symptômes moteurs et non moteurs de la maladie de Parkinson	17
IV. La prise en charge en hospitalisation traditionnelle	20
4.1 Les motifs d'admission et les objectifs de la prise en charge	21
4.2 L'entretien d'entrée	22
4.3 Les examens complémentaires	25
4.4 La prise en charge paramédicale	26
4.5. La fin d'hospitalisation	27
Chapitre 2 : La psychomotricité en service d'hospitalisation	29
I. Lecture psychomotrice de la maladie de Parkinson idiopathique	29
1.1 Le tonus	29
1.2 La motricité globale et fine	30
1.3 Le schéma corporel	31
1.4 L'image du corps	31
1.5 L'espace et le temps	33
1.6 La communication	33
II. La psychomotricité dans le service et dans l'équipe	34
III. Le cadre thérapeutique à l'hôpital	37
3.1 Le cadre spatial	38
3.2 Le cadre temporel	38

3.3 Le cadre matériel	41
3.4 L'encadrement	42
3.5 L'institution	42
3.6 La fonction contenante du cadre	43
IV. Une journée en tant que stagiaire psychomotricienne	43
4.1 La prescription médicale	43
4.2 La rencontre avec le patient et l'évaluation psychomotrice	44
4.3 La séance de psychomotricité	46
4.4 Le compte rendu	47
Chapitre 3 : Réflexion d'un projet en psychomotricité dans l'intervention brève	49
I. Construction de la relation lors d'une intervention ponctuelle	49
1.1 La relation et la relation thérapeutique	49
1.2 La relation thérapeutique en psychomotricité	51
1.3 L'alliance thérapeutique	52
II. L'évaluation psychomotrice	53
2.1 L'évolution de la réflexion	53
2.2 L'évaluation psychomotrice finale	56
III. Les objectifs thérapeutiques	63
3.1 L'évolution de la réflexion	63
3.2. Les objectifs thérapeutiques de l'intervention	64
3.3 Perspectives d'intervention en psychomotricité	71
Conclusion	73
Bibliographie	75
Annexes	I
Annexe I : MoCA	I
Annexe II : BREF	II
Annexe III : présentation à l'équipe	III
Annexe IV : Flyer	V
Résumé	VI

Introduction

Le métier de psychomotricien est assez jeune dans la profession paramédicale, puisqu'il est né dans les années 1950 sous le terme de rééducation psychomotrice puis il devient psychorééducateur en 1974 et enfin, le mot psychomotricien apparaît en 1985¹. Depuis ses débuts, le psychomotricien est connu pour prendre en charge les enfants atteints de troubles psychomoteurs (trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, trouble du spectre autistique, trouble du comportement, etc). Petit à petit, ce professionnel commence à être reconnu auprès des personnes âgées notamment dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Mais il existe encore de nombreux secteurs où il n'a pas encore totalement fait sa place : service de médecine physique et réadaptation, service de psychiatrie adulte, en entreprise, en neurologie, etc.

Dans le cadre de notre formation, il est proposé aux étudiants de faire des stages expérimentaux, dont l'objectif est de réfléchir et d'expérimenter la place du psychomotricien dans toutes les structures où le métier est peu, voire pas du tout connu. Ce stage se fait sans psychomotricien de référence dans la structure mais avec un tuteur externe (psychomotricien) et interne (non psychomotricien).

Nous avons décidé de postuler avec Florence (mon binôme) à un stage expérimental en neurologie. En effet, j'ai toujours été curieuse du cerveau humain, de son fonctionnement et de son lien avec le corps, c'était donc l'occasion d'en connaître un peu plus. De plus, chacune en reconversion professionnelle, c'était pour nous l'occasion d'être plus autonome dans notre pratique et de mûrir notre réflexion en tant que future psychomotricienne. La psychomotricité n'étant pas implantée dans le service, nous avons donc été obligées de nous poser des questions élémentaires autour de celle-ci, comme l'évaluation des besoins en psychomotricité dans le service, la présentation du métier et de notre projet à l'équipe ou encore trouver notre place en tant que professionnelles en devenir.

Décret n° 85-188 modifiant celui du 15.02.74, remplaçant le terme « psychorééducateur » par celui de « psychomotricien »

La maladie de Parkinson est une maladie neuro-dégénérative qui amène le patient à perdre ses facultés physiques et psychiques sur plusieurs dizaines d'années. L'impact est très variable selon les individus et leur environnement de vie. Le patient se fait hospitaliser dans une période charnière de la maladie. Cela signifie que les traitements ne sont plus efficaces et qu'il faut les ajuster. A ce moment-là, les symptômes psychomoteurs sont visibles et handicapent la vie quotidienne de la personne. Quels sont les besoins qui vont alors émerger chez eux et comment la psychomotricité pourrait-elle y répondre?

J'ai également été interpellée par la notion de temps et le lien qu'il peut y avoir avec la prise en charge en psychomotricité. En effet, lors de mes études mais également au cours de mes stages, la prise en charge était souvent abordée sur du moyen ou du long terme, c'est-à-dire sur plusieurs séances, allant de quelques semaines à parfois plusieurs années. Or dans ce service, les patients restent entre sept et dix jours. Nous pouvons nous poser la question : que peut faire un psychomotricien sur une si courte durée et comment peut-il penser sa prise en charge.

Une question centrale a alors émergé et a été le moteur de ma réflexion durant cette troisième année : comment penser la prise en charge en psychomotricité de patients atteints de la maladie de Parkinson, hospitalisés sur une courte période ?

Ce mémoire retrace ma réflexion autour de ces questionnements et aborde les éléments de réponses que j'ai pu trouver.

L'objectif premier était de comprendre le fonctionnement du service nous accueillant, de mieux connaître la maladie de Parkinson et d'appréhender les besoins des personnes arrivant dans le service, en fonction du stade de leur maladie. Nous aborderons ces sujets dans une première partie.

Puis, dans une deuxième partie, la réflexion se portera sur l'intégration de la psychomotricité dans le service, auprès des patients² mais également auprès des équipes.

Enfin, nous nous interrogerons sur la prise en soin des patients en psychomotricité et la pertinence d'une intervention brève.

6

² Les noms des patients de ce mémoire ont été modifiés

Chapitre 1 : Mes premiers pas dans un service de neurologie accueillant des patients atteints de la maladie de Parkinson

Afin de comprendre au mieux la place de la psychomotricité en hospitalisation court séjour, il est important de connaître la maladie de Parkinson Idiopathique ainsi que l'organisation d'une prise en charge en service d'hospitalisation.

I. Qu'est ce que la maladie de Parkinson idiopathique?

En 1817, J. Parkinson est le premier à décrire la maladie, il parle alors de « Paralysie Agitante ». A cette époque, il évoque deux grands types de symptômes qui, selon lui, caractérisent la maladie : les mouvements involontaires (les tremblements de repos) et un trouble de la marche.

Puis, quelques années plus tard, en 1872, J.M Charcot évoque le terme de « Maladie de Parkinson » et fait ressortir un autre grand symptôme caractéristique de la maladie : la lenteur d'exécution de mouvement, plus communément appelé bradykinésie.

Ces différents symptômes sont dûs à un dysfonctionnement au niveau des noyaux gris centraux (NGC). Les noyaux gris centraux sont composés du striatum (noyau caudé et putamen), du globus pallidus, du noyau sous-thalamique et de la substance noire. Une partie de ces NGC contrôle la motricité, une autre partie la cognition et une autre les émotions.

Les neurones de la substance noire sont des neurones dopaminergiques avec pour neurotransmetteur la dopamine. Ces neurones sont connectés au striatum via les axones et des milliers d'informations vont passer de l'un à l'autre grâce à cette dopamine. Lors de la Maladie de Parkinson Idiopathique (MPI), les neurones dopaminergiques vont mourir au sein de la substance noire. La dopamine va diminuer dans le striatum et impacter le fonctionnement du système extrapyramidal. Ce système contrôle les mouvements automatiques et la posture.



Noyaux gris centraux et les structures reliées 3

- 1. Globus pallidus
- 2. Putamen
- 3. Noyau caudé
- 4. Le thalamus
- 5. Noyau sous-thalamique
- 6. Le noyau accumbens
- 7. L'amygdale
- 8. Moelle épinière

La Haute Autorité de Santé (HAS), dans son Guide du parcours de soin (2016, p.8) décrit la maladie comme une :

« maladie dégénérative de cause inconnue, touchant l'ensemble des systèmes : dopaminergique (atteinte de la voie nigrostriée à l'origine des symptômes cardinaux répondant au traitement substitutif dopaminergique), cholinergique, noradrénergique et sérotoninergique (responsables de symptômes dopa-résistants et pouvant expliquer la variabilité des symptômes d'une personne à l'autre). Cette dégénérescence a pour conséquence la mort neuronale par apoptose⁴ ».

L'étiologie de la Maladie de Parkinson est encore inconnue mais elle serait une combinaison de facteurs génétiques (certains gènes prédisposent à la maladie) et environnementaux (une exposition aux pesticides ou aux métaux lourds, par exemple, favoriserait l'apparition de la maladie).

La maladie de Parkinson est aujourd'hui la seconde maladie neurodégénérative la plus fréquente, après la maladie d'Alzheimer, et est la deuxième cause de handicap moteur d'origine neurologique chez la personne âgée après les accidents vasculaires cérébraux (AVC).

L'âge moyen du diagnostic de la maladie de Parkinson se situe entre 55 et 65 ans. Il existe de rares cas avant 35 ans, on parle alors de forme juvénile.

³ schéma issu de http://www.neuromedia.ca/noyaux-gris-centraux/

⁴ apoptose : autodestruction programmée de la cellule

Observations:

J'ai été assez surprise de l'âge moyen des patients qui arrivent dans le service (âge moyen de 48 ans). Il est vrai que lorsque j'entendais parler de cette maladie, je voyais plutôt des personnes de 75-80 ans et je ne pouvais pas imaginer que des personnes âgées de 40 à 50 ans puissent être atteintes. Malheureusement, beaucoup de personnes pensent également cela et ce regard est très pesant pour les jeunes malades.

Vignette clinique :

Au tout début de mon stage, j'ai rencontré Madame Bomont, aujourd'hui âgée de 50 ans (début de la maladie à 42 ans). Elle raconte qu'elle ne sort plus car elle ne supporte pas le regard des gens sur elle, notamment lorsqu'elle a des tremblements. Elle a également fait une sélection dans son entourage car « mes anciens amis me comparaient à la personne que j'étais avant la maladie ».

La MPI est une maladie évolutive. Cependant, il existe de nombreux traitements permettant de ralentir sa progression. Il est donc important d'instaurer un suivi régulier dès l'annonce du diagnostic. Dans un premier temps, ce suivi se fait auprès d'un médecin neurologue mais l'évolution de la maladie peut amener le patient à être hospitalisé car certains traitements nécessitent la pose de matériel médical.

II. Le parcours de soins du patient parkinsonien

Le service de neurologie de l'hôpital, dans lequel j'évolue, est divisé en plusieurs secteurs qui permettent de suivre les malades à chaque stade de la maladie : le suivi en entretien, l'hôpital de semaine et l'hôpital traditionnel.

2.1 Le suivi en entretien

Un bâtiment accueille les consultations ponctuelles de neurologie avec des médecins neurologues ou neuropsychologues. Ces entretiens ont lieu, pour la plupart, tous les trois à six mois pour contrôler que tout va bien chez le patient, que les médicaments fonctionnent correctement et qu'il n'y a pas d'autres troubles qui pourraient affecter la vie quotidienne de la personne.

2.2 Le suivi en hôpital de semaine

Il y a également un bâtiment qui accueille les patients (indiqués par les neurologues) pour une hospitalisation à la semaine, entre trois et cinq jours. La prise en charge thérapeutique est légère et le rééquilibrage médicamenteux peut se faire rapidement. Certains viennent également pour faire un bilan de prise en charge après cinq à dix ans de maladie. Cet hôpital de semaine est composé de cinq lits.

2.3 Le suivi en hospitalisation traditionnelle

Enfin, le suivi en hospitalisation traditionnelle permet d'accueillir des patients à plus long terme car trouver le traitement adapté nécessite du temps. C'est au sein de ce service que j'effectue mon stage expérimental, à raison d'un jour par semaine, de septembre à juin.

Ce service est organisé en deux salles (ce sont deux ailes dans le bâtiment), une première salle accueille des personnes atteintes de la Sclérose Latérale Amyotrophique⁵ (SLA) et l'autre, des patients atteints de la maladie de Parkinson ou de maladies apparentées (Atrophie Multisystématisée⁶, Paralysie Supranucléaire Progressive⁷, etc.).

La salle Parkinson est dotée de sept chambres pouvant accueillir une à deux personnes. Avec le contexte sanitaire actuel, les chambres doubles n'accueillent qu'une seule personne. Cette salle est composée d'un poste de soin pour les aides-soignants et les infirmières et un bureau pour les médecins internes et externes.

⁵ La SLA est une maladie caractérisée par une dégénérescence des motoneurones et entraînant une amyotrophie musculaire.

⁶ L'AMS est « une maladie neurodégénérative caractérisée par une défaillance autonomique (cardiovasculaire et/ou urinaire), des signes parkinsoniens, cérébelleux et pyramidaux avec une survie médiane de six à neuf ans »(orphanet).

⁷ « La paralysie supranucléaire progressive se caractérise par des mouvements lents, une raideur musculaire (rigidité), une limitation des mouvements oculaires et une tendance à tomber en arrière » (msdmanual).

Ce service d'hospitalisation accueille plusieurs professionnels. Une cadre de santé gère l'ensemble des équipes pour les deux salles. Une cheffe de service est également présente pour les deux salles et encadre les étudiants hospitaliers (deuxième et troisième années d'études de médecine), les médecins externes et les médecins internes (deux par salle). Il y a également un(e) infirmier(e) et un(e) aide-soignant(e) pour sept patients.

A ce personnel s'ajoute le personnel paramédical. Deux kinésithérapeutes, trois diététiciennes, deux orthophonistes et une psychologue travaillent en hôpital de semaine et en hôpital traditionnel.

De plus, deux infirmières référentes et une coordinatrice de soins, spécialisées dans la maladie de Parkinson et les maladies apparentées, coordonnent les soins. Les infirmières référentes ont pour rôle notamment d'expliquer aux patients les différents dispositifs médicamenteux possibles à mettre en place (pompe à Apokinon, Duodopa, stimulation cérébrale). La coordinatrice de soins travaille en lien avec les structures extérieures locales (cabinet pluridisciplinaire) pour prendre en charge les patients à domicile et ainsi éviter qu'ils n'aient besoin d'une hospitalisation de semaine ou traditionnelle.

La maladie de Parkinson étant une maladie neurodégénérative, elle évolue par phases. Les répercussions sont variables d'un individu à l'autre, selon les zones touchées et leur étendue. La prise en charge médicamenteuse sera adaptée à chaque malade, suivant leurs symptômes.

III. Parkinson, une maladie évolutive nécessitant un traitement ajusté

Afin de comprendre au mieux l'objectif de la prise en charge des patients en hospitalisation traditionnelle, nous aborderons dans cette partie les phases d'évolution de la maladie, les traitements médicamenteux ainsi que les symptômes.

3.1 Les phases d'évolution de la maladie

Plusieurs échelles existent pour évaluer les différentes phases de la maladie de Parkinson. L'échelle de HOEHN and YAHR (1967) est fiable et permet de découper la maladie de Parkinson en cinq stades :

- Stade 0 : Pas de signes parkinsoniens ;
- Stade I : Signes unilatéraux n'entraînant pas de handicap dans la vie quotidienne ;
- Stade II : Signes à prédominance unilatérale entraînant un certain handicap ;
- Stade III : Atteinte bilatérale avec une certaine instabilité posturale, malade autonome ;
- Stade IV : Handicap sévère mais possibilité de marche, perte partielle de l'autonomie ;
- Stade V : Malade en chaise roulante ou alité, n'est plus autonome.

Nous pouvons également associer les phases de la maladie en relation avec la prise des traitements et l'apparition des troubles psychomoteurs.

Tout d'abord, il y a la première phase, que nous nommerons la phase asymptomatique ou phase pré-motrice : la maladie se développe mais les symptômes ne sont pas encore apparents. Toutefois, certains signes indiquent l'apparition de la maladie quelques années avant les symptômes classiques, notamment les troubles du comportement en sommeil paradoxal, une fatigabilité, une baisse de la performance intellectuelle, une baisse de l'odorat. Parfois, ces signes amènent à un diagnostic de dépression et sont donc traités comme tels, retardant le diagnostic de MPI.

Puis, les premiers symptômes apparaissent. Les symptômes et l'évolution de la maladie diffèrent selon les malades. En effet, suivant la répartition et l'étendue des zones touchées au niveau des noyaux gris centraux, l'impact sur la motricité va être différent. Dans cette phase, les premiers symptômes apparents sont le tremblement de repos, un ballant des bras qui diminue, le début d'une micrographie et enfin une rigidité qui peut entraîner des douleurs (ces douleurs sont facilement réduites par une prise en charge en kinésithérapie). Le malade commence à prendre un traitement. Pendant une dizaine d'années, ces traitements vont faire effet et la personne pourra vivre normalement. La maladie aura peu, voire aucun impact sur la vie quotidienne de l'individu. On parle de lune de miel.

Puis, ces traitements ne vont plus faire effet, et il faudra ré-évaluer l'avancée de la maladie et ajuster les traitements ou prescrire de nouveaux médicaments. A partir de ce moment-là, le patient entre dans une période de fluctuations, c'est-à-dire que les traitements perdent en efficacité sur le long terme mais aussi dans la journée. Il faudra renouveler les prises au cours de la journée et le patient pourra se retrouver avec des phases ON et des phases OFF. La stabilisation du traitement est difficile à trouver.

La phase ON est une phase pendant laquelle les médicaments font effet. Cette phase est au début assez longue et dure en moyenne trois à quatre heures. Mais au fur et à mesure des années, l'efficacité diminue et parfois cette phase ON ne dure que trente minutes. En ON, la personne peut vaquer à ses occupations et ne ressent pas de douleurs ou de raideurs particulières.

Une fois que le traitement ne fait plus effet, le patient se retrouve en phase OFF jusqu'à la prise du médicament suivant. A ce moment-là, on peut observer un ralentissement psychomoteur, des difficultés à se déplacer et même parfois à communiquer. Le patient se retrouve bloqué.

<u>Vignette clinique:</u>

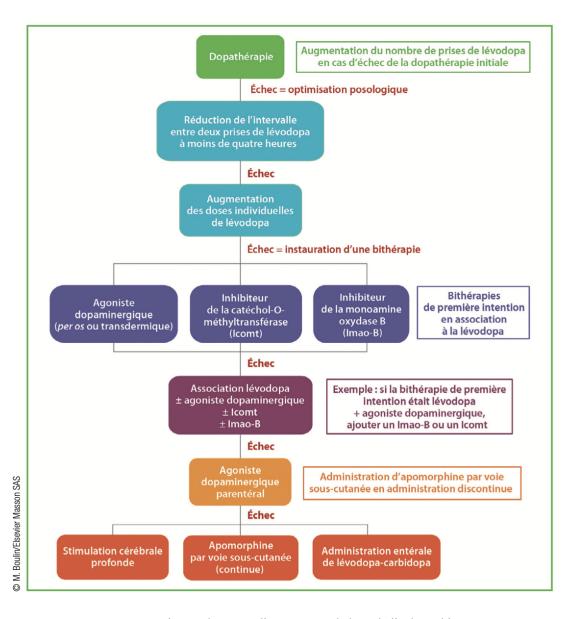
Une des patientes que j'ai rencontrée a expliqué d'une manière très imagée ce phénomène ON / OFF. « Je suis comme une boîte à musique que l'on remonte toutes les quatre heures ». (Mme Lou 38 ans)

Monsieur Ratié (62 ans), lors des phases OFF se dit « comme enfermé dans une tour », au contraire des phase ON où il se sent « bien et fort ».

Enfin, la dernière phase est la phase de grabatisation. Le malade a de plus en plus de troubles végétatifs. Les gestes et la mobilité sont réduits. Les transferts sont difficiles. La personne se retrouve en fauteuil roulant et devient dépendante pour les gestes de la vie quotidienne. Certains peuvent être atteints de démence.

3.2 Les traitements de la maladie de Parkinson

La maladie de Parkinson est, comme nous l'avons vu, une maladie évolutive qui nécessite une adaptation du traitement à différents moments de la vie du patient. Les recherches sur les traitements ont beaucoup évolué au cours des dernières années, s'adaptent de mieux en mieux et sont assez efficaces. Cependant, il existe un effet d'accoutumance du traitement et l'efficacité diminue au cours du temps. Il est donc important de le réévaluer et de parfois le changer. Le schéma⁸ ci-dessous illustre bien le procédé classique de la prise en charge médicamenteuse. Il peut évidemment varier d'une personne à l'autre.



Prise en charge médicamenteuse de la maladie de Parkinson

⁸ Schéma issu de : Actualités pharmaceutiques, n° 595-596; avril-mai 2020

Plusieurs traitements existent et ont des rôles différents, on peut soit augmenter la dopamine dans le cerveau (via le médicament Lévodopa ou L-Dopa), soit stimuler les récepteurs dopaminergiques (via les agonistes dopaminergiques) ou enfin éviter la dégradation trop rapide de la dopamine (via les I-comt et les Imao-B). Le choix du traitement sera également fait en fonction de l'âge du patient et de ses antécédents médicaux.

La dopathérapie consiste en l'introduction d'un précurseur de la dopamine, la Lévodopa, qui va se transformer en dopamine, via une enzyme, dans le cerveau. Il existe différentes formes de Lévodopa, soit à libération immédiate, soit à libération prolongée. Mais l'action diminue au cours du temps et les complications motrices apparaissent, notamment des dyskinésies (mouvements anormaux involontaires touchant la tête, les membres et parfois même le tronc). Il faut alors augmenter les prises dans la journée et ajuster la dose. Certains patients peuvent bénéficier de l'introduction d'une pompe à dopamine (la Duodopa). Cette pompe permet d'injecter directement la Lévodopa dans l'intestin grêle, au niveau du duodénum, via une sonde posée lors d'une gastrotomie. Cela permet un effet plus rapide et continu du médicament et cela réduit les fluctuations.

Au bout de quelques temps, la dopathérapie ne fait plus effet seule, il faut donc introduire de nouveaux traitements, les agonistes dopaminergiques ou les inhibiteurs de la COMT (Catécol-O-Méthyl transférase) et les inhibiteurs de la MAOB (Monoamine-oxybase B).

Les agonistes dopaminergiques permettent de stimuler les récepteurs de la dopamine de manière plus stable et plus longtemps. Ils sont utilisés en association avec la Lévodopa. Ces agonistes sont administrés par voie orale ou via une pompe à apomorphine, on parle souvent de la pompe à Apokinon ou encore via un stylo pré-rempli pour un effet immédiat. L'injection de la pompe à Apokinon se fait de manière continue avec une perfusion pour 12 ou 24 heures. Il faut alors souvent changer le lieu d'injection et ne pas piquer toujours au même endroit.

Les agonistes dopaminergiques peuvent être utilisés en première intention, et en monothérapie chez des sujets jeunes. Cela évite l'introduction trop rapide de la Lévodopa et retarde donc l'apparition des fluctuations motrices.

La Lévodopa est dégradée dans le cerveau par deux enzymes la COMT et la MAO-B. Ainsi, en association avec la dopathérapie et les agonistes, les inhibiteurs de la COMT vont augmenter la disponibilité en dopamine et les inhibiteurs de la MAO-B vont venir renforcer le taux de dopamine, dans le cerveau.

Enfin, pour quelques patients et sous conditions (être âgé de moins de 70 ans, avoir une sensibilité à la L-Dopa inférieure à 50%, ne pas avoir d'antécédent psychiatrique, etc.), la pose d'une implantation d'électrodes au niveau des noyaux cérébraux est possible (soit le sous-thalamique, soit le pallidum interne ou encore le ventral intermédiaire médian), c'est la stimulation cérébrale. Le choix du noyau se fait suivant les caractéristiques du patient et l'évolution de sa maladie, mais le noyau le plus souvent choisi est le noyau sous-thalamique. La fréquence de stimulation est réglable par un boîtier extérieur et réalisable seulement à l'hôpital avec le neurologue.

Chaque traitement produit des effets secondaires. Les patients peuvent voir apparaître des nausées, des vomissements, de l'hypotension orthostatique (baisse brutale de la tension lors des différents transferts ce qui peut entrainer des chutes) mais aussi des hallucinations, de la somnolence, un trouble du contrôle des impulsions (achats compulsifs, hyper-sexualité, jeux, collectionnisme), etc. Il faudra donc doser petit à petit le traitement pour les prévenir.

Vignette clinique:

J'ai rencontré M. Jacques, âgé de 47 ans et atteint de la maladie de Parkinson depuis 2011. Il collectionnait déjà les timbres avec son grand-père lorsqu'il était jeune. Il collectionne maintenant les pièces en euros des différents pays. Il a pu me montrer le classeur où il répertorie toutes les pièces déjà acquises et celles qu'il souhaite avoir. Ce collectionnisme ne présente pas de risque financier puisqu'il fait des échanges et non des achats. Cependant, cela lui prend énormément de temps, jusqu'à six heures par jour.

3.3 Les symptômes moteurs et non moteurs de la maladie de Parkinson

Les trois principaux symptômes moteurs de la maladie de Parkinson sont l'akinésie, la rigidité et les tremblements de repos.

L'akinésie est une lenteur du mouvement, une difficulté à initier le mouvement, « comme un laps de temps qui s'écoule entre la pensée et l'acte » (Dr P. Mespouille, 2020, p.183) Cela a un impact sur les expressions faciales, sur le ballant des bras à la marche, sur la marche en elle-même (pieds qui trainent et amplitude de pas réduite) et sur l'équilibre. Cette akinésie peut également avoir un impact sur la communication, la personne a de plus en plus de mal à articuler.

Vignette clinique :

Beaucoup de patients, que j'ai pu rencontrer, avaient cette difficulté d'articulation et avaient un volume de parole très bas, ce qui rendait la compréhension très difficile avec des mots peu audibles. Il fallait lors des entretiens être très attentifs et même faire répéter. Cela peut parfois les agacer, que ce soit en entretien ou dans la vie de tous les jours. Ce problème d'articulation est accentué en phase OFF.

La rigidité - nous parlons également d'hypertonie extra-pyramidale - est observable à l'examen clinique, grâce à la manœuvre de Froment. L'examinateur effectue des mouvements de flexion et d'extension au niveau des articulations, la personne mobilisée doit être la plus relâchée possible. Lors de la manipulation, la résistance peut céder par à-coup (phénomène de roue dentée) et nous pouvons observer un phénomène plastique (on parle de tuyau de plomb), c'est-à-dire que le membre mobilisé va rester au même endroit et ne pas se relâcher. Le malade peut également avoir des douleurs articulaires, la plus mentionnée est une douleur au niveau de l'épaule (syndrome de l'épaule gelée).

Observations:

A l'examen du tonus, je n'ai pas observé de phénomène de roue dentée. Cependant, plusieurs fois j'ai pu remarquer ce phénomène de plasticité. Je devais accompagner verbalement et corporellement le patient pour qu'il puisse retrouver la position initiale de son membre.

Le tremblement de repos n'est pas toujours présent (un tiers des malades sont akinétorigides). Lorsque le membre est relâché, de légers tremblements vont apparaître. Ces oscillations se font à un rythme régulier de quatre à sept cycles par seconde. Ce tremblement peut être accentué lors de fortes émotions ou lors de périodes de concentration et diminuer avec le calme.

Vignette clinique:

Parfois, ces tremblements ne sont pas visibles à l'œil nu mais sont ressentis comme des vibrations internes par la personne. Monsieur Jacques se plaint d'être un peu comme sur des ressorts. De l'extérieur, je ne vois rien, mais pour lui ce sont des tremblements internes qui ne s'arrêtent quasiment jamais et qui sont épuisants psychologiquement et physiquement, surtout lorsqu'il est allongé dans son lit.

Certains patients se plaignent également de ne plus pouvoir écrire du fait d'une micrographie, notamment liée à l'akinésie. Le geste est douloureux et difficilement réalisable pour eux et l'écriture devient illisible.

Vignette clinique:

Cette micrographie peut avoir un impact important sur le moral du malade. J'ai pu rencontrer monsieur Pierre (âgé de 57 ans et atteint de la maladie de Parkinson depuis 2013). Monsieur est très créatif. Il aimait composer des vers de poésie. Pour cela, il écrivait beaucoup, cela lui permettait de réfléchir, de rayer, de réécrire etc. Aujourd'hui, ce monsieur a du mal à écrire et poser ses mots sur le papier. Cela l'ennuie énormément car s'enregistrer ou écrire à l'ordinateur ne lui permet pas d'être aussi créatif, ce qui mine son moral.

La maladie de Parkinson, touchant plusieurs neurotransmetteurs, d'autres troubles peuvent apparaître et être parfois plus handicapants et gênants que les symptômes moteurs, ce sont les symptômes non-moteurs. Les troubles non moteurs sont nombreux, nous pouvons y retrouver les troubles végétatifs, les troubles psychologiques, les troubles cognitifs et intellectuels.

La MPI entraîne de nombreux troubles végétatifs. Au niveau des anomalies cardio-vasculaires, c'est surtout le phénomène d'hypotension orthostatique que l'on remarque chez de nombreux malades. Lorsque la personne va passer d'une position à une autre, notamment de assis à debout, il va y avoir une chute de la tension, ce qui provoque des vertiges et parfois des chutes. Au niveau des troubles gastro-intestinaux, les personnes se plaignent souvent de constipation quelle que soit la phase d'évolution de la maladie. Lorsque celle-ci est plus avancée, des troubles de la déglutition et une hypersalivation peuvent également apparaître. Ces troubles sont notamment liés à l'akinésie qui ralentit les processus incriminés. De plus, des troubles génito-urinaires sont observables avec une pollakiurie diurne ou nocturne et une baisse de libido, notamment liée à une baisse dopaminergique. Dans la pollakiurie, « la miction est ralentie, la vessie ne se vidange pas complètement, et l'envie d'uriner revient précocement » (P. Pollak, 2004, p.57). Enfin, le sommeil se fragmente et un sentiment de fatigue peut être ressenti dans la journée.

Les symptômes psychologiques les plus courants dans la maladie de Parkinson, sont la dépression, l'anxiété et les hallucinations.

La dépression est « *le trouble psychique le plus fréquent de la maladie de Parkinson* » (P. Pollak, 2004, p.64). Mais elle est parfois difficilement détectable car certains symptômes de la dépression sont similaires à ceux de la maladie de Parkinson, notamment un ralentissement psychomoteur global. Il est donc très important d'être suivi par un psychologue ou un psychiatre afin de détecter la dépression le plus tôt possible pour la prendre en charge.

L'anxiété est très présente chez les malades parkinsoniens et souvent chronique. Elle apparait surtout dans la phase des fluctuations motrices.

Vignette clinique:

De nombreux malades deviennent anxieux face aux activités de la vie quotidienne, comme par exemple sortir faire des courses, de peur de se retrouver en phase OFF. Mme Richard (58 ans - diagnostic à 50 ans) ne sort plus de chez elle car les fluctuations sont trop importantes et elle n'arrive pas à anticiper ces phases « *le plus difficile c'est de ne pas savoir quand cela va arriver* ». Cela lui génère beaucoup d'anxiété.

La plupart des hallucinations sont des effets secondaires aux médicaments mais ce n'est pas toujours le cas. Une hallucination est un « trouble psychique dans lequel le sujet a la conviction de percevoir, par la vue, l'ouïe ou l'odorat, un objet qui n'existe pas » (Larousse). Certaines personnes vont se rendre compte que ce ne sont que des hallucinations mais pour d'autres cela est plus violent et cela peut parfois entrainer des idées délirantes. Les idées délirantes sont « des idées ou des croyances absurdes et déraisonnables, sans rapport avec la réalité et qui s'écartent du sens commun » (A.M Bonnet, T. Hergueta, 2016, p.217).

<u>Vignette clinique:</u>

Monsieur Halo (âgé de 77 ans et atteint de la maladie de Parkinson depuis 2013) explique qu'il a pu voir, lorsqu'il mangeait à table avec sa femme, des enfants attablés avec eux, qu'il demandait à son épouse de servir à manger aux enfants et que c'était inconcevable pour lui, de manger sans que les enfants ne soient servis. D'autres patients peuvent voir des animaux qui se promènent chez eux.

Les troubles cognitifs et intellectuels peuvent apparaître dès le début de la maladie et évoluer vers une démence. Le malade et son entourage peuvent se plaindre de problèmes de concentration, d'attention, de planification ou encore de bradyphrénie. « Le contenu de l'intellect est bien présent, mais il est difficile d'y accéder, de l'extérioriser et de le manipuler efficacement » (P. Pollak, 2004, p.66).

L'ensemble de ces symptômes évolue au cours de la maladie. Certains réagissent mieux aux traitements médicamenteux que d'autres. La lourdeur et l'installation de ces traitements peut parfois entrainer une prise en charge en hospitalisation traditionnelle.

IV. La prise en charge en hospitalisation traditionnelle

L'entrée du patient dans le service d'hospitalisation traditionnelle peut se faire du lundi au dimanche, en journée. La durée moyenne d'un séjour est d'environ dix jours.

4.1 Les motifs d'admission et les objectifs de la prise en charge

Lorsque les symptômes deviennent trop importants et gênants et que la visite chez le neurologue ne suffit plus, ce dernier demande une hospitalisation pour pouvoir réajuster le traitement, et s'il le faut, le changer. Les patients admis dans le service se situent le plus souvent en fin de lune de miel ou dans la période des fluctuations. Les symptômes sont très présents et handicapants dans les activités de la vie quotidienne. L'objectif de cette prise en charge est de trouver le traitement le mieux adapté pour atténuer les symptômes moteurs et non moteurs.

Cette phase de réadaptation à l'hôpital n'est pas fixe et le réajustement médicamenteux est variable selon les patients. Ainsi, certains patients ne vont rester que quelques jours dans le service tandis que d'autres resteront plusieurs semaines.

Le service n'accueillant qu'un nombre limité de personnes, beaucoup viennent dans la précipitation. Dès qu'une personne sort, une autre arrive le jour même. Les malades ne sont prévenus que quelques heures avant ou, tout au plus, un jour ou deux. Certains viennent de toute la France et n'étaient pas forcément prêts à venir directement en hospitalisation. Cela provoque énormément de stress et de fatigue.

<u>Vignette clinique</u>:

Madame Girard (âgée de 73 ans et atteinte de la maladie de Parkinson depuis 2013) savait qu'elle allait devoir être hospitalisée en raison de l'évolution de la maladie mais elle n'avait pas de date exacte. Elle nous raconte que l'hôpital a appelé le matin à 10h en disant qu'elle pouvait venir tout de suite. N'habitant pas à côté elle a rétorqué que ce n'était pas possible et qu'il lui fallait un peu de temps, le service lui a répondu qu'elle pouvait venir jusqu'à 14h. Madame habite en Ile-de-France ce qui lui a permis d'arriver dans la journée mais pour ceux qui habitent plus loin, c'est plus difficile et générateur de stress.

Il arrive également que certaines personnes arrivent directement des urgences, notamment suite à des hallucinations ou des troubles du comportement, qui peuvent parfois être des effets secondaires des médicaments.

4.2 L'entretien d'entrée

Lorsque le patient arrive dans le service, un entretien avec le médecin interne est effectué pour connaître les raisons de sa venue et faire connaissance. La plupart du temps, ce n'est pas le premier séjour du malade et les plateformes de transmission permettent de connaître les anciennes hospitalisations et les rendez-vous avec le neurologue (via notamment les comptes-rendus).

Ce premier entretien permet de mettre à jour les données du patient, de son anamnèse mais aussi de voir comment la personne arrive à parler d'elle, comment elle se comporte, comment elle se sent, etc. Le médecin interne commence par un entretien oral au cours duquel il interroge sur la prise de médicament (combien de pilules, à quel rythme, l'effet est-il rapide ou non, etc.).

Observations:

J'ai assisté à ces entretiens et ainsi pu connaître un peu mieux la maladie de Parkinson. La description de la maladie par le malade est souvent assez parlante et permet de mieux visualiser les difficultés que cela représente comme par exemple la difficulté à se retourner dans le lit, à la marche, à la préhension, dans les activités de la vie quotidienne, etc. Cette première rencontre permet également d'être introduit, auprès du patient, par le médecin interne. Nous sommes ainsi repérées plus facilement comme faisant partie de l'équipe médicale. Cela peut faciliter la relation et l'alliance thérapeutique. Cet entretien nous donne beaucoup d'informations sur la personne (l'état tonique et émotionnel, les réactions de prestance, la communication, la marche, l'environnement familial, l'activité physique faite, les difficultés rencontrées, etc.) et permet de réduire le temps de rencontre la semaine d'après, si le patient est toujours là.

Puis le médecin va venir observer :

- La marche : il est demandé à la personne de marcher dans la chambre ;
- Les réflexes parachutes : le médecin se met derrière le patient et va venir effectuer une poussée sur l'avant des épaules (le patient se retrouve poussé vers l'arrière). Nous observons alors si le patient a des réflexes notamment en se rééquilibrant avec un pied et/ ou avec les bras ;
- Le tonus : le médecin vient évaluer le relâchement des bras à travers le ballant ;
- Les dissociations et les coordinations : le patient doit ouvrir et fermer les mains en allant de plus en plus vite puis venir toucher le pouce avec chaque doigt ;
- Les différents réflexes tendineux et d'autres manipulations médicales (vision, souplesse du ventre, tension artérielle, etc.)

L'entretien oral tourne beaucoup autour des médicaments, des symptômes moteurs, non moteurs et des difficultés quotidiennes relatives à l'avancée de la maladie. Très peu de place est faite aux ressentis du corps, aux émotions et au vécu de la personne. L'évaluation psychomotrice serait bénéfique pour explorer un peu plus en profondeur la relation que la personne entretient avec son corps et ainsi connaître l'état psychique (notamment le moral, les ressentis, etc.) et corporel de la personne (rapport au corps d'une manière générale).

Nous pouvons nous interroger sur un éventuel lien entre l'état psycho-corporel du patient et son adhésion aux traitements, et donc permettre un rééquilibrage plus rapide. Dans quelle mesure le psychomotricien, par son intervention, peut-il aider à accélérer le rééquilibrage médicamenteux?

Vignette clinique:

Nous rencontrons Madame Tatie âgée de 50 ans (diagnostic de maladie à 43 ans). Elle arrive dans le service car elle ne prend plus ses médicaments de manière régulière et a donc de gros blocages. Lorsqu'elle se retrouve en OFF, elle a du mal à se lever, à marcher et à se retourner dans son lit. Elle raconte les nombreuses informations qu'elle a lues sur internet ou dans les livres, à propos de la maladie et notamment un ouvrage dans lequel l'auteur explique qu'il a guéri de la maladie de Parkinson et explique les méthodes qu'il a utilisées. Madame adhère à cet auteur et ne souhaite donc plus suivre le traitement médicamenteux et suivre des méthodes plus naturelles selon elle.

De plus, Madame arrive facilement à décrire ses sensations corporelles notamment la lourdeur de ses jambes, comme si elle était « aspirée par le sol », ou encore elle dit être « dissociée », dans le sens d'être coupée de son corps, qu'elle perçoit comme un « moyen de locomotion qui lui permet d'être sur terre ». Elle a peur pour sa santé, car elle a lu que le changement de médicaments, s'il est fait trop rapidement (sans sevrage), pourrait être fatal mais d'un autre côté elle sait également que sans ces médicaments, elle ne pourrait plus bouger. A la fin de ce premier entretien, madame reconnait ne pas être une patiente facile et dit accepter le changement de médicament.

Lorsque nous la revoyons la semaine d'après, elle n'a finalement toujours pas vraiment accepté le traitement, prend la moitié des cachets pour ne pas trop « empoisonner » son corps. Cela commence à provoquer de l'irritation au niveau des équipes qui ne savent plus quoi faire. Nous discutons de nouveau avec elle en lui faisant comprendre que nous la comprenons mais qu'il est important pour elle d'informer les médecins sur sa prise de demicachet pour qu'ils puissent doser le traitement. Nous lui expliquons également qu'il est tout à fait possible pour elle de suivre des méthodes plus naturelles, notamment ici de l'activité physique et avoir une bonne hygiène de vie, mais qu'il est tout aussi important de prendre les médicaments. Elle semble petit à petit accepter ce nouveau traitement. Nous n'aurons pas l'occasion de la revoir.

Nous avons commencé un travail en psychomotricité avec elle, lors de ces deux rencontres :

- une première fois en lui proposant un réveil corporel au niveau des articulations. Elle dira que ces mouvements la déverrouillent un peu ;
- une seconde fois, nous lui proposons de sortir dans le parc de l'hôpital et de travailler autour des sens notamment de la vue, l'ouïe et l'odorat afin de l'ouvrir à l'espace environnant. Nous terminons avec la posture, l'axe corporel et les appuis au sol (différentes textures : graviers, herbes, pavés).

Notre objectif ici était de la faire sortir de la chambre et de venir relâcher la pression du milieu hospitalier au travers de l'écoute de la nature, des sensations et des émotions que cela peut provoquer. Cela a permis également de faciliter la verbalisation du vécu corporel. Un travail quotidien en psychomotricité aurait été ici intéressant, autour de la problématique des médicaments, des effets sur le corps, de l'anxiété que cela peut générer chez elle. Pourquoi ne pas imaginer des séances avant la prise de médicaments, en présence d'une aide soignante. Proposer un temps de relaxation et de verbalisation de ressentis corporels semble chez cette dame nécessaire pour aider à l'acceptation de la prise de médicament.

4.3 Les examens complémentaires

Suite à ce premier entretien d'entrée, plusieurs examens complémentaires peuvent être

effectués. Les médecins externes font faire passer des tests neurologiques afin d'évaluer les

fonctions cognitives:

- MoCA⁹ (Montreal Cognitive Assessment) qui regroupe des items autour du visuo-spatial,

de l'exécutif, de l'attention, de la dénomination, du langage, de la mémoire, de

l'abstraction, de l'orientation et le test de l'horloge (dessiner une horloge et indiquer onze

heures dix)

- BREF¹⁰ (Batterie Rapide d'Evaluation Frontale) qui regroupe des items autour des

similitudes, de la fluence verbale, du comportement de compréhension, des séquences

motrices de Luria (tranche-poing-paume), une épreuve des consignes conflictuelles et une

épreuve de Go - no Go.

Lorsque ces deux tests ne sont pas effectués, en accord avec la médecin interne, nous

faisons passer le test du Mini Mental Parkinson (MMP). C'est un test évaluant le niveau

cognitif et participant au diagnostic différentiel entre la maladie de Parkinson idiopathique

et le syndrome parkinsonien avec démence. Il reprend des items du MoCA et du BREF.

Afin d'évaluer l'état général du malade, il existe également une échelle : Movement

Disorder Society-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-

UPDRS). Cette échelle « est composée de quatre grandes parties : expériences non motrices

de la vie quotidienne, expériences motrices de la vie quotidienne, examen moteur et

complications motrices » (Maladie de Parkinson et syndromes apparentés, HAS 2016, p18).

Une partie est remplie par l'examinateur et l'autre par le patient lui-même. Cette échelle est

très peu utilisée dans le service.

A noter que d'autres malades viennent dans le service pour réévaluer le diagnostic. En

effet, il existe de nombreuses maladies apparentées à celle de Parkinson. Il est donc nécessaire

9 Cf annexe 1: MoCA

10 Cf annexe 2: BREF

25

d'approfondir l'examen clinique, quand le premier diagnostic évolue rapidement. Les médecins vont donc effectuer des IRM, des scanners ou encore des tests oculaires qui permettront d'établir un diagnostic différentiel.

4.4 La prise en charge paramédicale

La maladie de Parkinson est une maladie aux multiples facettes. Toutes les fonctions corporelles sont atteintes : physique, psychique et émotionnelle. Il est donc important que l'ensemble des troubles soient pris en charge à l'extérieur comme à l'intérieur de l'hôpital. Ainsi, au sein du service de neurologie, les patients peuvent avoir une prise en charge paramédicale.

Les kinésithérapeutes sont présents pour une aide à la rééducation de la marche avec ou sans aide extérieure (canne, déambulateur), notamment chez les personnes de plus de 70 ans qui viennent en hospitalisation. En effet, ces personnes, ayant beaucoup de mal à se déplacer, restent dans leur lit la plupart du temps. Le kinésithérapeute a pour rôle, dans ce service, de maintenir le fonctionnement de la marche et de renforcer l'utilisation de la canne ou du déambulateur.

Une psychologue peut être sollicitée par les familles et le malade pour des échanges et pour appréhender au mieux les changements liés à la maladie.

Pour certains patients, il est possible qu'une orthophoniste vienne pour travailler autour des difficultés liées à la dysarthrie et autour des troubles de la déglutition.

Une assistante sociale aide les familles dans les démarches administratives. Pour certains patients, cette hospitalisation est une étape de transition entre le domicile et l'institutionnalisation. Le fait d'être atteint de la maladie de Parkinson peut rendre la tâche plus difficile pour l'intégration dans une structure.

Vignette clinique:

J'ai rencontré le mari de Madame Rosa (84 ans et atteinte de la maladie de Parkinson depuis 2005) qui expliquait que cela devenait trop compliqué pour lui de s'occuper de sa femme à domicile et qu'il cherchait depuis plusieurs mois une structure qui pourrait l'accueillir. Selon lui, la maladie de Parkinson et la procédure autour des traitements, ici la pompe à Apokinon, sont des obstacles très importants et beaucoup de structures refusent la demande, faute de personnels qualifiés.

4.5. La fin d'hospitalisation

Une fois que les traitements sont équilibrés et que les médecins jugent que le patient est prêt à partir, celui-ci repart avec un dossier d'hospitalisation contenant les comptes-rendus d'hospitalisation (radio, IRM, etc) et les comptes-rendus des séances avec les paramédicaux (kinésithérapeutes, psychomotricien, orthophoniste, etc.). Dans cette pochette sont également insérées les prescriptions médicales : médicaments, séances de kinésithérapie, de psychomotricité, etc.

<u>Vignette clinique</u>:

Madame Girard, lors de notre séance, est très intéressée par ce que nous lui proposons. Elle pose beaucoup de questions et trouve cela dommage que cela s'arrête ici, puisqu'elle s'en va le lendemain. Elle nous demande si nous exerçons à l'extérieur de l'hôpital. Nous lui expliquons qu'il existe des psychomotriciens en libéral et que cela est possible pour elle de faire d'autres séances. Le profil de madame nous semble tout à fait pertinent pour demander de faire une prescription de séances au médecin interne. En effet, Madame Girard commence à entrer dans le stade des fluctuations, elle est anxieuse face à l'évolution de sa maladie et des répercussions que cela peut avoir sur son corps et sa tête. Des séances de psychomotricité lui permettraient de s'approprier les changements psycho-corporels liés à la maladie et diminuer son anxiété.

Dans cette partie nous avons vu que la Maladie de Parkinson Idiopathique est une maladie avec de nombreux symptômes moteurs et non moteurs. Ces symptômes vont varier au fur et à mesure de l'évolution de la maladie et nécessiter un ajustement des traitements. L'hospitalisation est parfois nécessaire pour adapter au mieux les médicaments. Cela est l'occasion, pour les patients, d'être pris en charge par une équipe de paramédicaux et éventuellement de poursuivre ce suivi à l'extérieur.

Nous allons maintenant aborder les aspects psychomoteurs de la maladie et la place du psychomotricien dans sa prise en charge. Mais quelle place a-t-il dans un service d'hospitalisation et comment organiser son intervention ?

Chapitre 2 : La psychomotricité en service d'hospitalisation

Pour tout travail en psychomotricité, il est important de comprendre comment la maladie affecte la personne dans sa globalité. Nous parlons alors de lecture psychomotrice puisque nous observons la personne sous différents angles : au niveau du tonus, de sa motricité fine et globale, de son schéma corporel, de son image du corps, de ses repères spatio-temporaux mais aussi de sa communication, de son comportement etc. Une bonne connaissance des troubles psychomoteurs liés à la maladie de Parkinson permettra d'expliquer au mieux notre rôle et nos objectifs auprès des patients et des équipes. Enfin, au cours de ce stage expérimental, il a été primordial pour nous de poser un cadre pour être efficace et disponible dans notre pratique. Notre présence une seule fois par semaine a nécessité une organisation journalière.

I. Lecture psychomotrice de la maladie de Parkinson idiopathique

C'est à partir de la période des fluctuations que nous pouvons observer le plus de troubles psychomoteurs ayant un impact sur la globalité de la personne.

1.1 Le tonus

Le tonus se définit comme l'état de tension des muscles, volontaire ou involontaire, variable dans son intensité et selon le contexte. Le tonus présente trois niveaux de structuration, qui participent tous à la structuration corporelle :

- le tonus de fond qui est un tonus de repos et qui ne disparaît pas, même pendant le sommeil;
- le tonus de posture qui permet de maintenir la posture face à la pesanteur ;
- le tonus d'action qui soutient le mouvement dans l'action.

Dans la maladie de Parkinson, les trois types de tonus sont affectés et la personne va se retrouver avec une hypertonie de fond, de posture et d'action. Cette hypertonie affecte la relation à soi et à son environnement extérieur. La personne peut se sentir dans un état de tension permanent, ce qui va la fatiguer. « Le tonus participe à la sensation interne du corps propre, de la perception et de la conscience de soi » (S. Robert-Ouvray, A. Servant-Laval, 2015, p.172). Ces sensations de tension vont être désagréables pour la personne et cela peut entrainer un rapport négatif avec son corps. De plus, cette tension va venir impacter la motricité globale (posture, équilibre, coordinations) mais aussi la motricité fine, les gestes vont être moins précis.

Le tonus est également la toile de fond des émotions c'est-à-dire que le tonus et les émotions sont intimement liés. Dans la maladie de Parkinson, les troubles tonico-émotionnels sont très présents. En effet, les fortes émotions (stress, joie intense, etc) majorent les troubles déjà présents, notamment les tremblements de repos.

Observations:

Lorsque les patients présentent des dyskinésies et des tremblements importants, nous observons qu'ils sont en général beaucoup plus importants au début de notre visite. Cela peut s'expliquer par le stress que génère toute nouvelle rencontre. Au fil du temps, ces mouvements anormaux diminuent. Ils peuvent parfois réapparaître lorsque nous abordons des sujets peu agréables pour la personne.

1.2 La motricité globale et fine

Au niveau de la motricité globale, la personne présente des troubles de la posture (camptocormie¹¹, tour de Pise¹²), des troubles de la marche et de l'équilibre (freezing¹³, festination¹⁴) qui entraînent de nombreuses chutes et qui a pour conséquence une peur de chuter chez les malades.

La motricité fine est impactée notamment à cause de la rigidité et l'akinésie qui rendent l'écriture difficile (micrographie importante), les coordinations manuelles et bimanuelles, oculo-manuelles peu efficientes.

¹¹ l'axe vertébral est en flexion, la posture est penchée en avant

¹² l'axe vertébral est penché latéralement

¹³ piétinement avant de démarrer la marche

¹⁴ impression que la personne court après son centre de gravité, elle accélère le rythme pour ne pas tomber

1.3 Le schéma corporel

De J. Ajuriaguerra (1970), dans son manuel de psychiatrie de l'enfant, définit le schéma corporel ainsi :

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

Le schéma corporel se construit tout au long du développement sur la base des différentes expériences du sujet (sensorielles, perceptives, motrices). Un schéma corporel bien intégré induit de bonnes somatognosies¹⁵, permet de localiser les différentes parties du corps les unes par rapport aux autres et par rapport à l'environnement et enfin de percevoir son corps (reconnaître les stimulations internes et externes).

Dans la maladie de Parkinson, c'est surtout la perception du corps qui va être modifiée. En effet, les phases ON / OFF induisent des changements corporels, puisqu'en ON, la personne retrouve une certaine mobilité qu'elle n'a pas en OFF. De plus, les tremblements ou le ralentissement psychomoteur qui peuvent apparaître vont également modifier la perception que la personne a de son environnement. Enfin, la maladie étant évolutive, les répercussions sur le corps évoluent également. Le malade fait sans cesse de nouvelles découvertes sur ses capacités corporelles, souvent sur des choses qu'il n'arrive plus à faire. Il doit alors intégrer que cela n'est plus possible pour lui de faire telle action et trouver de nouvelles stratégies pour être efficace.

1.4 L'image du corps

La définition de l'image du corps est encore débattue aujourd'hui par plusieurs auteurs. Le concept d'image du corps est employé en premier par P. Schilder, qui le définit comme « la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même » (1968, cité par M.

¹⁵ les somatognosies sont la connaissance de son corps et des relations entre les parties du corps

Jeannerod, 2010, p185). A ce moment-là, il ne fait pas la différence entre schéma corporel et image du corps. En 1984, F. Dolto évoque l'image inconsciente du corps et décrit trois formes : une image de base, une image fonctionnelle et une image érogène. Selon J. Corraze (cité par J.M Albaret, 2015) l'image du corps englobe plusieurs aspects : la perception directe du corps (mais incomplète, nous ne pouvons pas nous voir de manière globale), l'image spéculaire (reflet du miroir), le corps propre construit (équivalent à un autoportrait) et l'image du corps valorisée (au niveau culturel).

Nous pouvons donc dire que l'image du corps est liée à l'histoire du sujet, à l'image que chacun a de soi et qu'elle peut évoluer en fonction des évènements de la vie.

Chez les malades parkinsoniens, cette image est très affectée. Du fait que le corps change souvent, les capacités sont modifiées, la personne ne peut plus faire ce qu'elle pouvait faire auparavant, elle perd confiance en elle. Elle n'ose plus sortir de chez elle, car le regard des gens à l'extérieur est de plus en plus pesant. Les malades ressentent souvent un sentiment d'injustice, d'incompréhension car la maladie n'est pas totalement visible. Ce qui est visible, comme la marche ébrieuse ou les tremblements, renvoie à une personne alcoolique, les passants s'écartent alors du chemin. Le corps, malade, ne répond plus à toutes les sollicitations, il est souvent mis de côté, la personne ne prend plus soin d'elle, le corps est dévalorisé. Certaines personnes ne se définissent plus que par la maladie.

<u>Vignette clinique</u>:

Madame Girard, lors du premier entretien, dit ne plus aimer quoi que ce soit dans son corps. Le regard des autres sur sa maladie (tremblements visibles, posture, démarche) est pesant. L'arrêt de la « période rose » (pour faire référence à la lune de miel) est difficile à accepter pour elle. Elle se dit également plus rapidement fatiguée lorsqu'elle sort pour aller se promener. Madame est angoissée de ne pas avoir suffisamment d'informations sur l'évolution de la maladie car elle souhaite continuer à jouer avec ses petits-enfants et les voir plus tard se marier. Elle revient souvent sur le nombre d'années qu'il lui reste à vivre et ce qui l'attend. Nous lui expliquons que la Maladie de Parkinson est une maladie évolutive et que les effets sont différents selon les personnes, c'est pour cela que les médecins ne peuvent pas faire d'estimation sur les années qui restent.

1.5 L'espace et le temps

Le temps et l'espace sont des fonctions fondamentales dans le développement psychomoteur de l'enfant et sont intimement liés. Des répercussions sur la sphère temporelle impactent la sphère spatiale et inversement.

Dans la maladie de Parkinson, le temps et l'espace sont fragmentés du fait des phases ON et OFF qui peuvent exister. De même, il existe un ralentissement psychomoteur qui en modifie la perception lors des actions à réaliser.

L'évolution de la maladie peut entrainer une démence et donc une perte plus ou moins totale des repères spatiaux et temporaux.

1.6 La communication

La communication avec l'autre peut se faire soit de manière verbale, avec les mots, soit de manière infraverbale, avec le corps. Dans la maladie de Parkinson, ces deux types de communication sont entravées. Les personnes peuvent avoir une dysarthrie (difficulté à articuler) ou une hypophonie (le son qui sort de la bouche est faible) et cela affecte la communication verbale. La compréhension est plus difficile et le dialogue moins fluide.

La maladie de Parkinson entraine également une amimie (réduction des expressions du visage). Il peut donc y avoir un décalage entre le verbal et l'infraverbal, ce qui rend l'interprétation des émotions compliquée. Les phases OFF entraînent des douleurs corporelles et un repli sur soi, ce qui empêche la personne d'être disponible corporellement mais aussi verbalement à un dialogue avec l'autre.

<u>Vignette clinique</u>:

Monsieur Ratié (62 ans, diagnostic de la maladie à 45 ans) est le patient que nous avons pu voir le plus. Il est resté environ deux mois dans le service car en plus des difficultés liés à la maladie, il était dans une situation familiale complexe et ne souhaitait pas rentrer chez lui. Il est donc resté jusqu'à ce qu'une place en maison de retraite lui soit trouvée. Sur ces deux mois, nous avons été présentes sept fois dans le service. Sur ces sept journées, nous avons vu monsieur Ratié trois fois, car lors des autres moments (en période OFF) il n'était pas accessible. Il restait dans le noir et ne voulait parler à personne, il se comparait à « une bête » car il ne contrôlait pas son corps.

II. La psychomotricité dans le service et dans l'équipe

Le cadre d'un stage expérimental est particulier. En effet, aucun psychomotricien n'est présent sur le lieu de stage, il y a donc un travail d'intégration de la psychomotricité à faire au sein du service, de l'équipe et des patients. Être stagiaire expérimental c'est à la fois, faire connaître la psychomotricité en tant que métier mais c'est aussi penser la psychomotricité sur place, auprès des patients.

Un binôme était déjà présent l'année précédente, certains soignants connaissaient donc un peu le métier. Il était tout de même important pour nous de présenter de nouveau la psychomotricité, dès le début, et d'expliquer comment nous allions procéder durant ce stage, de poser notre cadre.

A notre arrivée, une réunion a été organisée avec la cadre de santé, les médecins internes, les aides-soignants et les infirmières pour pouvoir échanger autour de la psychomotricité. L'idée, ici, était de pouvoir cerner ce qu'ils connaissaient du métier mais également de l'illustrer avec les items psychomoteurs et la pathologie des patients¹⁶. En plus de ce rassemblement, nous avons également créé un flyer¹⁷, que nous avons distribué auprès des équipes (et parfois auprès des patients) et affiché dans le poste de soin.

Observations:

Nous avons essayé de rendre cette première réunion interactive en proposant aux équipes de nous dire ce à quoi leur faisait penser la psychomotricité. De même, une fois que nous avons expliqué la psychomotricité suivant les différents items psychomoteurs, nous sommes revenues vers les équipes pour qu'ils puissent faire des liens avec leur clinique et les patients du service. Des échanges ont pu se faire entre les équipes et nous.

Avec du recul, je pense qu'il aurait également fallu proposer aux personnels soignants de venir observer ou même de participer à une de nos séances de psychomotricité. Cela leur aurait permis de le vivre, comme c'est le cas dans notre formation, et de mieux appréhender et intégrer ce que nous pouvons proposer aux patients et les effets apportés.

¹⁶ Cf Annexe 3: présentation à l'équipe

¹⁷ Cf Annexe 4 : flyer présentant la psychomotricité

Il faut savoir que le psychomotricien peut exercer dans plusieurs champs : la prévention, l'éducation / rééducation et le soin. Il est difficile de distinguer clairement les trois et bien souvent dans la pratique, le psychomotricien croise un peu les trois.

« La différence repose essentiellement sur l'interprétation que le psychomotricien fait de son travail et de son rôle, ainsi que ses présupposés théoriques. La différence va reposer également sur l'importance donnée au lien relationnel et sa prise en compte dans les processus. » (C. Potel, 2019, p.352).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, (Rapport Flajolet, 1948) « la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps. » Il existe 3 niveaux :

- la prévention primaire qui a pour but de réduire le nombre de cas d'une maladie. Cette prévention passe par des mesures individuelles (alimentation, hygiène, etc.) et des mesures collectives (vaccins, eau potable, salubrité des installations);
- la prévention secondaire : au début de la maladie, l'objectif est alors de lutter contre son évolution et de réduire les risques ;
- la prévention tertiaire : la maladie est déjà installée, l'objectif est de « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie ». (Ibid)

En prévention, l'objectif du psychomotricien va notamment être de maintenir les capacités et les compétences présentes et d'éviter les complications liées à la maladie. Il va accompagner la personne au mieux dans sa vie quotidienne.

Pour Catherine Potel,

« Le projet rééducatif est essentiellement déterminé par les résultats du bilan (...). Les rééducations psychomotrices vont avoir un objectif précis et déterminé qui va organiser les séances de psychomotricité, avec un projet, un but concret énoncé. Ce projet visera une meilleure adaptation du patient : à l'école pour ce qui concerne les enfants ou adolescents ; dans la vie de tous les jours ou professionnels en ce qui concerne les adultes » (C. Potel, 2019, p.348).

Cela concerne également les personnes qui ont perdu des capacités lors d'accident (accident de la route, accident vasculaire cérébral, etc).

Le soin psychomoteur a pour objectif d'établir ou rétablir un équilibre psychocorporel. Il est notamment indiqué lorsque la dimension affective et relationnelle est touchée et qu'elle affecte l'unicité du sujet.

Suite à nos observations et nos rencontres avec les patients, nous avons plutôt situé notre pratique dans le soin psychomoteur et parfois dans la prévention tertiaire. En effet, la maladie de Parkinson étant une maladie évolutive et affectant la personne dans sa globalité, amener le patient à retrouver une certaine unicité, nous a paru essentiel. De plus, agir au niveau de la prévention tertiaire était également important notamment pour éviter les complications liées à la maladie (risque de chute important).

L'intégration au service et à la dynamique d'équipe s'est faite petit à petit. Notre présence, une seule fois par semaine, a allongé ce temps d'intégration. De plus, la crise sanitaire actuelle a modifié l'organisation générale. Le service où nous étions au début a été transformé en service de réanimation Covid 19. Nous avons donc dû changer de lieu de pratique et d'équipe pendant quelques semaines. La première équipe nous a ensuite rejointes dans le nouveau service.

Observations:

Je pense que nous avons été intégrées en tant que personnes à l'équipe et au service. Les rapports avec l'ensemble du personnel ce sont faits avec bienveillance et nous pouvons discuter avec eux. Cependant, je ne pense pas que la psychomotricité ait été complètement intégrée et comprise par les équipes.

Comme dit précédemment, pour qu'il y ait intégration, il aurait fallu qu'ils puissent l'expérimenter ou bien le voir lors d'une séance.

Une deuxième réunion a été faite, au mois de mars, à notre demande, afin de faire un point sur le stage et nos apports auprès des patients. Lors de cette réunion, nous sommes revenues sur notre organisation et sur nos axes de travail.

La diversité des profils de patients que nous avons vu (âge, sexe, évolution de la maladie, rapport à la maladie, rapport au corps, type de traitement, motif d'hospitalisation, etc), tout au long de cette année, nous a conduit à nous adapter à chaque individu. Plusieurs axes de travail sont apparus au fil de nos rencontres et de nos entretiens :

- Améliorer le confort corporel, aider à gérer la souffrance psychique/corporelle au travers de la relaxation, de la détente ;
- Stimuler les appuis plantaires, renforcer l'équilibre, soutenir la marche, prévenir les chutes ;
- Stimuler les sens notamment pour maintenir / renforcer les gnosies (tactiles, olfactives);
- Retrouver le plaisir du mouvement à travers le versant expressif et renforcer l'estime de soi;
- Accueillir la parole, les émotions.

III. Le cadre thérapeutique à l'hôpital

Le cadre est ce qui contient, c'est comme un élastique, il est stable et fiable mais il est malléable et adaptable à la problématique du patient. « Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, un temps, une pensée » (C. Potel, 2019, p.357). Catherine Potel, psychomotricienne, décrit ce cadre selon deux niveaux : le cadre physique (espace, temps, matériel, encadrement, institution) et le cadre psychique (pouvoir mettre en sens les manifestations corporelles).

Le cadre est tout aussi important pour le patient que pour le thérapeute. Le patient doit évoluer dans un cadre sécurisant et le psychomotricien doit définir son cadre afin d'avoir les idées claires et d'être totalement disponible psycho-corporellement.

3.1 Le cadre spatial

Le cadre spatial est le lieu où se déroulent l'accompagnement et le soin. Cet espace doit être contenant et sécurisant pour permettre au patient de vivre pleinement ses expériences et son vécu.

Le cadre spatial pour le patient

Dans le service, l'espace de la séance est celui de la chambre du patient. Cet espace est connu et investi ce qui permet de créer une sécurité et une contenance. Il est délimité par la porte, où nous affichons un panneau « séance de psychomotricité » pour ne pas être dérangé. Suivant les séances que nous proposons, nous pouvons être amenés à déplacer les meubles qui s'y trouvent, notamment pour créer un espace où les déplacements peuvent se faire facilement. Certains patients sont en chambre double ce qui permet d'avoir un espace plus grand qu'une chambre simple.

Le cadre spatial pour le psychomotricien

Il est intéressant pour le psychomotricien d'avoir un espace dédié à sa pratique mais aussi au rangement de son matériel.

Dans le service, le poste de soin ainsi que le bureau des internes étaient disponibles pour consulter les dossiers, rédiger nos compte-rendus et échanger entre nous. Cependant, aucun ne nous permettait d'avoir du matériel à disposition, nous avions donc un sac en toile, avec notre propre matériel.

Enfin, il n'y avait pas de salle de psychomotricité, les séances se sont donc faites en chambre. Mettre le corps en mouvement dans un petit espace réduisait les possibilités et nous avons dû nous adapter. Par exemple, lorsque le temps nous le permettait, nous faisions les séances en extérieur, dans le parc de l'hôpital.

3.2 Le cadre temporel

Le cadre temporel pour le patient

Le cadre temporel est défini et comprend notamment le jour, l'heure et la durée de la séance, ainsi que la fréquence des rencontres. L'objectif est d'avoir une régularité afin de fixer

des repères temporels aux patients. La séance elle-même se déroule également selon un cadre temporel avec un début, un milieu et une fin.

Afin d'instaurer ce cadre temporel, nous établissons un emploi du temps avec l'heure de notre passage. Ainsi, nous prévenons les patients, dès le matin, de l'heure de notre venue pour qu'ils anticipent. Pour le premier patient que nous voyons dans la journée, cela peut être quinze minutes avant. Nous expliquons également que nous ne sommes présentes que le mercredi, que cette rencontre se fera le jour même et que s'ils sont encore dans le service, la semaine d'après, nous reviendrons effectuer une deuxième séance. Les patients espèrent toujours être sortis la semaine d'après. Nous trouvons ici un obstacle à la continuité du travail puisque le patient ne se projette pas sur une autre séance.

En plus du cadre temporel de la séance, le patient parkinsonien doit faire face au cadre temporel de sa maladie. En effet, la contrainte des phases ON / OFF modifie la disponibilité psycho-corporelle du patient. Lors de ces phases, les ressentis corporels et l'état psychique sont souvent négatifs et font obstacle à notre intervention. Beaucoup de patients parkinsoniens, lorsqu'ils sont en OFF, souhaitent rester seuls et même si nous avons souvent essayé d'insister pour apporter un temps de détente dans cette phase, ils gèrent eux-même depuis des années et ne souhaitent donc pas changer. Dans ces moments-là, les patients sont repliés sur eux-mêmes et très peu accessibles à l'échange. Nous repassons deux ou trois fois dans l'après-midi pour de nouveau proposer quelque chose mais ce n'est souvent pas possible.

Observations:

Etre psychomotricien à temps plein dans le service permettrait de mettre en place une continuité dans le travail proposé lors de la première séance. En effet, les patients sont actuellement sept dans le service, ce qui laisse supposer que nous pourrions proposer une séance de 30 à 45 minutes par jour. Revoir le patient plusieurs fois permettrait d'évaluer les effets des séances, de pouvoir en discuter avec le patient et d'ajuster la prise en charge. De plus, pour les personnes en OFF que nous ne pouvons pas voir le mercredi, le psychomotricien à temps plein pourrait alors réessayer le lendemain.

Le cadre temporel pour le psychomotricien

Avoir un cadre temporel permet au thérapeute de s'organiser dans la journée et de pouvoir faire face aux imprévus plus facilement, ce qui est souvent le cas en service d'hospitalisation. Le matin, les patients peuvent être en train de petit-déjeuner ou occupés à faire la toilette. Il est très difficile de s'adapter d'une semaine à l'autre car l'organisation varie selon les patients mais aussi d'une équipe à l'autre.

Les patients ont également des examens à faire en journée qui peuvent parfois prendre plusieurs heures avec les déplacements. Il est important dès le matin de savoir qui aller voir et à quelle heure. De plus, le matériel n'étant pas à disposition, il était nécessaire de prévoir du temps pour aller le récupérer dans un autre service.

Enfin, les visites étaient autorisées l'après-midi et il a été un peu difficile de s'adapter. Dans un premier temps, nous ne souhaitions pas nous imposer et demander aux familles de s'absenter le temps de notre présence, certains venant d'assez loin. Puis, au fur et à mesure des semaines, nous avons essayé d'introduire les familles dans nos séances.

L'objectif de faire participer les familles était dans un premier temps d'expliquer la psychomotricité et notre rôle à l'hôpital pour le proche. La maladie peut parfois rendre difficile les relations familiales et amicales dans la vie de tous les jours. En faisant une séance avec le proche et le malade c'est apporter un nouvel espace d'échanges, créer une relation peut-être plus apaisée, partager un moment ou encore faciliter certains actes de la vie quotidienne comme les transferts. Le proche peut ainsi accompagner le malade au retour au domicile suivant les propositions faites en séance.

Certains proches préféraient quitter la pièce et revenir soit après la séance, soit le lendemain. D'autres ne souhaitaient pas non plus rester mais prenaient un temps d'échange avec nous, pour avoir plus d'explications sur notre métier ou pour raconter leurs difficultés quotidiennes¹⁸.

¹⁸ Cf: vignette clinique: le mari de Madame Rosa, p27

Vignette clinique:

Madame Laurenc est atteinte d'atrophie multisystématisée qui est une maladie apparentée à Parkinson et dont l'espérance de vie est de sept à huit ans après le diagnostic. Madame est hospitalisée pour l'installation d'une sonde de gastrotomie, car elle ne se nourrit plus et perd du poids. Elle bouge très peu et sa voix est inaudible ce qui rend la communication très difficile. Elle communique avec sa tablette. Nous lui proposons une séance autour de l'odorat via un loto des odeurs. L'objectif ici est de se remémorer des souvenirs, d'associer des images, des couleurs et des sensations aux odeurs perçues. Lorsque nous arrivons dans la chambre, Madame Laurenc est entourée de ses deux enfants (une garçon de 12 ans et une fille de 16 ans). Nous leur proposons de faire la séance tous les cinq, ce qu'ils acceptent. Nous ajoutons alors un objectif à notre visite, renforcer la relation mère-enfants et le partage de souvenirs. Ce fut un moment convivial, où les enfants ont pu se remémorer des souvenirs car ils jouaient, en famille, à ce jeu lorsqu'ils étaient petits. Madame fut réceptive aux odeurs, elle semblait bien les distinguer même si les identifier était difficile (c'était d'ailleurs le cas pour tout le monde dans la pièce). Chacun est parvenu à associer une image à une odeur. Même si la communication était difficile, la présence de sa fille nous a permis de faciliter la relation avec Madame Laurenc et ceci a favorisé le travail.

3.3 Le cadre matériel

Le cadre matériel comprend tous les objets que le psychomotricien va utiliser pour construire sa séance. Ces objets sont médiateurs et permettent de faire vivre des expériences sensori-motrices au patient.

L'idéal pour le thérapeute est d'avoir son propre matériel à disposition et ainsi de pouvoir s'adapter au patient. Dans certains contextes, c'est même le patient qui peut venir choisir le matériel et le psychomotricien va s'adapter selon ses axes de travail.

Dans le service, le matériel n'étant pas à disposition, nous avions sur nous un sac en toile avec quelques balles de différentes textures (balle en mousse, balle à picot, balle en plastique) ainsi que des foulards. Nous avons donc beaucoup utilisé de médiations corporelles sans matériel.

La médiation, qu'elle soit une technique corporelle ou un objet, a pour fonction d'être le tiers dans la relation patient - thérapeute. Le choix de la médiation pour le psychomotricien est important, il doit la connaître, en maîtriser la technique et l'avoir expérimentée afin de connaître ses effets psycho-corporels. Cependant, « *l'objet choisi n'est médiateur que dans un processus de médiation »* (M. Rodriguez, 2019, p.32), il doit également correspondre, être au plus proche de la problématique du patient.

3.4 L'encadrement

L'encadrement est l'ensemble de l'équipe qui va prendre en soin le patient (suivant le lieu d'exercice, le patient, le projet, etc). Les prises en soin peuvent se faire seul, en binôme, en collaboration avec d'autres soignants permettant ainsi un travail pluridisciplinaire.

Dans ce stage expérimental, nous travaillons en binôme. Cela a été très enrichissant pour ma pratique professionnelle de pouvoir collaborer avec une autre étudiante. Cela a facilité nos interventions auprès des professionnels du service mais aussi auprès des patients pour la création de séance, pour les échanges et pour nous interroger sur notre pratique psychomotrice, etc. De même, nos observations ont été plus riches. La difficulté que nous avons rencontrée a été de nous coordonner dans la séance ou lors de l'évaluation. Au fur et à mesure des semaines, nous avons défini les rôles de chacune. Lors du bilan, l'une effectuait l'évaluation et l'autre notait les réponses et les observations. Pour la séance, nous avons également alterné selon ce que nous proposions. L'objectif était de ne pas mettre en difficulté le patient en lui apportant trop d'informations.

3.5 L'institution

L'institution est l'organe qui définit un projet de soin global pour le patient mais aussi pour l'ensemble des équipes y travaillant (moyens humains, matériels et financiers). Les professionnels soignants du service se réunissent quotidiennement pour faire les transmissions et assurer le suivi du patient. Une réunion par semaine, avec l'ensemble de l'équipe (y compris les médecins neurologues) a lieu pour partager autour des patients présents à ce moment là.

3.6 La fonction contenante du cadre

C. Ballouard (2006) définit le cadre contenant comme un espace délimité où le partage et la relation sont possibles sans risque et sans enfermement. Le cadre est un espace où l'on va penser la prise en soin et « *définir ce qui nous fait travailler et ce qui anime une pensée clinique* » (C. Potel, 2019, p.357). Il va permettre de contenir ce que le patient projette, de le symboliser. Nous pouvons ici faire référence à W. Bion et ses travaux sur la fonction alpha et la relation contenant-contenu. Le contenu correspond aux impressions brutes (par exemple une sensation douloureuse) du bébé qu'il n'arrive pas à assimiler (éléments bêta). Le bébé, en s'agitant ou en pleurant, va projeter ses éléments bêta sur la mère, le contenant. Celle-ci va transformer ces éléments en mots (par exemple : « je vois que tu n'es pas bien, tu dois avoir faim ») en pensées assimilables par le bébé, qu'il va pouvoir réintégrer. Ce processus est appelé fonction alpha. Il va donner du sens aux différentes expériences corporelles du bébé.

Dans la prise en soin, c'est le thérapeute qui va venir incarner le contenant et « accueillir ces expressions corporelles très primitives et régressives » (C. Potel, 2019, p.366) du patient.

D. Marcelli (2007, p.126) parle également des macro-rythmes. « À travers ce temps répétitif et circulaire des interactions de soin, la continuité narcissique du bébé s'étaye sur la confirmation et la satisfaction de ses attentes ». Lors de son séjour à l'hôpital, le patient sait que le personnel soignant va répondre, presque immédiatement, à ses différents besoins. Il va disposer de repères qui vont venir le sécuriser. Ainsi, il pourra s'occuper de sa prise en soin, aller mieux et n'aura pas besoin de se soucier d'autre détails tels que l'heure de prise du médicament, faire le repas, etc. Le cadre pluridisciplinaire et l'organisation hospitalière vont également venir remplir une fonction contenante et maternante. Cette sécurité va lui permettre d'être plus disponible aux soins qui vont lui être proposés.

IV. Une journée en tant que stagiaire psychomotricienne

4.1 La prescription médicale

Selon l'article L4332-1 du code de la santé publique, « *les psychomotriciens exercent leur art sur prescription médicale* ».

Nous commençons la journée en rencontrant les médecins internes. Lorsque nous arrivons dans le service, nous allons directement au poste de soin pour prendre la feuille de transmission avec les informations sur les patients. Nous notons les nouvelles du jour écrites sur le tableau (les examens de la journée, les entrées et les sorties). Nous prenons connaissance des noms des patients et nous repérons si certains patients des semaines précédentes sont encore présents.

Nous allons ensuite voir les médecins internes dans leur bureau pour discuter des patients. Dans un premier temps, nous avions pensé à une feuille de prescription à leur faire remplir, mais finalement, les échanges autour de l'état du patient, et la prescription à l'oral étaient plus simples et plus rapides.

Si nous ne connaissons pas le patient, les médecins nous indiquent s'il serait judicieux et bénéfique d'aller le voir. Si les personnes sont déjà connues de la semaine précédente, les médecins internes évoquent l'évolution du patient.

Suite à cette entrevue, nous complétons les informations données en allant sur le logiciel interne pour en savoir un peu plus sur la situation personnelle de la personne.

4.2 La rencontre avec le patient et l'évaluation psychomotrice

Toute première rencontre avec le patient dure environ 45 minutes et est composée d'un entretien à questions ouvertes ainsi que d'une évaluation psychomotrice. Cela permet de connaître les capacités, les compétences mais aussi les centres d'intérêts de la personne et ainsi de pouvoir ajuster la séance l'après-midi.

Nous proposons dans un premier temps de discuter autour de la psychomotricité et de savoir ce que le patient connaît du métier de psychomotricien. Cela donne lieu à un premier contact et ainsi favorise la compréhension de notre intervention. Cela permet de poser le cadre de la rencontre.

Ensuite, il paraît primordial de laisser un temps de parole au patient pour qu'il puisse s'exprimer. Nous laissons ouverte la discussion et nous posons une question large « Pouvez-vous vous présenter ? ». La personne peut parler de ce qu'elle souhaite et cela permet de voir

de quelle manière elle va se présenter. Est-ce plutôt sous le prisme de soi (âge, famille, profession...) ou celui de la maladie ? Nous pouvons noter si la communication est facile, si le langage est fluide, si la personne a besoin de parler, etc.

Cependant, si la personne a du mal à s'exprimer et qu'elle ne sait pas par où commencer, nous l'orientons alors avec des questions un peu plus précises comme la situation familiale ou professionnelle, le motif de l'hospitalisation ou encore les manifestations corporelles à l'instant T, etc.

<u>Vignette clinique</u>:

Monsieur Joris (53 ans) n'accepte pas encore la maladie qui a été diagnostiquée il y a 8 ans. Toute la discussion que nous avons avec lui tourne autour du traitement qui ne fonctionne pas, des recherches autour de la maladie de Parkinson qui, selon lui, n'avancent pas. Il est même très difficile de parler avec lui de ses ressentis et de ses sensations au moment présent, il ramène tout à la maladie « vous savez, les personnes qui ont Parkinson ont des raideurs, des tremblements dans les bras ». Il nous dit également que le plus embêtant c'est qu'il n'arrive plus à jouer avec ses enfants.

Nous lui proposons une séance l'après-midi autour d'un réveil articulaire accompagné d'un bâton afin de lui montrer qu'il est encore capable de se mouvoir. Nous pouvons observer une lenteur du mouvement, le geste est difficile mais réalisable. Nous terminons la séance par un temps de relaxation sous forme d'induction verbale afin qu'il se concentre sur ces ressentis et sa respiration. En fin de séance, il dit ressentir un relâchement global de son corps et est content de ce moment. Nous lui rappelons que son corps change mais qu'il est encore capable d'effectuer des gestes et qu'il peut donc jouer avec ses enfants, même si c'est d'une autre façon.

Un travail en psychomotricité sur plusieurs séances, permettrait à Monsieur Joris d'accepter la maladie et les changements qui y sont liés, de reprendre confiance en ses capacités et de renforcer l'estime de soi. Nous pourrions également imaginer des séances en compagnie de ses enfants pour renforcer le lien familial et proposer des activités réalisables pour tous.

Suite à ce premier temps de parole, nous procédons à l'évaluation psychomotrice autour de différents items psychomoteurs. "L'examen psychomoteur représentant l'actif et le passif d'un individu à une date donnée permet de formuler des hypothèses sur les principales fonctions psychomotrices : tonus, schéma corporel, espace, temps..." (A. Saint-Cast, 2009, p.3).

Ainsi, pour notre pratique, nous avons choisi d'évaluer :

- Le schéma corporel / l'image du corps / les représentations corporelles ;
- Le tonus ;
- Les équilibres et la marche (si la personne est en capacité de se lever) ;
- L'espace et le temps ;
- La motricité fine et les praxies ;
- Les fonctions exécutives.

N'ayant pas beaucoup de bilans standardisés pour les adultes en psychomotricité, cette évaluation est inspirée de plusieurs bilans notamment celui de l'Examen Géronto-psychomoteur¹⁹ (EGP) et d'autres tests de la personne âgée comme le MMP et le Time Up and Go²⁰.

La construction de cette évaluation psychomotrice sera détaillée dans le chapitre trois de ce mémoire.

4.3 La séance de psychomotricité

La séance de psychomotricité est prévue le jour même, l'après-midi, et dure de 30 à 45 minutes. Nous revenons dans un premier temps sur les capacités et les difficultés perçues le matin puis nous proposons une activité en fonction de l'axe choisi et des intérêts du patient.

¹⁹ Test qui permet d'établir un projet thérapeutique individualisé et d'éclairer l'équipe sur la psychomotricité du patient.

²⁰ Test qui évalue le risque de chute, les transferts assis / debout, la marche et les changements de direction

Observations:

Nous n'étions là qu'une fois par semaine, nous faisions donc le bilan le matin et la séance l'après-midi. Un psychomotricien à temps plein pourrait faire une évaluation plus complète le jour de l'arrivée du patient (en complément de l'entretien du médecin) et commencer la première séance le lendemain.

Les différents objectifs thérapeutiques et les médiations utilisées seront détaillés dans la chapitre trois de ce mémoire.

4.4 Le compte rendu

A chaque fin de journée, un compte rendu de quelques lignes est envoyé aux médecins internes retranscrivant les observations faites lors de la rencontre du matin et de la séance de l'après-midi. Cet écrit est ensuite ajouté dans le dossier du patient qui lui sera ensuite remis lorsqu'il sortira. Ce compte-rendu est donc également accessibles aux équipes soignantes.

Dans ce compte-rendu, nous faisons attention à bien noter l'heure de notre venue, les observations liées à la maladie notamment tout ce qui est tremblement, dyskinésie pouvant être utile à l'ajustement du traitement. Puis, nous notons nos observations autour des items psychomoteurs, de la relation et de la communication.

Exemple de compte-rendu envoyé aux médecins internes :

Nous venons voir Monsieur Jacques pour une évaluation psychomotrice, le matin Monsieur est en OFF, nous avons donc juste pu discuter avec lui et faire quelques évaluations sur les repères spatio-temporaux et sur les représentations corporelles. Il est très raide dans son lit, il se plaint d'une rigidité des membres inférieurs. Il est très sensible au niveau sensoriel (chaleur sur le visage, pli du pantalon), il est facilement perturbé. Il évoque des sensations de frissons à l'intérieur de lui. Il ne bouge que très peu la tête et communique plutôt avec les yeux. Il arrive à nous fixer du regard et semble bien dans la relation. On repère une dysarthrie qui le rend parfois difficilement compréhensible. Il semble avoir de bons repères spatio-temporaux et une bonne connaissance des parties du corps. Lorsque nous lui proposons de revenir le voir cet après-midi, il émet le souhait de travailler sur la concentration nécessaire aux mouvements.

Il a également conscience d'avoir des problèmes de mémoire immédiate. Il arrive facilement à parler de lui et évoque ses différentes passions autour de la collection de pièces et timbres. Nous revoyons monsieur Jacques l'après-midi, une quinzaine de minutes après qu'il ait pris le traitement (15h45). Il est toujours très ralenti et raide. Il est installé dans son fauteuil. Nous lui proposons donc des mouvements de bras et de jambes associés à la respiration dans l'objectif de lui faire prendre conscience de sa respiration et de mettre en mouvement son corps. Spontanément, il dit ne pas pouvoir faire mais avec de l'étayage et une validation de notre part, il parvient à effectuer les mouvements dans la mesure de ses capacités. Régulièrement, il interrompt la proposition pour verbaliser des sensations (chaleur, frissons, tremblements internes). Nous observons également des tremblements sur les membres de l'hémicorps droit. Il répète souvent qu'il n'est pas bien installé (trop en arrière, trop en avant, les bras trop haut...). Nous terminons la séance par une proposition l'invitant à accorder ses mouvements (qualité, amplitude, vitesse) aux nôtres et vice versa. Il fait des propositions intéressantes, différentes des nôtres. Nous le questionnons sur la possibilité pour lui de refaire ces exercices au cours de la journée. Il nous dit pouvoir le faire le matin ainsi que plusieurs fois dans la journée.

Au vu de la sémiologie de la Maladie de Parkinson Idiopathique, le psychomotricien a un rôle à jouer dans la prise en charge de la maladie. Mais avant toute prise en soin, il est nécessaire de poser le cadre thérapeutique et de s'assurer de la compréhension et des apports du métier de psychomotricien, par les équipes et par les patients.

Cette première étape est fondamentale en temps normal mais encore plus lors d'une intervention ponctuelle. Cela contribue à établir une relation thérapeutique et à construire l'alliance thérapeutique nécessaire à l'investissement du patient dans l'évaluation et la séance.

Chapitre 3 : Réflexion d'un projet en psychomotricité dans l'intervention brève

Tout au long de mon intervention au sein du service d'hospitalisation, plusieurs points m'ont questionnée quant à ma pratique en tant que future psychomotricienne. Je me suis tout d'abord interrogée sur la relation qui pouvait s'établir entre le patient et le thérapeute en une ou deux rencontres. Ensuite, je me suis demandé quel bilan proposer pour avoir un aperçu de la problématique et des besoins du patient. Enfin, quelle médiation peut proposer le psychomotricien pour que cela fasse sens pour le patient ?

I. Construction de la relation lors d'une intervention ponctuelle

Avant d'aborder la question de la relation thérapeutique en psychomotricité et de l'alliance thérapeutique, il est essentiel de définir la relation en général et la relation thérapeutique.

1.1 La relation et la relation thérapeutique

La relation

La relation est le lien qui se crée entre deux personnes ou plus. Cette relation existe dès in-utero quand la maman parle à son enfant. A la naissance, cette relation va continuer à se construire et permettre au bébé de se sentir exister. Le parent s'occupe de l'enfant via le holding et le handling. Ces termes sont utilisés par D. Winnicott pour expliquer la manière dont l'enfant est porté sur le plan physique mais aussi psychique (holding) et la manière dont il est soigné dans la vie quotidienne comme la toilettes, les repas, etc (handling).

Cette première relation qui s'installe entre l'enfant et son parent va évoluer de différentes manières. M. Ainsworth, s'inspire des travaux de J. Bowlby, et décrit quatre types d'attachement : l'attachement sécurisé, l'attachement anxieux, l'attachement évitant et l'attachement désorganisé. « Lors du vieillissement et / ou de la maladie, J. Bowlby décrit un accroissement du comportement de l'attachement ». (A. Gatecel et al, 2015, p.329). Puis,

l'enfant va se séparer de sa mère et la relation mère-enfant va s'étendre à des relations amicales, amoureuses, professionnelles et parfois thérapeutiques.

Chacune de ces relations peut s'observer par la distance qui existe entre les protagonistes. E. Hall décrit différentes formes de distances relationnelles, selon un modèle plutôt occidental, les distances peuvent varier suivant les cultures (cité par A.C. Galliano et C. Pavot, 2015):

- La distance intime (quelques centimètres) plutôt réservée à la famille très proche ;
- La distance personnelle qui marque une relation plutôt amicale et la proximité dans la vie publique. Il peut y avoir contact physique ;
- La distance sociale (de 125 à 360 cm) qui signale les relations interpersonnelles de la vie de tous les jours. Il n'y a plus de contact physique ;
- La distance publique (plus de 360 cm) qui peut manifester une certaine distance de rang.

En tant que thérapeute, nous devons faire attention à ces formes de distance, notamment lorsque nous entrons dans la sphère personnelle (par le toucher par exemple).

La relation thérapeutique

Le mot thérapeutique vient du grec « therapeutikos » qui signifie « qui prend soin de » (CNRTL). Ainsi, la relation thérapeutique est une forme de relation qui s'instaure entre le thérapeute et son patient dont l'objectif est le soin. Chacun des deux acteurs de la relation amène de sa subjectivité et de son désir. Le thérapeute veut prendre soin du patient et le patient veut se faire accompagner pour se soigner. L'instauration de cette relation thérapeutique se fait notamment par la construction d'un cadre stable et défini afin qu'un lien de confiance s'établisse entre le thérapeute et son patient. De plus, comme toute relation, les deux protagonistes doivent être acteurs, il faut donc qu'ils s'accordent sur les objectifs de la prise en soin.

1.2 La relation thérapeutique en psychomotricité

Le corps est l'élément principal du psychomotricien et c'est par là que va s'engager la relation. Par sa disponibilité psychique et corporelle, le thérapeute va être porteur de la relation. La formation du psychomotricien lui permet d'avoir une qualité de présence et de dégager un savoir-être en plus d'un savoir-faire. Il s'adapte au patient afin que ce dernier puisse réaliser des expériences sensori-motrices en toute sécurité.

Plusieurs éléments permettent cette adaptation :

- La voix apporte, par son intonation, son rythme mais aussi par les mots, une enveloppe contenante. La mise en mot des ressentis (fonction alpha de W. Bion²¹) permet un travail de représentation chez le patient.
- Le toucher et le dialogue tonique : la qualité du toucher est très importante. Lorsqu'il est utilisé, il doit être sécurisant et rassurant pour le patient. C'est par le dialogue tonique, que le psychomotricien va pouvoir ressentir les tensions corporelles du patient et s'ajuster. Le dialogue tonique est un moyen de communication via le tonus.
- Le regard être bienveillant et enveloppant. « Sous notre regard respectueux, chaleureux, surpris, c'est peut-être, là, que nous pouvons émettre la possibilité de toucher au sentiment d'existence du sujet et de pouvoir le renforcer » (C. Potel, 2010, p.59)

Le psychomotricien a une fonction contenante, via le holding²², il est comme « *la mère suffisamment bonne* » de D. Winnicott, qui permet au patient d'avoir un sentiment de sécurité.

Que la prise en charge se fasse sur du long terme ou du court terme, nous pouvons retrouver ces différents éléments dans la relation du psychomotricien avec son patient. Ainsi, la construction d'une relation thérapeutique est possible même si la prise en charge est ponctuelle. C'est surtout grâce à sa disponibilité psycho-corporelle que le psychomotricien pourra venir rencontrer le patient là où il en est, et que la relation s'engagera.

²¹ Cf supra chapitre 2: 3.6 La fonction contenante du cadre, p.43

²² manière de porter la personne sur le plan psychique et corporel

La relation en temps de pandémie

Les relations dans la vie quotidienne mais également dans le soin ont dû s'adapter au cours de cette année écoulée. En effet, l'apparition du virus nous a contraint à prendre de la distance, à nous situer dans une distance sociale (selon E. Hall) et donc à ne plus avoir de contact physique avec les autres, qu'ils soient dans notre sphère familiale, amicale ou autre. Cette distance physique a également eu un impact sur la distance psychique, les personnes sont notamment devenues plus méfiantes les unes par rapport aux autres.

L'ajout du port du masque marque également un tournant dans la relation. Les expressions faciales ne sont plus reconnaissables, les émotions passent seulement par le regard ou la parole, nous ne voyons qu'une partie du visage, etc.

Dans la relation thérapeutique, plusieurs choses ont été modifiées. Avant la pandémie, nous serrions la main du patient et cela pouvait nous donner quelques indices par exemple sur sa tonicité. Le port du masque rend encore plus difficile la communication pour les personnes dont le volume sonore est bas, nous ne pouvons plus nous aider des lèvres pour déchiffrer. Nous devons être extrêmement vigilants à bien nous laver les mains, à ne pas toucher n'importe quoi.

Cela ajoute un poids à la relation thérapeutique. En effet, pour les patients qui portent le masque, nous devons être encore plus disponibles, plus à l'affut de ce que le corps peut nous raconter. D'autres patients, dans le service, ne portent pas de masque (un test PCR est effectué à chaque entrée et sortie de séjour), et la possibilité de voir le visage en entier facilite l'accordage et la compréhension de ce que le patient peut exprimer.

1.3 L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est un lien de confiance et de collaboration qui se créé entre le thérapeute et le patient. Selon Friard, l'alliance thérapeutique serait composée de quatre éléments principaux : « la négociation, la mutualité, la confiance, l'acceptation plus ou moins implicite d'influencer et de se laisser influencer » (D. Friard, 2012, p.28). C. Rogers quant à lui préfère le mot « engagement » à alliance thérapeutique mais il reprend également des éléments clefs : la confiance réciproque, l'acceptation et la confidentialité.

Afin de créer une alliance thérapeutique plusieurs points sont incontournables :

- La reconnaissance de chacun dans la relation de soin ;
- La première rencontre pendant laquelle il faut porter attention à la qualité du lien qui va se créer. Ce sont les premiers instants qui vont permettre de mettre en confiance tant le patient que le thérapeute et créer une dynamique favorable ;
- Objectiver les buts avec le patient pour que celui-ci devienne acteur de sa prise en soin. Le patient est sujet, cela le valorise et mobilise de manière positive ses affects. Nous pouvons également parler d'éducation thérapeutique du patient (ETP).

Ces différents éléments, nous pouvons les retrouver lors de notre intervention ponctuelle dans le service. Ainsi, cette alliance thérapeutique se crée le matin et nous permet de faire une séance l'après-midi, et de prolonger cette prise en soin si le patient reste dans le service. Le premier temps d'entretien, où le patient nous découvre autant que nous, permet cette reconnaissance mutuelle dans la relation de soin et la création d'une dynamique favorable. Nous accordons beaucoup d'importance à ce premier temps d'échange. Lorsque nous proposons des médiations, nous prenons le temps d'expliquer leurs objectifs, de questionner le patient sur ses ressentis et enfin nous terminons en lui demandant comment il pourrait réutiliser chez lui ce que nous avons proposé. Le patient devient ainsi acteur de sa prise en soin.

II. L'évaluation psychomotrice

2.1 L'évolution de la réflexion

L'article L4332-1 à 4 du Code de la Santé Publique décrit les actes professionnels du psychomotricien dont le bilan psychomoteur. L'ensemble du bilan va se faire autour de trois éléments principaux :

- Les tests standardisés qui sont validés méthodologiquement sur une population donnée. La plupart ces tests standardisés sont actuellement élaborés pour les enfants. Des tests pour les personnes âgées sont apparus ces dernières années, notamment l'évaluation géronto psychomotrice, mais aucun n'existe à l'heure actuelle pour les adultes (18-60 ans);

- Les épreuves comme l'examen du tonus. « Ils peuvent être usuels ou associés à des fonctions délicates à quantifier ». (F.Vincent, 2019, p.42);
- L'observation qui se fait dès la rencontre avec le patient (serrage de main, démarche, qualité du regard, etc.), et durant toute la séance. Cette analyse est qualitative.

La situation d'évaluation met le patient en situation d'être observé et cela peut influer sur les capacités et les compétences évaluées. La personne peut être soit en situation de stress et donc peut-être perdre ses moyens ou au contraire vouloir être performante. Il est important de peser les mots employés. « *Être observé implique des réactions normales de défense sociales qui oscillent entre deux pôles, l'anxiété et l'exhibitionnisme »* (C. Ballouard, 2011, p.109). L'établissement d'une relation contenante et sécurisante est primordiale pour diminuer au maximum ce biais.

Durant l'évaluation, nous indiquons que certaines questions peuvent être plus faciles que d'autres mais qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. L'objectif étant de connaître les capacités actuelles. La personne doit faire du mieux qu'elle peut.

Afin de baisser le niveau de stress qui peut être ressenti lors de cette première rencontre, l'entretien du début est très important, il permet d'instaurer un climat de confiance et de débuter une alliance thérapeutique. Ces vingt premières minutes orientent ensuite l'ordre de passage de la suite de l'évaluation. En effet, durant les échanges, nous pouvons parfois observer des difficultés à parler de soi, de son corps, nous ne commençons donc pas par évaluer l'image du corps, ni le schéma corporel. Nous orientons plutôt sur la motricité fine, l'équilibre ou la marche.

<u>Vignette clinique</u>:

Nous rencontrons Monsieur Donat (âgé de 70 ans et atteint de la maladie de Parkinson depuis 2010). Lors de l'entretien, monsieur montre un vécu du corps très fonctionnel et une distance vis-à-vis de son vécu corporel, « il s'agit de faire ». Cela peut s'expliquer par son histoire de vie. En effet, ce monsieur a eu de nombreux traumatismes corporels. Il est notamment atteint d'hémophilie ce qui lui provoque des douleurs dans les articulations (hémarthrose).

Suite à cela, nous débutons l'évaluation par le questionnaire de Moyano avec la question "Pouvez-vous me dire quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans ?". Il nous regarde d'un air étonné et dit "elle est bizarre votre question, les choses que l'on ne voit pas?". Monsieur n'arrive pas à répondre, nous continuons donc avec la deuxième question, qui n'a pas plus de succès. Nous décidons de passer à d'autres items comme l'espace. Puis nous revenons en fin d'entretien sur ce questionnaire. Monsieur arrivera plus facilement à répondre aux questions. Cependant sur toutes les questions en lien avec les ressentis ou les émotions, Monsieur Donat répond « Ce n'est pas intéressant », « quel est l'intérêt ». Depuis ce jour, et grâce à Monsieur Donat, nous adaptons l'ordre de notre évaluation.

Lors de la séance, l'après midi, nous lui avons proposé de travailler autour du sens tactile. Monsieur devait nous décrire ce qu'il touchait (chaud, froid, lisse, rugueux, petit, gros, etc.). Puis nous lui avons demandé si le toucher était agréable ou non (il nous a répondu : « je ne sais pas »)Enfin, nous lui avons demandé d'associer l'objet touché à une image ou une couleur.

Sur un suivi en psychomotricité de plusieurs séances, il aurait été intéressant d'amener Monsieur Donat vers un réinvestissement positif de son corps. Nous aurions pu lui proposer de la relaxation de manière progressive (au début quelques minutes) afin de retrouver une unité corporelle.

Au début du stage, nous étions parties sur une évaluation complète avec un ensemble de tests standardisés complets, adaptés à l'adulte c'est-à-dire évalués qualitativement et non quantitativement. Nous avions opté pour le MMP, une partie de l'EMG²³ (Evaluation de la motricité gnosopraxique), le test de l'horloge²⁴, le Time Up and Go, le dessin du bonhomme, etc. Nous nous sommes très vite rendu compte que cette première rencontre ne pouvait pas durer 1h30 et qu'il fallait réduire les épreuves. De même, certaines compétences étaient déjà évaluées dans le service avec le MoCa et le BREF²⁵. Ces deux tests cognitifs reprennent en

²³ Test qui permet dévaluer la motricité gnosopraxique distale et digitale des membres supérieurs

²⁴ Test qui évalue les fonctions exécutives et permet de dépister les atteintes visuo-spatiales

²⁵ Cf supra, Chapitre 1: 4.3 les examens complémentaires p.25

partie des tests utilisés par les psychomotriciens comme le MMP, le MMSE²⁶ (Mini Mental State Examen) ou les cinq mots de Dubois²⁷.

Nous avons donc pioché dans différents bilans psychomoteurs pour créer notre propre évaluation, d'une durée d'environ 45 minutes. Le laps de temps assez court ne permet pas d'approfondir les items abordés dans cette évaluation. Cependant, cela pourrait être intéressant pour un suivi à l'extérieur de l'hôpital. Les items choisis permettent d'avoir un aperçu global des capacités de la personne et ainsi d'orienter la séance de l'après-midi. Nous insistons particulièrement sur les représentations corporelles, sur l'équilibre, la marche (et l'angoisse de chute qui peut apparaitre) qui sont des éléments nous orientant dans la prise en charge. La répartition du temps de cette première rencontre est une moyenne et l'adaptation à la personne est primordiale. Nous avons parfois pu passer 1h30 en évaluation, car nous sentions que le patient avait besoin de parler.

2.2 L'évaluation psychomotrice finale

Les items choisis pour cette évaluation de 45 minutes (15 à 20 minutes d'entretien et 20 à 25 minutes d'évaluation) sont :

Le schéma corporel

L'évaluation commence par les somatognosies (inspirés de l'EGP). La personne doit dans un premier temps montrer sur elle : les cheveux, les paumes de main, la cheville, la cuisse, le coude, le cou, l'oreille, la nuque, le ventre, les paupières. Puis dans un second temps, elle doit nommer les parties que l'examinateur lui désigne : le mollet, le bras, le genou, les cheveux, le pouce, la bouche / les lèvres, le talon, le dos, les dents et les sourcils.

Observations:

La plupart des patients que nous avons rencontrés n'ont pas présenté de réelles difficultés pour montrer les parties du corps. Nous notons toutefois un manque du mot pour nommer les parties désignées ou un temps de réflexion assez long.

²⁶ Test qui évalue le déficit cognitif et son intensité

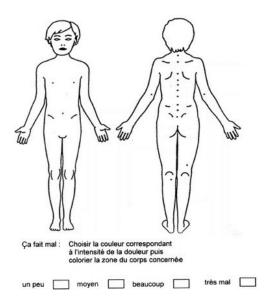
²⁷ Test qui évalue les capacités de mémorisation, d'encodage, de stockage et de récupération

Le dessin du bonhomme, inspiré de celui de F. Goodenough, permet d'évaluer l'intégration du schéma corporel, le niveau graphique mais également l'investissement corporel. Il est demandé à la personne de dessiner un personnage ou un bonhomme le plus complet possible.

Observations:

La micrographie, étant une difficulté répandue, chez les patients rencontrés, nous n'avons fait passer cette épreuve que très peu de fois. Les seules fois où cela a été possible, les personnes ont dessiné un bonhomme en bâton, pouvant montrer un désinvestissement corporel important.

Lors de l'entretien, nous demandons à la personne si elle présente des douleurs à l'instant T et si elle a des parties du corps où elle se sent bien, sans douleur. Nous demandons ensuite de représenter dans un premier temps les endroits non douloureux puis les douleurs sur un bonhomme vierge²⁸. « *Lorsque la douleur est trop envahissante, la personne n'est souvent plus en mesure de percevoir des parties positives dans son corps »* (B. Baylot, S. Bednarek, M. Fradet, 2019, p.271). Il est en effet plus difficile, voire impossible pour la personne de représenter les douleurs. Par la suite, il faut verbaliser « Vous avez inscrit vos douleurs ici et là, vous pouvez donc voir que cette partie du corps va bien, qu'elle est sans douleurs ».



Bonhomme vierge et représentation douloureuse

-

²⁸ issu de : https://pediadol.org/schema-du-bonhomme/

Les verbalisations autour du dessin du bonhomme et de la représentation des douleurs apportent souvent des éléments riches en enseignement sur la perception corporelle de la personne.

Nous continuons par une imitation de posture reprenant des postures de l'EGP et de l'EMG. Cela permet d'évaluer la mise en place du schéma corporel et la coordination motrice. Il permet également d'évaluer la motricité gnosopraxique distale et digitale des membres supérieurs et inférieurs. Nous évaluons également la mémoire immédiate puisque nous demandons à la personne de reproduire la posture immédiatement après.



L'image du corps / la représentation de soi

Le questionnaire de Moyano nous donne des information sur l'investissement et les représentations corporelles de la personne. Il peut être difficile d'interpréter le questionnaire seul, mais avec l'ensemble de l'évaluation et de l'entretien, cela peut donner des pistes :

- Pouvez-vous me dire quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans ?
- Pouvez-vous me dire quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur ?
- Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier et se déplier
- On peut faire quoi avec son corps?
- Qu'est-ce qui est fragile dans le corps (pourquoi)?
- Qu'est-ce qui est solide dans le corps (pourquoi)?

- Qu'est-ce que vous aimez bien dans le corps ? Est-ce qu'il y a des endroits du corps que vous préférez ?
- Qu'est-ce que vous n'aimez pas comme parties du corps ?
- Où se trouve la pensée, selon vous ?

Observations:

Les réponses au questionnaire de Moyano sont personnelles mais nous avons pu remarquer que les personnes répondaient de différentes manières. Certaines intellectualisent les réponses, c'est-à-dire qu'elles donnent un maximum de réponses, d'une manière organisée, en partant du haut ou du bas du corps par exemple. Le reste de l'entretien fait apparaître une personne assez détachée de son corps et de ses ressentis. Cela peut montrer un rapport au corps douloureux que la personne pourrait essayer de cacher derrière ce détachement (cf vignette clinique de M Donat p 55). Le corps est là pour porter et est plutôt fonctionnel. A contrario, d'autres personnes vont répondre en fonction de leurs ressentis et de leur histoire personnelle. En général, ces personnes là, ont eu un rapport au corps plus important, avec de nombreuses activités physiques par exemple.

L'ensemble des questions de l'entretien permet également de mettre en avant la représentation que se fait la personne d'elle-même, de savoir comment elle prend soin de son corps, de sa confiance, de son estime de soi.

Examen du tonus

L'examen du tonus permet d'évaluer la capacité de relâchement et l'extensibilité des différents membres, à l'aide de mobilisations passives à droite et à gauche. L'extensibilité s'évalue avec des manœuvres de flexion et d'extension au niveau des articulations (poignets, coudes, épaules, chevilles, genoux et hanches). Le tonus s'évalue également tout au long de la rencontre. Nous pouvons ainsi repérer si la personne est tendue, éventuellement si elle a des blocages articulaires ou encore des douleurs.

La marche et l'équilibre

Si la personne est en capacité de se lever et ne présente pas de contre-indication à la marche, nous évaluons l'équilibre et la marche.

Pour l'équilibre, il est demandé à la personne de tenir debout pieds joints (au sol et sur la pointe des pieds) sur un pied, puis l'autre. Ces manœuvres sont faites une fois les yeux ouverts et une fois les yeux fermés.

Nous évaluons ensuite le risque de chute, la marche, les transferts et les changements de direction avec le Time Up and Go. La personne doit se lever de son fauteuil, rester debout quelques instants puis marcher jusqu'au mur (à une distance de trois mètres), faire demi-tour sans toucher le mur puis revenir s'asseoir sur le fauteuil. L'ensemble est chronométré et l'observation se fait sur la stabilité des différentes actions. Existe-t-il une lenteur d'exécution, des hésitations? Nous observons également l'amplitude et la hauteur des pas, l'orientation du regard, etc.

Observations:

A l'épreuve du Time Up and Go, le plus gros risque de chute que nous avons pu observer se fait au niveau du demi-tour. Tous les patients évalués effectuent un demi-tour sur place, en tournant sur eux et non en arc de cercle, ce qui provoque des déséquilibres chez eux. A cela s'ajoutent des petits pas et des pieds qui trainent. Le transfert assis / debout est en général plutôt bien réalisé.

La motricité fine

La motricité fine est la capacité à effectuer des gestes fins (boutonner, écrire, etc) et peut s'observer par les dissociations et les coordinations manuelles, bi-manuelles et digitales, pour chaque main. Pour cela, nous utilisons le pianotage de Rey (poser les doigts un par un sur la table en partant du pouce, sans décoller ceux déjà posés) et l'opposition pouce/doigts de Rey (poser chaque doigt sur le pouce, un par un, dans un sens puis dans l'autre). Nous demandons également à la personne de serrer (en poing) et d'écarter les doigts, de chaque main dans un premier temps, puis d'alterner avec les deux mains dans un second temps. Enfin, nous demandons comment elle fait pour planter un clou ou couper dans son assiette, pour évaluer les coordinations bi-manuelles.

La sphère spatiale

L'évaluation de la sphère spatiale se fait autour de plusieurs notions : la structuration, l'orientation, l'organisation et la représentation spatiale.

- La structuration spatiale est la capacité à se repérer dans l'environnement, de bouger et de s'organiser;
- L'orientation spatiale est la capacité à utiliser l'information reçue permettant sa propre localisation dans l'espace ainsi que sa destination en lien avec l'espace ;
- L'organisation spatiale est la capacité à identifier la position qu'occupe un objet dans l'espace ;
- La représentation spatiale est la faculté à se représenter un espace.

L'ensemble de l'évaluation de la sphère spatiale est inspirée de l'EGP et du test de Piaget - Head. Nous vérifions dans un premier temps que les notions spatiales sont acquises (devant / derrière, haut / bas) :

- Pouvez-vous montrer un objet qui se trouve devant vous?
- Pouvez-vous montrer un objet qui se trouve derrière vous?
- Pouvez-vous montrer le haut de ce meuble?
- Pouvez-vous montrer le bas de cet autre meuble ?

Puis la latéralité :

- Pouvez-vous me montrer votre droite? Votre gauche?
- Pouvez-vous me montrer ma droite? Ma gauche?

Nous plaçons ensuite trois objets sur la table de gauche à droite :

- L'objet un est-il à droite ou à gauche de l'objet deux ?
- Montrez-moi l'objet à droite de l'objet deux ?

Puis, à partir de ces trois objets, nous demandons à la personne de montrer différents trajets : 1-2-3 ; 3-2-1; 21 ; 312.

Enfin, pour terminer au sujet de l'espace, il est demandé à la personne de partager une ligne de dix centimètres en deux parties égales, puis une autre de quinze centimètres en trois parties égales.

La vigilance

La vigilance est également évaluée en demandant à la personne d'attraper un objet à cinq secondes (l'examinateur compte lentement) puis à dix secondes (l'examinateur accélère le rythme).

Si le MoCa et le BREF n'ont pas été faits avant notre venue ou si nous sentons que la personne est un peu fragile pour l'orientation temporelle et spatiale (repérés lors de l'entretien) nous terminons par les épreuves suivantes :

Des questions tirées du MMSE :

- Quelle est la date complète du jour ? (Si besoin : quel jour de la semaine ? Quel jour du mois ? Quel mois ? Quelle année ?)
- Pouvez-vous nommer les jours de la semaine ? Les mois de l'année ? Les saisons ?
- Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?
- A quel étage sommes-nous ?
- Dans quelle ville sommes-nous?
- Quel est le nom du département dans lequel est située la ville ?
- Dans quelle région est situé le département ?
- Pouvez-vous dire l'heure qu'il est ?

Un test de l'horloge qui consiste à dessiner une horloge et indiquer 11h10.

Une épreuve de mémoire, inspirée de l'EGP, la personne doit se rappeler de la forme et de la couleur montrées, en rappel immédiat, puis en rappel différé. Nous montrons un rond bleu, un triangle rouge, un carré jaune et un rectangle vert.

A partir des résultats de l'évaluation du bilan, nous avons une vision assez globale de la personne, qui nous permet d'orienter notre prise en charge. Au fur et à mesure des bilans et des rencontres avec ces patients parkinsoniens, plusieurs objectifs thérapeutiques ont été mis en exergue.

III. Les objectifs thérapeutiques

3.1 L'évolution de la réflexion

Avant d'arriver dans ce stage, nous avions réfléchi globalement à ce que nous aurions aimé proposer. C'était une première ébauche de nos idées car nous ne connaissions pas très bien la pathologie ni le service.

Sachant que c'était une intervention d'une séance ou deux, nous avions pour objectif de proposer des outils afin que les patients puissent repartir avec des conseils clef en main. L'idée était de créer une "boîte à outils" et ainsi de pouvoir disposer de fiches, d'activités faciles d'utilisation et réutilisables en toutes circonstances.

Dans notre réflexion, nous étions parties sur une prise en charge à long terme car c'était ce à quoi nous étions habituées et ce que nous avions appris. Cela a été assez difficile de se détacher de cette démarche et d'imaginer ce que nous pouvions apporter à l'instant T. Finalement, le plus compliqué a été de ne pas connaître la suite, l'évolution de la personne après notre intervention.

L'autre question qui se posait en proposant des outils était leur évaluation et leur réutilisation. Nous n'avions aucun moyen de vérifier que nos propositions étaient intégrées, utilisées. Grâce aux retours des patients après les séances, nous avons réussi à nous diriger vers des objectifs qui apportent un bénéfice immédiat.

<u>Vignette clinique</u>:

Nous retrouvons Monsieur Ratié, le patient que nous avons rencontré le plus souvent. Nous avons fait trois séances sur sept passages. En effet, chaque mercredi nous passions le voir pour lui proposer une séance. Même si monsieur ne se sentait pas bien et ne voulait pas faire de séance, nous prenions tout de même quelques instants pour discuter avec lui de son état corporel, de son moral mais aussi de son ressenti par rapport à ce séjour hospitalier qui se prolonge. Au fur et à mesure de nos visites, monsieur Ratié était plus ouvert à parler de ses émotions et de ses ressentis. Lors de notre dernière séance avec lui, nous sommes sorties dans le parc de l'hôpital et il a commencé à nous parler naturellement de ce qui se passait dans son corps, de ses douleurs, de ses sensations, sans que nous ayons à lui demander. Il nous dit de lui-même « ce sont mes ressentis que je vous raconte ».

Nous avons pu observer lors de l'évaluation que Monsieur était assez impulsif et qu'il était rapide dans ses mouvements qui manquaient de précision. Ainsi, sur les trois séances proposées, nous nous sommes inspirées du Tai-Chi pour travailler sur la fluidité du mouvement. Nous faisions une fois le mouvement ensemble, puis il fallait le visualiser et ensuite le reproduire. Nous avons observé une évolution dans la qualité de son geste au cours des trois séances. Monsieur se montrait plus en confiance dans la réalisation, plus précis et plus à l'écoute de lui et de l'autre.

3.2. Les objectifs thérapeutiques de l'intervention

Les objectifs ont donc évolué au cours de l'année et nous en sommes venues à en sélectionner quelques-uns pour une intervention brève en psychomotricité.

Initiation à la psychomotricité

Le premier objectif concerne la connaissance de la psychomotricité et du métier de psychomotricien. En effet, la plupart des personnes ne connaissent pas le métier mais ils arrivent à faire le lien, une fois que nous leur expliquons. Nous donnons souvent l'exemple du stress, qui est un état que nous connaissons tous et qui affecte notre corps, notre psyché, nos sensations et nos émotions.

Nos interventions ont été brèves mais nous avons pu voir certains patients plusieurs fois, notamment monsieur Ratié qui a très vite compris notre rôle. Au fur et à mesure des séances, il verbalisait de plus en plus ses ressentis.

Il était donc important pour nous de commencer la séance en prenant le temps d'expliquer notre rôle.

Un espace de parole et d'écoute

L'hôpital est un lieu de passage, les patients voient beaucoup de monde en une journée et les temps de discussion autour des douleurs, des peurs, des angoisses, des projets futurs, etc, sont parfois très courts voire inexistants. Or, verbaliser ces différents sujets c'est déjà leur donner une contenance et pour le patient cela lui permet de se dire « Je suis entendu, je ne suis pas seul face à ces questionnements, ces ressentis ».

Proposer un espace de parole a été un vrai axe de travail en soi et l'un de nos objectifs principaux. Ce temps que nous proposions au patient était un temps d'écoute. La première partie de l'entretien était vraiment libre sur ce que le patient voulait raconter, nous faisions tout de même attention à ramener la parole sur les sensations et les émotions vécues lors de ses différentes expériences, « comment vous êtes vous sentis à ce moment là ? ».

Une revalorisation corporelle et un renforcement de l'image de soi

Comme nous l'avons vu, la maladie de Parkinson modifie profondément l'image que l'on a de soi mais aussi la croyance que l'on a en ses capacités. Les symptômes « *introduisent une rupture dans l'identité de ces personnes âgées, dans le regard qu'elles portent sur elles-mêmes et dans celui que les autres portent sur elles* » (S. Kaempf, D. Romatet et A. Truptil, 2011, p.70)

Le corps lâche petit à petit et il faut sans cesse faire avec. Il faut faire face à l'imprévu, il est parfois possible d'anticiper et d'autres fois non. L'objectif est donc de mobiliser et de vivre le corps de manière positive et de valoriser les compétences et les capacités encore présentes. Pour cela plusieurs médiations sont possibles.

Mobiliser le corps

Le corps permet de se mouvoir dans l'espace mais il est aussi vecteur de communication. Moins le corps est mobilisé et moins nous avons envie de le mobiliser, surtout lorsqu'il est douloureux. Depuis la naissance et dès in-utero, le bébé bouge et s'exprime, il n'a pas encore les mots pour raconter mais il a le corps pour transmettre. La perte d'autonomie dans les déplacements va réduire drastiquement les relations sociales de la personne et contribuer à une perte d'estime de soi, de confiance en soi et parfois même d'identité. Notre identité se construit au travers de nos rencontres, de notre environnement. Que reste-t-il quand nous ne pouvons plus bouger ? Ainsi, retrouver le mouvement, c'est réinvestir son corps et s'ouvrir au monde qui nous entoure.

Le développement de l'enfant et donc sa capacité à se mouvoir se fait selon un schéma très précis que l'on appelle la loi de succession qui est composée de la loi céphalo-caudale (céphalo signifie tête et caudale queue) et de la loi proximo-distale.

La loi céphalo-caudale est une loi que l'on peut aussi appeler descendante c'est-à-dire que les premiers muscles contrôlés vont être près de la partie du cerveau (yeux, bouche, cou) puis la maturation neurologique va descendre petit à petit au niveau du tronc puis des membres supérieurs et inférieurs.

A cette première loi, s'ajoute la loi proximo-distale. Les premiers muscles contrôlés sont les plus proches de l'axe corporel, du centre du corps pour aller vers la périphérie. Ainsi, le bébé contrôle d'abord son épaule avant ses doigts.

Dans notre proposition de mobilisation du corps nous avons décidé de reprendre ces lois et de toujours commencer par mobiliser les parties hautes du corps ainsi que les plus proches de l'axe pour ensuite aller vers le bas et la périphérie. C'est aussi un moyen de se rappeler l'ordre de mobilisation afin que le patient puisse réitérer l'expérience sans être accompagné. Nous reprenons avec la personne les principales articulations et nous lui demandons qu'elle nous montre comment les mobiliser. Nous travaillons ainsi sur les somatognosies, la cognition et l'intégration du schéma corporel.

Puis, avec les patients qui peuvent se déplacer, la séance continue debout. Des mouvements inspirés du Tai Chi sont proposés, c'est-à-dire que les mouvements sont effectués de manière lente et associés à la respiration. Entre chaque mouvement, un temps est pris pour visualiser le mouvement. La visualisation est une technique qui permet d'imaginer le mouvement dans sa tête, sans bouger le corps. Chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson, la visualisation permet de faciliter la mise en route du mouvement.

Observations:

Nous avons observé que cette visualisation était assez compliquée pour certains. Cela était difficile pour eux d'imaginer les mouvements sans bouger, nous pouvions voir des micromouvements se dessiner dans leur corps. Suite à cette visualisation, le mouvement était plus lent, plus fluide et plus précis.

Enfin, selon l'entretien fait en amont et les envies du patient, il est possible de proposer un moment d'expressivité avec de la musique. L'objectif est que la personne puisse bouger au rythme de la musique comme bon lui semble et qu'elle puisse lâcher prise et s'exprimer. Des foulards peuvent accompagner le mouvement et faciliter sa fluidité. Nous avons également remarqué que le foulard est un médiateur qui permet à la personne qui l'utilise d'aller plus facilement vers le mouvement.

La relaxation et autres techniques de détente

M. Guiose, psychomotricien, définit les relaxations comme des « techniques psychocorporelles capables de toucher à l'organisation tonique d'un sujet, influant sur la baisse du niveau de vigilance et précipitant une modification des états de conscience ». (M. Guiose, 2011, p 240)

En utilisant les techniques de relaxation, le relaxateur cherche à harmoniser les fonctions physiologiques (diminution du rythme cardiaque, diminution du cycle respiratoire, etc) et psychologiques (diminution du stress, de l'anxiété, etc). Comme nous avons pu le voir, la maladie de Parkinson entraîne une hypertonie des membres et du corps d'une manière générale. A cela s'ajoutent beaucoup de stress et d'anxiété.

En utilisant la relaxation comme médiation, la personne va pouvoir abaisser son tonus pendant quelques instants et pouvoir se recentrer sur ses sensations. « *En abaissant le tonus par les exercices gestuels et respiratoires, il devient possible d'abaisser les tensions psychiques du sujet* » (M. Guiose, 2007, p60). Nous sommes dans un moment de détente afin d'améliorer le confort corporel et la régulation tonico-émotionnelle.

Plusieurs types de relaxation sont possibles avec des patients parkinsoniens. Nos séances se sont inspirées notamment de la relaxation activo-passive de Wintrebert, de l'eutonie ou encore d'un toucher que nous qualifierons de toucher-contenant.

La relaxation activo-passive de Wintrebert est une relaxation qui se déroule en trois étapes :

- Le thérapeute mobilise les différents membres de manière passive avec des « *mobilisations* lentes, régulières et monotones » (M. Guiose, 2007, p.24);
- Le thérapeute touche les différentes parties avec sa main en les nommant, et en ajoutant quelques inductions verbales « Pense à ton front qui est lisse, relâché » (Ibid);
- Le relaxé effectue lui-même des mouvements avec un temps de maintien dans une certaine position puis un temps de relâchement.

Pour nos séances, nous avons utilisé la première étape de cette méthode afin d'amener le patient à un état de relâchement complet.

L'eutonie est une autre technique basée sur l'observation des sensations corporelles. Nous proposons un toucher au niveau des mains en verbalisant les caractéristiques de la main en partant de la peau, puis des muscles et enfin des os. « Vous pouvez sentir le creux de la paume » ou encore « repérez les différentes articulations des doigts ».

<u>Vignette clinique</u>:

Nous rencontrons Madame Zaïad, âgée de 51 ans et atteinte de la maladie de Parkinson depuis 2013, au tout début de notre stage. Lorsque nous entrons dans la pièce, madame est dans son fauteuil et j'observe de nombreux tremblements au niveau de sa main gauche. Nous commençons l'évaluation psychomotrice et l'entretien. Quand madame évoque des souvenirs liés à sa vie antérieure à la maladie, j'observe que ses tremblements augmentent rapidement et diminuent lorsque nous changeons de sujet.

Pour rappel, dans la maladie de Parkinson, les réactions tonico-émotionnelles sont importantes. En fin d'évaluation, nous lui proposons un temps de détente, dans son lit. Florence, ayant suivi l'option Eutonie lors de son cursus lui propose une séance inspirée de cette médiation, au niveau des mains. En quelques secondes, madame se concentre sur les sensations. Les tremblements au niveau de sa main gauche disparaissent complètement.

Le toucher-contenant est une technique que nous avons beaucoup utilisée car les retours ont été unanimes de la part des patients, nous avons donc renouvelé l'expérience. Nous effectuons un toucher contenant avec les deux mains (en émettant une légère pression) sur le contour de l'ensemble du corps, en partant de la tête jusqu'au pied.

<u>Vignette clinique</u>:

Nous rencontrons Madame Michel (âgée de 58 ans et atteinte de la maladie de Parkinson depuis 2012) le matin pour une évaluation psychomotrice puis nous la retrouvons l'aprèsmidi pour une séance. Lorsque nous entrons dans la chambre, madame est assise dans son fauteuil et nous explique qu'elle ne pense pas être capable de faire ce que nous lui demandons car elle a une dystonie au niveau du pied droit et qu'elle peut à peine poser le pied par terre. Nous lui expliquons que nous allons faire une séance en fonction de ses capacités. Nous lui proposons de s'allonger à même le sol (sur une couverture) et de venir dans un premier temps marquer les contours de son corps avec un toucher-contenant. Je mène la séance. J'insiste notamment sur les pieds. Madame trouve cela très agréable et souhaite réitérer ce toucher sur les membres inférieurs. En deuxième partie de séance, je lui propose de se relever doucement, en s'arrêtant dans différentes positions qui lui sont confortables, avant la station debout. A chaque arrêt, je réitère ce toucher en appuyant sur les parties en contact avec le sol. Lorsque Madame Michel se retrouve debout, elle arrive à poser l'ensemble du pied au sol et marche sans douleur.

Lors des différents types de relaxation utilisés, les personnes devaient se concentrer sur leurs sensations, sur les points de contacts et les images qui venaient à l'esprit. A chaque fois, nous avons observé une diminution nette des tremblements au niveau des membres supérieurs et des dyskinésies.

Prévention de la chute

Selon le rapport de l'HAS de 2009 « La chute est définie comme le fait de se retrouver involontairement au sol ou dans une position inférieure par rapport à sa position de départ ». Toujours selon ce rapport, au moins un tiers des personnes de plus de 65 ans et la moitié des plus de 80 ans font, au moins une fois, une chute dans l'année et 50% de ces personnes feraient même plusieurs chutes répétées. La maladie de Parkinson, par ces nombreux troubles psychomoteurs (freezing, blocage, fatigue, etc), entraîne des troubles de l'équilibre et de la marche. Ces personnes-là sont encore plus à risque de chuter que les personnes ayant un vieillissement normal. Une fois que la personne a chuté, s'ajoute souvent la peur de chuter de nouveau que ce soit au domicile ou à l'extérieur. Cette peur entraîne souvent une diminution de l'activité physique et s'ensuit un cercle vicieux.

Lors de notre intervention sur le risque de chute, nous prodiguons dans un premier temps des conseils :

- Faire demi-tour en arc de cercle, en imaginant un seau ou une poubelle et en en faisant bien le tour ;
- Stimuler la voûte plantaire avant de se lever pour bien réveiller les pieds ;
- Ne pas se précipiter dans l'action (ne pas courir pour aller répondre au téléphone par exemple);
- Bien orienter le regard vers l'avant, en redressant l'axe du corps ;
- Fractionner les promenades dans la journée : diminuer le temps de sortie (qui fatigue beaucoup) mais en faire deux par jour ;
- Utiliser les aides extérieures comme la canne ou le déambulateur, même si pour certains cela est difficile par rapport au regard des autres, « cela fait vieux » ;
- Sortir accompagné d'un proche ou d'un(e) ami(e).

Dans un deuxième temps, nous travaillons sur les appuis et les équilibres. Pour cela, nous commençons souvent par une stimulation de la voûte plantaire avec une balle à picots, assis ou debout. En effet, les pieds sont sollicités pour marcher mais finalement peu de temps leur est accordé. L'objectif est d'observer les différentes sensations entre un pied stimulé et

l'autre non. En plus de réveiller les récepteurs en dessous du pied, les patients observent que la voûte stimulée permet d'avoir le pied plus plat et donc de mieux sentir l'appui au sol.

Une fois cette stimulation faite, nous continuons le travail autour du transfert d'appuis en position debout. Le corps bascule de droite à gauche mais aussi d'avant en arrière. Lorsque le transfert se fait d'avant en arrière, il faut repérer jusqu'où se fait le point d'équilibre et lorsque que ce point d'équilibre est rompu, comment réussir à se rééquilibrer?

Enfin, un travail d'opposition peut également être fait. Beaucoup de patients parkinsoniens témoignent qu'ils sont effrayés de sortir car ils ont peur de se faire bousculer dans la rue et ensuite de chuter. En effet, comme les gestes sont ralentis, il est plus difficile pour eux de se rattraper. Ainsi, en séance, nous travaillons sur l'ancrage, de rester dans ses appuis malgré le fait d'être poussé de part et d'autre du corps. Nous alternons les rôles de la personne qui pousse et qui est poussée car les deux rôles permettent de travailler sur différents appuis.

L'ensemble de ce travail est accompagné de verbalisation des ressentis, des émotions autour des propositions faites mais aussi autour de la chute, des peurs. Nous terminons toujours la séance par demander à la personne comment elle pourrait réutiliser les exercices proposés notamment la stimulation des pieds, dans sa vie quotidienne. Cela amène à réfléchir aux différentes occasions, de verbaliser les moments propices et favorise sûrement une meilleure intégration de l'activité.

Si un poste de psychomotricien devait s'ouvrir dans le service, plusieurs autres axes d'intervention seraient intéressants.

3.3 Perspectives d'intervention en psychomotricité

Le premier axe serait de travailler avec les équipes soignantes notamment pour les toilettes. Nous pourrions soit :

- Permettre un éveil corporel auprès de la personne, avant la toilette et ainsi faciliter la mise en mouvement. En effet, durant les séances, nous avons pu observer que les réveils corporels proposés permettaient une meilleure amplitude du mouvement, de meilleures sensations corporelles et une disparition de certaines douleurs (souvent liées au manque de mouvement);
- Accompagner le personnel pour les toilettes même, pour les personnes les plus en difficulté. En effet, le psychomotricien a toute sa place dans ce temps car il peut observer les expressions psycho-corporelles du patient, la relation patient-soignant et ainsi permettre un ajustement dans le dialogue tonique;
- Il serait également possible de proposer aux soignants des temps de détente via de la relaxation, ce qui permettrait qu'ils expérimentent le travail du psychomotricien mais aussi cela favoriserait un retour à soi de quelques minutes.

Un deuxième axe de travail serait intéressant à mettre en place, si une salle de psychomotricité était disponible. Il s'agit d'une prise en charge en groupe. En effet, les malades parkinsoniens se retrouvent souvent isolés dans le quotidien comme nous avons pu le voir, ils n'osent plus sortir ni affronter le regard des autres. De plus, une fois hospitalisés, les patients restent toute la journée dans leur chambre et ne voient que les équipes médicales et paramédicales.

Ainsi, proposer un groupe de deux ou trois personnes, autour de la danse, de la gym douce, serait un moyen de se socialiser, de pouvoir échanger autour de la maladie mais aussi autour de la vie quotidienne. Il faudra cependant veiller à proposer cela à des personnes n'ayant pas trop de problèmes de comportement, ainsi qu'à des personnes ayant à peu près la même évolution de la maladie, les mêmes symptômes. La maladie de Parkinson étant une maladie neuro-dégénérative, voir quelqu'un d'autre à un autre stade de la maladie, avec une disponibilité psycho-corporelle moindre, pourrait avoir un impact psychologique négatif.

Enfin, de nombreuses personnes atteintes de la maladie de Parkinson font des chutes et cela va augmenter avec l'avancée de la maladie mais aussi avec le vieillissement de la personne. Il serait intéressant de proposer un atelier « relever du sol » pour sensibiliser les personnes aux techniques pour se relever seul et ainsi diminuer la peur de chuter.

Conclusion

La maladie de Parkinson, par l'ensemble des troubles psychomoteurs qu'elle entraine, est une maladie qui touche la personne dans sa globalité. Le psychomotricien, grâce à son savoir-faire et son savoir-être, va considérer la personne dans son ensemble. Il a donc toute sa place dans la prise en charge de patients parkinsoniens, que ce soit dans leur vie quotidienne ou au moment de leur hospitalisation.

Au cours de mon expérience de stagiaire et lors de la rédaction de ce mémoire j'ai pris conscience des multiples facettes du métier de psychomotricien. En plus de son bagage de savoir-être et de savoir-faire acquis lors de sa formation et de ses expériences professionnelles, le psychomotricien possède des éléments clefs nécessaires à sa pratique. Ces derniers lui permettent d'exercer dans différentes institutions, quelle que soit la durée de la prise en soin. L'instauration d'un cadre, d'une relation et d'une alliance thérapeutique sont primordiaux pour conduire le patient à s'investir dans la séance.

Dans le cas de la prise en soin de patients parkinsoniens, j'ai pu observer les bienfaits de notre présence, bien que nous n'étions là qu'une seule journée par semaine. Les patients éprouvent un relâchement corporel et disent qu'ils se sentent mieux. Certains ont d'ailleurs fait des retours positifs au médecin interne après notre passage, disant que cela leur avait fait du bien. Les bénéfices de l'intervention dans ce service sont d'initier la personne à la psychomotricité, de lui offrir un espace d'expression verbale et corporelle, de l'accompagner dans la gestion de la maladie et de la douleur et enfin de revaloriser l'estime de soi. Nous pouvons imaginer qu'un psychomotricien à temps partiel ou à temps plein permettrait de voir le patient tous les jours, ou un jour sur deux. Cela renforcerait l'intégration des expériences sensori-motrices et en ferait perdurer les effets au delà de l'hospitalisation.

Malgré les contraintes spécifiques à l'hôpital (temps, espace, soins, etc), le psychomotricien a sa place dans ce milieu. Les objectifs sont presque les mêmes qu'une prise en soin longue mais nous devons changer de perspective quand à leur finalité. Nous devons

nous ajuster au plus près des besoins du patient pendant l'hospitalisation, et lui permettre de retrouver une unité corporelle et un bien-être le temps de cette parenthèse.

Il serait également intéressant que le psychomotricien en place à l'hôpital puisse rester en contact avec ces patients pour évaluer l'impact des séances en psychomotricité et connaître la réutilisation de ces propositions. Parmi celles-ci, le patient continue-t-il un suivi en libéral ou dans une structure comme un hôpital de jour ?

Bibliographie

Albaret, J.-M. (2003). Intérêt de la mesure dans l'examen psychomoteur. *Evolutions* psychomotrices, 15(60), 65–74.

Albaret, J.-M. (2011). Le corps et ses représentations—Le point de vue neuropsychologique. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité—Tome 1 concepts fondamentaux* (p. 214 à 223). Solal.

Azulay, J.-P., Witjas, T., & Eusebio, A. (2017). Les signes non moteurs de la maladie de Parkinson. *La Presse Médicale*, 46(2), p195-201.

Ballouard, C. (2006). Le travail du psychomotricien. Dunod.

Ballouard, C. (2011). L'aide-mémoire de psychomotricité—En 25 notions. Dunod.

Baylot, A., Bednarek, S., & Fradet, M. (2019). Psychomotricité en rééducation orthopédique et neurologie adulte. In *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (p. 269–293). Dunod.

Belon, J.-P. (2020). La maladie de Parkinson, une évolution lente et progressive. *Actualités Pharmaceutiques*, 595–596, 20–24.

Bonnet, A.-M., & Hergueta, T. (2016). *La maladie de Parkinson au jour le jour* (John Libbey Eurotext).

Buxeraud, J., & Faure, S. (2020). Les antiparkinsoniens. *Actualités Pharmaceutiques*, 597, 23-26.

Carric, J.-C., & Soufir, B. (2014). *Lexique : Pour le psychomotricien*. Vernazobres-Grego : ERA.

Colombat, S., & Boulin, M. (2020). Stratégies thérapeutiques dans la maladie de Parkinson. *Actualités pharmaceutiques*, *595–596*, 25–28.

Décret n°85-188 du 7 février 1985 Relatif au diplôme d'état de psycho-rééducateur, 85-188 (1985).

Defebvre, L., & Moreau, C. (2017). Traitements médical et chirurgical de la maladie de Parkinson. *La Presse Médicale*, 46(2), 218–224.

Friard, D. (2013). L'alliance thérapeutique. Santé mental, 181, 26-33.

Galliano, A.-C., Pavot-Lemoine, C., & Potel, C. (2011). L'espace et le temps. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité—Tome 1 Concepts fondamentaux* (p. 247–285). Solal.

Grabli, D. (2017). Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens : Les signes moteurs. *La Presse Médicale*, *46*(2), 187–194.

Guiose, M. (2007). Relaxations thérapeutiques. Heures de France.

Guiose, M. (2011). Méthode de relaxation et de gestion du stress. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité—Méthodes et techniques*. Solal.

Hausser-Hauw, C., Jarraya, B., & Bourdain, F. (2016). *Vivre avec la maladie de Parkinson*. Albin Michel.

Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de neuropsychologie*, 2(3), 185.

Kaempf, S., Romatet, D., & Truptil, A. (2011). Unifier de la tête aux pieds—Approche psychomotrice de la problématique de l'identité chez le patient atteint de la maladie de Parkinson. In *Protéger et construire l'identité de la personne âgée psychologie et psychomotricité des accompagnements* (p. 69 à 85). Érès.

Manceau, P. (2019). La maladie de Parkinson (Ellipses).

Marcelli, D. (2007). Entre les microrythmes et les macrorythmes : La surprise dans l'interaction mère-bébé. *Spirale*, n° 44(4), 123.

Martin, E. (2015). La maladie de Parkinson. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité— Tome 3 Clinique et thérapeutiques*. Solal.

Martin, E. (2018). Maladie de Parkinson. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité— Tome 4 Sémiologie et nosographies psychomotrices* (p. 650–665). Deboecksuperieur.

Mespouille, P. (2020). Raideur et tremblement. In *Quand les neurones ne répondent plus— Mieux comprendre les maladies d'Alzheimer et de Parkinson* (p. 179–198). Mardaga.

Pollak, P. (2006). La maladie de Parkinson. O. Jacob.

Potel, C., (2010), Psychomotricité: entre théorie et pratique, Paris: Broché.

Potel, C. (2019). Etre psychomotricien: Un métier du présent, un métier d'avenir. Erès.

Robert-Ouvray, S., & Servant-Laval, A. (2011). Le tonus et la tonicité. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité—Tome 1 concepts fondamentaux* (p. 161–199). Solal.

Rodriguez, M. (2019). Médiations thérapeutiques et techniques spécifiques en psychomotricité. In *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (p. 27–37). Dunod.

Saint-Cast, A. (2009). Introduction—Le bilan psychomoteur dans tous ses états. *Evolutions* psychomotrices, 21(83), 3.

Valentin Lefranc, A., & Pavot-Lemoine, C. (2011). Prévention, éducation et soin. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité—Méthodes et techniques*. Solal.

Vincent, F. (2019). Le bilan psychomoteur sous toutes ses formes. In *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (p. 39–48). Dunod.

Mémoire

Brosolo, J. (2013). *Parkinson, entre ce qui se voit et ne se voit pas... Pertinence d'une intervention psychomotrice ponctuelle auprès de patients atteints de la maladie de Parkinson* [IFP de Bordeaux Segalen]. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00863406/document

Marchica, V. (2018). *Parkinson : Quand la douleur fait TILT!* [IFP de Bordeaux Segalen]. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01838705/document

Sitographie

Rapport Flajolet - Annexe 1.pdf. (2008). Consulté 16 avril 2021, à l'adresse https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf

Education thérapeutique du patient (ETP). (2013). Haute Autorité de Santé. Consulté 15 février 2021, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

HAS. (2016). *Guide parcours de soins—Maladie de Parkinson*. Haute Autorité de Santé. Consulté 29 novembre 2020. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_parkinson.pdf

Maladie de Parkinson. (2016, septembre 19). Collège des Enseignants de Neurologie. https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle/maladie-parkinson

Maladie_de_parkinson_et_syndromes_apparentes_-_rapport_delaboration.pdf. (2016). Consulté 16 avril 2021, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ 2016-07/maladie de parkinson et syndromes apparentes - rapport delaboration.pdf

Parkinson (maladie de). (s. d.). Inserm - La science pour la santé. Consulté 15 février 2021, à l'adresse https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/parkinson-maladie

THÉRAPEUTIQUE: Etymologie de THÉRAPEUTIQUE. (s. d.). Consulté 3 mai 2021, à l'adresse https://www.cnrtl.fr/etymologie/th%C3%A9rapeutique

Annexe III: présentation à l'équipe

Présentation à l'équipe

Définition

----> Ce qui vient spontanément à l'équipe

C'est une profession paramédicale qui travaille sur les interactions permanentes entre le corps (les gestes, les sensations, la motricité) et la tête (cerveau, psychisme, émotions, cognition,...). Donc on va prendre en compte l'individu entier, dans son environnement et avec ses expériences.

On va s'intéresser à :

- son tonus : investissement musculaire dans les postures, les actions, les relations,
- sa motricité globale comme les coordinations, l'équilibre, la marche.
- ses praxies comme l'écriture, la manipulation d'objets au quotidien.
- son rapport à l'espace et au temps : comment on s'oriente, comment on se repère, comment on s'adapte à l'environnement.
- son schéma corporel : les connaissances et la représentation de son corps,
- son fonctionnement psycho-affectif, ses émotions, ses capacités cognitives

Enfin, l'être humain est un être de relation, donc on va aussi observer ses interactions avec l'environnement, avec les autres, et la manière dont il s'y ajuste.

On comprend que des événements au cours du développement ou de la vie de l'individu, notamment des pathologies, peuvent créer des fragilités, des déséquilibres, des ruptures dans cette unité corps-esprit, qui altèrent le bien-être et le fonctionnement de la personne.

→ retour à la salle

Est ce que ces items vous parlent par rapport à votre clinique?

On ne connaît pas encore très bien ces maladies, mais voilà quelques axes qu'on pourrait explorer lors de nos interventions auprès des patients :

- Accueillir la "parole" des patients et favoriser leur communication, verbale et non verbale,
- Les accompagner dans l'expression de leur vécu psychique et corporel ainsi que dans la gestion de leurs émotions et de leur souffrance,
- Favoriser leur régulation tonico-émotionnelle, et notamment une certaine détente via un travail de relâchement musculaire, de relaxation et de respiration,
- Travailler autour de la perception/ conscience de leur corps (schéma corporel et image du corps): les aider à prendre conscience des nouveaux repères corporels et à se réapproprier leur corps par le plaisir de faire et de ressentir.
- Favoriser le maintien des compétences actuelles (rester en mouvement, renforcer l'équilibre, prévenir la chute)
- Créer des outils permettant l'autonomisation du patient autour de ces axes

Ce ne sont que des idées qui bien sûr sont à adapter en fonction des patients que nous rencontrerons. Concrètement voici comme se déroule une PEC en psychomotricité :

- Bilan : pour évaluer les aptitudes, les compétences et les difficultés de la personne à un instant T. Nos outils : entretien, examen du tonus et des mobilités articulaires, tests standardisés ou mises en situation
- Définition d'axes de travail en fonction des résultats du bilan
- Médiations possibles lors des séances : relaxation, expressivité du corps comme la danse, le dessin, conscience corporelle, parcours

e travail du psychomotricien Ses champs d'action



Lors de retard du développement psychomoteur.

Lors d'un échec scolaire lié à un trouble d'apprentissage

Lors de l'évolution d'une maladie ou d'un handicap

Prévention. rééducation et thérapie

du bébé à la personne âgée

Lors d'un accident, d'un traumatisme ou d'un événement de vie marquant

Lors de troubles du comportement ou de la personnalité, en lien avec des désordres psychomoteurs

Lors de difficultés de régulation émotionnelle ou de communication



Bilan: examen psychomoteur, basé sur un entretien, des mises en situations, des épreuves et tests standardisés, qui permet d'évaluer les aptitudes, les compétences et les difficultés de la personne à un instant T.

Le projet thérapeutique : construction d'objectifs et d'axes thérapeutiques en fonction des résultats du bilan. Il s'inscrit souvent dans une prise en charge pluridisciplinaire.

Les médiations : relaxation, conscience corporelle, expressivité, jeux, médiations animales, sportives et artistique, musique, danse, eau, mime, voix, théâtre...

> Les séances de psychomotricité, valorisantes et stimulantes, renforcent la motivation et le plaisir,

tout en impliquant le corps et le cerveau dans leurs multiples interactions.

Qu'est ce que la psychomotricité?

C'est une discipline

C'est une profession paramédicale



Elle considère l'individu dans son unité et s'intéresse aux liens et interactions permanents entre le corps et le psychisme.



Des **événements** au cours du développement ou de la vie de l'individu peuvent créer des fragilités, des déséquilibres, des ruptures dans cette unité corps-esprit, qui **altèrent le bien-être et le fonctionnement** de la personne.

Ce sont les **troubles psychomoteurs,** reflets

corporels d'une

perturbation d'origine

organique ou

psychique.



pour maintenir, renforcer ou rétablir l'harmonie psychocorporelle de la personne.



Pris en charge par un/e

Psychomotricien/ne

Résumé

La maladie de Parkinson est une maladie neurodégénérative, qui peut obliger le malade à être hospitalisé plusieurs fois au cours de sa vie. Ce mémoire de fin d'étude retrace ma réflexion et mon expérience dans la prise en charge de patients parkinsoniens mais également l'intégration de la psychomotricité, au sein d'un service d'hospitalisation court séjour. Lors de ces séjours, nous sommes, en tant que psychomotriciens, amenés à accompagner la personne atteinte de la maladie de Parkinson vers un mieux-être psychique et corporel. La durée brève de l'hospitalisation, nous pousse à penser la prise en charge autour de deux ou trois séance. Le psychomotricien utilise son savoir-faire (notamment via des médiations corporelles) et son savoir-être pour ramener le patient à ses sensations, ses ressentis et à retrouver une certaine connexion entre son corps, son esprit et ses émotions.

<u>Mots clefs</u>: Psychomotricité - maladie de Parkinson - Hospitalisation - Court séjours - Alliance thérapeutique - Unité corporelle -

Summary

Parkinson's disease is a neurodegenerative disease, then can lead the patient to be hospitalized several times in his lifetime. This dissertation explains my thinking and experience in the care of patients with Parkinson's disease and also in the integration of psychomotor skills in a short-stay hospital service. During these stays, as psychomotor specialists, our ain is to accompany the patient towards a mental and bodily well-being. The short duration of hospitalization, leads us to think of taking care in about two or three sessions. The psychomotor uses his know-how (especially via body mediations) and his social skills to bring the patient back to his sensations, his feelings and to find some connection between his body, his mind and his emotions.

<u>Keywords</u>: Psychomotricity - Parkinson's disease - Hospitalization - Short stays - Therapeutic alliance - Body unit -