



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



N° de mémoire 2310

Mémoire d'Orthophonie
présenté pour l'obtention du
Certificat de capacité d'orthophoniste

Par

ANDRIEU MANON

**Relaxation et personne âgée institutionnalisée :
mise en place d'un protocole et étude des effets sur l'anxiété**

Mémoire dirigé par

FLAMAND-ROZE Constance

Mémoire évalué par

**BRUNIER Anne-Laure
BUISSON Blandine**

Année académique

2022-2023

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION
DEPARTEMENT ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Pr. Jacques LUAUTÉ

Équipe de direction du département d'orthophonie

Directeur de formation
Solveig CHAPUIS

Coordinateur de cycle 1
Claire GENTIL

Coordinateur de cycle 2
Ségolène CHOPARD

Responsables de l'enseignement clinique
Johanne BOUQUAND
Ségolène CHOPARD
Alice MICHEL-JOMBART

Responsables des travaux de recherche
Mélanie CANAULT
Floriane DELPHIN-COMBE
Claire GENTIL
Nicolas PETIT

Responsable de la formation continue
Johanne BOUQUAND

Responsable du pôle scolarité
Rachel BOUTARD

Secrétariat de scolarité
Audran ARRAMBOURG
Sigolène-Victoria CHEVALIER
Danièle FEDERICI

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Mme BROCHIER Céline

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Vice-président CR
M. HONNERAT Jérôme
Délégué de la Commission Recherche Secteur
Santé

Directeur Général des Services
M. ROLLAND Pierre

1 Secteur Santé

U.F.R. de Médecine Lyon Est Doyen
Pr. RODE Gilles

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Pr. DUSSART Claude

U.F.R. de Médecine et de maïeutique
Lyon-Sud Charles Mérieux Doyenne
Pr. PAPAREL Philippe

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Pr LUAUTÉ Jacques

U.F.R. d'Odontologie
Pr. MAURIN Jean-Christophe

2 Secteur Sciences et Technologie

U.F.R. Faculté des Sciences
Directeur **M. ANDRIOLETTI Bruno**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

U.F.R. Biosciences
Directrice **Mme GIESELER Kathrin**

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **M. GUIDERDONI Bruno**

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **M. BODET Guillaume**

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut National Supérieure du
Professorat et de l'Éducation (INSPé)
Directeur **M. CHAREYRON Pierre**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T. LYON 1)
Directeur **M. MASSENZIO Michel**

Résumé

L'anxiété peut se manifester par des symptômes physiques, somatiques ou des troubles du comportement. Ce sentiment peut avoir des répercussions sur la qualité de vie, mais également majorer le déclin cognitif chez le sujet âgé. Ce dernier y est pourtant considérablement enclin, bien que son anxiété soit couramment sous-évaluée, voire non évaluée.

Si la prise en soin de l'anxiété repose habituellement majoritairement sur des thérapies médicamenteuses, l'objectif de cette étude a été d'évaluer l'effet que pourrait avoir une thérapie alternative sur ce sentiment. Pour ce faire, un protocole de relaxation issu des techniques d'optimisation du potentiel® (TOP) a été créé et testé sur trois sujets vivant en EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante).

La volonté de cette étude de cas étant de mesurer l'impact d'un protocole de relaxation sur l'anxiété de sujets âgés institutionnalisés, les trois sujets ont bénéficié de 6, 5 et 3 séances de relaxation pendant 10 semaines de traitement.

Leur trait anxieux a été relevé en semaine 1 et en semaine 10 à l'aide de l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale). Des notes concernant l'état de détente et de relaxation ont également été recueillies afin de quantifier l'effet de la relaxation chez les participants.

L'effet bénéfique de la relaxation sur les scores d'anxiété relevés à l'échelle HAD n'a pas pu être démontré, mais tous les sujets se sont trouvés plus relaxés et détendus lors des séances pendant lesquelles le protocole de relaxation a été proposé.

La relaxation pourrait donc être un moyen efficace de réduire l'anxiété chez des sujets âgés et peut être mise en place en EHPAD. Une étude plus longue, sur un plus grand échantillon, avec des séances de relaxation pratiquées de manière intensive pourrait permettre de révéler une baisse de l'anxiété à moyen terme.

Mots-clés : anxiété – relaxation – neurologie – personne âgée – institutionnalisation – étude de cas.

Abstract

Anxiety can manifest itself through physical, somatic or behavioural symptoms. This feeling can have repercussions on the quality of life, but also increase cognitive decline in the elderly. The latter are nevertheless considerably prone to it, although their anxiety is commonly underestimated or even not evaluated.

If the treatment of anxiety is usually based on drug therapies, the objective of this study was to evaluate the effect that an alternative therapy could have on this feeling. To do this, a relaxation protocol based on Potential Optimization Techniques® (TOP) was created and tested on three subjects living in an EHPAD (Establishment of Accommodation for Dependent old Persons).

The objective of this case study was to measure the impact of a relaxation protocol on the anxiety of institutionalized elderly subjects. The three subjects received 6, 5 and 3 relaxation sessions during 10 weeks of treatment.

Their anxiety trait was recorded in week 1 and week 10 using the Hospital Anxiety and Depression scale (HAD). Scores on the state of relaxation were also collected to quantify the effect of relaxation on the participants.

The beneficial effect of relaxation on HAD anxiety scores could not be demonstrated, but all subjects were found to be more relaxed during the sessions in which the relaxation protocol was offered.

Relaxation could therefore be an effective means of reducing anxiety in elderly subjects and can be implemented in EHPAD. A longer study, on a larger sample, with relaxation sessions practiced intensively could reveal a decrease in anxiety in the medium term.

Key words : anxiety – relaxation – neurology – elderly – institutionalization – case study.

Remerciements

Je tiens particulièrement à remercier Constance Flamand-Roze, ma directrice de mémoire et de DRTO. Merci pour tes bons conseils, tes relectures avisées, et surtout merci de m'avoir aidée, grâce à ta bienveillance et ton renforcement positif, à toujours croire en moi et en mes capacités.

Je remercie également Sarah Botmi, ma dernière maître de stage, pour sa patience, ses précieux conseils et son accompagnement lors des séances de relaxation. Un grand merci à mes trois patients, Mme G, Mme B et M. H, qui m'ont accordé leur confiance, leur temps, et m'ont permis de réaliser ce mémoire.

Merci à tous mes maîtres de stage qui m'ont permis, pendant ces cinq années, de faire grandir ma passion pour l'orthophonie et d'en découvrir les nombreuses facettes.

Merci aux professeurs du CFUO de Lyon, pour leurs cours enrichissants, à l'équipe de direction qui a toujours fait son possible pour nous rendre la vie étudiante plus agréable, ainsi qu'aux responsables de mémoire M. Petit et Mme Delphin-Combe pour leurs nombreux conseils et le temps qu'ils ont accordé à chacun d'entre nous.

Merci à la promotion 2023 : de futures orthophonistes bienveillantes, drôles et gentilles. C'était un plaisir de faire mes études à vos côtés.

Un grand merci à mes amies pour m'avoir soutenue et supportée pendant ces cinq années, merci pour leurs relectures, leurs conseils, mais surtout merci pour les pauses et les bons moments passés en dehors de la faculté.

Merci à Sacha de m'avoir aidée à reprendre goût au travail, d'avoir rendu ces journées assis devant nos ordinateurs moins moroses, d'avoir ensoleillé mon quotidien. Merci pour tes précieux conseils, ton implication dans mes études, ta patience au quotidien, ta grande gentillesse et ton amour.

Merci à mes sœurs, Pauline et Romane, pour leur amitié, leur aide précieuse et leur disponibilité. Merci à vous de rendre ma vie plus légère et plus douce.

Enfin, un immense merci à mes parents, sans qui je n'aurais pas pu devenir orthophoniste. Merci pour leur immense soutien tout au long de mes études, merci pour toutes les heures qu'ils m'ont consacrées, merci pour leur patience, leurs conseils et leurs encouragements. Je leur en suis infiniment reconnaissante.

Sommaire

I	Partie théorique.....	1
1	L'anxiété	1
1.1	Définition, symptomatologie et évaluation et l'anxiété	2
1.2	Prévalence de l'anxiété chez le sujet âgé.....	3
1.3	Prévalence de l'anxiété chez le sujet âgé ayant un déclin cognitif	3
1.4	Influence de l'institutionnalisation sur l'anxiété du sujet âgé	4
2	La relaxation	5
2.1	Définition et procédés	5
2.1.1	La méthode analytique à point de départ physiologique.....	6
2.1.2	La méthode globale au point de départ psychothérapique	6
2.1.3	Les techniques d'optimisation du potentiel, entre méthode analytique et méthode globale.....	7
2.2	Relaxation et anxiété	7
2.3	Relaxation chez le sujet âgé.....	8
2.4	Neuro-anatomie de la relaxation.....	10
3	Problématique et hypothèses	10
II	Méthodologie	11
1	Population.....	11
2	Matériel	12
2.1	“Hospital Anxiety and Depression Scale” (HAD) comme mesure de l'anxiété 12	
2.2	Protocole de relaxation	13

2.3	La musique comme outil complémentaire	13
3	Procédure	14
III	Résultats	16
1	Présentation des participants	16
2	Réponses à la HAD, échelle mesurant les traits anxieux	16
3	Effets de la relaxation chez les sujets.....	19
IV	Discussion.....	22
1	Mise en relation des données issues de la littérature avec les résultats obtenus	22
2	Biais et limites de cette étude	25
3	Apports et perspectives en orthophonie	27
	Conclusion	28
	Références.....	30

I Partie théorique

L'anxiété se définit par une sensation désagréable de peur et d'angoisse, très fréquemment accompagnée de symptômes somatiques tels que des palpitations, une oppression thoracique, la sensation de gorge serrée, des tremblements ou encore une hypersudation (Palazzolo, 2019). Ce sentiment peut nuire à la qualité de vie, la confiance en soi et en ses capacités, ainsi que majorer le déclin cognitif et la perte d'autonomie du sujet âgé (Bastien & Michel, 2014). L'anxiété est la conséquence de multiples facteurs sous-jacents tels que l'environnement (familial avec transmission des états anxieux des parents, scolaire avec une anxiété de performance...), l'état physique, la maladie ainsi que la vulnérabilité liée à l'âge et au déclin cognitif. La personne âgée étant plus sensible aux angoisses, notamment dues à la maladie, à la mort, ou encore à l'incapacité de rester chez soi, y est donc particulièrement exposée (Gomoll & Kumar, 2015).

Selon le rapport de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques), l'espérance de vie à la naissance ne cesse d'augmenter ces dernières années (Insee, 2021). La population vieillit et, malgré un meilleur accès aux soins et une meilleure prise en charge des pathologies dégénératives, l'institutionnalisation est souvent l'issue privilégiée face à un déclin de l'autonomie. Cette institutionnalisation, majoritairement en EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante), peut, dans certains cas, majorer les états anxieux des sujets âgés et participer à la détérioration de leurs capacités physiques et/ou cognitives (Trouillet & Gély-Nargeot, 2009).

Ce sentiment d'anxiété peut diminuer grâce à différentes prises en soin, médicamenteuses ou non. La relaxation est un bon exemple de médiation thérapeutique permettant de remplacer ou diminuer les tranquillisants chez la personne âgée par le biais d'un contrôle des émotions et d'une détente globale (Larroque, 2013).

Dans un premier temps, une description de l'anxiété et de ses répercussions sur le sujet âgé sera effectuée. Ensuite, les différents procédés de relaxation seront cités, ainsi que leur lien avec l'anxiété, notamment chez le sujet âgé. Dans un second temps, la méthodologie de cette étude sera présentée. Enfin, les résultats seront décrits, discutés puis mis en perspective.

1 L'anxiété

Afin de définir correctement l'anxiété, il est important de différencier le sentiment anxieux du trouble anxieux. Les signes de base de l'anxiété aux niveaux émotionnel, cognitif et comportemental ne résultent pas d'un trouble et ne nécessitent que rarement une prise en soin. Le trouble anxieux généralisé (TAG) exige une prise en charge adaptée, pouvant aller de la psychothérapie au traitement pharmacologique (Collège national des universitaires en psychiatrie et al., 2021). Le TAG est décrit par le DSM-V (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) comme une symptomatologie chronique du trait anxieux, persistant depuis plus de six mois et ayant une incidence majeure sur la qualité de vie du sujet, ainsi que

des symptômes associés. Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux différencie le trouble anxieux d'une anxiété dite « normale », cette dernière étant moins persistante (American Psychiatric Association, 2013).

Si les articles ne font pas toujours la différence entre l'état anxieux et le TAG, cet écrit n'abordera l'anxiété que sous forme de sentiment et non de trouble.

1.1 Définition, symptomatologie et évaluation de l'anxiété

L'anxiété se définit comme une réaction physique et mentale à un stimulus donné, provoquant des réactions physiologiques et physiques de l'organisme, telles que l'augmentation de la fréquence cardiaque, des tensions musculaires, des troubles digestifs, des vertiges... (Ducher, 2011). Ces symptômes sont perçus par les sujets comme très désagréables et peuvent se manifester sous différentes formes, allant de la peur paralysante à l'agitation (Palazzolo, 2019). Les conséquences de l'anxiété sont : la fatigue (qui peut être induite par des insomnies à répétition causées par le stress), des troubles cognitifs (déclin au niveau mnésique, attentionnel et/ou exécutif ainsi que des conduites d'évitements ou addictives), des troubles somatiques tels qu'un dysfonctionnement de la sphère digestive, des douleurs musculaires ainsi que des symptômes neurologiques (acouphènes, vertiges, fourmillements...) et des troubles du comportement (Baste, 2016).

Au niveau biologique, l'anxiété résulte d'un « dérèglement des systèmes adaptatifs neurophysiologique et cognitif » (Servant, 2019). Cette sensation est à l'origine d'une hyperactivation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, qui a pour effet d'augmenter le taux de cortisol dans le sang. Le cortisol étant toxique pour les neurones, il altère les structures qui régissent les processus mnésique et exécutif, l'hippocampe et le cortex pré-frontal (Masse et al., 2018). L'anxiété est donc étroitement liée aux processus mnésiques et aux fonctions exécutives.

Afin d'évaluer l'anxiété, une échelle de mesure a été développée par A.S Zigmond et R.P Snaith en 1983 : la HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Zigmond & Snaith, 1983). Cette échelle d'autoévaluation se présente sous la forme de deux sous-échelles de sept items chacune, la première permettant de déceler un trait anxieux et la seconde un trait dépressif. Créée afin de déceler les symptômes anxieux et dépressifs chez les patients des cliniques hospitalières non psychiatriques, son utilisation s'étend désormais à la pratique non hospitalière (Bjelland et al., 2002).

Une étude menée par Y. Alamri, I. Al-Busaidi, M. MacAskill et T. Anderson en Arabie Saoudite a démontré une vision de la santé mentale encore négative, les symptômes tels que l'anxiété et la dépression étant parfois considérés comme une faiblesse ou une incapacité d'adaptation (Alamri et al., 2015). En France, les symptômes mentaux restent encore stigmatisés malgré une avancée majeure ces dernières décennies. Ils ne sont pas toujours mis en avant dans des maladies ayant une symptomatologie différente, et sont parfois refoulés par les patients. Cette

stigmatisation peut repousser la prise en soin de symptômes tels que l'anxiété (Roelandt et al., 2010). Une prise en soin non médicamenteuse reste moins redoutée par les patients, celle-ci ayant moins d'effets secondaires et étant moins stigmatisante.

L'évaluation et le traitement de l'anxiété pourraient être simplifiés par une meilleure reconnaissance de l'anxiété chez les sujets.

1.2 Prévalence de l'anxiété chez le sujet âgé

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) qualifie la qualité de vie comme la « perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ». Ce concept est largement influencé par la santé physique et mentale du sujet ainsi que ses relations avec ses pairs et sa capacité à décider de sa vie (Conversat-Nigay et al., 2010). Si la qualité de vie d'un individu est fortement liée à ses relations sociales et à sa capacité à faire des choix, il paraît évident que celle-ci puisse diminuer chez le sujet âgé, qui devient au fil des années plus isolé et dépendant.

Le sujet âgé est particulièrement enclin à l'anxiété. Cela s'explique par un fonctionnement plus passif de ce dernier, qui devient souvent plus dépendant, participe à moins d'activités, côtoie moins de monde. Cette baisse d'activité est la cause d'une plus grande vulnérabilité psychologique (Bergua et al., 2006). Chez le sujet âgé, l'anxiété s'exprime sous la forme d'une symptomatologie physique, de troubles cognitifs accrus ainsi que d'une modification du comportement (Kuhnel et al., 2010). La vieillesse est également souvent synonyme d'une anxiété liée à la mort et à la séparation particulièrement importante. Plus le sujet vieillit, plus le nombre d'expériences vécues est grand, multipliant les deuils et les séparations à vivre. La personne âgée a tendance au repli sur soi, ce qui mène à un état de solitude et majore le sentiment d'anxiété grandissant (Compagnone et al., 2004). Ce sentiment altère la qualité de vie et n'est pas toujours correctement reconnu dans la population gériatrique. De plus, cette population est plus sujette aux douleurs liées à l'âge, ainsi qu'aux maladies dégénératives et au déclin cognitif, ce qui peut rendre le diagnostic plus fastidieux. Les personnes âgées ne sont donc pas toujours traitées ni pour l'angoisse ni pour les symptômes somatiques que celle-ci génère (Masse et al., 2018).

Les comorbidités les plus fréquentes de l'anxiété chez le sujet âgé sont la dépression et le déclin cognitif (Wolitzky-Taylor et al., 2010). Cependant, la dépression est souvent plus visible et mieux traitée que les traits anxieux, souvent délaissés et normalisés (Gomoll & Kumar, 2015). Il existe chez les personnes âgées une plus grande propension à l'anxiété liée aux problèmes de santé physique plus susceptibles de survenir avec le vieillissement (El-Gabalawy et al., 2013).

1.3 Prévalence de l'anxiété chez le sujet âgé ayant un déclin cognitif

L'anxiété est un symptôme courant chez les patients ayant un trouble cognitif. Elle est présente

dans la majorité des cas de maladie d'Alzheimer ou de démence type Alzheimer (DTA), ainsi que dans les troubles neurocognitifs (TNC). Un fort ressenti d'anxiété chez un patient ayant un TNC augmenterait même le risque d'évolution du trouble vers la maladie d'Alzheimer (Gomoll & Kumar, 2015). Les symptômes neuropsychologiques tels que l'apathie, la dépression ou l'anxiété sont des manifestations précoces de la maladie d'Alzheimer et représentent une part importante du diagnostic (Johansson et al., 2022). En effet, si la plainte mnésique est souvent centrale, les dimensions cognitive et émotionnelle sont également des aspects importants de la maladie. Parmi eux, l'anxiété et la dépression sont les plus communs (Bastien & Michel, 2014)

Dans la maladie de Parkinson, l'anxiété figure également parmi les symptômes non moteurs les plus fréquents (Alamri et al., 2015). Un sentiment de stress et d'angoisse doit être repéré rapidement, car il peut accélérer les manifestations motrices et comportementales de la pathologie (Roze, 2012). Le diagnostic dans ces pathologies est souvent retardé par une focalisation sur les symptômes physiques et parfois un déficit au niveau de l'expression orale, rendant la plainte plus compliquée à faire émerger.

L'anxiété chez les patients ayant une affection neurologique reste très compliquée à diagnostiquer (Gomoll & Kumar, 2015). En effet, si les manifestations visibles des pathologies neurologiques sont souvent prises en charge rapidement, d'autres symptômes comme l'anxiété sont plus silencieux et plus difficiles à repérer (Kuhnel et al., 2010). De plus, les difficultés d'expression de ces patients peuvent les empêcher de manifester leurs angoisses. Il sera alors nécessaire d'être attentif aux comportements associés tels que la perte d'appétit, les troubles du sommeil, l'agitation ainsi que la déambulation (Engasser et al., 2015).

1.4 Influence de l'institutionnalisation sur l'anxiété du sujet âgé

L'institutionnalisation est souvent justifiée par de nouvelles incapacités liées à la vieillesse (incapacités physiques et mentales) nécessitant une surveillance accrue et une prise en charge pluridisciplinaire, ce qui complique le maintien à domicile (Gaucher, 2002; Kuhnel et al., 2010). La majorité des sujets institutionnalisés ne sont pas à l'origine de cette décision, ce qui rend le changement plus compliqué à accepter (Conversat-Nigay et al., 2010; Masse et al., 2018). Généralement, l'anxiété augmente dès qu'un changement important se produit. Elle est stabilisée par une nouvelle routine et une connaissance des éléments qui ont déclenché ce changement. L'entrée en institution ne modifie pas à long terme la personnalité des personnes âgées, mais un état anxieux temporaire est très souvent observé chez le nouvel arrivant d'un EHPAD. De plus, l'institutionnalisation induirait également une régression de l'état physique et mental, une sorte de « retour en enfance », majorée par une perte d'indépendance significative (Trouillet & Gély-Nargeot, 2009).

Dans les institutions, les stimulations environnementales et sociales diminuent. Les sujets âgés sont souvent seuls en chambre et les repas ne sont pas toujours source de grandes

discussions. De plus, du fait des nombreuses pathologies regroupées en institution, la communication et les habiletés sociales sont moins sollicitées (Bergua et al., 2006). Les personnes âgées devenant plus passives dans ce contexte d'institution (moins de loisirs, moins d'activités, moins de relations sociales...), le déclin cognitif est souvent majoré, et entraîne une hausse significative du niveau d'anxiété (Kramer et al., 2004).

L'anxiété est en lien avec les aires qui régissent les fonctions exécutives et la mémoire. Il est donc important de savoir la prendre en charge afin d'en limiter les répercussions. Chez la personne âgée, il existe une corrélation entre l'anxiété et le déclin cognitif. Afin de diminuer ce sentiment et ses manifestations physiques et comportementales, des prises en charge, médicamenteuses ou non, existent. Chaque année en France, des millions d'ordonnances pour des médicaments anxiolytiques sont délivrées. Si ces médicaments peuvent s'avérer très efficaces sur les troubles anxieux, ils peuvent parfois être évités chez les individus souffrant d'anxiété non pathologique (Baste, 2016). La relaxation peut alors constituer un pilier de la prise en soin de l'anxiété sans pour autant induire une accoutumance potentiellement nuisible au patient, un abaissement de la vigilance ou encore d'autres effets secondaires (Knapp et al., 2017; Larroque, 2013).

Dans cet écrit, la relaxation sera abordée comme thérapie alternative permettant de limiter l'impact négatif de l'anxiété sur la cognition.

2 La relaxation

2.1 Définition et procédés

La relaxation est décrite en 2003 par Philippe Brenot par « une décontraction musculaire (...) et une focalisation sensorielle » qui induisent une détente du corps et de l'esprit (Brenot, 2003). Le pionnier de cette méthode est Johannes Heinrich Schultz, qui a créé dans les années 1910 un procédé très précis : le training autogène. Ce procédé sera décrit plus tard dans cet écrit. J.H Schultz décrit la relaxation comme une « technique de détente » permettant d'« induire par des exercices physiologiques et rationnels précis une déconnexion générale de l'organisme ». L'état de calme et de détente suscité permettrait alors une modulation des psychés ayant une incidence négative sur le corps et l'esprit (Schultz, 2013).

La relaxation permet de contrôler l'émotivité et ainsi d'atténuer l'anxiété (Larroque, 2013) grâce à une décontraction musculaire et une détente mentale entraînant des modifications de certains indices somatiques tels que la réduction du débit cardiaque ainsi qu'un hypométabolisme (à l'inverse de l'hypermétabolisme usuellement provoqué par les états de stress et d'anxiété : accélération du rythme cardiaque, augmentation de la sécrétion de cortisol et d'adrénaline...) (Brenot, 2003; Jorm et al., 2008).

Robert Durant de Bousingen, dans son écrit sur la relaxation, distingue deux méthodes : la méthode analytique et la méthode globale (Durand de Bousingen, 1961). Ces deux méthodes ainsi que les différents procédés pouvant être utilisés pour chacune seront décrits pour une

meilleure compréhension de la relaxation dans sa globalité.

2.1.1 La méthode analytique à point de départ physiologique

La méthode analytique consiste à utiliser au premier plan une détente physiologique grâce à une meilleure conscience des tensions et détentes musculaires (Durand de Bousingen, 1961). Edmund Jacobson a créé la « relaxation progressive », qui s'appuie sur une détente physique des membres supérieurs vers les membres inférieurs afin d'accéder à une relaxation psychique. Cette méthode est strictement basée sur la détente physique et n'utilise pas de suggestions comme pour beaucoup de relaxations. Le procédé peut paraître fastidieux et sa mise en œuvre longue et compliquée. En effet, afin de réaliser correctement la relaxation progressive de Jacobson, le patient doit suivre une thérapie hebdomadaire sur plusieurs mois, voire plusieurs années (Baste, 2016). La relaxation est donc synonyme d'absence de contraction musculaire pour ce procédé. Aiginger place également son courant de relaxation dans la méthode analytique avec une éducation à la respiration dans son training compensé. L'objectif de cette éducation – ou rééducation – est d'induire une détente cérébrale. En effet, ce training part du principe que la respiration permet une sédation de certaines aires corticales comme les noyaux sous-corticaux en lien avec l'irritabilité, les phobies et l'anxiété (Durand de Bousingen, 1961). La technique de Jarreau et Klotz fait également partie du courant analytique et présente la relaxation comme une balance entre la pesanteur (« les membres deviennent un à un de plus en plus lourds ») et une auto-décontraction musculaire afin d'obtenir un déconditionnement des tensions résiduelles.

2.1.2 La méthode globale au point de départ psychothérapique

Cette méthode concerne les relaxations dont le point de départ est le mental. Au lieu de relâcher uniquement les muscles, un relâchement psychologique est suggéré.

La plus connue de ces relaxations est le training autogène de Schultz, qui se décompose en six domaines : les muscles, le système vasculaire, le cœur, la respiration, les organes abdominaux et la tête (Durand de Bousingen, 1961). Ce procédé, inspiré entre autres par l'hypnose, cherche à produire une détente globale du sujet à travers des suggestions. Il existe deux cycles : le cycle inférieur et le cycle supérieur, se concentrant sur la sensorialité et la psyché du sujet (Baste, 2016). Si cette relaxation fait partie des plus connues, elle requiert cependant une technique très précise et ne peut être délivrée que par un médecin (Durand de Bousingen, 1961).

L'entraînement psycho-physiologique par la relaxation de J. Ajuriaguerra est également une relaxation à dominance sensorielle, se concentrant sur la pesanteur et la sensation de chaleur, ainsi que sur une détente musculaire (Durand de Bousingen, 1961). N. Baste place au centre de cette méthode un « dialogue tonico-émotionnel qui se joue dans la relation patient-thérapeute » (Baste, 2016).

2.1.3 Les techniques d'optimisation du potentiel, entre méthode analytique et méthode globale

Les techniques d'optimisation du potentiel[®] (TOP) ont été créées par le docteur Edith Perreaut-Pierre (médecin des armées) dans les années 1990. Initialement développé pour limiter les situations d'anxiété dans le contexte militaire, cet ensemble de techniques (respiration, relaxation, imagerie mentale et dialogue interne) est désormais élargie aux professionnels de santé et à leurs patients. Selon C. Flamand-Roze, « ces exercices simples à intégrer et rapides à pratiquer apprennent à se préparer mentalement à des situations stressantes, mais également à faire face et à récupérer » (Flamand-Roze, 2022). Cette méthode intégrative s'inscrit dans un courant plus moderne que les procédés de relaxation cités ci-dessus. La partie « relaxation » de la méthode TOP s'inspire donc des méthodes analytiques et globale. E. Perreaut-Pierre propose quatre types de relaxation : la relaxation musculaire directe (qui consiste à suggérer au sujet de ressentir sans rien faire une relaxation et un relâchement de chacun de ses muscles), la relaxation musculaire indirecte (ou contracté/relâché, durant laquelle le sujet contracte les groupes musculaires sur l'inspiration et les relâche sur l'expiration), la relaxation sensorielle (dans laquelle les notions de chaleur/fraicheur, lourdeur/légèreté sont évoquées par le praticien) et la relaxation paradoxale (au cours de laquelle le praticien suggère d'observer les sensations du corps sans rien chercher à modifier, sans même évoquer la relaxation). Le relâchement physique est ainsi couplé à la relaxation mentale afin de permettre une régulation physiologique et psychologique. E. Perreaut-Pierre décrit les TOP comme « une méthode de préparation mentale tout à fait appropriée au sein d'une démarche intégrative de prise en charge de gestion du stress et de patients souffrant des effets négatifs du stress ». Ainsi, cette méthode de relaxation semble tout à fait appropriée à la réduction de l'anxiété (Perreaut-Pierre, 2015). En permettant d'optimiser au mieux les ressources physiques et psychologiques d'un individu et en recentrant son attention sur son corps et ses sensations, ces techniques peuvent facilement s'inscrire dans une prise en soin (Canini & Trousselard, 2016).

Une de ces méthodes de relaxation TOP sera utilisée dans la partie méthodologie de cet écrit.

2.2 Relaxation et anxiété

L'anxiété a une composante émotionnelle, comportementale ainsi qu'une composante physiologique. Cette dernière composante évoque les symptômes physiques ressentis par les sujets anxieux, tels que l'augmentation de la fréquence cardiaque, l'hyperventilation, les tremblements ou encore les tensions musculaires (Fresard & Khazaal, 2008). La relaxation n'agit pas sur la sensation d'angoisse directement, mais sur les comportements que celle-ci engendre et les signes physiques associés. Du fait de l'immobilité suggérée, le retour au calme ainsi que la focalisation sensorielle de la relaxation, une réduction de l'activité somatique est observée (Brenot, 2003). Cette méthode simple, non invasive et dénuée d'effets secondaires

a non seulement un effet positif sur l'attention, la mémoire, la cognition et les fonctions exécutives, mais aussi sur l'anxiété (Chen et al., 2020; Golding et al., 2016). Une étude de cas unique réalisée par E. Fresard et Y. Khazaal en Suisse a démontré un effet positif de la relaxation appliquée sur la composante physiologique des sujets anxieux. En effet, des mesures telles que la fréquence cardiaque, la pression sanguine ou encore la conductance cutanée ont été réalisées en situation de stress puis de relaxation.

La relaxation appliquée a permis une réduction des symptômes somatiques de l'anxiété. De plus, cet effet perdure dans le temps grâce à une augmentation de la flexibilité physiologique, qui permet un meilleur conditionnement au retour au calme (Fresard & Khazaal, 2008).

Une étude réalisée par une équipe de l'université de York, en Angleterre, a tenté de comparer les différents moyens de lutter contre l'anxiété après un accident vasculaire cérébral (AVC). La relaxation a été utilisée, ainsi que les médicaments et les psychothérapies. Les résultats ont pu être comparés grâce à l'évaluation du trait anxieux par l'échelle HAD. Au bout d'un mois, les chercheurs ont pu démontrer que le groupe ayant eu accès à la relaxation avait vu son anxiété diminuer. Cette diminution de l'anxiété a également été perçue chez les patients bénéficiant d'un traitement pharmacologique. Cependant, ces derniers ont souffert d'effets secondaires tels que des nausées, des vomissements et des palpitations (Knapp et al., 2017). La relaxation permet donc un effet tranquillisant et agit sur les composantes physiologique et psychologique de l'angoisse sans pour autant avoir d'effets néfastes. Elle atténue l'anxiété et permet l'apprentissage d'une meilleure maîtrise de l'émotivité (Larroque, 2013).

Une équipe de l'hôpital San Juan de Alicante, en Espagne, a tenté d'évaluer l'efficacité des techniques de relaxation en tant que thérapies complémentaires. Une étude a été menée sur des patients ayant déjà un traitement médicamenteux. Ces patients ont été divisés en deux groupes : le groupe expérimental a bénéficié de relaxation et de médicaments, tandis que le groupe contrôle n'avait droit qu'aux médicaments. Les chercheurs ont observé chez le groupe qui a bénéficié de la relaxation une réduction supplémentaire de l'anxiété par rapport au groupe contrôle ne bénéficiant que du traitement médicamenteux (Tercelan Alvarez et al., 2015). Ces résultats ont également été prouvés chez des patients anxieux à la suite d'un AVC. Ces derniers se disent relaxés après un programme d'autorelaxation (Golding et al., 2016).

La relaxation a donc un effet bénéfique démontré sur l'anxiété, et peut compléter de manière efficace un traitement médicamenteux. Un entraînement à la relaxation s'avère également efficace chez le sujet âgé, permettant de réduire l'anxiété et le déclin cognitif qui lui est associé.

2.3 Relaxation chez le sujet âgé

La relaxation chez le sujet âgé permet de réduire les symptômes de l'anxiété et les difficultés cognitives qui y sont liées, notamment l'attention et la mémoire (Santos-Silva et al., 2020). En effet, l'anxiété chez les personnes âgées a une composante cognitive qui peut interférer

significativement avec les bons fonctionnements mnésique et attentionnel. Cette composante peut être améliorée à l'aide d'un entraînement à la relaxation. Une étude a été réalisée par J. Yesevage et son équipe sur 39 patients âgés de 62 à 83 ans. Ces derniers devaient retenir des visages et des noms à l'aide de moyens mnémotechniques particuliers. Le groupe expérimental a bénéficié d'une relaxation pendant toute la durée de l'étude, et les scores sont significativement plus élevés en rappel mnésique que pour le groupe contrôle. Cette étude a donc déduit que l'entraînement à la relaxation peut améliorer la mémoire chez les sujets âgés (Yesevage, 1984). La relaxation permettrait même un meilleur dépistage de la démence chez la personne âgée. En effet, une étude sur l'évaluation des interventions médicales sur la cognition et les émotions des personnes âgées a été menée par un hôpital psychiatrique en Autriche. L'objectif était de comparer un programme cognitif à un programme de relaxation, ainsi que la combinaison des deux sur les performances cognitives ainsi que le bien-être et la douleur chez les personnes âgées. Les résultats montrent un meilleur dépistage de la démence pour les participants ayant bénéficié de la relaxation. Une augmentation des performances en mémoire, ainsi qu'une baisse des tendances dépressives et du mal-être des patients ont également été relevés chez les participants ayant bénéficié d'un entraînement combiné plutôt que d'un entraînement cognitif seul (Stürz et al., 2015). La relaxation réduirait non seulement les contextes d'anxiété mais permettrait également une hausse du bien-être ainsi qu'un meilleur fonctionnement cognitif.

Dans la maladie d'Alzheimer, l'anxiété est un symptôme très fréquent. Des médiations thérapeutiques tels qu'un environnement sensoriel ou une relaxation en réalité virtuelle pourraient réduire cette anxiété et permettre des effets positifs sur le plan comportemental (Ben Abdesslem et al., 2019; Engasser et al., 2015). Les limites de l'approche médicamenteuse dans cette pathologie neurodégénérative poussent les chercheurs à s'intéresser à d'autres thérapies en vue de réduire les symptômes tels que les troubles du comportements (troubles alimentaires, troubles du sommeil, anxiété, déambulation...) ou encore d'autres troubles tels que l'agitation, l'agressivité ou l'apathie. Ces facteurs sont d'ailleurs souvent ceux qui mènent à une institutionnalisation du patient. Des travaux ont montré une diminution significative de ces comportements grâce à une modification sensorielle du cadre de vie des patients (Engasser et al., 2015). L'environnement sensoriel « Snoezelen » est le plus souvent utilisé dans les thérapies alternatives pour les patients ayant la maladie d'Alzheimer. Stéphanie Orain, directrice d'un EHPAD, décrit ce concept comme une atmosphère qui repose sur la stimulation sensorielle : « c'est grâce à des matières, des textures, des couleurs, des odeurs, des sons, qu'une atmosphère se crée, et, véritable invitation au voyage sensoriel, elle transporte le patient ailleurs » (Orain, 2008). Cet environnement a de nombreuses vertus relaxantes pour les patients. Les effets notés sont une amélioration de l'humeur et de l'attention, une communication plus adaptée, une augmentation

du discours spontané ainsi qu'une diminution de l'anxiété des sujets (Engasser et al., 2015). La relaxation en réalité virtuelle a quant à elle été testée par Ben Abdesslem et son équipe en 2019, et a montré une nette amélioration des performances mnésiques et attentionnelles, ainsi qu'une réduction des émotions négatives, notamment l'anxiété (Ben Abdesslem et al., 2019). La relaxation a non seulement des effets positifs sur l'anxiété des sujets jeunes et âgés, mais permet également de réduire le déclin de certaines fonctions cognitives chez le sujet âgé. Utilisée en complément d'une rééducation cognitive, elle permet de réduire les angoisses liées à l'échec et d'améliorer les performances. De plus, la relaxation paraît facilement envisageable chez des sujets âgés et pouvant présenter des déficits cognitifs, par le biais par exemple d'environnements relaxants ne nécessitant pas de niveau de compréhension orale pour les sujets.

2.4 Neuro-anatomie de la relaxation

Peu d'études ont été publiées à ce jour sur les effets de la relaxation sur le cerveau. Au niveau physiologique, les effets induits par la pratique de la relaxation sont une diminution des fréquences cardiaque et respiratoire ainsi que de la pression sanguine (Benson et al., 1981). Certains effets seraient similaires à des phénomènes présents en réponse à des suggestions hypnotiques ou un état méditatif (Benson et al., 1981; Lazar et al., 2000). Z. Zhang et son équipe ont utilisé l'imagerie spectroscopie proche infrarouge chez des sujets réalisant des tâches d'arithmétique afin de mesurer l'oxygénation du cerveau pour cette activité. Un groupe contrôle a profité d'une relaxation pendant l'intervention, pendant que les autres devaient simplement répondre aux questions de mathématiques. L'imagerie a démontré chez les sujets relaxés une augmentation significative de l'activité du lobe frontal pendant l'effort cognitif (Zhang et al., 2020).

L'imagerie ne permet cependant pas aujourd'hui de prouver l'efficacité à long terme de la relaxation. Néanmoins, les études démontrent un effet significatif sur la baisse de l'anxiété et la hausse de certaines capacités cognitives telles que les capacités attentionnelles et les capacités mnésiques.

3 Problématique et hypothèses

L'anxiété majore le déclin cognitif chez les personnes âgées, et a notamment un effet néfaste sur leurs capacités mnésiques et attentionnelles. Ce sentiment a tendance à être exacerbé lors d'une entrée en institution.

L'anxiété peut impacter les performances cognitives et donc avoir une incidence sur une prise en soin orthophonique. En effet, un patient anxieux peut voir ses capacités attentionnelles et mnésiques altérées. Des troubles comportementaux pouvant détériorer la communication fonctionnelle du patient ainsi que sa motivation dans la rééducation peuvent également découler des traits anxieux persistants. De plus, l'anxiété entraîne une perte de confiance en soi qui pourrait créer un cercle vicieux pour le patient : celui-ci n'ose pas répondre car il n'est

pas sûr, devient anxieux de ne pas réussir, ose encore moins répondre, etc...

La problématique suivante peut être posée : un temps de relaxation en début de séance de rééducation orthophonique pourrait-elle diminuer l'anxiété des patients institutionnalisés et ainsi garantir une prise en soin plus efficace ?

Afin de répondre à cette question, un protocole de relaxation a été créé et proposé à des patients vivant en EHPAD et bénéficiant d'une prise en soin orthophonique.

De cette problématique découlera l'hypothèse suivante : la relaxation diminuera l'anxiété présente chez les patients.

II Méthodologie

1 Population

Cette étude repose sur une méthodologie d'étude de cas, qui permet de valider ou non des hypothèses après avoir répété une situation expérimentale sur un petit groupe de sujets. Les critères d'inclusion de l'étude menée sont les suivants : sujets de plus de 65 ans, institutionnalisés en EHPAD et bénéficiant d'une rééducation orthophonique pour une pathologie neurologique d'origine vasculaire, tumorale ou post-traumatique (AMO 15.7) ou pour une pathologie neurodégénérative (AMO15.6). Les critères d'exclusion définis pour cette étude sont un trouble sévère de la compréhension orale ainsi que la prise d'anxiolytique.

Trois patients, deux femmes et un homme, ont participé à l'étude. Ils sont institutionnalisés dans le même EHPAD à Lyon, et bénéficient d'une prise en soin orthophonique afin de maintenir leurs capacités de communication et limiter leur déclin cognitif.

Mme G est âgée de 79 ans et est retraitée depuis 20 ans (professeur des écoles). Elle a une fille vivant à Istanbul et lui rendant visite environ tous les deux mois à Lyon. Mme G est divorcée et vivait seule dans son appartement. La patiente a été institutionnalisée en urgence suite à un incendie à son domicile fin janvier 2019. Le diagnostic de maladie d'Alzheimer avait été posé peu de temps avant ces événements. Mme G présente également un syndrome de Diogène. Lors de la première rencontre avec la patiente, celle-ci dit avoir peu confiance en elle et en sa mémoire. Elle se sent bien à l'EHPAD mais a du mal à trouver réellement sa place car beaucoup de résidents sont plus âgés et moins autonomes qu'elle. La patiente aime le sport, la peinture, le dessin et le cinéma. Les séances d'orthophonie ont lieu une fois par semaine et ont pour objectif de travailler l'informativité du discours, l'organisation syntaxique des énoncés, ainsi que les fonctions exécutives au service de sa mémoire et de sa communication.

Mme B a 83 ans et a été admise à l'EHPAD à la suite de nombreuses chutes à son domicile, où elle vivait seule. La patiente se plaint de difficultés mnésiques et langagières qui augmentent depuis son admission dans l'établissement. Mme B a des antécédents de dépression et se dit elle-même très anxieuse. Elle a réalisé des relaxations guidées étant plus jeune, et est ravie de pouvoir bénéficier du protocole. Elle a une fille qui lui rend visite de temps

en temps, mais se sent seule à l'EHPAD. Mme B a l'autorisation de sortir comme elle le souhaite, mais la patiente se dit souvent trop déprimée pour aller dehors. Ses journées se résument à regarder la télé et à lire. Elle n'a pas de contact avec les autres résidents, car ils ne « parlent pas bien », et « ne comprennent plus ». Elle se sent donc très seule. La rééducation orthophonique a lieu deux fois par semaine et a pour objectifs thérapeutiques le maintien du langage écrit, notamment du graphisme, et les capacités communicationnelles, en particulier l'informativité et les stratégies d'encodage de l'information.

M. H est âgé de 82 ans et a été admis à l'EHPAD en novembre 2020 avec sa femme, à la suite d'une hospitalisation pour une infection au COVID-19. Sa compagne est décédée des suites de la maladie début décembre 2020. Il est donc veuf et n'a pas d'enfant. Le patient a eu un AVC (accident vasculaire cérébral) sylvien gauche dans les années 1980, duquel il garde comme séquelles des troubles phasiques importants, une ataxie ainsi qu'une hémiparésie droite. Le patient ne présente pas de troubles de la compréhension. Des troubles mnésiques ont été relevés depuis son institutionnalisation. M. H apprécie beaucoup le cinéma, notamment les films de Western. Il ne lit plus et suit l'actualité à la télévision. A l'EHPAD, il s'est fait des amis, notamment un petit groupe de personnes avec qui il aime jouer aux dominos. Les objectifs de la rééducation orthophonique sont d'enrichir les stratégies d'encodage, de stockage et de récupération par le biais auditif et visuel, ainsi qu'une amélioration du discours et de l'organisation de sa pensée. Le manque du mot et la dysarthrie ne sont pas spécifiquement travaillés, étant donnée l'absence de plainte du patient qui a réussi à mettre en place de nombreuses stratégies de communication au fil des années.

2 Matériel

2.1 “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HAD) comme mesure de l'anxiété

Permettant de détecter les traits anxieux ainsi que les traits dépressifs, cette échelle (disponible en Annexe A) a été créée par A.S Zigmond et R.P Snaith et bénéficie d'une traduction française de J.F Lépine (Zigmond & Snaith, 1983). Elle comporte en tout 14 items, la moitié permettant d'évaluer l'anxiété et l'autre les états dépressifs. Deux scores sont ainsi obtenus. Seuls les scores concernant les traits anxieux seront utilisés dans cette étude. Les items qui ont été posés sont les suivants : « Je me sens tendu(e) ou énervé(e) » (1), « J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver » (3), « Je me fais du souci » (5), « Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) » (7), « J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué » (9), J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place » (11), « J'éprouve des sensations soudaines de panique » (13). Pour chaque énoncé, quatre réponses sont proposées, cotées de 0 à 3 points. Le score total est additionné afin d'obtenir une note d'anxiété sur 21 points.

Le questionnaire a été administré au début et à la fin de l'étude. La première séance a été dédiée à la présentation du protocole aux patients ainsi qu'à la passation de la HAD. Les

questions ont été présentées oralement en raison d'une baisse de la vision chez certains participants sélectionnés. La question a pu être reformulée ou répétée en cas de non-compréhension du patient. Les remarques supplémentaires des patients ont également été collectées afin d'en faire une analyse qualitative.

La passation a duré entre 10 et 15 minutes selon les sujets et a été suivie soit d'une première relaxation soit d'une séance classique de rééducation orthophonique.

2.2 Protocole de relaxation

Un protocole de relaxation (disponible en Annexe B) a été créé par C. Flamand-Roze, docteur en neurosciences, orthophoniste et hypnopraticienne. Il dure moins de dix minutes (environ 8 minutes en lecture lente) et a pu être proposé aux patients au début de la séance de rééducation orthophonique. La relaxation a été lue aux patients, avec une voix douce et calme, ainsi qu'un fond de musique relaxante. La relaxation utilisée dans cette étude fait partie des Techniques d'Optimisation du Potentiel (TOP) créées par E. Perreault-Pierre. Elle associe les techniques de relaxation musculaire, relaxation sensorielle et d'imagerie mentale. La relaxation musculaire permet au sujet de relâcher tous ses muscles un à un, en partant du haut du crâne jusqu'aux pieds. La relaxation sensorielle est obtenue grâce à l'évocation de sensations connues et agréables, telle que la chaleur qui se diffuse dans tous les membres. Cette dernière permet la focalisation de l'attention du patient sur ses ressentis. L'imagerie mentale est quant à elle induite par une invitation à penser à une image de détente ou un paysage agréable. Le patient peut alors s'évader mentalement dans un endroit qui le rassure, qui lui rappelle de bons souvenirs et le détend.

Tout au long de la relaxation, le patient est renforcé positivement. Des locutions telles que « voilà, exactement comme ça, très bien » permettent de le guider en toute bienveillance et de lui donner confiance en ses mouvements et ses réponses à la relaxation.

Avant chaque relaxation, une question est posée au patient, afin de quantifier son niveau de détente et de relaxation sur une échelle de 0 à 10. L'échelle est proposée en version papier, les chiffres en gros caractère avec un code couleur, allant du rouge pour le 0 au vert pour le 10, car ce sont les mêmes couleurs que certaines échelles de douleur pouvant leur être proposées pour leurs soins. Le rouge évoque dans ce cas-là une sensation désagréable et le vert une sensation agréable. Le patient peut alors pointer le chiffre qui correspond à son ressenti : de 0 pour « Pas du tout détendu, pas du tout relaxé » à 10 pour « Complètement détendu, complètement relaxé ». La même question est posée après la relaxation.

Quand la relaxation n'a pas lieu, cette question est posée en début de séance puis en fin de séance, après des exercices de rééducation adaptés aux besoins des patients.

2.3 La musique comme outil complémentaire

Une musique de fond a été utilisée pendant la relaxation afin d'optimiser la concentration du patient et de diminuer les bruits extérieurs. La musique utilisée est « Weightless » du groupe

Marconi Union, réputée pour avoir une action relaxante et apaisante (Marconi Union, 2011). Cette musique est composée d'un ensemble de sons apaisants et son tempo de 60 battements par minute permet d'abaisser la fréquence cardiaque et de réduire les états de stress. La durée de ce son est d'environ 8 minutes, ce qui correspond à la durée de la relaxation. A un volume bas et diffusé par le haut-parleur d'un téléphone, le son permettait de poser un cadre. Le patient a compris au fil des séances que dès que la musique commence, il va être invité à s'asseoir confortablement et fermer ses yeux. Ce son ne comportant pas de paroles et n'étant pas une mélodie (cet ensemble de sons ne peut être fredonné), il constitue un fond idéal pour la relaxation et ne gêne pas la compréhension.

L'EHPAD étant un lieu où de nombreuses personnes vivent ou travaillent, il y a souvent du bruit qu'il peut être compliqué d'inhiber. Les patients sont souvent très distractibles et les bruits du couloir peuvent rapidement les sortir de l'état de relaxation. Le son du téléphone permet alors de focaliser l'attention du patient uniquement sur ce qui se passe dans la chambre, et non sur les activités extérieures. De plus, les fréquences basses utilisées ne concentrent pas l'attention de l'auditeur sur la musique en soit mais sur la tâche d'écoute et de concentration qui lui est proposée, c'est-à-dire la relaxation.

3 Procédure

Dans la présente étude de cas, 3 patients ont été observés. Ils ont tous bénéficié de la variable « relaxation », induite aléatoirement sur 10 semaines de protocole.

Le critère observé dans cette étude est la mise en place d'un protocole de relaxation chez les patients institutionnalisés. Ce critère a été introduit de façon randomisée, c'est-à-dire que les patients n'ont pas forcément reçu le même nombre de séance.

Les patients ont été vus une fois par semaine.

La première séance a été la même chez les 3 patients sélectionnés et a eu lieu au mois de novembre. En premier lieu, l'objectif a été exposé aux sujets : il s'agit d'une étude pour un mémoire de fin de cursus en orthophonie, déterminant à démontrer l'intérêt ou non de la relaxation dans la prise en soin orthophonique. Le consentement de chaque patient a été recueilli.

L'échelle HAD a pu être proposée aux trois patients dans la même journée, et a ainsi marqué le début du protocole. Pendant cette passation, les questions ont été posées oralement par la rédactrice de cette étude, accompagnée de l'orthophoniste des patients.

Une fois les réponses à la HAD récoltées, les patients ont tous bénéficié de la relaxation le même jour. Ainsi, ils ont mieux compris la démarche de l'étude et le protocole qui leur était proposé.

Les semaines suivantes, un tirage au sort a été effectué afin de déterminer quels patients bénéficieraient ou non de la relaxation ce jour. Ce tirage au sort a permis la randomisation de l'intervention et donc des résultats avec un niveau de preuve plus élevé.

Le tirage au sort était réalisé à l'aide d'un site internet, avec seulement deux possibilités pour chaque sujet : 0 pour « pas de relaxation ce jour » et 1 pour « relaxation ce jour ».

Les trois patients étaient tirés au sort toujours dans le même ordre (Mme G, Mme B puis M H). Certains jours et selon les réponses du tirage au sort, tous les patients recevaient la relaxation. D'autres jours, aucun n'en bénéficiait.

La séance se déroulait toujours en chambre, en relation duelle avec le patient (ou parfois à trois avec son orthophoniste). Les sujets avaient le choix, pour la relaxation, de se mettre au lit ou sur leur fauteuil de bureau. Les trois patients ont choisi de rester confortablement assis sur une chaise, les pieds au sol et les mains sur les genoux, afin d'être certains de ne pas s'endormir. La porte était toujours soigneusement fermée afin de signifier au personnel et aux autres résidents qu'une séance avait lieu en chambre.

Le choix a été fait de ne pas fermer les rideaux afin de laisser passer de la lumière dans la pièce. En effet, la luminosité de décembre à mars n'est pas aveuglante, et cela permet de ne pas bousculer les habitudes des patients. Cependant, il est arrivé quelques fois qu'il fasse déjà nuit ou que la nuit tombe pendant une séance de relaxation, auquel cas aucun changement n'était effectué pendant les 8 minutes. Si la lumière était allumée au début de la relaxation, elle le restait, et si elle était éteinte et que la nuit tombait, elle restait éteinte jusqu'à ce que le patient ouvre à nouveau ses yeux.

La même question était posée au patient toutes les semaines, avec l'échelle de détente. Si la relaxation avait lieu, la question était posée avant et après celle-ci. Si le tirage au sort avait indiqué que le patient ne recevrait pas le protocole ce jour, la question était posée en début de séance de rééducation orthophonique, puis à la fin de la séance.

Une séance type de relaxation se déroulait ainsi : dans un premier temps l'entrée en chambre, les présentations (un rappel de l'identité était toujours réalisé auprès des patients) ainsi qu'une brève discussion sur l'état du patient, sur ce qu'il s'est passé depuis la dernière séance, comment celui-ci se sent (se sent-il anxieux par exemple). Ensuite, le protocole était rapidement réexpliqué (le patient se souvenait-il des précédentes relaxations ? Était-il d'accord pour en refaire une ?). Le patient pointait alors sur l'échelle de détente le numéro qui correspondait mieux à son état de relaxation actuelle (de 0 pour « Pas du tout détendu, pas du tout relaxé » à 10 pour « Complètement détendu, complètement relaxé »). La musique était alors lancée, le patient s'installait convenablement et le protocole de relaxation était lu. Une fois la lecture terminée, le patient pouvait ouvrir les yeux quand il était prêt. Il pointait alors sur l'échelle de détente le numéro qui correspondait à son état actuel. Enfin, la rééducation orthophonique commençait, ciblant des objectifs propres au projet thérapeutique de chaque patient, et la séance se terminait.

Le protocole a été réalisé du mois de novembre au mois de mars, avec deux coupures pour les vacances. Au total, dix séances ont été effectuées pour Mme G et Mme B et 8 pour M. H.

A l'issu de ces séances, l'échelle HAD a été à nouveau proposée oralement aux trois patients, afin de comparer les scores d'anxiété à ceux recueillis au début du protocole.

III Résultats

Cette partie débutera par la présentation succincte des participants à cette étude. Ensuite seront présentées une analyse quantitative et qualitative des réponses collectées à l'échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale. Seules les réponses concernant les traits anxieux seront rapportées. Enfin, une analyse visuelle des effets de la relaxation sera proposée, étayée par des graphiques reprenant les réponses des sujets à la question sur leur état de détente. Une analyse qualitative sera également énoncée dans cette partie.

En raison du faible effectif de l'échantillon et de la nature des observations effectuées tout au long de cette étude, aucun test statistique ne sera utilisé. Une analyse visuelle et un récit clair des éléments qualitatifs seront présentés.

1 Présentation des participants

Cette étude de cas comporte trois participants, dont les spécificités intéressantes pour l'étude ont été résumées dans le tableau 1 ci-dessous.

Tous les patients bénéficiaient déjà d'un suivi de rééducation orthophonique avant le début du protocole. Lors du premier entretien, des données anamnestiques en lien avec l'anxiété ont été recueillies. Si Mme G et Mme B ont précisé se sentir parfois anxieuses depuis leur arrivée en institution, M. H semblait parfaitement détendu et n'a pas évoqué de tendance anxieuse. Pour ce dernier, un changement de chambre a été effectué entre le début et la fin du protocole : M. H est passé d'une chambre partagée à une chambre simple.

Le protocole ayant été réalisé de manière randomisée, tous les patients n'ont pas bénéficié du même nombre de relaxations. Ainsi, sur dix séances, Mme G a reçu la relaxation cinq fois, Mme B six fois et M. H trois fois. M. H n'a été vu que huit fois pour des raisons expliquées ultérieurement.

Tableau 1

Présentation des sujets (S)

	Nom	Sexe	Âge	Lieu de vie	Type de pathologie	Relaxations
S1	Mme G	F	79	EHPAD	Neurodégénérative	5
S2	Mme B	F	83	EHPAD	Neurodégénérative	6
S3	M. H	M	82	EHPAD	Neurologique vasculaire	3

2 Réponses à la HAD, échelle mesurant les traits anxieux

Cette échelle a été proposée deux fois à chaque sujet : au début de l'étude afin d'avoir un état des lieux de l'anxiété chez les participants, ainsi que lors de la dernière séance, afin d'en mesurer l'évolution.

La totalité des questions de l'échelle a été posée. Sept concernent les traits anxieux et sept autres les traits dépressifs. La note maximale des items concernant les traits anxieux est de 21. Seule cette note est rapportée dans le tableau 2 ci-dessous. Un score inférieur ou égal à 7 évoque une absence de symptomatologie, tandis qu'un score supérieur à 11 évoque une symptomatologie certaine. Les scores des participants sont répertoriés dans le tableau 2 ci-dessous.

Ces données évoquent une hausse de l'anxiété au cours de l'étude chez deux participants : Mme G et M. H. Le score de Mme B a quant à lui diminué entre le début du protocole de relaxation et la fin.

Le score de Mme G à la fin de l'étude suggère une symptomatologie douteuse. En effet, les réponses de la patiente ont démontré une tendance à la tension et à l'angoisse plus importante au terme de l'étude. M. H présente quant à lui un score évoquant une symptomatologie certaine une fois l'étude terminée.

La HAD permettant de quantifier les traits anxieux des sujets à un instant précis, ces résultats seront discutés dans la prochaine partie.

Tableau 2

Scores des participants à l'échelle d'anxiété HAD

	<i>Première séance</i>	<i>Dernière séance</i>
Mme G	6/21	9/21
Mme B	3/21	2/21
M. H	4/21	14/21

Le tableau 3 à la suite présente les réponses de Mme G à la HAD en début et en fin d'étude. L'intitulé des items proposés est disponible dans la partie méthode et en annexe A.

Le sentiment d'angoisse de Mme G tout au long de cette étude est assez homogène. Chez cette patiente, l'anxiété semble s'exprimer par des tensions, de l'énervement (symptômes comportementaux) ou des sensations désagréables comme l'estomac noué (symptôme physique). L'analyse qualitative a permis de repérer chez ce sujet une incidence de l'institutionnalisation. En effet, Mme G exprime fonctionner au ralenti depuis son arrivée à l'EHPAD, alors que ce n'était pas le cas avant. Cependant, la patiente exprime aussi pendant le premier entretien se réjouir davantage des bonnes choses que jadis, car le peu d'opportunités ne lui laisse pas d'autre choix que d'apprécier les moments joyeux (pour Mme G, il s'agit surtout des activités comme le sport ou les sorties).

Tableau 3*Réponses de Mme G à la HAD*

Item proposé	Réponses au début de l'étude	Réponses à la fin de l'étude
1	De temps en temps	Souvent
3	Pas du tout	Pas du tout
5	Très souvent	Assez souvent
7	Oui, quoi qu'il arrive	Rarement
9	Jamais	Parfois
11	Un peu	Un peu
13	Jamais	Jamais

Les réponses de Mme B sont rapportées dans le tableau 4 ci-dessous. En ce qui concerne ce sujet, le taux d'anxiété semble constant et assez faible. La sensation de peur qu'elle éprouve au début du protocole s'est atténuée depuis que son médecin, lors de sa dernière visite, l'a rassurée sur son état de santé. La patiente éprouve cependant de plus en plus de sensations soudaines de panique dans les endroits publics, craignant par exemple de se faire voler ses objets personnels. L'analyse des items concernant les traits dépressifs a montré chez Mme B une symptomatologie douteuse selon la HAD. La patiente a des antécédents de dépression. Cette dernière exprime qu'aucune de ses journées à l'EHPAD n'est réellement une bonne journée et se plaint de ne pouvoir créer de liens sociaux. Ses voisines de table sont selon elle trop diminuées pour communiquer, et la patiente ne participe pas aux activités proposées par l'institution. Elle explique se recoucher le matin après son petit-déjeuner et se réveiller moins motivée à poursuivre sa journée.

Tableau 4*Réponses de Mme B à la HAD*

Item proposé	Réponse au début de l'étude	Réponse à la fin de l'étude
1	De temps en temps	De temps en temps
3	Un peu	Pas du tout
5	Occasionnellement	Très occasionnellement
7	Oui	Oui
9	Jamais	Jamais
11	Pas du tout	Pas du tout
13	Jamais	Pas très souvent

Les réponses du dernier participant, M. H, sont rapportées dans le tableau 5. Son score d'anxiété a nettement augmenté entre le début et la fin du protocole. Les symptômes physiques de l'anxiété tels que l'estomac noué et la « bougeotte » sont plus nombreux, bien que tout de même rares. M. H se dit plus souvent tendu et énervé qu'avant également. Au niveau qualitatif, M. H n'a pas donné plus d'informations. Cependant, une chute a forcé ce patient à diminuer ses activités sociales pendant le temps du protocole et à rester plus souvent en chambre.

Tableau 5

Réponses de M. H à la HAD

Item proposé	Réponses au début de l'étude	Réponses à la fin de l'étude
1	Jamais	Souvent
3	Pas du tout	Pas du tout
5	Occasionnellement	Très souvent
7	Jamais	Jamais
9	Jamais	Parfois
11	Pas du tout	Oui, c'est tout à fait le cas
13	Jamais	Assez souvent

3 Effets de la relaxation chez les sujets

Les effets de la relaxation ont été récoltés à l'aide des questions posées à chaque séance aux participants. Au début et à la fin de la séance, que la relaxation ait lieu ou non, les sujets ont pu sélectionner leur niveau de détente, de relaxation sur une échelle allant de 0 à 10 (0 pour « pas du tout détendu, pas du tout relaxé » et 10 pour « complètement détendu, complètement relaxé »). Ainsi, 20 notes ont été récoltées pour tous les patients, sauf M. H pour qui 16 notes seront étudiées.

Afin de quantifier un potentiel effet de relaxation chez les participants, deux situations ont été observées : « séance sans relaxation » et « séance avec relaxation ». Pour chaque séance, la note de début de séance a été soustraite à la note de fin de séance de manière à obtenir une note par séance.

Trois cas de figures peuvent se présenter : si la différence est positive, le sujet se sent mieux en fin de séance qu'en début de séance, si la différence est de 0, l'état de relaxation du sujet n'a pas bougé et si la différence est négative, alors le sujet se sent moins bien à la fin de la séance qu'au début de celle-ci.

Un graphique par sujet sera proposé dans cette partie. La courbe verte représente la présence d'une séance de relaxation et la courbe bleue l'absence de relaxation. La présence d'une croix

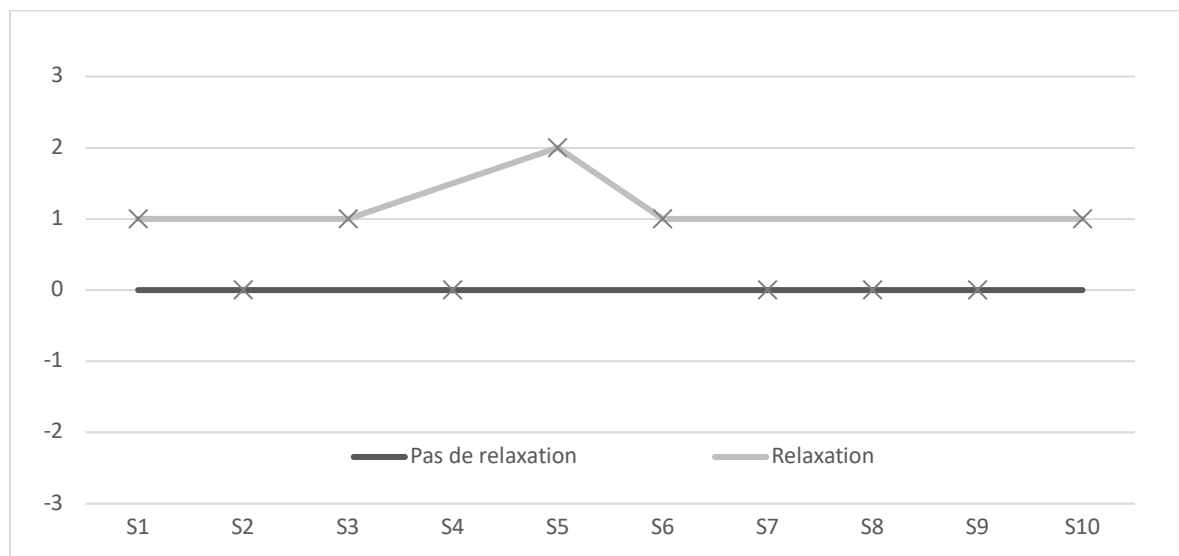
grise sur la courbe indique que le patient a reçu ou n'a pas reçu de relaxation.

En figure 1 ci-dessous est présenté le graphique témoignant des effets de la relaxation chez Mme G. La courbe verte représente la différence de bien-être de Mme G lors de séance de relaxation et la courbe bleue lors des séances sans relaxation. Ainsi, il est possible d'observer la courbe verte au-dessus de la courbe bleue, ce qui peut se traduire par un effet positif de la relaxation chez ce sujet. La participante s'est donc sentie plus relaxée et détendue à la fin des séances pendant lesquelles la relaxation a été proposée. Pendant les séances de rééducation classiques, l'état de détente du sujet n'a pas évolué au cours de la séance.

Mme G a été vue dix fois durant l'étude et a bénéficié de 5 relaxations en semaines 1, 3, 5, 6 et 10.

Figure 1

Écart entre les notes de début et de fin de séance de Mme G avec et sans relaxation



La figure 2, à la suite du texte, montre l'écart entre les notes de début et de fin de séance de Mme B avec et sans relaxation. Les résultats sont plus hétérogènes car contrairement à Mme G, l'état de Mme B a évolué pendant les séances sans relaxation également.

Lors des sessions de relaxation en semaine 2, 4, 5, 8 et 9, Mme B a indiqué se sentir plus détendue à la fin de la séance plutôt qu'au début. La relaxation a donc eu un effet bénéfique chez la patiente. Cependant, Mme B a également bénéficié de la relaxation lors de la première semaine mais ne s'est pas sentie plus détendue après la séance.

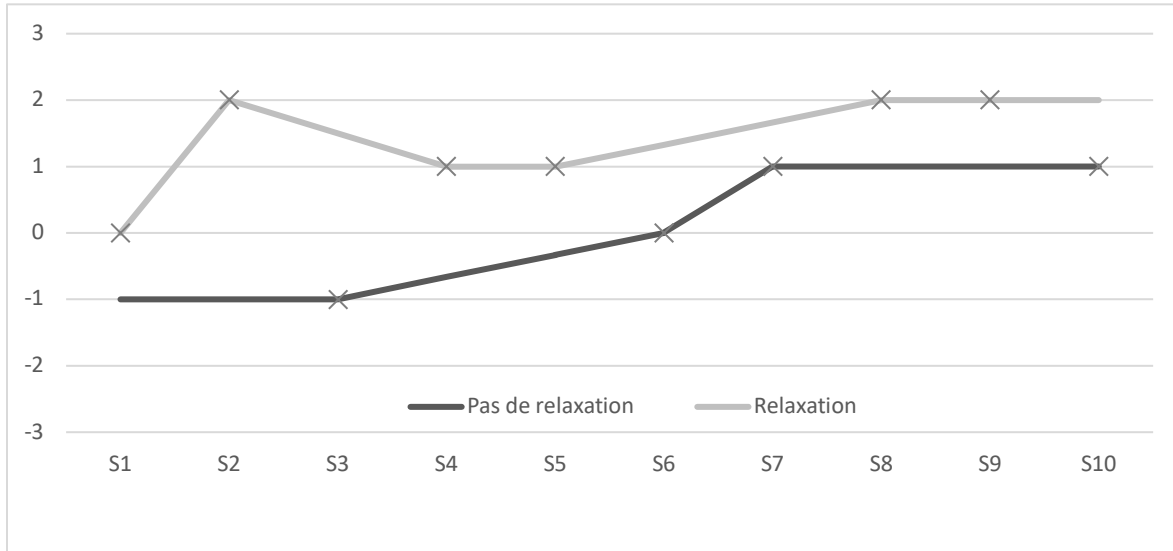
Quand la relaxation n'avait pas lieu et que la participante avait une séance de rééducation orthophonique classique, son état entre le début et la fin de la séance évoluait souvent. En effet, la patiente s'est sentie plus détendue en semaine 7 et 10, quand bien même aucune relaxation n'avait été proposée. Toutefois, son état de détente lors des séances sans relaxation s'est également parfois détérioré entre le début et la fin de la séance. C'est le cas

la troisième semaine.

Mme B a bénéficié de 6 relaxations sur 10 semaines de traitement.

Figure 2

Écart entre les notes de début et de fin de séance de Mme B avec et sans relaxation

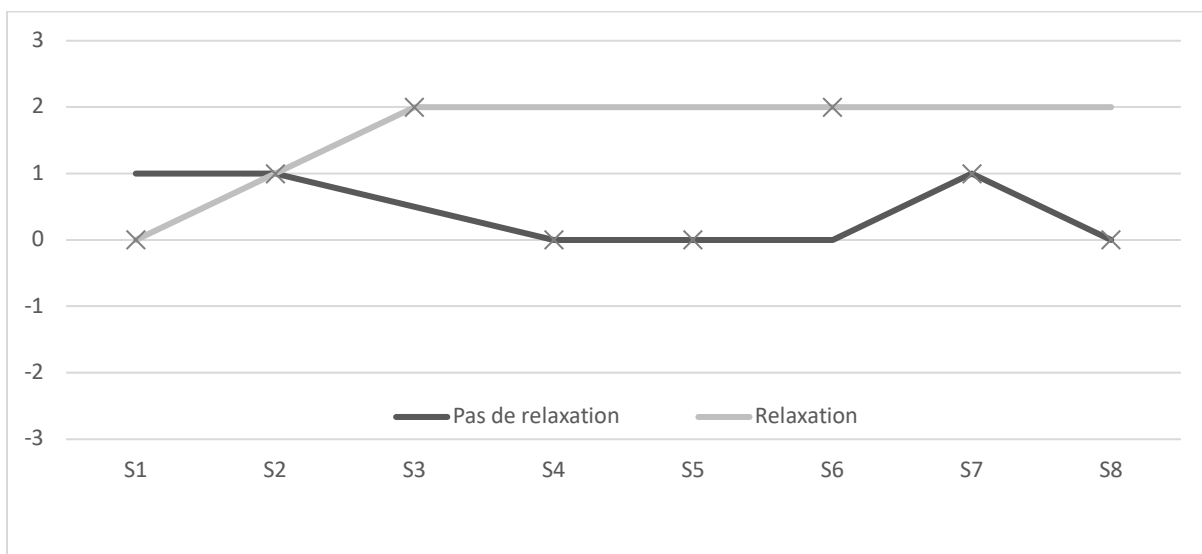


Enfin, les résultats de M. H sont présentés sur la figure 3 ci-dessous. Ce sujet a bénéficié de 3 relaxations sur 8 semaines. En effet, le participant n'a pas pu être vu deux fois pendant le protocole, suite à une chute et à une opération de la cataracte.

Les relaxations ont donc été réalisées avec M. H les semaines 1, 3 et 6, tandis que pour les semaines 2, 4, 5, 7 et 8 avaient lieu des séances de rééducation orthophonique classiques.

Figure 3

Écart entre les notes de début et de fin de séance de M.H avec et sans relaxation



Cette figure montre un effet positif de la relaxation chez M. H, qui se sent nettement plus relaxé en fin de séance après avoir reçu la relaxation en semaines 3 et 6. La première semaine du protocole, le sujet présente sur l'échelle le même niveau de détente avant la relaxation et à la fin de celle-ci. Pour ce qui est des séances sans relaxation, le patient ne se sent pas plus relaxé ni détendu en semaines 4, 5 et 8, mais se sent plus détendu à la fin des séances des semaines 2 et 7.

La relaxation semble avoir montré un effet positif à court terme chez les trois participants de cette étude. En effet, leur bien-être se voit plus souvent augmenté quand ils reçoivent la relaxation que quand ils ne la reçoivent pas. Une analyse qualitative a également été relevée pour l'ensemble de l'échantillon : les ressources attentionnelles ont semblé progresser entre la première séance de relaxation et la dernière. Si les sujets ont pu être légèrement dissipés lors de la première séance de relaxation (ouverture brève des yeux, remarques sur leurs ressentis, mouvements parasites), ils ont tous bénéficié d'un apprentissage à la relaxation qui leur a permis d'accroître leur attention au fil des séances, et de profiter pleinement des dernières relaxations. Mme G a vu ses ressources attentionnelles augmenter lors de la troisième relaxation, tandis que Mme B et M. H ont pu profiter pleinement des effets dès la deuxième relaxation.

IV Discussion

Cette étude a pour objectif l'évaluation de l'effet de la relaxation chez des sujets âgés institutionnalisés, grâce à la mise en place d'un protocole de relaxation chez trois sujets séjournant en EHPAD. Ainsi, pendant la durée de l'étude, deux femmes et un homme bénéficiant déjà d'une rééducation orthophonique ont pu profiter de séances de relaxation. Cette étude tend à analyser l'incidence de celles-ci sur leur sentiment d'anxiété. Afin de mesurer leur trait anxieux au début et à la fin de l'étude, l'échelle HAD leur a été proposée en semaine 1 et en semaine 10. Une échelle subjective de relaxation personnelle a également été présentée chaque semaine pendant la durée de l'étude, afin de récolter les niveaux de détente des patients avec et sans relaxation.

1 Mise en relation des données issues de la littérature avec les résultats obtenus

L'effet de la relaxation chez les participants à cette étude a été quantifié par des mesures répétées tout au long du protocole, ainsi que par une échelle d'anxiété proposée aux sujets au début du protocole ainsi qu'à la fin de ce dernier. Deux types de mesures ont donc été collectées : l'effet à court terme (10 semaines) de la mise en place aléatoire de séances de relaxation au cours d'une rééducation orthophonique classique, ainsi que l'incidence à très court terme de la relaxation ou de l'absence de relaxation sur l'état de détente des sujets.

Les résultats des patients à l'échelle HAD ont démontré un score d'anxiété majoré pour deux des trois participants sélectionnés pour l'étude (il s'agit de Mme G et de M. H). La relaxation ne semble pas avoir permis d'abaisser leurs traits anxieux à court terme. Il est important de

préciser que tous les sujets n'ont pas reçu le même nombre de relaxations. M. H, dont le score à la fin de l'étude évoque une symptomatologie anxieuse certaine, n'a reçu que 3 relaxations (contre 5 pour Mme G et 6 pour Mme B). De plus, le patient a vécu quelques changements dans le cadre personnel au cours de l'étude, ce qui a pu avoir une incidence sur les scores obtenus. Premièrement, une chute lui a causé une fracture du poignet, l'immobilisant quelques jours et diminuant drastiquement ses activités sociales. Secondement, le sujet a changé de chambre au sein de l'EHPAD. Ce dernier est passé d'une chambre double à une chambre simple. Bien que la demande ait émané directement de M. H, cette modification a pu majorer son anxiété de par un nouveau changement auquel il peut être compliqué de s'adapter et un retour à la solitude. En effet, PD Compagnone évoque une accentuation du sentiment anxieux chez le sujet âgé lorsqu'il vit des séparations et de la solitude (Compagnone et al., 2004). De plus, un accident vasculaire cérébral datant de quelques dizaines d'années a causé des troubles phasiques importants chez ce patient. R. Morris et son équipe de recherche ont démontré que l'anxiété était très haute juste après un AVC, mais avait plus de risques de perdurer si les troubles phasiques étaient conséquents (Morris et al., 2017). M.H a une aphasie sévère et un manque du mot encore très importants, qui ne lui permettent pas de communiquer comme il le souhaite avec ses interlocuteurs. Cette anxiété due à l'aphasie est à prendre en compte dans la lecture des résultats de ce sujet.

Pour ce qui est du score de Mme G, la patiente voit son trait anxieux augmenter de 3 points. Les symptômes ayant évolué sont des symptômes physiques : tensions, estomac noué ainsi qu'un besoin accru de bouger. Or, l'anxiété peut avoir plusieurs conséquences, notamment au niveau physique (Baste, 2016; Palazzolo, 2019). Chez ce sujet, la baisse d'activité ainsi qu'une diminution des sollicitations sociales ont semblé affecter ses états mental et physique. Elle-même a exprimé à plusieurs reprises pendant l'étude son anxiété vis-à-vis de la solitude qu'elle ressentait lors des situations de repas par exemple. L'anxiété de cette patiente est également à mettre en lien avec son diagnostic de maladie d'Alzheimer. En effet, c'est un des symptômes courants de cette pathologie (Bastien & Michel, 2014; Johansson et al., 2022). Les personnes ayant la maladie d'Alzheimer sont également plus sujettes aux troubles du comportement, ce qui est le cas chez cette patiente, qui a eu quelques altercations au cours de l'étude avec d'autres résidents ou des membres du personnel de l'EHPAD. Ces altercations ont également pu avoir un effet sur le taux d'anxiété ressenti par Mme G, et de fait sur les résultats obtenus. Pour ce qui est du cas de Mme B, ses résultats à l'échelle HAD ont diminué entre le début et la fin de l'épreuve, faisant état d'un niveau d'anxiété plus faible au fil de l'étude. Cependant, il semble intéressant de préciser qu'au vu de ses antécédents de dépression, cette patiente bénéficie d'un traitement pharmacologique antidépresseur. Les potentiels effets anxiolytiques de ces médicaments seront discutés dans les biais de cette étude.

En ce qui concerne la seconde mesure effectuée, la relaxation semble apporter à tous les

sujets un état de détente supérieur à l'absence de relaxation. Cependant, si l'état de détente des patients a tendance à augmenter après avoir reçu la relaxation, les notes sont à discuter. En effet, les sujets ont eu pour cette analyse à sélectionner un chiffre entre 0 à 10 au début et à la fin de chaque séance du protocole. 0 correspondait à « pas du tout détendu, pas du tout relaxé » tandis que 10 représentait un état de bien être ultime, soit « complètement détendu, complètement relaxé ». L'état de « détente » fait référence à l'absence de tensions tandis que l'état de relaxation fait référence à l'absence d'anxiété car selon E. Fresard et Y. Khazaal, les principaux symptômes de l'anxiété sont des tensions musculaires ainsi qu'une composante émotionnelle pouvant se traduire par une absence totale de relaxation (Fresard & Khazaal, 2008). Ainsi, plus le score se rapproche de 10 sur l'échelle proposée, moins le patient est anxieux. Si la note de fin de séance est bien souvent supérieure à la note de début de séance lorsque la relaxation est proposée, les chiffres sélectionnés sur l'échelle peuvent nuancer les résultats obtenus sur les graphiques. En effet, si la note du début de séance est de 3/10 et la note de fin de séance de 5/10, un effet positif de la relaxation est relevé mais le sujet ne se sent pour autant que moyennement détendu, moyennement relaxé à la fin de la séance. Les résultats aux deux mesures effectuées ne confirment pas l'hypothèse selon laquelle la relaxation diminue l'anxiété chez des sujets institutionnalisés à court terme, mais prouvent une amélioration de l'état de détente à très court terme lorsque qu'une relaxation est proposée. Ils rejoignent ceux des travaux de T. Alvarez et son équipe de recherche en Espagne, qui ont prouvé une diminution de l'anxiété à court terme chez les sujets ayant reçu la relaxation, mais pas d'effet à moyen et long terme de ce traitement alternatif (Tercelan Alvarez et al., 2015). Une augmentation de l'attention a néanmoins été observée chez les trois participants de cette étude. Cette dernière était attendue, au vu de ce qui a été décrit dans la littérature. En effet, certaines études comme celle menée par H. Ben Abdessalem, qui a testé la relaxation chez une population Alzheimer, ou encore K. Stürz, ayant relevé des bienfaits de la relaxation chez des sujets âgés institutionnalisés, ont démontré une amélioration des capacités attentionnelles chez les participants après leur avoir induit de la relaxation (Ben Abdessalem et al., 2019; Stürz et al., 2015). Certains auteurs ont également démontré un meilleur fonctionnement exécutif grâce à la relaxation (Golding et al., 2016) ou encore des capacités de mémorisation (Yesevage, 1984). Aucune amélioration des capacités mnésique et exécutive n'a été observée dans la présente étude. Cela pourrait s'expliquer par un temps de protocole moins long et moins intense. En effet, ces études étudient l'impact de la relaxation chez des sujets pendant plusieurs mois, à raison de plusieurs séances par semaine. L'étude menée chez ces trois sujets dans un EHPAD de la ville de Lyon a duré 10 semaines à raison d'une visite par semaine. De plus, ils n'ont pas reçu la relaxation à chaque visite, ce qui pourrait expliquer qu'aucun effet n'ait été rapporté sur la mémoire et les fonctions exécutives. Il est également intéressant de rappeler qu'aucun test

sur les fonctions exécutives ou la mémoire n'a été effectué, ne pouvant témoigner d'un potentiel retentissement sur ces fonctions.

2 Biais et limites de cette étude

En dépit du fait que les axes méthodologiques de cette étude aient été soigneusement choisis, il demeure quelques limites qui seront discutées dans cette sous-partie.

Les recherches menées auparavant sur la relaxation qui ont inspiré cette présente étude font état d'un nombre de participants et de ressources temporelles plus élevés. Cependant, les contraintes de temps et les ressources limitées d'une étude réalisée pour l'élaboration d'un mémoire orthophonique n'ont pas permis d'élargir l'étude à de nombreux EHPAD ni de collaborer avec différents orthophonistes. Ainsi, au niveau des participants, 6 patients suivis en orthophonie ont été présélectionnés pour l'étude. Seuls trois d'entre eux ont pu être intégrés à l'étude, selon les critères d'inclusion, ou ont accepté de participer.

Parmi ces trois participants, deux peuvent faire l'objet d'une discussion sur de potentiels biais d'inclusion.

En effet, les critères d'exclusion énoncés dans la partie méthodologie de cet écrit précisent que les sujets participant à cette étude ne prennent pas de traitement anxiolytique. Mme B a des antécédents de dépression et reçoit de ce fait un traitement pharmacologique antidépresseur. Si ce traitement ne fait pas partie des critères d'exclusion de cette étude, il définit tout de même un biais. En effet, les traitements antidépresseurs ont un effet contre l'anxiété et représentent un traitement de fond idéal de l'anxiété chez les sujets âgés car ils présentent moins d'effets indésirables et une accoutumance moins élevée (Guerriaud, 2019). Le traitement de Mme B peut agir sur les symptômes psychologiques de son anxiété tels que l'appréhension et les tensions (Ansseau, 2006). Cependant, ce biais est à discuter car l'étude portant sur des sujets âgés institutionnalisés, l'échantillon se devait d'être le plus représentatif de cette population possible. Or, selon le référentiel de psychiatrie et d'addictologie co-écrit par des médecins psychiatres, « 13% des plus de 65 ans consomment des antidépresseurs » et « 1/3 des sujets âgés de plus de 65 ans se voient prescrire un traitement par benzodiazépine ». La classe pharmacologique benzodiazépine désigne un traitement anxiolytique (Collège national des universitaires en psychiatrie et al., 2021). De ce fait, le choix a été fait d'exclure les patients ayant un traitement anxiolytique agissant directement sur tous les symptômes de leur anxiété et non les patients traités par un antidépresseur ayant pourtant une action indirecte sur cette dernière.

Un second biais d'inclusion peut être discuté à propos de Mme G. Cette patiente, suivie en orthophonie depuis son arrivée à l'EHPAD en début 2019, a été diagnostiquée avec la maladie d'Alzheimer peu avant son institutionnalisation. Les éléments anamnestiques récoltés pour son premier bilan orthophonique rapportent également un syndrome de Diogène. Aucun compte-rendu neurologique n'a cependant pu être récupéré. Mme G est une femme qui aime

s'apprêter. Elle effectue sa toilette seule et semble n'avoir aucune difficulté à maintenir une hygiène correcte. Néanmoins, dans sa chambre d'EHPAD, il est possible certains jours d'apercevoir des mouchoirs entassés sur son bureau. Ces derniers sont enlevés régulièrement par le personnel de l'établissement et le reste de la chambre semble normal. M. Khosravi décrit le syndrome de Diogène comme un « trouble du comportement social des personnes âgées » ayant comme deux symptômes principaux l'incurie (difficulté majeure à prendre soin de soi) et l'entassement d'objets (Khosravi, 2011). Ce syndrome peut être secondaire lorsqu'il est associé à une démence, une psychose ou un TOC (trouble obsessionnel compulsif) (Monfort et al., 2010). Chez Mme G, seul le symptôme d'entassement est observé. Le syndrome semble être secondaire au diagnostic de maladie d'Alzheimer, cependant il est compliqué de l'affirmer avec certitude car la patiente ne sait pas dire quand ce collectionnisme a commencé, et ne se rend que très peu compte qu'il peut être pathologique. Mme G ne prend pas de traitement psychiatrique suite à ce trouble comportemental. Ce syndrome a pu être un biais dans l'étude car, comme tout trouble comportemental, il peut générer de l'anxiété. Mme G n'ayant qu'un des deux symptômes principaux de cette affection et aucun bilan neurologique n'ayant pu être consulté, il a été décidé de la garder dans le protocole. De plus, selon le collège national des universitaires en psychiatrie, plus de 80% des personnes ayant la maladie d'Alzheimer ou une démence type Alzheimer souffrent de manifestations psycho-comportementales (Collège national des universitaires en psychiatrie et al., 2021). Or, l'objectif de l'étude étant d'être le plus inclusif possible quant aux pathologies rencontrées en institution, exclure les sujets âgés ayant des traitements antidépresseurs ou des troubles comportementaux signifierait exclure une grande partie de la population vieillissante, et donc rendre l'étude moins représentative. Le choix a ainsi été fait de tester le protocole de relaxation chez Mme G et Mme B en connaissance de cause.

Les limites principales de cette étude concernent le faible échantillon et la durée limitée de l'intervention. Une étude sur un plus grand nombre de participants aurait permis de limiter les biais et d'obtenir des résultats plus significatifs. Au niveau des conditions temporelles, le protocole n'a permis d'obtenir que des résultats à court terme. Les participants ayant reçu le protocole aléatoirement et à raison d'une séance maximum par semaine, aucun apprentissage informel de la relaxation TOP n'a pu être réalisé.

Le choix de l'échelle HAD et sa qualité de passation pose également une limite de l'étude. En effet, chaque participant a répondu aux questions de l'échelle deux fois, au début et à la fin de l'étude. Il aurait été plus pertinent d'évaluer les traits anxieux des sujets plusieurs fois avant de mettre en place le protocole, et plusieurs fois une fois ce dernier terminé. La passation unique en pré-protocole et post-protocole n'a permis de cibler les traits anxieux que sur un court instant. Or, le contexte environnemental a pu modifier l'anxiété des sujets d'un jour à l'autre, créant des biais dans les résultats de cette échelle.

Afin de pallier ces limites, des améliorations seront proposées à la suite de cet écrit.

3 Apports et perspectives en orthophonie

Si cette étude n'a pas permis de valider l'hypothèse selon laquelle la pratique de la relaxation permettrait de réduire l'anxiété chez les sujets, un effet bénéfique à très court terme a cependant été relevé lorsque la relaxation était proposée. En effet, les trois participants se sont sentis plus relaxés et détendus à la fin de la séance lorsqu'une relaxation était effectuée. Ils ont tous beaucoup apprécié bénéficier du protocole et réclamaient souvent la relaxation en début de séance. De plus, grâce aux neurones miroirs et à l'atmosphère relaxante recherchée pour chaque session, le thérapeute s'est également vu relaxé lors des séances, et a pris confiance en ses capacités en voyant les membres des patients se détendre au fur et à mesure de la lecture.

Ces effets bénéfiques de la relaxation auraient pu être observés sur du plus long terme avec une pratique de relaxation plus intensive. K. Golding, dans son étude de cas réalisée sur 97 patients post-AVC en 2016, a proposé la relaxation sous forme de contenu audio. Les participants à son étude ont dû écouter cette relaxation 5 fois par semaine, pendant 1 mois. Ainsi, un entraînement à la relaxation a été induit. A la fin de l'étude, tous les participants ayant bénéficié de cet entraînement à la relaxation se sont sentis moins anxieux (Golding et al., 2016). Afin de pallier les limites temporelles et humaines, il aurait pu être intéressant de proposer aux patients un fichier multimédia leur permettant d'écouter la relaxation de manière autonome et plus intensive. Cependant, cette méthode comporte quelques limites : le sujet doit avoir le matériel multimédia adéquat lui permettant d'écouter la relaxation, et une personne de son entourage ou un personnel de son établissement doit pouvoir venir lui rappeler de procéder à cette relaxation, et l'aider si besoin. En EHPAD, cela demande des ressources humaines et temporelles importantes.

K. Stürz et son équipe ayant démontré le lien entre l'entraînement à la relaxation et un meilleur dépistage de la démence, une augmentation des capacités de mémoire à court terme, une réduction des symptômes dépressifs ainsi qu'une amélioration du bien-être (Stürz et al., 2015). Il est alors intéressant de se questionner sur une manière efficace de mettre en place un protocole de relaxation dans un EHPAD.

Selon les données de la littérature, la relaxation devrait être pratiquée de manière intensive, plusieurs fois par semaine, pendant un temps indéfini. En EHPAD, celle-ci pourrait être proposée par un(e) animateur(trice), un(e) soignant(e), etc.

Certains auteurs ayant décrit un effet bénéfique de la relaxation sur les capacités attentionnelles, mnésiques, les fonctions exécutives ainsi que sur les capacités langagières des sujets, l'orthophoniste semble avoir une place adéquate pour associer à sa rééducation orthophonique une pratique de la relaxation. Cependant, certaines spécificités doivent être respectées afin de répondre aux attendus imposés par la profession. En effet, intégrer un

temps de relaxation aux séances de rééducation orthophonique chez les sujets ayant une affection neurologique est possible, mais sous-entend des contraintes de temps et d'efficacité pour répondre aux projets thérapeutiques des patients. Selon la nomenclature générale des actes d'orthophonie du 27 octobre 2022, une séance d'orthophonie pour une rééducation d'une pathologie neurologique acquise ou dégénérative a une « durée de l'ordre de 45 minutes sans être inférieure à 30 minutes » (Fédération des Orthophonistes de France, 2022). La Haute Autorité de Santé (HAS) suggère en 2007 que la prise en charge orthophonique des affections neurologiques doit être intensive (de 3 à 5 séances par semaines) (Sainson et al., 2022). Ainsi, inclure 10 minutes de relaxation dans une séance de rééducation orthophonique de 45 minutes réduirait à 35 minutes la prise en charge purement orthophonique. Certains sujets âgés ne bénéficient pas des 45 minutes d'orthophonie réglementaires de par leurs ressources attentionnelles réduites (du fait du vieillissement normal ou des pathologies neurologiques dont ils souffrent). Il peut donc être intéressant de leur proposer sur le temps de séance une relaxation. De plus, les études démontrent que cette dernière permet une amélioration des processus mnésiques, attentionnels ainsi que des capacités exécutives, qui peuvent être sollicités lors d'une rééducation orthophonique classique. Ainsi, pratiquer la relaxation en début de séance d'orthophonie permettrait non seulement de mettre le patient en état de détente et de confiance mais pourrait aussi optimiser la rééducation.

Pour la prise en soin d'autres troubles tels que les pathologies vocales ou les troubles de la fluence, la relaxation est déjà communément associée aux séances d'orthophonie, afin de permettre une détente musculaire.

Il pourrait donc être pertinent d'associer relaxation et séance d'orthophonie dans la rééducation des pathologies neurologiques.

Une formation aux techniques d'optimisation du potentiel (TOP) est dans ce cas vivement conseillée : elle permettra une meilleure maîtrise de l'outil relaxation et ainsi d'apporter de meilleurs résultats chez les patients.

Conclusion

Plusieurs études publiées ont démontré l'intérêt de l'utilisation de la relaxation comme réducteur de l'anxiété. L'objectif de la présente étude était de démontrer les apports bénéfiques de la relaxation chez une population en particulier : les sujets âgés institutionnalisés. Ces derniers étant, selon la littérature, particulièrement enclins à l'anxiété, la mise en place d'un protocole de relaxation aurait pu permettre non seulement de limiter leur trait anxieux et d'améliorer leur sensation de bien-être, mais également à plus long terme d'avoir des effets avantageux sur leur cerveau. En effet, certains chercheurs ont pu démontrer une amélioration de la mémoire, de l'attention et des fonctions exécutives des sujets bénéficiant d'une relaxation régulière et intensive. L'étude menée n'a pas été assez régulière et intensive pour percevoir de tels effets. De plus, la mémoire, l'attention et les fonctions

exécutives n'ont pas été testées chez les participants. Néanmoins, il a été démontré une amélioration du sentiment de détente et de relaxation de chaque participant lorsque la relaxation était proposée, bien que cet effet ne soit observé qu'à très court terme. Aucun effet positif de la relaxation n'a pu être observé sur du plus long terme.

Les sujets âgés semblent être intéressés par la relaxation. Il serait donc pertinent de poursuivre l'étude sur un plus grand nombre de participants, en introduisant une relaxation régulière à raison de 3 fois par semaine, avant la séance de rééducation orthophonique classique. Une échelle d'anxiété pourrait être proposée à plusieurs reprises avant de commencer le protocole, puis à la fin de celui-ci. Il serait également intéressant de tester en parallèle la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives des participants, afin d'établir un lien entre la relaxation et ces fonctions cognitives. Cette étude permettrait donc de montrer l'intérêt de la relaxation chez les sujets âgés institutionnalisés dans une prise en charge orthophonique des affections neurologiques. Il serait envisageable, si les résultats sont prometteurs, de mettre en place en EHPAD de séances de relaxation pour tous les résidents, suivis ou non en orthophonie.

Références

- Alamri, Y., Al-Busaidi, I. S., MacAskill, M., & Anderson, T. (2015). Anxiety and depression in Parkinson's disease patients in Saudi Arabia Global neurology. *Journal of the Neurological Sciences*, 358(1), 457-458. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2015.07.051>
- American Psychiatric Association (Éd.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5e éd, Vol. 5). American Psychiatric Association. <https://archive.org/details/DSM5Eng/page/n225/mode/2up>
- Ansseau, M. (2006). Utilité des antidépresseurs dans les troubles anxieux. *Revue Médicale Suisse*, 2(76). <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/252639/1/Utilit%C3%A9%20des%20antid%C3%A9presseurs%20dans%20les%20troubles%20anxieux.pdf>
- Baste, N. (2016). *Méthodes de relaxation*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.baste.2016.01>
- Bastien, C., & Michel, B. F. (2014). *Représentations et maladies neurodégénératives*. De Boeck Supérieur.
- Ben Abdesslem, H., Boukadida, M., Bruneau, M.-A., Robert, P., Belleville, S., David, R., & Frasson, C. (2019). Immersion en train thérapeutique pour la relaxation de patients Alzheimer. *French Journal of Psychiatry*, 1, 152. <https://doi.org/10.1016/j.fjpsy.2019.10.422>
- Benson, H., Arns, P. A., & Hoffman, J. W. (1981). The relaxation response and hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29(3), 259-270. <https://doi.org/10.1080/00207148108409160>
- Bergua, V., Swendsen, J., & Bouisson, J. (2006). Anxiété, dépression et comportement chez les personnes âgées : Étude en vie quotidienne. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 16(1), 7-11. [https://doi.org/10.1016/S1155-1704\(06\)70190-2](https://doi.org/10.1016/S1155-1704(06)70190-2)
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00296-3)

- Brenot, P. (2003). *La relaxation*. Presses Universitaires de France. <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/la-relaxation--9782130532996.htm>
- Canini, F., & Trousselard, M. (2016). Implications de l'augmentation cognitive. *Inflexions*, 32(2), 57-72. <https://doi.org/10.3917/infle.032.0057>
- Chen, Y., Zhang, J., Zhang, T., Cao, L., You, Y., Zhang, C., Liu, X., & Zhang, Q. (2020). Meditation treatment of Alzheimer disease and mild cognitive impairment : A protocol for systematic review. *Medicine*, 99(10), 1-4. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000019313>
- Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, & Collège universitaire national des enseignants en addictologie (Éds.). (2021). *Référentiel de psychiatrie et addictologie : Psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie* (3e éd). Presses universitaires François-Rabelais. <https://pufr-editions.fr/wp-content/uploads/2021/01/ECN-PSY-2021.pdf>
- Compagnone, P.-D., Van, M.-T., & Bouisson, J. (2004). Définition de la qualité de vie par des personnes âgées. *European Review of Applied Psychology*, 57(3), 175-182. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2004.07.001>
- Conversat-Nigay, C., Morgny, C., Manckoundia, P., Lenfant, L., & Pfitzenmeyer, P. (2010). Qualité de vie au sein d'un Ehpad : Étude du ressenti des résidents. *Annales de Gérontologie*, Volume 3(3), 161-168. <https://doi.org/10.1684/age.2010.0116>
- Ducher, J.-L. (2011). Un schéma général de l'anxiété. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 21(3), 79-83. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2011.07.008>
- Durand de Bousingen, R. (1961). *La relaxation*. Presses Universitaires de France.
- El-Gabalawy, R., Mackenzie, C. S., Thibodeau, M. A., Asmundson, G. J. G., & Sareen, J. (2013). Health anxiety disorders in older adults : Conceptualizing complex conditions in late life. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1096-1105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.08.010>
- Engasser, O., Bonnet, A., & Quaderi, A. (2015). L'approche non médicamenteuse de la

- personne âgée atteinte de maladie d'Alzheimer et apparentées : Fondements conceptuels d'une clinique thérapeutique. *Psychothérapies*, 35(3), 151-158. <https://doi.org/10.3917/psys.153.0151>
- Fédération des Orthophonistes de France. (2022). *Nomenclature Générale des Actes en Orthophonie*. <https://federation-des-orthophonistes-de-france.fr/rubrique/nomenclature/>
- Flamand-Roze, C. (2022). *Quand l'hypnose soigne les médecins*. Les Arènes.
- Fresard, E., & Khazaal, Y. (2008). L'apprentissage de la relaxation appliquée (RA) peut-il améliorer la diminution de la flexibilité physiologique observée chez les sujets souffrant d'anxiété généralisée ? *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 18(1), 8-13. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2008.02.005>
- Gaucher, J. (2002). La maladie, le handicap ou la régression... Quelle vieillesse ? : La question éthique dans le soin et l'intervention gérontologiques. *Gérontologie et société*, 25(101), 103-114. <https://doi.org/10.3917/gs.101.0103>
- Golding, K., Kneebone, I., & Fife-Schaw, C. (2016). Self-help relaxation for post-stroke anxiety : A randomised, controlled pilot study. *Clinical Rehabilitation*, 30(2), 174-180. <https://doi.org/10.1177/0269215515575746>
- Gomoll, B. P., & Kumar, A. (2015). Managing anxiety associated with neurodegenerative disorders. *F1000Prime Reports*, 7, 1-6. <https://doi.org/10.12703/P7-05>
- Guerriaud, M. (2019). Les traitements pharmacologiques des troubles anxieux. *Actualités Pharmaceutiques*, 58(590), 23-26. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2019.09.006>
- Insee. (2021). *Estimations de population et statistiques de l'état civil*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631#tableau-figure1>
- Johansson, M., Stomrud, E., Johansson, P. M., Svenningsson, A., Palmqvist, S., Janelidze, S., van Westen, D., Mattsson-Carlgrén, N., & Hansson, O. (2022). Development of Apathy, Anxiety, and Depression in Cognitively Unimpaired Older Adults : Effects of Alzheimer's Disease Pathology and Cognitive Decline. *Biological Psychiatry*, 92(1), 34-43. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2022.01.012>

- Jorm, A. F., Morgan, A. J., & Hetrick, S. E. (2008). Relaxation for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1-60. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007142.pub2>
- Khosravi, M. (2011). Introduction : De la maladie d'Alzheimer et des démences. In *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés* (3ème, p. 1-68). Doin. <https://doi.org/10.3917/jle.khosr.2011.01>
- Knapp, P., Campbell Burton, C. A., Holmes, J., Murray, J., Gillespie, D., Lightbody, C. E., Watkins, C. L., Chun, H.-Y. Y., & Lewis, S. R. (2017). Interventions for treating anxiety after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008860.pub3>
- Kramer, A. F., Bherer, L., Colcombe, S. J., Dong, W., & Greenough, W. T. (2004). Environmental Influences on Cognitive and Brain Plasticity During Aging. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(9), 940-957. <https://doi.org/10.1093/gerona/59.9.M940>
- Kuhnel, M.-L., Iraki, I. E., Tranchant, M., & Aspe, G. (2010). Prévalence de la dépression en EHPAD : Nécessité d'une approche gérontopsychiatrique. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 10(57), 111-115. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2010.03.010>
- Larroque, M. (2013). Les procédés de relaxation hier et aujourd'hui. *L'information psychiatrique*, 89(9), 751-758. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8909.0751>
- Lazar, S., Bush, G., Gollub, R., Fricchione, G., Khalsa, G., & Benson, H. (2000). Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. *NeuroReport*, 11(7), 1581-1585.
- Marconi Union. (2011). *Weightless* [Musique]. JustMusicTV. <https://www.youtube.com/watch?v=UfcAVejslrU>
- Masse, C., Giustiniani, J., Bennabi, D., & Vandell, P. (2018). L'anxiété chez le sujet âgé : Diversité des présentations cliniques et approches thérapeutiques. *Lettre du psychiatre*, 14, 12.
- Monfort, J.-C., Hugonot-Diener, L., Devouche, E., Wong, C., & Péan, I. (2010). Le syndrome

- de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale. Enquête descriptive. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, 8(2), 141-153.
- Morris, R., Eccles, A., Ryan, B., & Kneebone, I. I. (2017). Prevalence of anxiety in people with aphasia after stroke. *Aphasiology*, 31(12), 1410-1415. <https://doi.org/10.1080/02687038.2017.1304633>
- Orain, S. (2008). Le snoezelen. *Gérontologie et société*, 31(126), 157-164. <https://doi.org/10.3917/g.s.126.0157>
- Palazzolo, J. (2019). De l'anxiété normale à l'anxiété pathologique. *Le Journal des psychologues*, 369(7), 72-77. <https://doi.org/10.3917/jdp.369.0072>
- Perreaut-Pierre, É. (2015). La préparation mentale par les Techniques d'Optimisation du Potentiel au sein d'une démarche intégrative de gestion du stress. In *Soigner par les Pratiques Psycho-Corporelles* (p. 49-58). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.lhopi.2015.01.0235>
- Roelandt, J.-L., Caria, A., Defromont, L., Vandeborre, A., & Daumerie, N. (2010). Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale*, 36(3), 7-13. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(10\)70012-9](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(10)70012-9)
- Roze, E. (2012). Quelles thérapeutiques proposer dans la maladie de Parkinson du sujet âgé ? *Les cahiers de l'année gérontologique*, 4(2), 50-55. <https://doi.org/10.1007/s12612-012-0261-2>
- Sainson, C., Bolloré, C., & Trauchessec, J. (2022). *Neurologie et orthophonie : Prise en soins des troubles acquis de l'adulte* (Vol. 2). De Boeck Supérieur.
- Santos-Silva, A. dos, Bubols, M. N., Argimon, I. de L., Stagnaro, O., & Alminhana, L. O. (2020). Benefits of relaxation techniques in the elderly : A systematic review. *Psico*, 51(1), 1-11. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2020.1.28367>
- Schultz, J. H. (2013). *Le training autogène : Méthode de relaxation par auto-décontraction concentrative. Essai pratique et clinique* (nouvelle édition). Presses Universitaires de France.

- Servant, D. (2019). Modèles comportementaux et neurobiologiques de l'anxiété. *EMC - Psychiatrie*, 16(1), 1-19. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(18\)68343-9](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(18)68343-9)
- Stürz, K., Hartmann, S., Kemmler, G., & Günther, V. (2015). Influence of a Relaxation Program, Cognitive Training and a Combination of Both Intervention Forms On Neuropsychological and Affective Parameters in Elderly Care Home Residents. *European Psychiatry*, 30, 14-47. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)31121-4](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)31121-4)
- Tercelan Alvarez, E., Zamora Muñoz, M., José Moraga, M., & Garcia Alvarez, J. (2015). The Effectiveness of Relaxation Techniques in Anxiety Disorders. *European Psychiatry*, 30, 11-12. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)30878-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)30878-6)
- Trouillet, R., & Gély-Nargeot, M.-C. (2009). Mécanismes de défense et dépression du sujet âgé institutionnalisé. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(2), 119-126. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2006.12.016>
- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults : A comprehensive review. *Depression and Anxiety*, 27(2), 190-211. <https://doi.org/10.1002/da.20653>
- Yesevage, J. (1984). Relaxation and memory training in 39 elderly patients. *American Journal of Psychiatry*, 141(6), 778-781. <https://doi.org/10.1176/ajp.141.6.778>
- Zhang, Z., Olszewska-Guizzo, A., Husain, S. F., Bose, J., Choi, J., Tan, W., Wang, J., Xuan Tran, B., Wang, B., Jin, Y., Xuan, W., Yan, P., Li, M., Ho, C. S. H., & Ho, R. (2020). Brief Relaxation Practice Induces Significantly More Prefrontal Cortex Activation during Arithmetic Tasks Comparing to Viewing Greenery Images as Revealed by Functional Near-Infrared Spectroscopy (fNIRS). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8366. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228366>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716>

Sommaire des annexes

Annexe A I

Annexe B II

Annexe A. Hospital Anxiety and Depression scale.

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Annexe B. Protocole de relaxation.

Je vous laisse vous installer confortablement et quand vous le voulez, vous allez pouvoir tranquillement laisser les yeux se fermer.

Et je vous propose maintenant d'observer votre respiration. Sans chercher à la modifier, juste observer la fraîcheur de l'air dans les narines juste à l'inspiration ... et sa tiédeur à l'expiration.

Observez aussi les mouvements du corps en faisant deux ou trois respirations tout à fait naturelles.

Voilà exactement comme ça, très bien.

Et maintenant, je vais vous proposer d'allonger le souffle : vous inspirez et vous soufflez plus longuement jusqu'au bout du souffle.

Selon votre confort vous pouvez rester quelques secondes les poumons vides, ou bien inspirer à nouveau directement. Et cette respiration va profondément vous relaxer... vous apaiser... Voilà, encore une respiration bien relaxante... C'est parfait.

Et déjà votre cœur ralentit, tout à fait normalement, vous pouvez reprendre une respiration calme et tranquille, naturelle, et déposer du calme sur le sommet de votre crâne. Au départ juste un point de calme que vous posez sur votre tête et que vous allez laisser glisser, glisser sur votre visage. Le cuir chevelu alors se délasse, et le front se lisse. Du calme se dépose sur les paupières qui deviennent alors très agréablement lourdes, de plus en plus lourdes.

Vous pouvez avoir la sensation de pouvoir les ouvrir mais les paupières sont à présent totalement fermées, totalement détendues. Très bien. Et le calme va glisser sur les joues, se déposer tranquillement sur les mâchoires, qui se desserrent et se relâchent.

La langue se met alors au repos, comme si elle s'endormait ... Et tous les muscles de la nuque s'assouplissent, la gorge se délasse... très bien. Du calme se dépose sur vos épaules, chaque muscle s'assouplit et se lisse, et le calme peut alors glisser le long d'un bras, puis de l'autre, comme si vous teniez dans le creux des mains des petites balles de calme qui diffusent leur agréable chaleur dans vos deux bras.

Les bras sont agréablement lourds, de plus en plus lourds, et votre dos peut s'enfoncer, profondément, comme on pourrait s'enfoncer dans du coton, dans du moelleux.

Et si une image de détente, d'un paysage agréable et relaxant se propose à vous, accueillez là tranquillement. Et laissez là vous faire du bien, vous apaiser, dans ses parfums, ses musiques et ses images, ses couleurs...

Profitez de cette image, profitez de cet endroit ...

Jusqu'à ce que le calme gagne vos jambes, jusqu'au bout des pieds, en leur apportant une très agréable lourdeur, un peu comme si les pieds étaient attirés par le centre de la Terre. Très agréablement lourds.

A présent le corps entier est totalement relâché, totalement détendu, très agréablement lourd. Profitez de votre image de détente, de cette très douce lourdeur encore quelques instants, autant de temps que vous en avez besoin pour apaiser le corps et ainsi apaiser l'esprit, et vous préparer, à être bien, à être tranquille.

Très bien.

C'est cette tranquillité et ce calme qui vont vous permettre à présent de prendre une respiration un tout petit peu plus tonique, un tout petit peu plus dynamique. Quand vous serez prêt(e).

inspire

Une respiration dans laquelle l'inspiration va être un tout petit peu plus puissante que le souffle.

donne l'exemple

Quelques respirations comme ça pour vous redynamiser, pour vous retonifier et vous permettre de vous préparer à ce qui arrive, maintenant.

Quand vous serez prêt(e), c'est avec des images de dynamisme, de plaisir, de bien être que vous allez pouvoir envisager la fin de cette séance, et tranquillement, vous allez pouvoir ouvrir les yeux, et poursuivre votre journée.