

KINÉSITHÉRAPIE EN VILLE DES PATIENTS PARKINSONIENS ÉVOLUÉS

Thierry PERON-MAGNAN¹

RÉSUMÉ

La prise en charge des patients parkinsoniens évolués en cabinet de ville est une nécessité de santé publique. Elle doit répondre aux données actualisées de la littérature dans le domaine de la rééducation et des neurosciences.

Aux stades 3 et 4 de Hoehn et Yahr, des troubles cognitifs et comportementaux s'associent fréquemment aux troubles sensorimoteurs. L'apparition des troubles axiaux met en jeu l'autonomie et la sécurité du patient.

Il faut néanmoins conserver une approche pragmatique et répondre aux questions pratiques des patients : comment faire, en période off, un demi-tour ? Comment se lever d'une chaise, etc. ? Sans oublier d'entretenir l'état général avec des programmes gymniques répétitifs, mais ludiques.

En tenant compte des périodes On/Off, des particularités cliniques et du contexte du patient, il faudra composer avec le patient un programme de rééducation "sur mesure" pour conserver le plus longtemps possible son autonomie et sa qualité de vie.

SUMMARY

The management of advanced Parkinsons disease patients in private practice is a public health necessity. It must be carried out according to current literature in the domain of neurological rehabilitation.

At stage 3 and 4 of Hoehn and Yahr, cognitive and behavioural troubles are frequently associated with sensorimotor deficits. The apparition of axial troubles puts the patient's independence and safety at risk.

One must maintain a practical approach with regards to the patient: how does one do a half-turn whilst in the off period? How does one get up from a chair, etc? General body maintenance should not be forgotten, with repetitive but fun gym programs included.

Taking on/off periods into consideration, the clinical specificities and the patients personal situation, a "tailored" re-education program should be created in order to conserve the patients independence and quality of life for as long as possible.



¹ Kinésithérapeute
Paris

Texte issu de la Conférence organisée
par l' Association France Parkinson,
le 22 janvier 2010

Les exercices sont illustrés
par des images issues de vidéos
de patients qui ont eu l'amabilité
de prêter leur concours à ce travail
de formation

Cognition - Comportement - Kinésithérapie - Maladie de Parkinson - Motricité

MOTS CLÉS

KEYWORDS

Cognition - Behavior - Physiotherapy - Parkinsons disease - Motricity

L'OBJET DE CET ARTICLE est de réaliser un outil technico-pratique, directement applicable en cabinet de ville. Néanmoins, l'approche thérapeutique reste globale, fidèle à la physiopathologie de la maladie à ce stade, soit une visée fonctionnelle, c'est-à-dire sensorimotrice et "comportementale".

Ceci revient à répondre à deux questions pour le patient et le soignant : "Comment faire ?", et "Comment faire avec ?". Les réponses doivent permettre de mieux appréhender des situations concrètes : se lever, faire un demi-tour, marcher, s'asseoir, contourner ou franchir des obstacles, etc.

Autant de situations quotidiennes que le patient doit affronter avec une baisse de son efficacité dans le registre moteur, mais bien souvent, et surtout quand la maladie est évoluée, dans le registre comportemental. Ceci implique pour les deux partenaires (soigné et soignant) trois autres questions pour chaque difficulté rencontrée :

- Quel est le problème ?
- Dans quelles circonstances intervient-t-il ?
- Quelles en sont les conséquences ?

Le soignant cherchera avec le patient les variables d'ajustement aux dysfonctions observées, tout en maintenant une bonne condition

physique générale, en suivant les principes de rééducation et les stratégies, issus de l'évaluation (BDK), des théories en vigueur et des expériences du patient.

CLASSIFICATION DE HOEHN ET YAHR

Les troubles de l'équilibre et de la posture sont au cœur des stades 3 et 4. On parle classiquement de troubles axiaux qui signent l'aggravation de la maladie :

- troubles posturaux ;
- troubles de la marche avec la festination ;
- freezing ;
- et altération de l'équilibre.

LES DÉFICIENCES OBSERVABLES À CE STADE

Motricité

La rigidité et l'akinésie se sont accentuées et des déformations posturales apparaissent en enroulement du tronc et des membres. Le patient, dans un premier temps, ne semble pas en percevoir la sévérité. C'est bien souvent lors des premières chutes et du "debriefing" avec le kinésithérapeute qu'il prend conscience de l'évolution de sa maladie.

À son inclinaison en avant ou/et latérale, s'ajoute une accélération irrépressible de la marche sur la pointe des pieds ; on dit que le patient court après son centre de gravité : c'est la festination.

Il peut également avant le passage d'une porte, ou plus généralement d'un passage étroit, se retrouver bloqué avec les pieds qui semblent véritablement coller au sol.

Le phénomène peut également se produire après une station assise prolongée (repas) : c'est le freezing. Ce signe peut apparaître à ce stade indifféremment en période ON ou OFF. Ce sont les deux principales causes de chute, avec les demi-tours, à ce stade.

Mais ce ne sont pas les seules possibles : les troubles cognitifs sont maintenant clairement mis en évidence dans de nombreuses études, et cela parfois très tôt dans la maladie, voire de façon inaugurale.

Cognition

Les fonctions exécutives qui caractérisent ce que l'on nomme la cognition sont un ensemble assez hétérogène, qui varie selon les auteurs, mais dont certains éléments sont systématiquement décrits :

- le plus prégnant est sans doute **l'attention**, qui permet au sujet de se concentrer sur une information et d'inhiber celles non pertinentes avec la tâche assignée ;
- **la mémoire de travail** qui permet de retenir des éléments informatifs, en nombre et pour une durée réduite ;
- **la planification** qui permet le traitement associatif des informations contenues en mémoire, adapté au but ;
- **l'exécution** ou auto-activation qui engendre l'action proprement dite ;
- **le contrôle**, qui est une action réflexive sur le résultat par rapport aux attendus.

Si l'une ou l'autre de ces facultés est altérée, le traitement de l'information sera à minima retardé mais pourra, dans certains cas évolués (démences), être impossible.

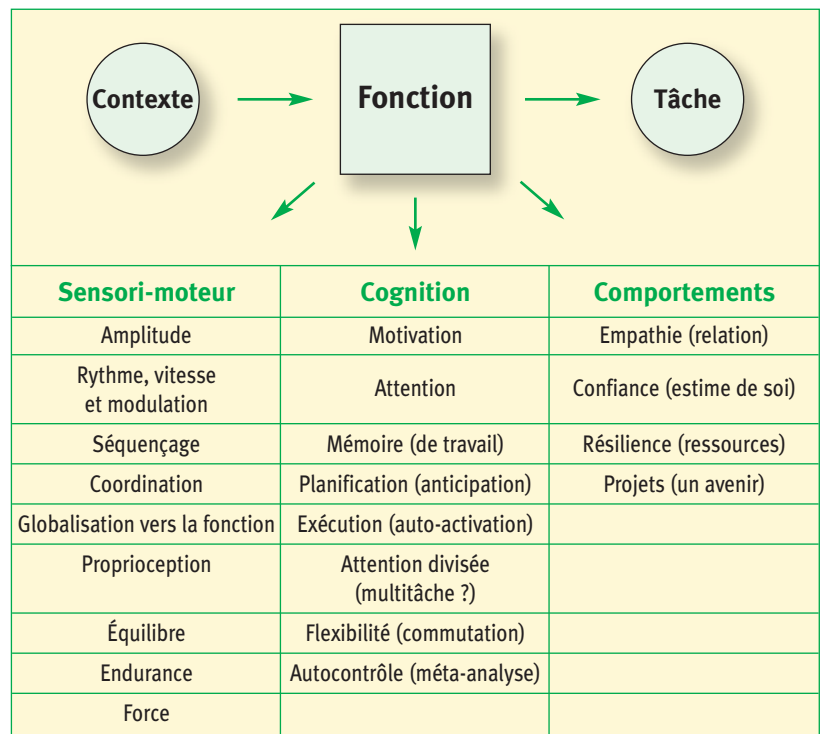
L'incidence de ces altérations, qui se rajoutent aux troubles moteurs, conditionne directement les séances de rééducation du kinésithérapeute qui doit évaluer rapidement et aussi précisément que possible le niveau de compréhension de son patient pour proposer des exercices pertinents avec des objectifs fonctionnels raisonnables.

Comportement

Sur le plan comportemental, le patient est aussi confronté à d'autres difficultés. L'anxiété est très fréquente, et les patients décrivent volontiers une plus grande réceptivité aux stress, dits négatifs, mais également positifs, qui majorent les troubles moteurs.

La dépression dopa-dépendante, ou celle liée à l'histoire personnelle du patient, est en général prise en charge avec succès par le traitement médical et psychothérapeutique. Il en est de même pour les hallucinations, souvent dopa-dépendantes, et paradoxalement assez peut anxiogènes pour le patient (exemple : venue de personnes ou d'animaux familiers dans la pièce où se trouve le patient).

Tableau I
Les stratégies de rééducation
 Ressources à mobiliser



(l'illustration sonore est disponible : <http://thierryperonmagnan.unblog.fr/>)

Répercussions fonctionnelles

L'ensemble de ces signes a pour conséquence directe d'entraîner des chutes avec le risque de développer une phobie de la chute et/ou de la marche. Cette réduction de mobilité secondaire va accroître les douleurs et réduire l'autonomie du patient avec en corollaire une désocialisation possible.

LES STRATÉGIES DE RÉÉDUCATION (tab. I)

Elles sont étroitement dépendantes, à ce stade, des périodes On/Off.

La problématique rééducative part toujours d'un contexte, celui du patient. Ce dernier oriente son action vers un but, une cible, il y parvient grâce à la fonction (la marche par exemple). L'action qu'il déploie alors, s'exprime *via* trois dimensions : sensori-motrice, cognitive, affective.

Ce sont également trois axes de travail que peut utiliser le kinésithérapeute pour aider le patient à atteindre son objectif : en stimulant les dimensions sous-employées mais performantes, ou en compensant une dimension par une autre.

L'action sensori-motrice est classiquement dans le registre du rééducateur, mais nous savons aujourd'hui que les ganglions de la base régulent également la cognition et les émotions. Le rééducateur qui s'occupe de patients parkinsoniens doit investir ces espaces de travail, en particulier lors de la maladie évoluée. Ces trois dimensions sont indissociables car interactives. Leur mode d'action est complexe, mais pour rester dans le cadre des objectifs de ce travail, nous ne les détaillerons que sommairement :

La motricité

Cette recherche est variée, globale. Elle passe par le travail du maintien, ou de la restauration, des amplitudes articulaires, du rythme, de la vitesse du geste avec sa modulation, mais aussi par le séquençage, c'est-à-dire la décomposition des actions (exemple : pour la marche, se tenir droit, attaquer le sol par le talon, balancer les bras, etc.), ainsi que la coordination et la globalisation des gestes. L'activité proprioceptive est recherchée par la stimulation posturale et sa répétition.

Enfin, la force (les extenseurs), l'endurance, et l'équilibre sont régulièrement entretenus.

La cognition

La motivation est au cœur de toute action ; elle est dépendante de la notion de récompense, de plaisir. Le kinésithérapeute doit rechercher et rappeler les arguments positifs de la démarche de rééducation et présenter un programme aussi ludique que possible.

Mais, pour être efficace, la motivation, doit être relayée par d'autres instances :

- *l'attention*, qui permet de sélectionner, au milieu d'un flot d'informations, celle qui sera pertinente avec l'objectif ; c'est également la capacité à inhiber les autres. Le kinésithérapeute fera des propositions stratégiques de difficultés graduées tenant compte des résultats de son évaluation. Les exercices avec double tâche ne seront pas proposés en première intention ;
- *la planification*, ou l'agencement organisé des consignes, suivra également la même logique de progression, en tenant compte des capacités de mémorisation (une consigne, puis deux enchaînées, etc.). Enfin, on pourra tester la capacité à commuter d'une consigne à une autre, ou flexibilité, en modifiant celle-ci au cours de l'exercice ;
- *la flexibilité* sera évaluée, puis travaillée, en situation avec des changements de consignes ou des modifica-

tions de parcours (de marche) non annoncés auxquels le patient devra faire face pour respecter, soit la consigne initiale (aller du point A au point B), soit les règles de sécurité (il est interdit de tomber !);

– *l’autocontrôle* est étroitement lié à la compétence précédente. Mais c’est aussi avoir la capacité de porter un jugement plus “méta” sur sa progression par rapport à un comportement donné (exemple : l’anxiété et la maladie). Le kinésithérapeute crée un espace ressource en dialoguant librement avec le patient sur les sujets qui le questionnent, et en donnant des réponses “honnêtes” en se gardant de répondre aux questions qui ne sont pas posées.

Le comportement

L’empathie

Il s’agit de prendre en compte le comportement du patient. Pour A. Berthoz, “*c’est la capacité d’adopter la perspective d’autrui*”.

Pour Boris Cyrulnik, c’est “*un décentrement de soi pour se représenter le monde non visible d’un autre*”.

Dans un groupe “résilience et empathie”, composé de patients atteints de la maladie d’Alzheimer, Cyrulnik a observé dans une étude que plus le score à l’échelle d’empathie des aidants était élevé, moins il y avait de symptômes de désorientation et d’agressivité chez les patients. En effet, c’est autour de la relation avec son patient que le soignant donne la troisième dimension d’aide.

Pour créer les conditions d’un échange constructif, porteur d’une amélioration de la qualité de vie du patient, il faut être en mesure de développer une écoute empathique (ne pas confondre empathie avec sympathie qui veut aussi dire “souffrir avec !”). L’empathie est une lecture cognitive de l’autre mais elle est aussi l’attitude d’ouverture de soi à l’autre autour de référentiels (culturels) partagés.

La proximité engendrée par le dispositif ne doit pas entretenir de confusion sur le positionnement de chacun, les psychiatres ont l’habitude de rappeler les trois règles d’or suivantes :

- Vous êtes le soignant
- Vous êtes là pour aider
- Vous êtes moins anxieux que le patient !

Elle doit permettre de créer une relation de confiance, socle où le patient peut accorder un crédit de compétences au soignant.

La résilience

Cette relation de confiance permet au patient de prendre “la bonne attitude”, “le bon comportement”, face à la maladie. Elle contribue au renforcement de ses défenses psychiques ou résilience pour Boris Cyrulnik.

Le projet

Un projet de rééducation raisonné devient possible, au plus prêt des besoins et des possibilités réelles du patient contribuant à son projet de vie avec la maladie.

LES FONCTIONS À MAINTENIR (non exhaustif, en fonction de l’évaluation)

- Se lever - S’asseoir
- Marcher
- Se retourner
- Franchir des obstacles
- Demi-tour
- Aller au sol - Se relever
- Se retourner au lit
- Habillage
- Préhension
- Écriture

Moyens

Assouplissements (fig. 1)

Exercices sous une forme principalement active :

- racines des membres ;
- extension du rachis ;
- coordination ;
- insister sur la respiration.

Renforcer

- Les extenseurs du rachis et des membres ;
- les rotateurs externes.



Figure 1

Assouplir passivement et activement le rachis, les membres supérieurs et inférieurs, les fléchisseurs⁺⁺⁺, la cage thoracique, le travail respiratoire (restrictif/obstructif)

S'asseoir et se relever d'une chaise ou du sol (fig. 2)

- Décrire l'exercice ;
- une démonstration de l'exercice ;
- insister sur le séquençage ;
- travailler la mentalisation de l'exercice (notion de routine mentale) ;
- insister sur la répétition.

Équilibre (fig. 2)

- Fentes (toutes directions) ;
- talons-pointes;
- unipodal ;
- poussées-réactions ;

La marche, les demi-tours, les passages d'obstacles (fig. 3)

Le travail de la marche est conditionné par la posture du rachis, des hanches, des genoux, qui doivent faire l'objet d'un travail proprioceptif, après avoir étiré si nécessaire les muscles fléchisseurs.

Se lever - S'asseoir

Démonstration - Décomposition - Répétitions - Routines mentales - Cible



Équilibre

Déplacement quatre points cardinaux



Figure 2



Figure 3

La marche, les demi-tours et les passages d'obstacles

La coordination de l'ensemble des segments intervenants dans la marche est reprise à chaque séance en insistant sur les difficultés personnelles de chaque patient: se tenir droit, attaquer le sol par les talons, extension des genoux, balancement des bras, faire de grands pas, bien soulever les pieds.

Comme le volume des consignes est très contraignant, et plus encore chez une personne avec des troubles cognitifs, on pourra avantageusement utiliser la stratégie de "l'avatar", c'est-à-dire, jouer le rôle du "faire comme si", faire "comme le bien-portant", et utiliser l'image d'un personnage qui, à lui seul et pour un patient donné, "synthétise" l'ensemble des consignes (exemple : marcher "comme un sénateur", pour une marche lente à l'allure assurée, etc.). Les patients se prêtent volontiers à ce jeu et sont étonnés de l'aisance motrice (provisoirement) retrouvée.

Lors de la rééducation de la marche, essayer d'exercer toutes les composantes de celle-ci en proposant un parcours de marche graduellement complexe en regard des compétences du patient. Si celui-ci est efficient, il est possible d'ajouter des doubles tâches : parler en marchant,

ramasser, déplacer des objets, etc., en y associant les changements de sens, de rythme, de vitesse, et les passages d'obstacles.

L'apprentissage du demi-tour décomposé est essentiel à la sécurité du patient. Il est possible d'utiliser des stratégies d'indication visuelle, sonore, puis de les retirer si possible.

L'apprentissage de stratégies anti-freezing est enseigné en tenant compte, le cas échéant, de celles déjà utilisées avec succès par le patient.

Exemple de tâche cognitivo-motrice

Cas clinique

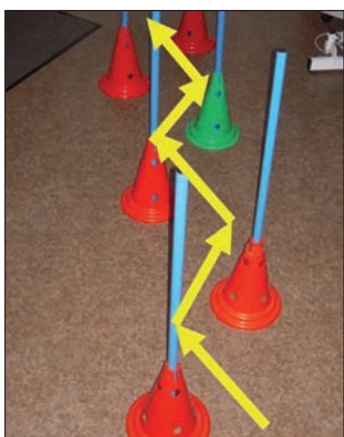
Il s'agit d'un patient présentant depuis quelques mois des troubles axiaux, mais il n'a ni raideur ni akinésie ni freezing ni festination importante.

En revanche, les chutes deviennent plus fréquentes depuis quelques temps. La marche semble ne pas poser de problème.

On lui propose des exercices de marche avec des consignes de difficulté croissante :



1) Marche calibrée par des espaces réguliers. L'exercice favorise une marche régulière et donc réduit le risque de déséquilibre. Il n'y a pas d'effort cognitif mais un guidage visio-sensoriel : l'exercice est bien réalisé par le patient.



2) Un autre exercice où la consigne est de réaliser le moins de pas possible entre des piquets. Recherche du placement des pieds en fonction de la consigne et de l'environnement. Exercice qui associe un faible niveau cognitif. Il favorise le pas latéral, gage de stabilité : l'exercice est bien réalisé par le patient.



3) Association des deux exercices précédents : le patient doit intégrer les deux exercices dans une seule épreuve, il doit être attentif au respect de la consigne, alterner la stratégie 1 avec la 2. La tâche cognitive est trop lourde et nuit à la bonne réalisation de la tâche motrice : le patient doute, augmentant le temps de latence de la réponse motrice adaptée et perd l'équilibre.

APPORTS DE LA RÉÉDUCATION PERÇUS PAR LE PATIENT

À court terme, à la fin d'une séance, le patient doit se sentir mieux (moins raide, moins douloureux, plus mobile et

plus confiant). Le bénéfice de la séance se prolonge sur plusieurs heures, voire plusieurs jours.

À moyen terme, pour les patients sans troubles comportementaux importants, le "mode d'emploi de la maladie" est acquis, les stratégies appliquées. La qualité de vie est augmentée : meilleur contrôle de la posture, de la festination, du freezing avec, pour corollaire, moins de chutes et une diminution de l'anxiété.

CONCLUSION

La maladie de Parkinson est une maladie systémique, la rééducation doit en tenir compte pour optimiser ses effets. La dimension motrice est rarement isolée aux stades 3 et 4.

Les atteintes comportementales sont polymorphes et vont d'un léger trouble attentionnel à un état de démence. Le kinésithérapeute ne peut ignorer ces aspects et doit y être sensible pour atteindre des objectifs fonctionnels optimums.

L'écoute et l'observation du patient sont des outils indispensables pour ajuster avec pertinence les propositions rééducatives dont les bénéfices sont perçus par le patient. ■

Références

- Dujardin K, Defebvre L. Neuropsychologie de la maladie de Parkinson et des syndromes apparentés. Paris : Éditions Masson, 2007.
- Psychothérapie cognitivo-comportementale : http://fr.wikipedia.org/wiki/Psychoth%C3%A9rapie_cognitivo-comportementale
- Defebvre L, Vérin M. *La maladie de Parkinson*. Paris : Éditions Masson, 2006.
- Morris ME, Lanssek R, Kirkwood B. A Randomized controlled trial of movement strategies compared with exercise for people with Parkinson's disease. *Mov Disord* 2009;24(3):64-71.
- Berthoz A, Jorland G. *L'empathie*. Paris : Éditions Odile Jacob, 2004.
- *Quel rôle pour le patient dans sa prise en charge ?* Rencontre HAS, décembre 2009 : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/rencontres_09_-_diaporama_tr21.pdf
- Haute autorité de santé (HAS). *La maladie de Parkinson : critères diagnostiques et thérapeutiques*. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272069/la-maladie-de-parkinson-criteresdiagnostiques-et-therapeutiques