**DESCRIPTION GÉNÉRALE**

De plus en plus de preuves scientifiques montrent que la MP n'est pas seulement une maladie avec des symptômes moteurs dus à un déficit en dopamine dans les ganglions de la base, mais qu'il existe également des symptômes non moteurs qui peuvent apparaître en conséquence d'un déficit en dopamine dans d'autres zones du cerveau ou d'un déficit d'autres neurotransmetteurs tels que la sérotonine, la noradrénaline ou l'acétylcholine, parmi d'autres.

Cela pourrait expliquer, du moins en partie, la grande variété et la complexité des symptômes que les patients peuvent développer, tels que la dépression, l'apathie, la fatigue, les troubles du sommeil, les déficiences cognitives, la démence, la douleur et bien d'autres.

Mais les symptômes peuvent être dus non seulement à un déficit de stimulus, mais aussi à un excès de stimulus, comme c'est le cas, par exemple, dans les troubles du contrôle des impulsions ou les psychoses.

Les effets secondaires des médicaments sont toujours à prendre en compte, et il est prioritaire de surveiller le rapport bénéfice/risque que toute thérapie que nous introduisons peut produire chez notre patient.

En outre, les symptômes évoluent et des complications telles que des fluctuations cliniques ou des symptômes axiaux peuvent apparaître au cours de la maladie.

**SOMMAIRE**

Dans ce module, nous verrons :

1. Faire face à l'aggravation de l'état de santé
2. Symptomatologie névrotique et psychotique (par exemple dépression, anxiété, obsessions, hallucinations, délires...).

**OBJECTIFS**

Les objectifs de cette unité didactique sont les suivants

Connaître les différentes altérations et les symptômes qui peuvent apparaître au cours de l'évolution de la maladie.

Savoir faire face à de telles situations.

1. **Faire face à l'aggravation de l'état de santé**
   1. **Constipation**

Il s'agit d'une diminution de la fréquence des défécations, ou d'une difficulté excessive à déféquer, avec des selles dures et sèches. La fréquence est variable : environ 2 fois/jour ou 3 fois/semaine. Les symptômes de la constipation sont : des selles dures et peu abondantes, des douleurs lors de la défécation et/ou des douleurs dorsales, une sensation de ballonnement abdominal, de la fatigue et de l'épuisement.

Pour minimiser les problèmes de constipation, nous pouvons suivre les recommandations suivantes :

* Augmentez l'exercice physique autant que possible. Des promenades régulières de 20 à 30 minutes sont recommandées. Si la personne ne peut pas marcher, mobiliser l'intestin par de légers massages rotatifs de l'abdomen de droite à gauche.
* Veillez à ce qu'au moins deux repas principaux comprennent des légumes et un fruit, avec la peau si possible. Incluez également des légumes et des céréales complètes (riz, pâtes et pain complet), car ils sont riches en fibres et augmentent le volume des selles, ce qui les rend plus faciles à évacuer.
* Cet apport supplémentaire de fibres doit se faire petit à petit, afin d'éviter que la personne ne souffre davantage de gaz et de douleurs intestinales, voire de diarrhées.
* Manger lentement et bien mâcher les aliments contribue à améliorer la digestion et la motilité intestinale.
* Chez les patients constipés, il est conseillé de réduire la consommation de viande rouge, d'aliments épicés et de café. Il est également conseillé de réduire, au moins temporairement, la consommation d'aliments astringents tels que les bananes, les coings, le riz, les carottes...
* Le yaourt et les laits fermentés contiennent des bactéries qui aident à équilibrer la flore intestinale, tandis que les huiles favorisent le transit intestinal et sont donc recommandées.
* Augmenter la consommation de liquide à environ 2 litres par jour, répartis tout au long de la journée et surtout pendant les premières heures.
* Saisissez l'occasion de déféquer lorsque la motilité intestinale est la plus grande, par exemple après les repas ou après l'exercice, et essayez de le faire à la même heure chaque jour, en ayant suffisamment de temps et sans vous presser.
* N'utilisez pas de laxatifs sans prescription médicale et évitez les laxatifs irritants, car ils peuvent entraîner une mauvaise habitude intestinale (le patient devient dépendant des doses de laxatifs et a besoin de doses de plus en plus élevées pour obtenir le même effet).
* Évitez les efforts excessifs lors de la défécation afin de prévenir les problèmes d'hémorroïdes et de fissures anales, qui peuvent être très douloureuses.

Mesures physiothérapeutiques :

* Thérapie physique
* Massages abdominaux et musculaires
* Hydrothérapie
* Thérapie respiratoire
* Position défécatoire
* Thérapie du plancher pelvien
  1. **Urgence et incontinence urinaires**

En termes de lignes directrices et de recommandations à adopter ou à communiquer à la personne atteinte de la maladie de Parkinson pour prévenir l'incontinence urinaire, il convient de prendre en compte les éléments suivants :

* Il sera important de surveiller l'apport en liquide pour éviter une formation excessive d'urine.
* Il faut savoir qu'il existe des aliments diurétiques, comme certains fruits et légumes, qui facilitent l'élimination des liquides.
* N'oubliez pas que la façon dont les aliments sont consommés a également une influence. Par exemple, les soupes, les ragoûts et les aliments bouillis fournissent plus de liquide que les aliments rôtis ou frits.
* Les liquides qui favorisent la production d'urine sont l'eau, le lait, l'alcool et les tisanes.
* Il est conseillé de boire davantage le matin et de réduire progressivement la quantité de liquide au fil de la journée.
* Essayez de vider votre vessie régulièrement, avant d'avoir envie d'uriner, par exemple toutes les 2/3 heures.
* Si la marche est lente, gardez un biberon ou une cale à portée de main. En cas de nycturie, il est conseillé de réduire la consommation de liquide à partir du milieu de l'après-midi et, le soir, de garder un biberon ou une cale à côté du lit pour éviter de se lever.
* Si vous devez sortir, vous pouvez également utiliser un collecteur d'urine ou un tampon pour plus de tranquillité d'esprit et d'indépendance.
* Si l'incontinence est atteinte, l'utilisation de couches, d'une sonde urinaire ou d'une sonde vésicale permanente sera nécessaire.
* En cas de rétention urinaire, un sondage intermittent peut être effectué périodiquement pour vider la vessie, ou une sonde vésicale à demeure.
* Un apport minimum de liquide doit être assuré pour éviter les infections des voies urinaires (1 ½ à 2 litres par jour).
  1. **MARCHE-ARRÊT/BLOCAGE**

Les blocages sont définis comme l'incapacité transitoire d'effectuer des mouvements actifs. Ils peuvent être classés comme suit :

* Blocages généraux : Il s'agit de phénomènes on-off, de détérioration en fin de dose, de fluctuations diurnes, de retard dans l'apparition de la réponse et/ou d'absence d'effet de la dose.

Si le blocage se produit dans la **phase ON**, il est important d'en profiter pour pratiquer une activité physique, marcher avec moins d'appui et insister sur la correction posturale et la correction de la marche.

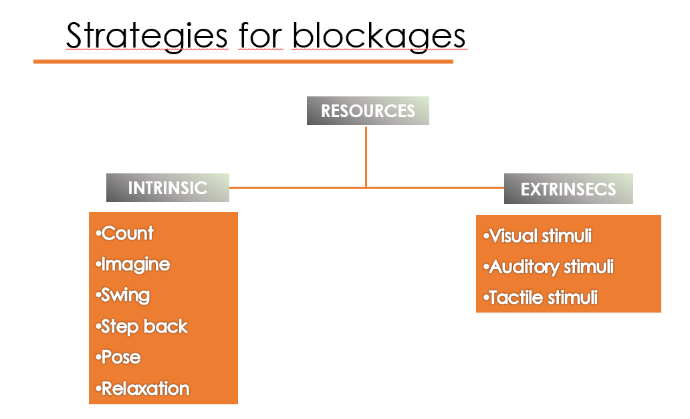
Si le blocage se produit dans la **phase OFF**, il est nécessaire de s'adapter aux possibilités de la personne affectée, de lui donner plus de soutien pour marcher et faire d'autres activités. Il est très important de prévoir plus de temps pour éviter la nervosité et de faire attention au blocage de la marche.

* Blocs partiels : Il s'agit d'interruptions de la marche, avec impossibilité de continuer malgré l'effort volontaire du sujet. Ils se produisent dans des endroits étroits ou avec beaucoup de monde, lors de virages ou de changements de direction, au début de la marche et lors d'arrêts et de reprises de la marche, ainsi que lors de sursauts.

Stratégies pour surmonter les blocages de la marche :

**S'ARRÊTER - SE DÉTENDRE - PLANIFIER**

* 1. Essayez de maintenir le patient aussi calme que possible, afin qu'il puisse respirer profondément tout en restant debout.
  2. Nous devons nous rappeler (tant le patient que la personne qui l'accompagne) de faire preuve de patience, car la précipitation peut entraîner des complications supplémentaires.
  3. Corriger la posture : Repositionner le centre de gravité dans la base d'appui. Et retrouver l'alignement du corps.
  4. Les stratégies expliquées ci-dessous ont pour but d'aider la personne concernée à surmonter les blocages, en fonction des circonstances du moment, et donc à progresser plus facilement :
     + Comptez 1, 2, 3... Tapez du talon et recommencez à marcher.
     + Débuter comme mannequin sur les podiums
     + Faites un pas en arrière... recommencez la marche avec le pied qui a été retardé précédemment.
     + Écartez légèrement les pieds, balancez-vous d'une jambe à l'autre et faites un pas avec la jambe libre qui porte le poids.
     + Placez des marques visuelles sur le sol, transversalement au pied, avec un espacement équivalent à une foulée.
  5. Conseils :
     + Ne pas pousser le patient.
     + Pas de traction sur le patient
     + Ne pas agiter.
     + Ne pas chercher à s'appuyer sur les mains
     + Rassurer le patient
     + Verbaliser les ordres
  6. Recommandations générales :
     + Marcher en levant les genoux.
     + Marcher en marquant ou en écoutant un rythme, essayer de le suivre.
     + Fixez vos yeux sur un point éloigné (évitez le cadre d'une porte).



* 1. **FALLS**
* Conseils pour la prévention des chutes :
* Enlever les tapis et les risques de trébuchement.
* Blocages : savoir comment agir.
* Évitez les virages serrés en marchant ou les distractions.
* Tourner : éviter de traîner les pieds.
* Escaliers : tenez-vous toujours à la rampe.
* Soyez prudent lorsque vous vous levez du lit/de la chaise en cas d'hypotension.
* Ne portez pas d'objets dans vos mains et n'effectuez pas de tâches simultanées.
* Un éclairage adéquat.
* Comment se relever après une chute ?
* Vérifiez qu'il est conscient et qu'il n'est pas blessé.
* Rassurez-le.
* 2 personnes :
  + D'un pied, nous fixons le leur.
  + Une main tient son pantalon et l'autre sa main.
  + Les deux personnes soulèvent en même temps le patient en redressant les genoux.

* 1. **DYSPHAGIE**

**La dysphagie** est un trouble de la déglutition caractérisé par une difficulté dans la préparation orale du bol alimentaire et/ou le déplacement des aliments, solides ou liquides, de la bouche vers l'estomac.

* Recommandations à suivre pendant l'alimentation et la prise de liquides et/ou de solides
* Exercer la mobilité des lèvres, de la langue, de la mâchoire et du pharynx pour améliorer le contrôle, la force et la rapidité de ces organes.
* Adapter les heures de repas aux phases "ON" du médicament.
* Ne vous laissez pas distraire par la télévision, ne parlez pas pendant les repas.
* Prendre le temps nécessaire entre les bouchées.
* Veillez à ce que votre dos soit droit et soutenu par une chaise à dossier ferme. Gardez les pieds au sol et les hanches à 90° par rapport au tronc.
* Effectuer une hygiène bucco-dentaire après chaque repas.
* Ne pas utiliser de pailles ou de seringues.
* Si vous portez des prothèses dentaires, fixez-les bien avant de manger.
* Bâiller avant un repas pour détendre la gorge.
* Guide de déglutition :
* Portez une petite quantité d'aliments à la bouche. Placez-la le plus loin possible en arrière pour éviter qu'elle ne tombe.
* Fermez les lèvres. Si cela est difficile, tenez la mâchoire avec votre main.
* Il est conseillé de mâcher plusieurs fois.
* Faites une pause pour savourer la nourriture dans votre bouche.
* Ensuite : ramener le menton vers la poitrine, avaler la nourriture avec force et prendre une deuxième gorgée pour éliminer tout résidu éventuel de la bouche.
* Faites une pause avant de porter une autre bouchée à la bouche et buvez une gorgée d'eau froide avec des gouttes de citron entre les gorgées pour stimuler le réflexe de déglutition.
* Toux vigoureuse après chaque repas pour éliminer les débris présents dans la gorge.
* Vérifier la bouche à la fin de chaque repas pour enlever les débris accumulés entre les gencives ou le palais.
* Gardez le dos droit pendant au moins une demi-heure après avoir mangé.
* Que faire en cas d'étouffement ?
* Si vous vous étouffez, essayez de tousser, en prenant une inspiration au préalable pour éliminer les débris alimentaires.
* Ce n'est que dans les cas extrêmes que nous utiliserons la manœuvre de Heimlich : nous nous placerons derrière le patient et l'encerclerons en croisant les bras. Une main en forme de poing et l'autre la tenant, on appuie sur le processus sternal tout en essayant de tousser.
* Lorsqu'il est difficile d'avaler des liquides et/ou des solides...
* Si vous avez des difficultés à avaler les liquides, ne les buvez pas à la paille. Les épaississants qui sont ajoutés aux liquides pour en augmenter la consistance sont très utiles.
* Évitez toujours les mélanges tels que l'orange, qui donne l'eau à la bouche et peut provoquer un étouffement.
* S'il a des difficultés à avaler des aliments solides, utilisez des régimes mous ou des turmix. La consistance de l'aliment doit être homogène, sans grumeaux, en évitant une purée avec des morceaux, une soupe avec des nodules de pâtes...
* Présentez les aliments dans plusieurs petites assiettes bien présentées et parfumées pour stimuler l'appétit.
* Si les problèmes persistent, consultez votre médecin digestif et votre neurologue.
  1. **TROUBLES DU SOMMEIL**

Le patient atteint de la maladie de Parkinson a souvent des difficultés à s'endormir et à rester endormi.

Les problèmes les plus courants sont l'insomnie, la somnolence diurne (hypersomnie) et les troubles du comportement pendant le sommeil (parasomnies) tels que les cauchemars, les rêves intenses et les terreurs nocturnes.

Les médicaments utilisés dans le traitement de la MP agissent directement ou indirectement sur le sommeil.

* **L'insomnie** est l'incapacité ou la difficulté à s'endormir ou à se rendormir. Il peut s'agir de problèmes d'endormissement au moment du coucher, de réveils très tôt le matin ou de réveils fréquents au cours de la nuit.
* **Hypersomnie :** facilité excessive à s'endormir pendant la journée, dans des situations qui n'arrivent pas à la plupart des gens.
* **Parasomnies : il s**'agit d'événements anormaux qui peuvent survenir pendant le sommeil. Elles sont classées en fonction de la phase du sommeil dans laquelle elles se produisent. Certaines apparaissent lors du passage du sommeil à l'éveil ou de l'éveil au sommeil, d'autres sont typiques du sommeil lent, d'autres encore de la phase REM. Le trouble du comportement en sommeil paradoxal mérite d'être traité, car s'il ne l'est pas, le patient continuera à avoir des épisodes.
* Techniques pour améliorer les troubles du sommeil dans la maladie de Parkinson
* Faites du sommeil une priorité. Réservez suffisamment de temps pour dormir et n'accomplissez que les tâches qui peuvent être réalisées dans le temps restant, plutôt que l'inverse.
* Couchez-vous et réveillez-vous à peu près à la même heure tous les jours, même le week-end. Le respect d'un horaire permet de renforcer le cycle veille-sommeil de l'organisme et de mieux dormir la nuit.
* Voici quelques principes diététiques de base pour un sommeil réparateur : Dîner tôt, en respectant des horaires de repas réguliers, dîner deux heures avant le coucher, dîner lentement, en mâchant bien les aliments et en prenant le temps nécessaire entre chaque plat. Dîner léger, plus léger que le déjeuner. Contrôler l'apport énergétique ; lorsque le poids corporel optimal est dépassé, les heures de sommeil augmentent ; à l'inverse, la maigreur entraîne des réveils précoces.
* Réduire la consommation de liquides quelques heures avant le coucher pour limiter, autant que possible, les réveils pour aller aux toilettes.
* Évitez la nicotine, la caféine, la théine et l'alcool, surtout à partir de l'après-midi. La nicotine, la caféine et la théine sont des stimulants qui peuvent maintenir le patient éveillé. L'alcool, bien que déprimant et pouvant contribuer à rendre le patient somnolent, provoque un sommeil agité.
* Faites de l'exercice régulièrement. L'exercice régulier, en particulier l'exercice aérobique, peut vous aider à vous endormir plus rapidement et à rendre votre sommeil plus réparateur.
* Le fait de rester actif, mais trop occupé, peut vous empêcher de dormir suffisamment ; à l'inverse, l'oisiveté peut conduire à l'ennui et à l'incapacité de dormir.
* Préparez une routine relaxante à l'heure du coucher. Faire les mêmes choses tous les soirs indique au corps qu'il est temps de se reposer. Évitez de travailler au lit, par exemple en consultant votre relevé bancaire ou en utilisant votre ordinateur portable.
* Veillez à ce que la pièce soit fraîche, sombre, calme et confortable ; la température optimale pour une bonne nuit de sommeil est de 19º C. Réglez les lumières, la température, l'humidité et le niveau de bruit en fonction des préférences de la personne concernée. Les animaux domestiques perturbent généralement le sommeil s'ils partagent la chambre de la personne affectée.
* Allez vous coucher lorsque vous avez envie de dormir. Si vous ne vous endormez pas dans les 30 minutes, levez-vous et faites autre chose. Retournez au lit lorsque vous êtes fatigué.
* Il n'est pas nécessaire d'endurer la douleur. Si la douleur vous empêche de dormir, parlez à votre neurologue des médicaments ou des thérapies qui peuvent réduire la douleur.
* Ne prenez des somnifères que sur avis médical et en dernier recours. Vérifiez avec le neurologue que les somnifères n'interagissent pas avec d'autres médicaments pris par le patient. Ne jamais mélanger l'alcool et les somnifères.
* Le fait est que plus la personne malade dort, mieux elle se sent.
  1. **Salivation excessive**

L'hypersalivation, au-delà du problème physique, a une forte composante psychologique négative chez les personnes souffrant de la maladie de Parkinson et peut être secondaire au traitement par neuroleptiques.

Garder les lèvres fermées, boire des liquides, prendre des gorgées fréquentes, avaler souvent sa salive (surtout avant de parler) et garder une posture droite peut aider à contrôler la bave. Il est également utile de mâcher du chewing-gum ou de prendre des bonbons sans sucre.

* 1. **Problèmes de communication**
* Recommandations à suivre en cas de difficultés de communication :
* Être en face du patient.
* Ne perdez pas de vue la conversation.
* Organisez les idées que vous souhaitez exprimer.
* Établir des tours de parole dans la conversation.
* Essayez de ne pas avoir trop de bruit de fond dans la pièce où nous parlons.
* S'efforcer de parler clairement afin que le patient reçoive ce que nous voulons lui dire.
* Lorsque nous ne comprenons pas ce que dit le patient :

a) Il peut essayer d'exprimer en d'autres mots ce qu'il dit.

b) Nous pouvons répéter uniquement la partie que nous n'avons pas comprise ou nous mettre d'accord sur un geste ou un mot.

c) Utiliser d'autres moyens de communication (écriture, tableau, communicateurs, etc.).

* Nous vous encouragerons à parler plus lentement.
  1. **Complications respiratoires**

Le patient atteint de la maladie de Parkinson peut avoir des problèmes respiratoires. Outre le processus normal de vieillissement de l'organisme, la maladie de Parkinson entraîne également ses propres difficultés.

**L'insuffisance ventilatoire** est probablement la complication la plus fréquente ; elle survient chez les patients ayant une longue évolution, chez qui le syndrome rigide-akinétique prédomine.

* Une réaction pleurale inflammatoire peut se produire, généralement due à la poursuite du traitement par des agonistes dopaminergiques. Elle est généralement réversible et d'intensité relative.
* La raideur qui accompagne la maladie et affecte également la musculature respiratoire signifie que les expansions thoraciques sont beaucoup moins importantes que chez le sujet sain. Elle est généralement beaucoup plus sévère chez les patients ayant déjà souffert d'une pathologie respiratoire. Cette raideur affecte les cordes vocales, provoquant des difficultés d'élocution, ainsi que la déglutition et l'expectoration.
* Des altérations de la fréquence respiratoire entraînant une dyspnée due à la posture voûtée que peuvent adopter les personnes atteintes, semblable à celle d'un "singe", et une raideur qui complique les expansions thoraciques en diminuant le remplissage des poumons.
* Type de respiration costale supérieure ou claviculaire, qui entraîne une diminution de l'air inspiré, une tension dans le larynx et une pression d'air glottique insuffisante dans l'acte phonatoire.

La difficulté des personnes atteintes de MP à expulser le mucus pulmonaire lorsqu'elles sont enrhumées, l'accumulation de mucus et l'infection qui s'ensuit sont quelques-uns des problèmes auxquels les personnes atteintes de MP sont fréquemment confrontées. Ils peuvent entraîner une aspiration bronchique et une pneumonie. Pour éviter l'aspiration bronchique due à l'étouffement, il convient de suivre les lignes directrices/recommandations mentionnées ci-dessus dans la section consacrée à la dysphagie.

* Traitement des complications respiratoires :
* Le traitement est principalement basé sur la prévention. Dès les premiers stades de la maladie, il est nécessaire d'effectuer des exercices respiratoires quotidiens, intégrés dans un traitement de rééducation global.
* Le patient peut avoir besoin d'un traitement à base d'antibiotiques, de bronchodilatateurs, d'anti-inflammatoires et, dans les cas les plus graves, d'une hospitalisation. Souvent, même si les symptômes disparaissent, la poitrine n'est pas complètement dégagée, de sorte qu'après un certain temps, tout le processus recommence.
* Aux stades avancés de la maladie de Parkinson, elle peut conduire à l'alitement et à un manque de mobilité qui limitera davantage les mouvements impliqués dans la mécanique respiratoire. Pour éviter les complications qui en découlent, diverses techniques de physiothérapie et des exercices respiratoires pouvant être effectués par la personne elle-même peuvent être utilisés.
* Qu'allons-nous faire ?
* Exercices d'expansion des côtes :
  + - 1. Inspirez profondément par le nez, en aspirant l'air vers les dernières côtes.
      2. Expirez par la bouche, en utilisant vos mains pour appuyer sur les côtes.
* Exercices de contrôle diaphragmatique :

1. Inspirez profondément par le nez en gonflant le ventre.
2. Expiration par la bouche, pendant que le ventre se dégonfle.
3. Aidez-la en plaçant une main sur l'abdomen et l'autre sur la poitrine.

Temps d'expulsion plus long que le temps d'absorption de l'air (2/1)

* Il est nécessaire de veiller à son hygiène de vie : un régime alimentaire équilibré et nutritif et une consommation importante d'eau pour favoriser l'expectoration et aider à fluidifier le mucus.
* En outre, il convient d'éviter les endroits secs et d'utiliser des humidificateurs d'air si nécessaire.
* Une toux régulée doit être effectuée : inspiration profonde et expiration brusque avec contraction des muscles expiratoires.
* Évitez les endroits secs ; des humidificateurs d'air sont disponibles.
  1. **Ulcères de pression**
* Causes externes :
* Les mauvaises postures.
* Absence ou rareté des changements posturaux.
* Mobilisations insuffisantes.
* Manque d'hygiène, humidité excessive de la peau.
* Déshydratation.
* Fixation inadéquate des cathéters, des systèmes d'oxygénothérapie, de la traction ...
* Utilisation inappropriée d'orthèses de cheville, d'attelles ...
* Rides ou particules étrangères dans les feuilles, les chaises ...
* Comment les prévenir ?
* Soins de la peau.
* Soins posturaux :

1. Personnes ayant une certaine mobilité : favoriser la station debout et la marche.
2. Personnes peu ou pas mobiles : mobilisation par le soignant 3 à 4 fois par jour et changements fréquents de posture (toutes les 2 à 3 heures).

* Surfaces d'appui spéciales et dispositifs de prévention : matelas, coussins, lits spéciaux, protège-talons ...
  1. **Douleur et raideur**

Pour soulager la douleur dans les membres et améliorer la raideur, il est important de faire des mouvements aussi amples que possible, d'étirer les muscles raccourcis et de corriger la posture. Les massages, la chaleur ou les bains chauds peuvent également être utilisés.

Chez les personnes incapables d'effectuer des mouvements volontaires, les mobilisations articulaires : à effectuer 2 à 3 fois par jour, en bougeant les articulations doucement, sans forcer et sans provoquer de douleur, et dans toute l'amplitude de mobilité permise par l'articulation.

* 1. **Hypotension orthostatique**

Pour éviter les chutes soudaines de tension, il est recommandé de maintenir la tête du lit à un angle d'au moins 30º et de s'asseoir très lentement. Il est également conseillé de boire beaucoup et de manger des aliments salés.

* 1. **Dermatite séborrhéique**

Elle est très fréquente chez les personnes souffrant de la maladie de Parkinson, en particulier chez les hommes. Certains shampooings et gels contenant du sélénium, du zinc, de l'acide salicylique ou de la poix d'ulla, qui ne nécessitent pas de prescription, peuvent être utilisés pour contrôler et améliorer le problème, mais il est conseillé de consulter un dermatologue pour une évaluation et pour déterminer le traitement le plus approprié.

* 1. **Hyperhidrose**

Elle affecte particulièrement la partie supérieure du tronc. Les recommandations les plus courantes sont l'hygiène quotidienne, l'utilisation de déodorants/antitranspirants et le port de vêtements faits de préférence de tissus naturels et respirants. Éviter les aliments épicés ou très gras peut également aider à contrôler la transpiration.

* 1. **DÉFICIENCE GRAVE (EN FIN DE VIE)**

Avec la progression de la maladie de Parkinson (MP), les soins palliatifs (SP) sont de plus en plus nécessaires, surtout lorsqu'ils sont envisagés :

* La portée limitée du traitement des symptômes non moteurs et de la symptomatologie "axiale".
* Détérioration fonctionnelle progressive
* Incertitude sur les prévisions
* La complexité de la prise de décision
* La surcharge des soignants
* La forte demande de soins de fin de vie.

Non seulement il a été démontré que les PC améliorent la qualité de vie des patients atteints de la maladie de Parkinson, mais leur intégration précoce est cruciale pour le contrôle des symptômes et l'allègement du fardeau des soignants. Malgré cela, les PC dans la MP ne sont toujours pas largement mises en œuvre dans la pratique clinique, en partie à cause de l'absence de protocoles spécifiques et de la formation limitée des neurologues en matière de PC.

* Qu'est-ce que les soins palliatifs ?

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les PC comme un ensemble de mesures de prévention et de soulagement de la souffrance qui améliorent la qualité de vie des patients et des soignants confrontés à des problèmes liés à des maladies potentiellement mortelles, grâce à l'identification précoce, à l'évaluation correcte et au traitement des problèmes physiques, psychosociaux et spirituels.

Dans le cas de la MP, les CP devraient commencer dès la phase de diagnostic, en même temps que les traitements curatifs, mais c'est aux stades avancés de la maladie qu'ils deviennent plus pertinents. La transition vers une prédominance des PC dans la prise en charge des patients est souvent progressive et devrait être basée sur les besoins individuels plutôt que sur un délai de survie spécifique.

Il est essentiel, à tous les stades, de connaître les souhaits et les préférences du patient et de préserver son autonomie et sa dignité par le biais d'une prise de décision partagée.

L'objectif fondamental des PC est d'améliorer la qualité de vie des patients ; à cette fin, un certain nombre de principes sont établis :

* Soulager la douleur et les autres symptômes grâce à un traitement approprié.
* Acceptation du processus de la maladie et de la mort, sans l'accélérer ni le retarder. L'objectif est le bien-être et la qualité de vie, et non la durée de vie.
* Encourager l'autonomie du patient et l'aider à vivre le plus activement possible.
* Soulager la souffrance de manière globale, en répondant aux besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels du patient et de sa famille, ce qui nécessite une équipe pluridisciplinaire.
* Offrir la possibilité de recevoir des informations graduelles, complètes et véridiques, tout en respectant le droit de ne pas être informé, mais sans mentir.
* Veiller à ce qu'ils ne soient pas traités contre leur gré et respecter leur droit de participer à la prise de décision.
* Ils ne doivent pas impliquer le renoncement aux traitements curatifs et les soins à domicile doivent être rendus possibles en tant que lieu approprié pour les PC si le patient le souhaite.
* Critères d'orientation vers l'unité de soins palliatifs :

Les soins palliatifs devront être dispensés aux personnes atteintes de la maladie de Parkinson au stade 4 ou 5 de l'échelle de Hoehn-Yahr et présentant au moins l'une des caractéristiques suivantes :

* Intolérance ou non-réponse aux médicaments antiparkinsoniens.
* Besoin d'aide pour les activités de base de la vie quotidienne.
* Périodes d'inactivité imprévisibles.
* Mauvais contrôle de la douleur secondaire, de la raideur, des contractures ou des dyskinésies.
* Épisodes fréquents d'aspiration ou dysphagie sévère.
* Phase de fin de vie dans la MP :

La phase terminale de la maladie peut être prédite chez les patients atteints de la MP par la présence de quatre caractéristiques cliniques clés : hallucinations visuelles, chutes fréquentes, démence et admission dans une maison de repos.

Le pronostic vital et la définition de l'état terminal dans la MP sont très difficiles à établir et peuvent s'accompagner d'une grande incertitude. Cela est dû à un certain nombre de facteurs, notamment

* Absence de modèles prédictifs pour le pronostic vital des maladies chroniques non oncologiques.
* des oscillations de la gravité clinique, rendant difficile la détermination du début de la phase principalement palliative et l'information sur la fin de vie
* Ces soins sont dispensés par de multiples professionnels, peu formés aux soins palliatifs et/ou à la DP elle-même.
* Manque de ressources et de circuits adéquats pour la PC dans cette maladie, par opposition aux patients oncologiques.
* Localisation variée des patients sensibles : maisons, résidences, hôpitaux, centres de long séjour ou socio-sanitaires, etc.
* Symptômes les plus importants :
* Douleur : c'est le principal symptôme et aussi l'un des problèmes les plus importants.
* Ils sont dépendants : le temps passé en OFF augmente et ils passent une grande partie de leur temps assis et allongé : la vie en fauteuil.
* Troubles accentués du langage.
* Dysphagie progressive.
* Développement de contractures en raison de l'augmentation de la rigidité.
* Possibilité d'escarres et/ou d'infections urinaires répétées.
* Objectifs/stratégies :
* Mobilisations douces et progressives : principalement des extensions du coude et du genou, et des positions d'ouverture des bras et des jambes : 8-10 répétitions/2-3 fois par jour. Les pressions doivent être effectuées avec toute la main, en évitant de creuser les doigts.
* Hygiène extrême.
* Une alimentation adéquate.
* La communication est importante.
* Maintenir les loisirs et les plaisirs.
* Debout (le plus longtemps possible).
* Changements posturaux continus : toutes les 2 à 3 heures.
* Exercices de respiration : aide avec nos mains en exerçant une pression sur l'abdomen et le thorax.
* Aides techniques : déambulateur, canne, fauteuil roulant, lits articulés...
  1. **LES CHANGEMENTS POSTURAUX : ANNEXE**

1. **Symptomatologie névrotique et psychotique**

Les changements émotionnels sont très fréquents dans la MP et affectent probablement plus de la moitié des patients au cours de leur maladie.

Il existe un large éventail de symptômes psychologiques et neuropsychiatriques qui ont un impact sur la qualité de vie de la personne affectée, de ses proches, des soignants... Certains d'entre eux sont les suivants

* Dépression.
* L'anxiété.
* Perte du contrôle des impulsions.
* Augmentation / diminution de la sensibilité émotionnelle.
* Dysfonctionnement cognitif et démence.
* Symptômes psychotiques.
* Problèmes de sexualité.

**2.1. Problèmes émotionnels : anxiété, dépression**

* Traitement des problèmes émotionnels

En cas de problèmes émotionnels, il est essentiel d'en informer le neurologue afin qu'il puisse évaluer s'il est nécessaire de réajuster les médicaments ou d'en ajouter d'autres pour couvrir d'autres besoins. Souvent, en suivant ces recommandations, les problèmes émotionnels sont résolus.

Dans d'autres cas, un traitement psychiatrique est nécessaire pour traiter ces problèmes. Les thérapies psychologiques sont également indiquées, surtout lorsque le problème est lié au stress, ainsi qu'une combinaison des deux thérapies, en fonction des caractéristiques de la personne, des symptômes...

L'intervention psychologique permet d'aider la personne touchée à mieux comprendre sa maladie et à l'accepter en clarifiant ses doutes. Elle est aidée à trouver des ressources pour s'adapter aux problèmes qui se posent et des méthodes pour faire face au stress.

* Lignes directrices pour la gestion des problèmes émotionnels :
* Concentrez-vous sur le présent, plutôt que de penser à ce qu'était la vie avant la maladie ou à ce qu'elle sera dans le futur.
* Observez à quels moments de la journée vous vous sentez mieux et concentrez-vous sur ce qui va bien.
* Restez aussi actif que possible. Faites des exercices physiques et mentaux, en profitant des bons moments.
* Pratiquez la relaxation et la respiration contrôlée. Cela peut s'avérer très utile, en particulier dans les moments difficiles (phase d'arrêt).
* Éviter l'isolement et rechercher un soutien social. Faire des activités avec d'autres personnes, partager des expériences et des émotions, etc.
* Tirer les leçons de l'expérience. La maladie peut aussi vous faire découvrir des choses positives sur vous-même en tant que personne malade, en tant que membre de la famille...
* Essayez de prévenir le stress en adoptant un mode de vie sain : suivre un régime alimentaire approprié, dormir suffisamment, faire de l'exercice physique et mental, éliminer les substances toxiques de votre alimentation (tabac, alcool...).
* Accepter l'aide émotionnelle qui peut être apportée par l'entourage (famille, amis, professionnels, etc.).
* Communiquer avec votre médecin et lui poser toutes les questions que vous pourriez avoir.
* Contacter les associations locales de lutte contre la maladie de Parkinson.
* La participation à des groupes de soutien vous aidera :

1. Échanger des expériences.
2. Aider d'autres personnes confrontées à des problèmes similaires.
3. Obtenir des informations sur les ressources utiles pour résoudre les problèmes liés à la maladie.

**2.2. Psychose : hallucinations et délires**

Les deux principaux symptômes de la psychose sont les hallucinations et les délires :

* **Les hallucinations** sont des troubles de la perception. La personne perçoit un stimulus (par exemple un animal, une personne, etc.) qui n'existe pas.

Les hallucinations peuvent être vues (visuelles), entendues (auditives), ressenties (tactiles), senties (olfactives) et même goûtées (gustatives). Les cinq types d'hallucinations peuvent être présents dans la MP, mais les hallucinations **visuelles** sont les plus fréquentes.

Bien que cela soit rare, un faible pourcentage de patients présente des hallucinations auditives.

Les hallucinations olfactives, tactiles et gustatives sont extrêmement rares dans la maladie de Parkinson.

* Une **idée délirante** est une fausse croyance que la personne entretient avec conviction, malgré les arguments ou les explications des autres (par exemple, que le partenaire est infidèle, que quelqu'un la persécute...).

Ils sont moins fréquents dans la maladie de Parkinson et touchent environ 8 % des patients. Cependant, les délires ont tendance à être plus compliqués et présentent un risque plus élevé de troubles du comportement et de problèmes de sécurité.

Il existe plusieurs types de délires ; les plus courants dans la MP sont : la jalousie (la croyance que votre partenaire est infidèle), la persécution (la croyance que vous êtes attaqué, harcelé, trompé ou conspiré), le somatique (la croyance que votre corps fonctionne anormalement ou une obsession inhabituelle de votre corps et de votre santé).

Toutes les formes de délire peuvent apparaître dans la MP, bien que la jalousie et la persécution soient le plus souvent signalées.

Les hallucinations et les délires peuvent être provoqués par les médicaments anti-parkinsoniens ou être dus à la maladie elle-même.

Elles sont souvent associées à un âge avancé, à une gravité accrue de la maladie, à une dépression sévère et à une altération des capacités intellectuelles.

Elles sont généralement détectées par les membres de la famille, qui décèlent des comportements étranges résultant d'états psychotiques, qui sont gênants et désagréables.

Ils peuvent être traités, il est donc important de signaler ces symptômes au neurologue.

* Lignes directrices pour le contrôle des hallucinations et des délires :
* Essayez de vérifier le degré de crédibilité que vous accordez à l'illusion ou à l'hallucination. "Je sais que vous voyez quelque chose, mais pensez-vous que c'est réel, pouvez-vous le toucher ?
* Il faut faire preuve d'empathie à l'égard de la personne : elle le voit et le pense et c'est pour cela qu'elle souffre.
* Il est conseillé de ne pas réfuter constamment le patient.
* S'ils sont effrayés par le délire, essayez de les rassurer.
* Ne pas nier directement et radicalement un délire ou une hallucination ("Je ne nie pas que vous le voyez, mais je ne le vois certainement pas").
* Remettez en question une partie de l'illusion ou de l'hallucination par un raisonnement objectif : "oui, c'est peut-être ce que vous dites, mais ne pensez-vous pas que si 7 personnes étaient entrées dans la maison, j'aurais entendu quelque chose", "votre femme ne se sépare pas de vous, alors ne pensez-vous pas qu'il est difficile qu'elle ait un amant...").
* En règle générale, il faut toujours le signaler au neurologue.

**2.3. Trouble du contrôle des impulsions**

Le trouble du contrôle des impulsions est défini comme suit : "l'incapacité à résister à une impulsion, à une attirance ou à une tentation d'accomplir un acte qui finit par être préjudiciable au sujet ou à l'environnement".

La prévalence de ce trouble chez les personnes atteintes de la MP est d'environ 6 à 7 %, et peut atteindre 16 à 17 % chez les patients qui ont été exposés pendant un certain temps à certains médicaments, tels que la lévodopa et les agonistes de la dopamine, ainsi que chez les patients qui ont subi une intervention chirurgicale (stimulation cérébrale profonde).

Bien qu'il existe une multitude de comportements liés à ce trouble, les plus fréquents sont les suivants :

* **Achats compulsifs (7,2 %).** Il s'agit d'une série d'impulsions qui conduisent la personne à faire des achats excessifs.
* Le jeu pathologique (6,4 %). Consiste à jouer de manière illimitée à des jeux de hasard.
* **L'hyperphagie (5,6 %).** Il s'agit d'un trouble du comportement alimentaire qui consiste en une prise alimentaire excessive et incontrôlée. Il s'accompagne souvent de crises de boulimie et d'une prise de poids pouvant dépasser 13 kg (Rossi et Merello, 2011).
* **Trouble du comportement sexuel (4,4 %).** Il se manifeste généralement par une hypersexualité. Celle-ci est définie comme la manifestation d'une préoccupation excessive pour les aspects sexuels, ainsi que l'apparition de pulsions sexuelles incontrôlables. Le diagnostic de ce trouble est peut-être sous-diagnostiqué car il s'agit encore aujourd'hui d'un sujet "tabou".

Au cours de la maladie, d'autres types de comportements inadaptés peuvent également apparaître, tels que l'utilisation compulsive de médicaments, le changement d'horaires et de doses sans autorisation ou contrôle médical, ce que l'on appelle le "**syndrome de dysrégulation dopaminergique"** ou le **"punding ou hobbisme**", qui consiste en une série de comportements répétitifs ou stéréotypés liés à la pratique d'anciens passe-temps et qui ne provoquent pas de sentiments de culpabilité et/ou d'inconfort chez la personne qui en souffre.

Ces comportements se caractérisent par leur caractère inadapté, persistant et récurrent et par les perturbations qu'ils entraînent dans les relations personnelles, familiales et/ou professionnelles.

La détection précoce de ce trouble est essentielle pour fournir au patient et à sa famille des informations, des stratégies et des lignes directrices pour mieux faire face à la situation.

En outre, les comportements compulsifs doivent être signalés au médecin dès que possible, car ils peuvent être liés à la médication et donc s'améliorer avec un ajustement ou une modification de celle-ci.

* Lignes directrices pour la prise en charge des troubles du contrôle des impulsions :
* Reconnaître que le problème existe et qu'il m'arrive.
* Faire la différence entre : Désir-Anxiété.
* L'attente : Retarder la récompense.
* Comprendre la relation entre la drogue et le comportement.
* Effectuer des tâches lentement (manger)
* Auto-instructions positives de réussite "Je suis capable d'attendre un peu".
* Renforcer les comportements alternatifs ; plus nous renforçons les bons jours, plus il y a de chances qu'ils se répètent.
* S'adonner à des activités distrayantes.
* Contrôle des stimuli : argent, nourriture ....

**2.4. Augmentation/diminution de la sensibilité émotionnelle**

Les patients signalent parfois une augmentation de leur sensibilité émotionnelle depuis le début de la maladie.

Ils peuvent devenir plus émotifs, pleurer plus facilement lors d'événements. Bien que cela ne soit pas toujours un problème, cela représente un changement dans la façon d'être du patient.

Malgré ces crises de larmes, ils ne présentent généralement pas d'autres symptômes de dépression, ils ne se sentent pas tristes et ce sont des épisodes qui passent rapidement.

On pense que l'augmentation des émotions peut être liée à des lésions des circuits nerveux du cerveau qui relient les lobes frontaux à la zone qui contrôle l'expression faciale.

Un traitement n'est pas toujours nécessaire, mais il existe des médicaments qui stabilisent l'humeur.

**2.5. Dysfonctionnement cognitif et démence**

La maladie de Parkinson est souvent compliquée par une variété de symptômes cognitifs allant de troubles isolés de la mémoire et de la pensée à une démence sévère.

Bien que ces symptômes non moteurs ne soient pas aussi connus que les symptômes moteurs (par exemple tremblements, raideur, lenteur, déséquilibre...), ils peuvent être très invalidants et, chez de nombreux malades, devenir ceux qui causent le plus de difficultés.

La recherche a montré que plus de 50 % des personnes atteintes de la maladie de Parkinson souffrent d'une forme ou d'une autre de déficience cognitive.

Ce type d'altération est plus ou moins fréquent selon le stade de la maladie auquel se trouve la personne atteinte :

* **Les premiers stades** : Dans les premiers stades de la maladie, certaines personnes atteintes de la maladie de Parkinson se plaignent de problèmes d'attention. Par exemple, le patient peut se plaindre qu'il est facilement distrait, qu'il n'arrive pas à terminer ses tâches, qu'il perd le fil de ses pensées, etc.
* **Stades intermédiaires** : Aux stades intermédiaires de la maladie, les difficultés à prendre des décisions, à résoudre des problèmes, à se souvenir et à trouver les mots justes peuvent devenir plus apparentes.
* **Stades avancés** : Des troubles cognitifs plus graves accompagnés de confusion, d'hallucinations visuelles, d'idées délirantes et d'agitation peuvent survenir aux stades avancés. En général, les troubles mentaux et moteurs tendent à se manifester parallèlement à la progression de la maladie.

La différence entre les termes "dysfonctionnement cognitif" et "démence" réside dans l'ampleur des troubles de la pensée et de la mémoire.

* **La démence** désigne des troubles avancés de la mémoire et de la pensée qui interfèrent avec les activités quotidiennes et la qualité de vie. En général, une personne atteinte de démence présente des troubles importants de la mémoire et d'au moins un autre domaine cognitif, comme la résolution de problèmes ou l'attention.
* En revanche, une **déficience cognitive légère** peut être irritante ou dérangeante pour la personne, mais n'altère pas de manière significative la façon dont elle mène sa vie. Cette forme plus subtile de déficience cognitive est présente chez la plupart des patients atteints de la maladie de Parkinson.

En ce qui concerne les fonctions cognitives les plus fréquemment altérées, nous constatons :

* **L'attention :** Les patients ont souvent des difficultés à effectuer des tâches complexes qui nécessitent de maintenir ou de détourner leur attention.
* **Agilité des processus mentaux :** Tout comme les mouvements peuvent être plus lents chez les patients atteints de la maladie de Parkinson, les capacités de réflexion deviennent également plus léthargiques ; cette lenteur de la réflexion est souvent associée à la dépression dans la maladie de Parkinson.
* **Fonctions exécutives ou de résolution de problèmes :** Un changement cognitif très courant dans la MP est la difficulté à planifier et à mener à bien des activités. Ces patients ont souvent du mal à générer, maintenir, modifier et combiner différentes idées ou concepts. Parfois, les soignants signalent que le patient n'est plus aussi "flexible" dans sa réflexion et qu'il est devenu plus concret dans son approche de certaines tâches. Les patients souffrant de ces déficits bénéficient souvent d'incitations ou de rappels réguliers et d'activités largement structurées.
* **Déficits de mémoire :** Dans le cerveau, les ganglions de la base et les lobes frontaux jouent un rôle important dans l'organisation et la mémorisation des informations. Les lésions de ces zones entraînent des problèmes de traitement et de mémorisation des informations. Comme nous l'avons mentionné plus haut, les problèmes de mémoire de travail apparaissent souvent aux premiers stades de la MP. Au fur et à mesure que la maladie progresse, certains patients commencent à éprouver des difficultés à accomplir des tâches courantes telles que faire du café, tenir un carnet de chèques, etc. Les patients atteints d'une démence bien établie souffrent généralement de troubles de la mémoire à court et à long terme. Chez ces patients, les rappels permettent souvent d'améliorer leurs performances. Lorsqu'on leur demande de se souvenir de certaines informations, de nombreux patients atteints de la maladie de Parkinson répondent : "Je ne peux pas vous le dire maintenant, mais je vous le dirai plus tard". Cette difficulté à se souvenir au moment opportun est l'un des symptômes cardinaux des troubles cognitifs de la maladie de Parkinson.
* **Anomalies du langage :** De nombreux patients atteints de MP se plaignent d'avoir du mal à trouver le mot juste, de l'avoir "sur le bout de la langue" et d'être gênés pendant les conversations parce qu'ils ne trouvent pas le mot juste. Aux stades intermédiaires ou avancés de la maladie, on observe également des problèmes pour trouver le nom correct des objets ou pour donner le mauvais nom aux objets. Une autre plainte fréquente est la difficulté à parler lorsque la personne est sous pression ou stressée. Les patients peuvent également signaler des difficultés à comprendre des phrases à la structure complexe, dans lesquelles des questions ou des informations sont incluses avec d'autres détails. Chez de nombreux patients, le langage devient plus simple en raison des problèmes de production du langage et de la dysarthrie.
* **Difficultés visuospatiales :** Les patients atteints de démence peuvent avoir des difficultés à traiter les informations relatives à leur environnement ou à leur entourage, même aux premiers stades de la maladie. Ces problèmes légers peuvent contribuer aux troubles de la perception visuelle ou aux illusions, fréquemment observés dans la maladie de Parkinson. Les patients sont particulièrement sensibles à ce phénomène dans les situations où l'éclairage est faible (par exemple, le soir), et également s'ils souffrent d'autres problèmes visuels tels que la dégénérescence maculaire. Ces symptômes peuvent continuer à évoluer pendant toute la durée de la maladie. Lorsque les symptômes sont plus sévères, les patients peuvent avoir des difficultés à différencier les personnes avec lesquelles ils ne sont pas très familiers ou à reconnaître les émotions qui se reflètent sur le visage des autres.

La "déficience cognitive" évolue vers la **démence** lorsque les problèmes de pensée et de mémoire de la personne commencent à interférer avec les activités quotidiennes de base. La recherche a montré que 30 à 50 % des personnes atteintes de la maladie de Parkinson développent une démence. Bien que de nombreux patients atteints de la maladie de Parkinson se plaignent de changements dans leurs capacités cognitives et de réflexion, tous ne développent pas une démence pleinement établie. Les conséquences comportementales de la démence peuvent être très difficiles pour le patient et sa famille. Les patients peuvent être confus, désorientés et incapables de rester seuls ; ils peuvent présenter des signes d'agitation, des idées délirantes, des fluctuations d'humeur et une impulsivité accrue.

Il est important de connaître la différence entre "démence" et "délire", car ils sont souvent confondus. Le **délire** peut être causé par des maladies telles que la pneumonie, les infections urinaires, la malnutrition, la déshydratation, la fièvre ou des réactions aux médicaments. Une caractéristique importante qui le distingue de la démence est que les patients atteints de délire voient souvent leur état s'améliorer une fois que la maladie sous-jacente a été traitée. De même, le délire se manifeste rapidement, souvent en quelques heures ou en quelques jours. Toutefois, les patients atteints de démence ont un risque plus élevé de développer un état délirant que la personne âgée moyenne.

Les troubles de l'humeur, l'anxiété, le sommeil, etc., peuvent avoir un effet négatif sur les capacités cognitives d'une personne. Dans certains cas, ces facteurs peuvent aggraver les troubles de la mémoire et de la pensée et affecter directement la qualité de vie. Un traitement efficace de ces troubles par des médicaments et une psychothérapie peut également améliorer ces symptômes cognitifs.

* Traitement des troubles cognitifs :

Le traitement des troubles cognitifs et de la démence a pour but de ralentir la progression des symptômes et d'enseigner au patient différentes façons de les compenser. Cependant, ce traitement n'inverse pas le cours du déclin cognitif et ne guérit pas ces problèmes.

Les traitements pharmacologiques et comportementaux sont considérés comme efficaces s'ils aident le patient atteint de la maladie de Parkinson à rester fonctionnel et plus indépendant dans les activités de la vie quotidienne pendant une période plus longue.

L'identification et le traitement précoces de ces problèmes sont très importants car les déficits cognitifs peuvent être très frustrants et débilitants ; aux premiers stades du traitement, les patients peuvent être en mesure d'utiliser des stratégies comportementales de leur propre initiative.

Toutefois, à mesure que la maladie progresse et que les difficultés cognitives de la personne augmentent, il peut s'avérer nécessaire de passer à des stratégies comportementales initiées par un soignant ou un membre de la famille (initiées par d'autres). D'après l'expérience clinique, un traitement efficace des déficits cognitifs entraîne également une diminution de l'épuisement des soignants.

Le traitement le plus recommandé pour les problèmes cognitifs de la maladie de Parkinson est celui qui combine l'utilisation de médicaments et de stratégies comportementales.

* Lignes directrices pour la gestion des problèmes cognitifs :
* Les activités de la vie quotidienne doivent être maintenues autant que possible, car elles impliquent presque toutes un travail cognitif : faire les courses, organiser les bagages, cuisiner, faire les courses, discuter....
* Les jeux de société sont un moyen ludique d'exercer l'esprit.
* Lire les journaux, écouter la radio, regarder les programmes d'information permet de rester alerte et connecté au monde extérieur.
* Consacrez une demi-heure par jour à des activités qui améliorent les fonctions cognitives.
* Trouver un moment optimal, en particulier lorsqu'il est "allumé".
* Les exercices doivent être combinés avec des activités plus ludiques.
* La structure d'une séance pourrait être la suivante : attention, mémoire, fonctions exécutives, exercices visuospatiaux.
* Augmenter le degré de difficulté des tâches de manière progressive et personnalisée.
* Donner un retour d'information immédiat et continu.
* Terminez les sessions par des exercices réussis.
* Respectez leurs goûts et leurs habitudes.

1. **LE SAVIEZ-VOUS ?**

* On estime qu'environ 85 % des personnes atteintes de la maladie de Parkinson souffrent de douleurs, qui atteignent une intensité modérée à sévère chez 42 % d'entre elles ; cependant, il n'existe toujours pas de solutions efficaces pour la prise en charge de ce symptôme. Il s'agit d'un symptôme souvent sous-diagnostiqué et donc peu étudié à ce jour. L'une des causes possibles du fait que ce symptôme n'est pas signalé dans les consultations de neurologie malgré sa prévalence et son impact sur la vie quotidienne est que la maladie de Parkinson elle-même peut entraîner des difficultés à identifier et à communiquer ses propres sentiments et sensations corporelles, ce que l'on appelle l'alexithymie.
* Dans une étude menée en Espagne auprès de 570 patients en 2020, 65,7 % d'entre eux considéraient que leurs symptômes s'étaient aggravés en raison de l'enfermement. La douleur est l'un des symptômes qui a le plus augmenté suite aux changements d'habitudes imposés par la pandémie.
* Environ 50 % des personnes atteintes de la maladie de Parkinson peuvent avoir des hallucinations ou des délires au cours de leur maladie.
* Les patients semblent mettre en scène le contenu de leurs rêves par des vocalisations, telles que des paroles et des cris, et une activité motrice violente, avec des rêves vifs et désagréables, qui peuvent causer des blessures au patient ou à ses proches.

1. **RÉFÉRENCES**

López Del Val, L.J, Gurutz Linazasoro, C. Parkinson y Discinesias, abordaje diagnóstico y terapéutico. Madrid : Editorial Médica Panamericana, 2012.

García Ruiz-Espiga, P.J, Martínez Castrillo, J.C. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología Nº9. Barcelone : Sociedad Española de Neurología, 2009.

Chouza Insua, M. Physiothérapie chez les patients parkinsoniens. Madrid : Editorial síntesis, 2009.

Suñer Soler, R. Traité des soins infirmiers neurologiques. La personne, la maladie et les soins. 2e édition. Barcelone : Société espagnole des soins infirmiers neurologiques, 2008.

Micheli - Scorticati. Vivre avec la maladie de Parkinson". 2e édition. Editorial médica Panamericana, 2004.

Ángels Bayés Rusiñol. Réadaptation complète dans la maladie de Parkinson et autres parkinsonismes. Ars Medica, 2003.

Dávila P., Rubí E., Mateo A. La situación de los enfermos afectados por la enfermedad de Parkinson, sus necesidades y sus demandas. Madrid : Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2008. 

Escamilla Sevilla F, González Torres V, Moya Molina Ma. Recommandations pour la pratique clinique dans la maladie de Parkinson. Groupe andalou des troubles du mouvement (GATM), Société andalouse de neurologie (SAN), 2022.

Alcalde Ibañez Mª T, Fernández Moriano C, Martín Gutiérrez L, López Manzanares L, Pérez Librero P, Prieto Matos J. Guía de actuación sobre la enfermedad de Parkinson para profesionales de Medicina de Atención Primaria y Farmacia Comunitaria. ISBN : 978-84-87089-17-6, 2020

1. **LIENS**

* <https://www.parkinsonseurope.org/>
* <https://www.parkinsonmadrid.org/>
* <https://www.parkinsons.org.uk/>
* <https://www.sen.es/pdf/2023/Manual_Genetica_TM.pdf>