**DESCRIPTION GÉNÉRALE**

Bien qu'il n'y ait pas de remède connu, les traitements actuels peuvent améliorer les symptômes de manière significative. Avant de commencer le traitement, il convient d'examiner les antécédents médicamenteux du patient et les agents susceptibles d'aggraver ou d'exacerber le parkinsonisme.

L'objectif principal de la thérapie à ce jour reste le meilleur contrôle possible des symptômes moteurs et non moteurs tout en minimisant les effets secondaires. L'approche du traitement varie selon les différents stades de la maladie, en tenant compte non seulement du stade de la maladie mais aussi de l'âge et des besoins du patient.

**SOMMAIRE**

Dans ce module, nous examinerons

1. Traitement pharmacologique
2. Traitement chirurgical
3. Traitement non pharmacologique (thérapies thérapeutiques et de réhabilitation)
4. Soutien social
5. Saviez-vous que
6. Références

**OBJECTIFS**

Les objectifs de cette unité didactique sont les suivants

Connaître les principaux médicaments utilisés pour traiter les symptômes de la maladie, ainsi que les traitements de deuxième intention.

Expliquer les différentes procédures chirurgicales disponibles.

Développer les différentes thérapies de réadaptation, leurs principaux objectifs et leurs avantages.

1. **Prise en charge pharmacologique de la maladie de Parkinson**

Les premiers symptômes de la maladie étant dus à la disparition progressive des cellules nerveuses qui synthétisent la dopamine, les principales approches thérapeutiques actuellement utilisées visent à corriger le déficit en dopamine. Certains médicaments rétablissent le taux de dopamine en l'induisant de l'extérieur sous forme de L-dopa (précurseur de la dopamine), d'autres stimulent les récepteurs postsynaptiques de la dopamine (agonistes de la dopamine), d'autres encore favorisent la libération de dopamine par les fibres nerveuses survivantes (amantadine) ou inhibent sa dégradation (inhibiteurs de la monoamine oxydase de type B et inhibiteurs de la catéchol-o-méthyltransférase).

* 1. **Levodopa**

Le traitement de base est la lévodopa. C'est le traitement le plus efficace contre la bradykinésie et la rigidité et il est utilisé en première intention chez les patients âgés. Les effets indésirables tels que les nausées, l'hypotension orthostatique (OH), la confusion et les hallucinations sont généralement moins importants que ceux des autres traitements de la MP, ce qui en fait un choix intéressant pour les personnes âgées, en particulier celles qui souffrent de troubles cognitifs. Une dose plus faible est généralement nécessaire chez les patients plus âgés. Une dose initiale sûre est de 50 mg deux à trois fois par jour, espacée de 4 à 6 heures pendant les heures d'éveil. La dose peut être augmentée lentement sur une à deux semaines jusqu'à ce qu'une bonne réponse clinique soit obtenue ou que les effets indésirables deviennent limitants.

La lévodopa est toujours administrée avec un inhibiteur périphérique de la décarboxylase (carbidopa ou bensérazide) afin de réduire la dégradation périphérique de la lévodopa en dopa-mine. Cela permet de minimiser les effets indésirables dopaminergiques périphériques tels que les nausées et l'OH et d'optimiser l'administration du médicament au cerveau. Immagine che contiene disegno, schizzo, clipart, illustrazione

Descrizione generata automaticamente

L'utilisation précoce de la lévodopa a fait l'objet de nombreux débats. Chez les patients plus jeunes, qui seront atteints de la maladie pendant de nombreuses années et qui sont plus susceptibles de développer des complications à long terme, la tendance est de retarder le traitement. L'administration de la lévodopa avec un repas pauvre en protéines ou à jeun, si elle est tolérée, peut améliorer l'absorption. Des doses plus petites et plus fréquentes peuvent également être utiles.

* 1. **Traitement des fluctuations motrices**

Plusieurs stratégies peuvent réduire les fluctuations motrices chez les patients atteints de la MP. L'optimisation de la quantité de lévodopa délivrée au cerveau est la principale approche et peut être réalisée en augmentant la dose de lévodopa, en ajustant le moment de l'administration et/ou en ajoutant des agents auxiliaires. Il a été démontré que les agents auxiliaires tels que les agonistes dopaminergiques, les inhibiteurs de la catéchol-o-méthyltransférase (COMT) et les inhibiteurs de la mono-amine oxydase-B (MAO-B) améliorent les fluctuations.

* 1. **Agonistes de la dopamine**

Ce sont des médicaments qui stimulent directement les récepteurs dopaminergiques ; ils n'ont donc pas besoin d'être transformés en dopamine pour être efficaces. Ils sont divisés en ergoliniques et non ergoliniques. Ils sont généralement moins efficaces que la L-dopa mais entraînent moins de complications à long terme telles que les dyskinésies ; ils sont souvent utilisés dans les phases initiales et, plus tard, en combinaison avec la L-dopa, permettent de l'utiliser à des doses réduites. L'efficacité et la tolérance sont très variables d'un patient à l'autre et le passage à un autre agoniste dopaminergique est indiqué en cas d'inefficacité ou de mauvaise tolérance. Les effets secondaires sont similaires à ceux de la L-dopa, mais l'incidence des complications psychiatriques et de l'hypotension est plus élevée ; une minorité de cas de troubles du contrôle des impulsions (jeux d'argent, achats compulsifs, augmentation de la libido), en particulier à des doses élevées, peuvent être inversés en réduisant ou en arrêtant le traitement. Il existe depuis peu un agoniste dopaminergique qui peut être administré sous forme de patch transdermique pour une application quotidienne.

* 1. **Inhibiteurs de la COMT**

Les inhibiteurs de la COMT bloquent le métabolisme de la lévodopa par la voie de la COMT au niveau périphérique. Lorsqu'ils sont administrés avec la lévodopa, ils prolongent sa durée d'action. Les inhibiteurs de la COMT sont une alternative aux agonistes dopaminergiques lorsqu'un traitement d'appoint est nécessaire. Ils ont des effets indésirables relativement bénins, le plus souvent des diarrhées, mais ils peuvent potentialiser les effets indésirables de la lévodopa tels que les nausées, les con-fusions et les dyskinésies.

* 1. **Inhibiteurs de la MAO-B**

Les inhibiteurs de la MAO-B, tels que la rasagiline et la sélégiline, augmentent l'effet de la lévodopa en bloquant le métabolisme de la dopamine au niveau central. Au début de la maladie, ils peuvent être utilisés en monothérapie pour traiter les symptômes légers, mais ils sont plus souvent associés à la lévodopa ou à des agonistes dopaminergiques en tant que traitement d'appoint. Les inhibiteurs de la MAO-B sont bien tolérés, mais de légers effets anticholinergiques ont été rapportés et ils peuvent exacerber les effets indésirables de la lévodopa.

* 1. **Anticholinergiques**

Les médicaments dont il a été question jusqu'à présent sont tous conçus pour augmenter l'activité dopaminergique dans le striatum. Il existe un petit nombre de médicaments utilisés dans le traitement de la MP qui agissent par le biais de mécanismes non dopaminergiques. Les anticholinergiques constituent l'une de ces classes de médicaments. Ils réduisent l'activité du neurotransmetteur acétylcholine en agissant comme antagonistes des récepteurs cholinergiques. Bien que leur rôle soit limité et qu'ils soient aujourd'hui peu prescrits, ils peuvent apporter un certain bénéfice dans l'amélioration de la rigidité et des tremblements chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson. Les médicaments anticholinergiques jouent un rôle plus important dans la MP à prédominance de tremblements, où ils peuvent être utilisés en monothérapie dans les premiers stades. Toutefois, lorsque les anticholinergiques sont utilisés, ils le sont généralement en association avec la lévodopa et les autres médicaments susmentionnés. Ils sont généralement évités chez les patients âgés ou ceux qui présentent des troubles cognitifs, en raison d'un risque accru de confusion avec cette classe de médicaments. Parmi les anticholinergiques, on peut citer la benztropine, l'orphénadrine, la procyclidine et le trihexyphénidyle (Benzhexol).

* 1. **Amantadine**

Initialement, l'amantadine (Symmetrel) a été développée en tant que médicament antiviral pour le traitement de la grippe, mais elle a ensuite été utilisée pour le traitement de la MP. Elle peut être utilisée pour le traitement de la rigidité, des tremblements de repos et parfois de la fatigue, et peut offrir une amélioration de courte durée des symptômes. Elle peut également permettre d'utiliser une dose plus faible de lévodopa, réduisant ainsi le risque de dyskinésie. Il convient de noter que les preuves de l'utilisation de l'amantadine pour contrôler les symptômes de la MP sont limitées, une revue Cochrane de 2003 ayant conclu que les preuves étaient insuffisantes pour recommander son utilisation dans la MP.



Il est important de noter que la prise en charge médicamenteuse de la maladie de Parkinson est très individualisée. Les médicaments spécifiques prescrits, les dosages et les combinaisons dépendent de facteurs tels que les symptômes de la personne, le stade de la maladie, l'âge, l'état de santé général et la présence de toute autre condition médicale. Un suivi régulier auprès d'un neurologue ou d'un spécialiste des troubles du mouvement est essentiel pour contrôler l'efficacité des médicaments, ajuster les doses si nécessaire et gérer les effets secondaires ou les complications.

* 1. **Schéma**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Médicaments** | **Avantages** | **Inconvénient** |
| Lévodopa (l-dopa) + **inhibiteur** de la dopa-décarboxylase | - Probablement le médicament dopaminergique le plus puissant pour le soulagement des symptômes  - Généralement bien toléré | - Complications motrices (risque cumulé de 10 % par an) |
| Inhibiteurs de la catéchol-O-méthyltransférase, par exemple entacapone, tolcapone | - Augmentation de la demi-vie de la lévodopa - Réduction de la période d'inactivité | - Le tolcapone peut provoquer des lésions hépatiques. - Diarrhée |
| Agonistes dopaminergiques de l'ergot (par exemple, bromocriptine, pergolide, cabergoline) Agonistes dopaminergiques non ergotés (par exemple, pramipexole, ropinirole, rotigotine) | - Bonne efficacité - Retarder l'apparition des complications motrices - Généralement bien toléré - Préparations à prendre une fois par jour disponibles avec certains - Timbre transdermique pour la rotigotine - Action neuroprotectrice théorique - Une certaine action antidépressive avec le pramipexole | - Risque accru de somnolence, de confusion, d'hallucinations, d'œdème périphérique et de modifications du comportement - Fibrose de la valve cardiaque avec les médicaments à base d'ergot de seigle |
| Inhibiteur de la monoamine oxydase B ; sélégiline ; rasagiline | - Amélioration des caractéristiques motrices au début et à la fin de la maladie - Facile à utiliser, une fois par jour - Bien toléré - Effet neuroprotecteur théorique | - Efficacité relativement faible - La sélégiline est métabolisée en amphétamines - effets cognitifs potentiels |
| Amantadine | - Effet antiparkinsonien léger - Améliore les dyskinésies | - Troubles cognitifs - Œdème périphérique - Livedo reticularis |
| Anticholinergiques | - Effet antiparkinsonien léger | Limité par des effets secondaires tels que la confusion |

Schapira, A. H., Bezard, E., Brotchie, J., Calon, F., Collingridge, G. L., Ferger, B., ... & Davidai, G. (2006). Nouvelles cibles pharmacologiques pour le traitement de la maladie de Parkinson. Nature reviews Drug discovery, 5(10), 845-854.

**1.9 THÉRAPIES DE DEUXIÈME INTENTION**

**L'apomorphine** est un agoniste dopaminergique (AD) non ergoté du groupe des aporphines, synthétisé à partir de la morphine, mais sans les propriétés narcotiques, analgésiques ou addictives de cette dernière ; on la trouve à l'état naturel sous forme d'alcaloïde dans les nénuphars. La voie sous-cutanée est utilisée en raison de sa biodisponibilité élevée (comparable à la voie intraveineuse, mais sans les risques de cristallisation et de thrombose inhérents à cette dernière). L'apomorphine agit au niveau des récepteurs dopaminergiques, son affinité étant aussi forte que celle de la lévodopa.

L'apomorphine est indiquée chez tout patient atteint de MP présentant des fluctuations motrices et non motrices non contrôlées par le traitement oral conventionnel. Son effet clinique est superposable à celui de la LD, mais avec un début d'action plus rapide et plus prévisible. Il existe deux modes d'administration : 1) injection sous-cutanée "stylo" (pen), 2) perfusion sous-cutanée continue d'apomorphine (CSAP).

Récemment, suite aux résultats d'un essai clinique, l'apomorphine sublinguale a été approuvée par la FDA pour une utilisation dans une indication similaire à l'injection sous-cutanée.

**La perfusion intestinale continue de** lévodopa/carbidopa (LCICP) consiste en une suspension aqueuse de lévodopa (LD) (20 mg/mL) et de carbidopa (5 mg/mL) dans un gel de carboxyméthylcellulose (**Duodopa®),** qui est administré en continu directement dans le duodénum distal/jéjunum proximal.

La pompe est programmée pour permettre un dosage individuel, maintenant la perfusion, généralement pendant environ 16 heures par jour.

Le PICLC est un traitement indiqué pour les patients atteints de la maladie de Parkinson à un stade avancé qui présentent des fluctuations motrices ne répondant pas aux médicaments oraux conventionnels.

1. **Traitement chirurgical de la maladie de Parkinson**

Le traitement chirurgical peut être envisagé pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson qui présentent des symptômes moteurs graves qui ne sont pas contrôlés de manière adéquate par les médicaments ou qui subissent des effets secondaires importants liés aux médicaments. Les principales procédures chirurgicales utilisées dans le traitement de la maladie de Parkinson sont la stimulation cérébrale profonde (SCP) et, plus rarement, les procédures ablatives.

* 1. **Stimulation cérébrale profonde (SCP)**

La DBS est une procédure chirurgicale largement utilisée dans le traitement de la maladie de Parkinson. Elle consiste à implanter des électrodes dans des zones spécifiques du cerveau, généralement le noyau subthalamique (STN) ou le globus pallidus internus (GPi). Ces électrodes sont reliées à un générateur d'impulsions, comme un stimulateur cardiaque, qui est généralement implanté sous la peau, près de la clavicule. Le dispositif délivre des impulsions électriques qui modulent l'activité cérébrale anormale associée à la maladie de Parkinson, contribuant ainsi à atténuer les symptômes moteurs. Après une évaluation pré-chirurgicale approfondie (décrite ci-dessus), les soins de DBS nécessitent une prise de décision complexe en sélectionnant la meilleure méthode chirurgicale, la cible cérébrale, le matériel, les techniques de programmation et la gestion des complications pour un patient donné. Une équipe pluridisciplinaire est la mieux à même d'assurer une prise en charge réussie à long terme.

De nombreuses études ont montré l'efficacité de la DBS dans l'amélioration des symptômes moteurs chez les patients traités par lévodopa (LD) et présentant des fluctuations motrices et des dyskinésies. La chirurgie doit être envisagée chez tout patient atteint de MP idiopathique et présentant un contrôle insuffisant des symptômes moteurs (tremblements, fluctuations motrices et/ou dyskinésies) malgré le meilleur traitement pharmacologique, à condition qu'il ne présente pas d'autres problèmes de santé entraînant une balance bénéfices-risques inacceptable.

Le DBS n'est pas un remède à la maladie de Parkinson et n'arrête pas non plus la progression de la maladie, mais de nombreux patients constatent une réduction significative de leurs symptômes après l'intervention chirurgicale.

Plus récemment, l'utilisation des thalamotomies par ultrasons focalisés (FUS) pour les tremblements a suscité un intérêt croissant, car elle ne nécessite pas de craniotomie ni de pénétration physique dans le cerveau. Le succès de la thalamotomie par ultrasons focalisés pour le tremblement essentiel a conduit les chercheurs à traiter des patients atteints de la maladie de Parkinson et présentant des tremblements dominants, par thalamotomie par ultrasons focalisés lorsque le tremblement est invalidant et par sous-thalamotomie par ultrasons focalisés en cas de présentation asymétrique de la maladie.

Bien qu'il existe actuellement des traitements médicaux et chirurgicaux très efficaces pour les symptômes moteurs de la MP, les patients continuent de souffrir de cette maladie débilitante progressive. Des recherches futures sont nécessaires pour comprendre le processus sous-jacent de la maladie afin de mieux la traiter, plutôt que de réduire des symptômes moteurs très spécifiques. Bien que les nouvelles techniques, l'imagerie et les médicaments aient permis de supprimer certains aspects de cette maladie motrice, l'objectif reste de proposer des traitements qui modifient ou inversent le cours de la maladie.

1. **Traitements non pharmacologiques** 
   1. **Physiothérapie et exercice**

La physiothérapie aide à réhabiliter la démarche, à surmonter les blocages, à faciliter les changements posturaux, à maintenir l'amplitude des mouvements et l'élasticité des muscles, et à réduire l'inconfort physique lié à d'autres symptômes apparaissant au cours de l'évolution de la maladie.

**Objectifs généraux**

Améliorer la qualité de vie de la personne atteinte, en essayant de ralentir la progression de la maladie en minimisant l'impact de l'évolution naturelle des symptômes sur son environnement professionnel, social et familial.

**Objectifs spécifiques**

Articulaire

◗ Maintenir ou augmenter l'amplitude articulaire.

◗ Préserver ou favoriser l'amplitude des mouvements des articulations.

◗ Prévenir ou éviter la raideur ou la déformation des articulations.

◗ Prévenir ou éviter l'ankylose articulaire.

Musculaire

◗ Préserver ou augmenter le tonus musculaire.

◗ Étirer les muscles raccourcis.

◗ Tonifier les muscles faibles.

◗ Préserver ou augmenter la puissance musculaire.

◗ Prévenir ou éviter les contractures.

◗ Pour détendre les muscles hypertoniques.

◗ Préserver ou augmenter la motricité fine.

◗ Prévenir la sarcopénie.

Démarche, transferts et indépendance

◗ Normaliser le schéma de marche à l'aide de stratégies (travail sur la base d'appui, la longueur et l'amplitude du pas, les phases d'appui et d'élan, la facilitation des virages, les blocages de la marche).

◗ Rééduquer ou enseigner les transferts de base (passage du décubitus dorsal à la position assise, de la position assise à la position debout et vice versa, se tourner et se déplacer dans le lit, se lever du sol ou de la position agenouillée). ANNEXE

◗ Préserver, augmenter ou restaurer la capacité fonctionnelle.

◗ Maintenir, promouvoir ou accroître l'indépendance.

Equilibre, coordination et posture

◗ Ralentir l'altération de la composante statique et dynamique de l'équilibre, en intégrant la latéralité.

◗ Faciliter les réactions posturales, de redressement et d'équilibre.

◗ Travailler sur le volet coordination.

◗ Ralentir la progression des symptômes d'altération posturale en prévenant l'apparition de déformations articulaires (antériorisation et flexion latérale, entre autres).

◗ Faciliter le contrôle, la conscience du corps et la stabilité posturale.

Douleur, capacité fonctionnelle et indépendance

◗ Pour soulager les symptômes douloureux.

◗ Ralentir la détérioration et l'altération de la fonction et de la capacité cardiorespiratoires.

◗ Préserver, augmenter ou restaurer la capacité fonctionnelle.

◗ Maintenir, promouvoir ou accroître l'indépendance.

◗ Encourager l'intérêt pour l'activité physique, en réduisant les effets négatifs de l'inactivité.

◗ Promouvoir l'estime de soi.

**3.1.1 Techniques générales en fonction des objectifs proposés**

Articulaire

- Kinésithérapie : active-assistée, active, active-assistée ou passive (selon le stade) des membres supérieurs, des membres inférieurs et de la **colonne vertébrale**.

- Sans éléments.

- Avec des éléments (pelles, cerceaux, balles de différentes tailles, poids ou élastiques).

- Mécanothérapie.

- Thérapie par suspension.

- Thérapie par poulie

Musculaire

- Kinésithérapie : active-assistée, active, active-assistée ou passive (selon le stade) des membres supérieurs, des membres inférieurs et de la colonne vertébrale.

- Sans éléments.

- Avec des éléments (pelles, cerceaux, balles de différentes tailles, poids ou élastiques).

- Facilitation neuromusculaire proprioceptive : Diagonales de Kabat.

- Étirements myotendineux.

Coordination

- Exercices de coordination :

- Manuel, bimanuel, oculo-manuel.

- En statique et en dynamique et avec le concept de double tâche.

- Exercices de motricité fine.

Postural

- Rééducation posturale : avec et sans miroir de rééducation.

- Techniques de flexibilisation et d'élongation pour les muscles raccourcis.

- Formation à l'hygiène posturale.

- Dissociation de la ceinture pelvienne-scapulaire.

Équilibre

- Exercices d'équilibre statique et dynamique.

- Avec variation de la base de soutien.

- Avec et sans renforcement sensoriel (visuel, sonore ou tactile).

- Travailler sur des surfaces instables.

- Exercices de proprioception

Transfert

- Rééducation des transferts de base.

- Exercices visant à stimuler les réactions posturales, le redressement et la protection contre les chutes.

- Exercices pour faciliter les changements posturaux.

Démarche

- Rééducation de la longueur et de la hauteur de la marche :

- Avec et sans stimulus sonore.

- Avec et sans stimulus visuel.

- Rééducation du soutien.

- Circuit de marche.

- Sans obstacles.

- Avec des obstacles horizontaux et verticaux.

- Pratiquer différents types de marche.

- Avec et sans parallèles.

- Rééducation de la marche sur différentes surfaces.

- Rééducation des tours.

- Formation à l'utilisation des aides techniques à la marche.

- Bâton de marche

- Béquille

- Cadre de marche

Douleur

- Techniques de massothérapie.

- Électrothérapie.

- Thermothérapie et cryothérapie.

- Bandage neuromusculaire

**3.1.2 Complications pouvant être traitées par la physiothérapie**.

Gastro-intestinal

- Thérapie par le massage

- Encouragement à la pratique de l'activité physique

- Régime d'exercice

Respiratoire

- Techniques d'expansion costale

- Techniques de respiration diaphragmatique

- Exercices d'augmentation des volumes respiratoires

- Rééducation de la toux

- Techniques de désobstruction mucociliaire

État d'esprit

- Techniques de relaxation

- Encouragement de l'activité physique

- Régime d'exercice

**3.1.3 Thérapie en ligne**

La thérapie en ligne ou l'assistance par des moyens technologiques a été renforcée à bien des égards après l'apparition de la pandémie par le COVID-19, ce qui a donné lieu à une ressource optimale pour l'accès et la globalisation des soins à des groupes au-delà de leur localisation par rapport à notre centre de travail. Pour l'inclusion de la personne atteinte de la maladie de Parkinson dans le service de thérapie en ligne de la zone de physiothérapie, des aspects tels que l'évaluation de la condition physique, ainsi que la composante de l'équilibre et des réflexes posturaux, doivent être pris en compte.

Il a été constaté que l'amélioration de la condition physique, de la fonction motrice et du fonctionnement corticomoteur pouvait être une bonne intervention pour la MP, car les temps de réponse étaient améliorés immédiatement après l'exercice**. La** physiothérapie est une intervention thérapeutique non pharmacologique qui utilise une approche holistique centrée sur le patient, visant à restaurer et à maximiser la qualité du mouvement et l'indépendance fonctionnelle, tout en soutenant l'autogestion et la participation du patient. Les patients peuvent bénéficier de [deux types de](https://www.parkinsons.org.uk/information-and-support/physiotherapy) physiothérapie : des exercices pour développer et conserver la force musculaire, et des exercices de conditionnement pour réduire les difficultés de mouvement et cibler les problèmes tels que la raideur des mains et des jambes, les tremblements et l'équilibre.

L'exercice physique est l'une des interventions les plus courantes dans les programmes de physiothérapie. Il est prescrit dans le but d'améliorer les symptômes de la maladie et les problèmes de fonctionnement, ainsi que de ralentir la détérioration fonctionnelle et, dans certains cas, la progression de la maladie.

Outre les programmes d'exercices en clinique, les physiothérapeutes prescrivent également des programmes d'exercices à domicile en fonction des besoins spécifiques des patients et les encouragent à augmenter leur niveau d'activité physique au quotidien

**3.1.2 Types de physiothérapie**

La durée et la fréquence des séances de physiothérapie dépendent de l'hôpital ou de la clinique et du patient. En général, les séances durent [30 à 40 minutes](http://pdcenter.neurology.ucsf.edu/patients-guide/exercise-and-physical-therapy#Will_exercise_make_my_muscles_less_stiff_), quatre à cinq jours par semaine. En fonction du symptôme traité, le [type d'exercice](https://www.hopkinsmedicine.org/health/articles-and-answers/wellbeing/physical-therapy-for-parkinsons-disease) et sa routine peuvent être adaptés.

* Thérapie par l'exercice

Divers exercices sont prescrits pour améliorer la force, la souplesse, l'équilibre et la coordination. Il peut s'agir d'exercices d'aérobic, d'étirements, d'entraînement à la résistance et d'exercices spécifiques ciblant la posture et la démarche.

* Entraînement à la marche

La maladie de Parkinson affecte souvent la démarche et les habitudes de marche. L'entraînement à la marche comprend des techniques et des exercices destinés à résoudre des problèmes tels que la démarche traînante, le blocage de la marche et la festination. Il se concentre sur l'amélioration de la longueur de la foulée, de l'initiation du pas et du rythme de la marche.

* Entraînement à l'équilibre

La maladie de Parkinson peut entraîner des problèmes d'équilibre et un risque accru de chutes. L'entraînement à l'équilibre comprend des exercices et des techniques visant à améliorer la stabilité et à réduire le risque de chute. Il peut s'agir d'exercices de déplacement du poids, d'exercices d'équilibre sur des surfaces instables et d'activités fonctionnelles qui sollicitent l'équilibre.

* LSVT BIG

Le traitement vocal Lee Silverman BIG est un programme de traitement spécialisé pour la maladie de Parkinson. Il s'agit d'exercices intensifs et de grande amplitude conçus pour remédier aux difficultés de mouvement, améliorer la fonction motrice et la mobilité générale.

* Techniques de repérage

Les techniques de repérage fournissent des indices ou des invites externes pour faciliter le mouvement et améliorer le contrôle moteur. Il peut s'agir de repères visuels (par exemple, des lignes sur le sol), de repères auditifs (par exemple, les battements d'un métronome) et de repères tactiles (par exemple, des repères tactiles ou vibratoires).

* Facilitation neuromusculaire proprioceptive (PNF)

Les techniques PNF font appel à des schémas de mouvement et de résistance pour améliorer la force musculaire, la souplesse et la coordination. Elles peuvent être utilisées pour remédier à des troubles spécifiques du mouvement dans la maladie de Parkinson.

* Entraînement fonctionnel

L'entraînement fonctionnel se concentre sur la pratique et l'amélioration des activités quotidiennes qui posent problème aux personnes atteintes de la maladie de Parkinson. Il s'agit d'entraîner des tâches et des mouvements spécifiques liés aux soins personnels, à la mobilité et aux activités de la vie quotidienne.

* Dispositifs d'assistance

Les physiothérapeutes peuvent recommander l'utilisation d'appareils d'assistance tels que des cannes, des déambulateurs ou des orthèses pour améliorer la stabilité et soutenir la mobilité des personnes atteintes de la maladie de Parkinson.

* 1. **Ergothérapie**

L'ergothérapie se définit comme l'ensemble des techniques, méthodes et actions qui, par des activités appliquées à des fins thérapeutiques, préviennent et maintiennent la santé, favorisent le rétablissement des fonctions, compensent les déficits invalidants et évaluent les hypothèses comportementales et leur signification profonde afin de parvenir à la plus grande indépendance possible et à la réintégration de l'individu dans tous ses aspects : professionnel, mental, physique et social.

L'ergothérapie vise à améliorer la qualité de vie des personnes qu'elle traite afin de favoriser leur autonomie et leur indépendance dans les activités de base de la vie quotidienne (BADL) et les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL).

L'ergothérapie se concentre non seulement sur les limitations des personnes atteintes de la maladie de Parkinson, mais aussi sur leurs capacités et leurs compétences. Elle favorise ainsi un traitement orienté vers la personne, qui ne se concentre pas uniquement sur ce que la personne ne peut pas faire à ce moment-là. Voici quelques-uns des objectifs qui découlent de cette perspective :

◗ Améliorer et entretenir la coordination et la réalisation volontaire du mouvement du membre supérieur et plus particulièrement des mains.

◗ Promouvoir la communication verbale, non verbale et écrite, car elle est impliquée dans la plupart des activités instrumentales de la vie quotidienne (par exemple, faire les courses, écrire une lettre ou signer un document, communiquer avec la famille, etc.)

◗ Conseiller ou rééduquer aux activités de base de la vie quotidienne, BADL (comme s'habiller, se tourner dans son lit, aller aux toilettes, se doucher, manger...) afin que la personne atteinte puisse les réaliser de la manière la plus autonome possible.

◗ Conseiller la personne que l'on soigne en fonction des besoins qu'elle a à ce moment-là de manière globale dans son environnement :

- Adaptations ABVD telles que l'ajout de velcro sur les chemises ou les chaussures, l'épaississement des manches des couverts, l'adaptation des ustensiles, etc.

- Modifications au domicile, telles que l'absence de tapis, l'utilisation de nappes antidérapantes lors des repas, de sièges de douche/baignoire, d'un élévateur ou d'un palan pour les toilettes, de poignées ou de barres dans la baignoire ou près des toilettes, entre autres.

- Recommander des produits de soutien qui aident à compenser les déficiences ou les limitations dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne, tels que : déambulateur ou cannes, lit articulé, plaques avec rebord et inclinaison, poignées ergonomiques, etc.

◗ Aider la personne malade et sa famille à organiser leur quotidien, encourager la création d'habitudes qui renforcent l'autonomie, leurs rôles, occupations, hobbies, etc. afin de poursuivre les activités qu'ils avaient l'habitude de réaliser ou de chercher des alternatives pour maintenir leur qualité de vie.

◗ Maintien des fonctions cognitives (attention, mémoire, orientation, fonctions visuospatiales, perceptives et exécutives, etc..., réduction de la bradykinésie).

◗ Réduire la fatigue dans l'accomplissement des AVQ.

◗ Informer et conseiller l'environnement de soins et la famille afin qu'ils facilitent l'exécution des AVQ par la personne atteinte de la maladie de Parkinson de la manière la plus indépendante possible, en l'aidant à avoir une meilleure santé physique et émotionnelle.

La méthodologie proposée par le domaine de l'ergothérapie est la suivante :

◗ Stimulation cognitive : Praxies, attention, fonctions exécutives et résolution de problèmes, compétences visuospatiales, mémoire, interactions sociales, ABVD, conduite d'un véhicule, réminiscence, bilan de vie, Neuron-up, ateliers de lecture, actualité et orientation, utilisation des nouvelles technologies et jeux de société.

◗ Stimulation fonctionnelle : Sur la base de l'altération des mouvements et des symptômes caractéristiques de la maladie de Parkinson, les techniques/activités suivantes sont appliquées : compétences psychomotrices, exercices axés sur les compétences motrices, techniques axées sur les tremblements, la rigidité, la bradykinésie, l'instabilité posturale et le gel.

◗ Stimulation sensorielle : Les symptômes sensoriels sont des symptômes non moteurs fréquents chez les personnes atteintes de la MP. Les techniques pouvant être utilisées sont : la stimulation somatique (sensorielle profonde, proprioceptive, corticale ou combinée), la stimulation vestibulaire et la stimulation vibratoire.

◗ Entraînement aux AVQ (de base, instrumental et de loisir) : Les techniques couramment utilisées sont : le façonnage, le séquençage, l'enchaînement à rebours, la compensation fonctionnelle, les produits d'assistance, les loisirs et le temps libre.

L'ergothérapie vise à améliorer la capacité d'un individu à effectuer les activités de la vie quotidienne (AVQ) et à maintenir son indépendance fonctionnelle. Elle implique des stratégies visant à améliorer les compétences d'autosoins, des recommandations d'équipement adapté et des modifications du cadre de vie pour faciliter les activités quotidiennes.

Les ergothérapeutes évaluent le fonctionnement physique, cognitif et psychosocial de la personne afin de déterminer l'impact de la maladie de Parkinson sur ses activités quotidiennes. Ils identifient les difficultés spécifiques et élaborent des plans d'intervention adaptés aux besoins et aux objectifs de la personne.

Les ergothérapeutes se concentrent sur l'amélioration ou le maintien de l'indépendance dans les activités d'auto-soins telles que l'habillage, la toilette, le bain, l'hygiène et l'alimentation. Ils peuvent proposer des stratégies pour conserver l'énergie, modifier les tâches ou l'environnement, recommander des équipements adaptés et enseigner des techniques de compensation.

* 1. **Orthophonie**

Les troubles de la communication (orale, gestuelle et écrite) sont rares au début de la maladie, mais peuvent apparaître plus tard dans son évolution. Environ 90 % des personnes atteintes de la maladie de Parkinson présentent par la suite des troubles de la communication orale, tels que des limitations des fonctions vocales, articulatoires et de déglutition.

Les manifestations communicatives caractéristiques de la maladie de Parkinson sont les suivantes :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FONCTION ALTÉRÉE** | **CAUSES** | **MANIFESTATIONS** |
| **Équilibre musculaire du visage** | Rigidité, bradykinésie, tremblements. | Visage masqué ou visage impassible. |
| **La respiration** | Posture fléchie, raideur, bradykinésie et incoordination. | Phrases finales forcées, faible intensité. |
| **Articulation** | Rigidité, bradykinésie, incoordination et tremblements. | Prononciation lente et imprécise. Discours inintelligible. |
| **Intensité vocale** | Rigidité et bradykinésie. tremblements | Voix soufflée, rauque, monotone. Aspirations |
| **Fonction vélopharyngée** | Contraction inefficace du palais mou. | Voix nasalisée. Régurgitation nasale. |
| **Prosodie** | Phrases courtes, pauses insuffisantes et rythme accéléré. | Diminution de l'intelligibilité de la parole. |
| **Rédaction** | Tremblements, rigidité, bradykinésie et incoordination. Déficits cognitifs. | Micrographie, altération des caractères, omissions/insertions. |
| **Déglutition** | Posture fléchie, rigidité, bradykinésie et incoordination. | Bave, étouffement, fermeture insuffisante des lèvres, sensation d'obstruction de la gorge, raclements de gorge fréquents, toux pendant ou après les repas. |

Pour toutes ces raisons, l'orthophoniste a les objectifs suivants :

* Améliorer la communication du patient afin qu'il ne perde pas sa capacité à établir des relations avec les autres.
* Prévenir et maintenir les composantes de la parole préservée et sensibiliser aux aspects de la parole qui entravent la communication.
* Techniques et stratégies d'enseignement pour améliorer l'articulation de la parole.
* Si la communication orale n'est pas possible, fournir au patient et à sa famille un autre moyen de communication.
* Assurer une déglutition sûre et efficace.

Faire face à des difficultés d'élocution, de communication et de déglutition peut être un défi émotionnel. Un orthophoniste peut apporter un soutien émotionnel, des conseils et une formation à la fois à la personne atteinte de la maladie de Parkinson et aux membres de sa famille.

**3.3.1 Intervention orthophonique**

* Équilibre des muscles du visage : Devant un miroir, des exercices pour les lèvres, la langue, les joues et les mâchoires, des expressions faciales telles que la surprise, la colère, la joie, etc. sont effectués. En outre, l'orthophoniste peut effectuer un massage facial pour aider à réduire la rigidité des muscles du visage.
* Dysarthrie hypokinétique : pour atténuer les difficultés de prononciation et de voix, des exercices de respiration, d'articulation et de vocalisation (comme la lecture de virelangues), la lecture de textes à haute voix pour moduler le volume de la voix, des exercices de chant pour donner plus de tonus à la voix et des exercices de rythme de la parole comme les phrases syllabiques.
* Dysgraphie : des exercices de motricité fine et d'écriture aideront à rendre l'écriture moins petite et plus lisible.
* Dysphagie : pour minimiser le risque de complications respiratoires et maintenir un niveau optimal de nutrition et d'hydratation, il est très important d'effectuer des exercices pour maintenir un contrôle postural adéquat ; l'orthophoniste enseignera également différentes manœuvres de déglutition, des techniques d'augmentation sensorielle et des directives d'hygiène bucco-dentaire. Si nécessaire, la consistance et la texture des aliments seront adaptées ou une alimentation de base adaptée sera recommandée.

Les troubles de la communication sont rares au début de la maladie, mais peuvent apparaître plus tard au cours de l'évolution de la maladie. Environ 50 % des personnes atteintes de la maladie de Parkinson ont des problèmes de communication verbale, non verbale et écrite.

La maladie de Parkinson peut entraîner des difficultés d'articulation et de prononciation, rendant l'élocution peu claire ou difficile. De plus, environ 50 % des personnes atteintes ont des problèmes de déglutition.

Par conséquent, l'orthophoniste travaillera sur des exercices ciblant ces zones spécifiques afin d'améliorer l'intelligibilité de la parole et de prévenir l'étouffement.

L'orthophonie vise à remédier aux difficultés de communication orale, gestuelle et écrite. Les techniques peuvent inclure des exercices visant à augmenter le volume de la voix et la précision de l'articulation, à réduire le débit de la parole, à augmenter la mobilité orofaciale, à améliorer l'intonation et l'orthographe. En outre, des stratégies seront proposées pour améliorer la fonction de déglutition et, si nécessaire, adapter la consistance des liquides ou des solides afin d'éviter d'autres complications.

Faire face à des difficultés d'élocution, de communication et de déglutition peut s'avérer difficile sur le plan émotionnel. Un orthophoniste peut apporter un soutien émotionnel, des conseils et une formation à la fois à la personne atteinte de la maladie de Parkinson et aux membres de sa famille.

* 1. **Réhabilitation cognitive**

La maladie de Parkinson peut parfois entraîner des changements cognitifs, notamment des difficultés d'attention, de mémoire et de fonctions exécutives. La réadaptation cognitive comprend des exercices et des stratégies visant à améliorer les capacités cognitives, à renforcer l'attention et la concentration et à gérer les troubles de la mémoire.

Les exercices d'entraînement à l'attention peuvent comprendre des tâches qui favorisent l'attention soutenue ou améliorent les capacités d'attention divisée. Les stratégies de compensation sont des techniques et des outils qui aident les individus à surmonter leurs difficultés cognitives. Ces stratégies peuvent impliquer l'utilisation d'aides externes telles que des calendriers, des rappels ou des applications pour smartphone afin d'aider à la mémorisation et à l'organisation.

La pratique d'activités intellectuellement stimulantes peut contribuer à maintenir et à améliorer les capacités cognitives. Il peut s'agir d'activités telles que la lecture, les puzzles, la pratique d'un instrument de musique, l'apprentissage d'une nouvelle compétence ou la participation à des activités sociales nécessitant un engagement cognitif.

* 1. **Soutien psychologique et conseils**

Vivre avec la maladie de Parkinson peut être difficile sur le plan émotionnel et les personnes atteintes peuvent souffrir d'anxiété, de dépression ou d'autres symptômes psychologiques. Le soutien psychologique, les conseils et les groupes de soutien peuvent constituer un moyen précieux d'expression émotionnelle, d'éducation et de stratégies d'adaptation.

Le soutien psychologique peut aider les personnes à faire face à ces émotions en leur offrant un espace sûr pour exprimer et traiter leurs sentiments. Les thérapeutes peuvent proposer des stratégies pour gérer la détresse émotionnelle et soutenir le développement de mécanismes d'adaptation sains.

La psychologie de la maladie de Parkinson vise à soutenir la qualité de vie et l'état psychologique de la personne atteinte de la maladie de Parkinson, ainsi que ceux de sa famille et de son entourage.

**Intervention psychologique individuelle :**

◗ Contact ou accueil.

◗ Collecte de données complètes sur les antécédents médicaux.

Évaluation cognitive et psychologique.

◗ Intervention cognitive et psychologique.

◗ Faciliter le processus d'adaptation à la maladie.

◗ Aider à faire face à la maladie à différents stades.

◗ Réduire autant que possible les expériences de souffrance émotionnelle, affective, relationnelle et sociale.

◗ Encourager l'adhésion au traitement pharmacologique et non pharmacologique.

◗ Encourager les comportements qui favorisent l'autonomie et qui n'entraînent pas de risque pour la personne concernée.

◗ Pour éviter l'isolement social.

◗ Guider et accompagner dans les situations de crise.

◗ Contrôler la symptomatologie due aux effets secondaires du stress.

◗ Formation aux techniques d'adaptation et d'autosoins.

◗ Adapter les attentes

**Intervention psychologique individuelle auprès de l'aidant et du membre de la famille :**

◗ Faciliter l'acceptation du diagnostic.

◗ Encourager l'adaptation et le contact avec la maladie.

◗ Normaliser les émotions (colère, culpabilité, peur...).

◗ Intervenir dans la conspiration du silence (s'il y en a une).

◗ Encourager une communication efficace entre la famille et la personne atteinte de la maladie de Parkinson.

◗ Aider à anticiper les moments et les situations critiques de la maladie.

◗ Fournir un soutien émotionnel.

◗ Formation à la gestion de base des comportements inadaptés de la personne atteinte de la maladie.

◗ Fournir des lignes directrices pour la gestion du stress.

◗ Encourager les contacts sociaux et les activités de loisirs.

◗ Pour éviter la surcharge de travail des soignants.

◗ Aider à reconnaître le repli sur soi de la famille.

◗ Se préparer au moment des adieux, connaître les émotions en jeu et le déroulement du processus.

**Intervention psychologique de groupe : Groupes d'entraide :**

Rejoindre un groupe de soutien pour la maladie de Parkinson peut être extrêmement bénéfique. Ces groupes offrent la possibilité d'entrer en contact avec d'autres personnes qui partagent des expériences similaires, d'échanger des informations et de se soutenir mutuellement.

L'objectif global des groupes GAM est d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de la MP à différents stades de la maladie. À cette fin, il est utile de connaître les motivations et les attentes communes des personnes qui font partie du groupe.

D'un point de vue psychologique et de santé mentale, des programmes plus spécifiques peuvent être développés par le biais des groupes GAM, qui abordent des questions liées aux aspects suivants

Psychoéducation à l'estime de soi, à l'autonomie physique et émotionnelle (tristesse, colère, frustration, peur...). Définition des nouveaux rôles, des forces, de l'empathie et des stratégies d'adaptation aux conflits.

◗ Apprendre à identifier les pensées négatives et les distorsions.

◗ Améliorer les compétences en matière de communication et la formation à l'affirmation de soi.

◗ Renforcer la dynamique de groupe (travail sur les émotions, les forces...).

◗ Cohésion du groupe.

**Intervention psychologique de groupe : Groupes de soutien mutuel pour les soignants et les membres de la famille :**

L'aidant prend soin de son proche sur le plan physique et émotionnel, devenant la ressource la plus importante pour la personne atteinte de la maladie de Parkinson, stimulant ses capacités préservées et remplaçant celles qu'elle perd progressivement, ce qui nécessite une série de soins spéciaux.

Pour mener à bien ces soins, il est nécessaire que l'environnement de soins et la famille soient informés et soutenus par le biais d'une ressource telle que les groupes d'entraide mutuelle.

Voici quelques-unes des demandes spécifiques du groupe :

- Contenu de développement personnel (estime de soi, émotions, forces, affirmation de soi, restructuration cognitive...).

- Contenu sur les relations familiales et sociales.

- Contenu de l'information sur les personnes atteintes de la maladie de Parkinson et leurs proches.

- Contenu sur les soins personnels (routines, organisation du temps, limites, syndrome de l'aidant, etc.)

Vivre avec la maladie de Parkinson peut être difficile sur le plan émotionnel, et les individus peuvent ressentir de l'anxiété, de la dépression ou d'autres symptômes psychologiques. Le soutien psychologique, les conseils et les groupes de soutien peuvent constituer un exutoire précieux pour l'expression émotionnelle, l'éducation et les stratégies d'adaptation.

Le soutien psychologique peut aider les individus à faire face à ces émotions en leur offrant un espace sûr pour exprimer et traiter leurs sentiments. Les thérapeutes peuvent proposer des stratégies pour gérer la détresse émotionnelle et aider à développer des mécanismes d'adaptation sains.

* Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

La TCC est une approche thérapeutique couramment utilisée qui se concentre sur l'identification et la modification des schémas de pensée et des comportements négatifs. Elle peut être utile pour traiter l'anxiété, la dépression et d'autres difficultés psychologiques associées à la maladie de Parkinson. Les techniques de TCC peuvent aider les individus à remettre en question les croyances négatives, à gérer le stress et à développer des stratégies d'adaptation.

* Groupes de soutien

Rejoindre un groupe de soutien pour la maladie de Parkinson peut être extrêmement bénéfique. Ces groupes permettent aux individus d'entrer en contact avec d'autres personnes qui partagent des expériences similaires, d'échanger des informations et de se soutenir mutuellement. La participation à un groupe de soutien peut contribuer à réduire le sentiment d'isolement, à normaliser les expériences et à offrir des conseils pratiques pour gérer les défis de la vie avec la maladie de Parkinson.

* Soutien aux aidants

Le soutien psychologique ne se limite pas aux personnes atteintes de la maladie de Parkinson ; il est tout aussi important pour les aidants. S'occuper d'une personne atteinte de la maladie de Parkinson peut être exigeant sur le plan émotionnel, et les aidants peuvent ressentir du stress, de l'épuisement et toute une gamme d'émotions. Les services de conseil et de soutien peuvent aider les aidants à gérer leur propre bien-être émotionnel, leur fournir des stratégies d'adaptation et des conseils pour prendre soin d'eux-mêmes.

* 1. **Musicothérapie**

La musicothérapie est une thérapie qui utilise la musique pour restaurer les fonctions physiques et cognitives, améliorer les relations sociales, favoriser l'expression émotionnelle et aider les patients à atteindre une meilleure qualité de vie en abordant trois aspects fondamentaux : la réadaptation, la communication et l'expression.

À cette fin, des activités musicales sont menées pour traiter les aspects physiques, cognitifs et socio-émotionnels et pour parvenir à une unité bio-psycho-sociale du patient atteint de la maladie de Parkinson.

Les objectifs de la musicothérapie dans la maladie de Parkinson sont les suivants :

- Favoriser les relations sociales au sein d'un groupe de personnes touchées par la maladie.

- Encourager l'expression et la créativité.

- Pour faciliter l'expression des émotions.

- Pour maintenir la marche et la mobilité générale.

- Favoriser la relaxation dans les états d'agitation.

- Améliorer les niveaux d'attention.

- Favoriser la récupération des souvenirs.

- Aimer le chant et la musique.

La stimulation auditive rythmique, qui consiste à synchroniser ses mouvements sur un rythme musical, peut contribuer à améliorer la marche et la coordination motrice chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson, est capable de modifier l'humeur, est très utile pour exercer les capacités d'attention et de mémoire et est un agent de socialisation :

o Jouer d'un instrument et chanter : permet de renforcer et d'améliorer les relations sociales.

o Improvisation musicale et dialogues : aide à l'expression émotionnelle et favorise la créativité.

o Programmes de danse et de mouvement gratuits : ils aident à exercer la marche et encouragent le mouvement.

o Les jeux musicaux et la réminiscence : ils permettent d'exercer l'attention, la mémoire et l'orientation vers la réalité.

Les séances de musicothérapie comportent souvent des activités de groupe, mais elles tiennent compte des besoins individuels, encouragent l'interaction sociale et offrent un environnement favorable et inclusif. Chanter ou jouer de la musique ensemble peut faciliter la communication, renforcer les liens sociaux et atténuer le sentiment d'isolement.

La musicothérapie peut améliorer la qualité de vie globale des personnes atteintes de la maladie de Parkinson. Elle peut favoriser un sentiment d'accomplissement, d'expression personnelle et de plaisir, améliorant ainsi le bien-être général et réduisant les symptômes de dépression et d'anxiété.

La musicothérapie utilise des activités basées sur la musique pour traiter les problèmes de motricité, d'élocution et d'émotion associés à la maladie de Parkinson. Elle peut améliorer les mouvements, la coordination et le bien-être émotionnel.

La stimulation auditive rythmique, qui consiste à synchroniser ses mouvements sur un rythme musical, peut contribuer à améliorer la démarche et la coordination motrice des personnes atteintes de la maladie de Parkinson. La musicothérapie peut impliquer des activités telles que jouer du tambour, danser ou jouer d'un instrument, ce qui peut faciliter les mouvements, la coordination et l'équilibre.

Les techniques de musicothérapie, telles que les exercices de chant et l'improvisation vocale, peuvent aider à améliorer le contrôle de la respiration, la force vocale, l'articulation et la clarté générale de la parole. Chanter en groupe peut également améliorer l'interaction sociale et donner un sentiment d'appartenance à la communauté.

Les séances de musicothérapie comportent souvent des activités de groupe, ce qui favorise les interactions sociales et crée un environnement favorable et inclusif. Chanter ou jouer de la musique ensemble peut faciliter la communication, renforcer les liens sociaux et atténuer le sentiment d'isolement.

La participation à la musicothérapie peut améliorer la qualité de vie globale des personnes atteintes de la maladie de Parkinson. Elle peut favoriser un sentiment d'accomplissement, d'expression personnelle et de plaisir, améliorant ainsi le bien-être général et réduisant les symptômes de dépression et d'anxiété.

* 1. **Approches psychocorporelles**

Des pratiques telles que le yoga, le tai-chi et le pilates peuvent contribuer à améliorer l'équilibre, la souplesse et le bien-être général. Ces approches corps-esprit combinent le mouvement, la respiration profonde et la pleine conscience, ce qui peut être bénéfique pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson.

Pilates

Les activités psychocorporelles telles que le Pilates se sont révélées très efficaces dans le traitement de la maladie de Parkinson en stimulant l'agilité, la mobilité et la coordination, en imposant des défis sensori-moteurs et d'endurance.

En outre, l'un des principaux avantages que la méthode offre aux personnes atteintes de la maladie de Parkinson est le concept de rééducation du mouvement, qui contribue à améliorer les déficiences motrices et les divers symptômes collatéraux découlant de la pathologie.

Les principes de la méthode sont responsables de l'apport de force, de l'étirement et de l'amélioration directe de la coordination motrice et de l'équilibre. Tous les mouvements dans l'exécution de l'exercice sont harmonieux et contrôlés, stimulant la coordination et le renforcement global sans risque de blessure, et sont appliqués en fonction des besoins individuels.

Voici quelques-uns des avantages que l'on peut observer grâce à la pratique régulière de la méthode Pilates :

- Amélioration de l'équilibre, réduisant le risque de chute.

- Ralentissement Diminution de la coordination et incapacité à initier un mouvement.

- La force musculaire, l'un des aspects les plus débilitants de la maladie de Parkinson.

- Préserver l'amplitude des mouvements des articulations clés, telles que la hanche.

- L'accent est mis sur la respiration, la concentration et le rythme des mouvements.

- Amélioration de la posture, ralentissement de la progression vers une posture kyphotique (voûtée).

* Yoga

Le yoga associe des postures physiques, des exercices de respiration et la méditation. Il peut contribuer à améliorer la souplesse, l'équilibre et la posture, qui sont des domaines importants pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson. En outre, le yoga peut favoriser la relaxation, réduire le stress et améliorer le bien-être physique et mental en général.

* Tai Chi

Le tai-chi est un exercice doux, à faible impact, qui implique des mouvements lents et fluides combinés à une respiration profonde et à la pleine conscience. Il peut améliorer l'équilibre, la souplesse et la coordination, ce qui peut être particulièrement bénéfique pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson. Le tai-chi favorise également la relaxation et la réduction du stress.

* Méditation et pleine conscience

Les pratiques de méditation et de pleine conscience impliquent de concentrer son attention, d'observer les pensées et les sensations sans jugement et de cultiver un état de conscience du moment présent. Ces pratiques peuvent aider les personnes atteintes de la maladie de Parkinson à gérer le stress, l'anxiété et la dépression, et à améliorer leur bien-être mental général.

Des pratiques telles que le yoga, le tai-chi et le qigong peuvent contribuer à améliorer l'équilibre, la souplesse et le bien-être général. Ces approches corps-esprit combinent le mouvement, la respiration profonde et la pleine conscience, ce qui peut être bénéfique pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson.

* Exercices de respiration

Les exercices de respiration profonde, tels que la respiration diaphragmatique, peuvent contribuer à réduire l'anxiété, à favoriser la relaxation et à améliorer la capacité pulmonaire. Ces exercices peuvent être utiles pour gérer le stress, améliorer la fonction respiratoire et favoriser le bien-être général.

* Imagerie guidée

L'imagerie guidée consiste à utiliser des techniques d'imagerie mentale et de visualisation pour évoquer des expériences sensorielles positives. Elle peut aider les personnes atteintes de la maladie de Parkinson à se détendre, à réduire le stress et à améliorer leur bien-être. Les séances d'imagerie guidée sont souvent animées par un praticien qualifié ou accessibles par le biais de ressources audio ou vidéo enregistrées.

* Danse/thérapie du mouvement

La thérapie par la danse et le mouvement consiste à s'engager dans des mouvements expressifs, l'improvisation et l'exploration créative. Ces thérapies peuvent contribuer à améliorer la conscience corporelle, la mobilité, l'expression personnelle et le bien-être émotionnel des personnes atteintes de la maladie de Parkinson.

Il est important de consulter des professionnels de la santé, tels que des kinésithérapeutes ou des spécialistes du mouvement, pour s'assurer que les approches psychocorporelles sont adaptées aux besoins et aux capacités spécifiques de l'individu. L'intégration de ces approches dans un plan de traitement complet peut apporter des avantages supplémentaires en plus de la prise en charge médicale et des autres thérapies de la maladie de Parkinson

1. **Soutien social**

## Types d'intervention sociale

Il est nécessaire de prendre en compte les éléments qui motivent l'intervention :

* Manque de soutien.
* Manque de ressources adaptées et spécialisées pour répondre aux besoins des patients atteints de la maladie de Parkinson et de leurs familles. Les caractéristiques spécifiques de l'individu et de sa famille nécessitent une intervention personnalisée.

**A) Intervention individuelle** :

Les phases de cette intervention sont les suivantes :

* L'accueil initial : Il s'agit de construire la relation entre le professionnel et la personne concernée, ainsi que de détecter les besoins latents et manifestes.
* Conception de l'intervention individuelle : Dans cette phase, il est nécessaire d'établir des objectifs visant à améliorer la qualité de vie et ils doivent être basés sur les possibilités de l'individu : évaluation, diagnostic et planification.
* Suivi du dossier
* L'évaluation : Elle consiste en une analyse de la réalisation des objectifs et, si nécessaire, en une reformulation des objectifs, soit parce qu'ils ont été atteints, soit parce qu'ils ne l'ont pas été.

**B) Intervention auprès des familles**

Le meilleur moyen de parvenir à un accord sur la manière de partager la responsabilité des soins à la personne atteinte de la maladie de Parkinson est d'organiser des réunions de famille.

À cette fin, un plan de soutien est élaboré, qui clarifie le rôle de chacun dans la prise en charge de la personne affectée, en impliquant tous les membres de la cellule familiale ; dans le cas de l'aidant principal, c'est lui qui bénéficiera du niveau d'intervention le plus élevé de la part du professionnel.

**C) Intervention de groupe**

Le groupe d'entraide mutuelle (GAM) est un espace dans lequel différentes personnes partageant le même problème ou la même difficulté se réunissent pour essayer de surmonter ou d'améliorer leur situation. On trouve des GAM pour :

## Affecté

## Membres de la famille

## Les femmes

## Les loisirs et le temps libre : ils permettent au professionnel d'observer la personne concernée dans un environnement ludique et lui donnent accès à des relations sociales.

## D) Intervention sur le réseau :

## Il est très important d'être coordonné avec :

## La sphère publique : Centres de sécurité sociale, Direction générale (ex. bénévolat, dépendance, personnes âgées, etc.), résidences, centres de jour, centres de santé, hôpitaux, etc.

## Sphère privée : résidences, centres de jour, sociétés de services d'aide à domicile (SAD), autres associations ou entités, centres de santé privés, cliniques, etc.

## Tout cela permet de réaliser un traitement global dans chaque cas, de transmettre l'information et d'offrir une prise en charge complète tant à la personne atteinte de la maladie de Parkinson qu'à ses proches ou à ses soignants.

## Ressources sociales

## Certificat d'invalidité

## Il s'agit d'une reconnaissance administrative dont l'objectif est de compenser les désavantages sociaux qu'entraîne le handicap, en permettant l'accès à des droits et à des avantages de nature différente, dans une optique d'égalisation des chances.

## Toute personne souffrant d'une maladie ou d'une blessure chronique, quelle qu'elle soit, peut déposer une demande. Les personnes atteintes de la maladie de Parkinson ont donc le droit de déposer une demande et d'être évaluées.

## Les avantages qu'il apporte sont les suivants :

## Économique : Allégement de l'impôt sur le revenu des personnes physiques (IRPF) dans la feuille de paie et la déclaration de revenus. Exemption de la taxe de circulation. Pension non contributive.

## Mobilité : aide à l'adaptation du véhicule, carte de stationnement.

## Logement : adaptation ou acquisition de logements subventionnés (VPO).

## Autres avantages : réductions dans les musées, les cinémas et les transports.

## Loi sur la dépendance

## Il s'agit d'une loi universelle qui vise à favoriser l'autonomie personnelle des personnes dépendantes et de leurs aidants.

## Tous les citoyens qui ne sont pas en mesure de s'occuper d'eux-mêmes parce qu'ils se trouvent dans une situation de dépendance peuvent en faire la demande.

## Les avantages qu'il apporte sont les suivants :

## Ressources en matière de soins :

## Service d'aide à domicile (soins personnels, soutien à domicile).

## Téléassistance.

## Résidences.

## Centres de jour.

## Avantages financiers :

## Pour les soins en milieu familial.

## lié à un service ("titre-service").

## Promotion de l'autonomie (thérapies).

## Incapacité de travail

## Il s'agit d'une prestation financière qui vise à couvrir la perte de revenus subie par un travailleur lorsque, en raison d'une maladie ou d'un accident, sa capacité de travail est réduite ou annulée.

## Les patients âgés de moins de 65 ans qui sont assurés ou se trouvent dans la même situation que les assurés peuvent demander cette prestation. Selon le degré d'incapacité, certaines périodes minimales de cotisation sont requises.

## Les montants et les classes sont les suivants :

## Invalidité permanente totale : Incapacité d'exercer sa profession habituelle. En Espagne, par exemple, 55 % de la base réglementaire, qui passe à 75 % à partir de 55 ans.

## Incapacité permanente absolue : Incapacité d'exercer un quelconque travail. En Espagne, elle correspond à 100 % de la base réglementaire.

## Invalidité grave : Outre l'incapacité de continuer à travailler, vous avez besoin de l'aide d'une tierce personne.

## Incapacité juridique

## Il s'agit d'une déclaration judiciaire qui, après une étude exhaustive de la personnalité de la personne présumée incapable et avec sa participation, établit si elle est capable ou non de gouverner adéquatement sa personne et ses biens.

## La procédure est normalement engagée par le conjoint ou les descendants. Les ascendants ou les frères et sœurs peuvent également le faire et, en l'absence de parents, le ministère public.

## Les types d'incapacité légale sont les suivants :

## Incapacité totale : Protection des biens personnels et financiers de la personne frappée d'incapacité qui n'a pas la capacité de se gouverner elle-même.

## Incapacité partielle : Protection d'une personne qui n'a pas la capacité de se gouverner elle-même dans certains actes de la vie.

## Types de protection ou d'assistance :

## Tutelle : Principale institution de protection des personnes incapables. Protection, administration, tutelle de leurs biens et exercice de leurs droits.

## Tutelle : Assister et compléter la capacité de la personne. Protection en cas d'incapacité partielle.

## Tuteur de fait : Forme de protection dans laquelle une personne exerce des fonctions de tutelle, de garde ou de gestion des biens, mais n'a pas d'autorité légale (sans être nommée par le tribunal).

## Soins sociaux généraux et spécialisés :

## Tous deux sont régis par la complémentarité et l'action coordonnée.

## Soins sociaux généraux

## Centres régionaux de services sociaux :

## Informations et conseils

## Aide à domicile, téléassistance, adaptation du logement et autres aides pour l'unité de cohabitation.

## Hébergement alternatif (séjours temporaires et urgence)

## Prévention et insertion sociale (revenu minimum d'insertion, programmes, etc.).

## Autres : encourager la solidarité et la coopération sociale.

## Soins sociaux spécialisés : famille, enfants, jeunes, personnes âgées, femmes, handicap, dépendance, maladie de Parkinson, etc.

## LE SAVIEZ-VOUS ?

## La méconnaissance par la société de certains symptômes tels que l'instabilité posturale ou les difficultés d'élocution, qui peuvent être interprétés comme de l'ivresse et qui, en raison des commentaires, peuvent conduire à l'isolement social de la personne (IMSERSO, 2008).

## En Espagne, 50 % des aidants ont dû renoncer à travailler ou réduire leur temps de travail pour être en mesure de fournir les soins nécessaires, ce qui entraîne une baisse de revenus (INE, 2008).

## Dans de nombreux cas, par peur ou par gêne, alors que les symptômes sont très légers, ils ont tendance à cacher le diagnostic sur leur lieu de travail ou à le porter très discrètement.

## D'autre part, pour certaines personnes, l'environnement professionnel est leur seul noyau de relations sociales en dehors de la famille, de sorte que la perte d'emploi a également un impact direct sur leur réseau social et un risque précoce de réclusion à la maison.

## Le génogramme est utilisé pour visualiser graphiquement la situation familiale de l'utilisateur et pour pouvoir détecter d'éventuels problèmes ou dysfonctionnements familiaux afin d'intervenir plus efficacement.

**Références**

* Mouchaileh, N. et Hughes, A.J. (2020), Pharmacological management of Parkinson's disease in older people. J. Pharm. Pract. Res. 50 : 445-454. <https://doi.org/10.1002/jppr.1683>
* Zahoor, I., Shafi, A. et Haq, E. (2018). Traitement pharmacologique de la maladie de Parkinson. Exon Publications, 129-144. [https://doi.](https://doi.org/10.15586/codonpublications.parkinsonsdisease.2018.ch7)org/10.15586/codonpublications.parkinsonsdisease.2018.ch7
* Mitchell, K. T. et Ostrem, J. L. (2020). Traitement chirurgical de la maladie de Parkinson. Neurologic Clinics, 38(2), 293-307. [10.1016/j.ncl.2020.01.001](https://doi.org/10.1016/j.ncl.2020.01.001)
* Lee DJ, Dallapiazza RF, De Vloo P, Lozano AM. Traitements chirurgicaux actuels pour la maladie de Parkinson et cibles thérapeutiques potentielles. Neural Regen Res. 2018 Aug;13(8):1342-1345. doi : 10.4103/1673-5374.235220. PMID : 30106037 ; PMCID : PMC6108190.
* Qureshi, A.R., Jamal, M.K., Rahman, E., Paul, D.A., Oghli, Y.S., Mulaffer, M.T., Qureshi, D., Danish, M.A. et Rana, A.Q. (2021), Thérapies non pharmacologiques pour la gestion de la douleur dans la maladie de Parkinson : A systematic review. Acta Neurol Scand, 144 : 115-131. https://doi.org/10.1111/ane.13435.
* LÓPEZ M.V. Protocolo de Trabajo Social en la Enfermedad de Parkinson. Madrid : Cyan Proyectos Editoriales, S.A, 2022.
* <https://www.esparkinson.es/recursos/>