



Hôpitaux de Lyon

CHU de Lyon
votre santé, notre engagement

Maladie de Parkinson :
Comprendre pour mieux soigner
Filière Gériatrique

Dr M-H. Coste

P. Gragez Ergothérapeute & F. Saubier Kinésithérapeute
Hôpital des Charpennes



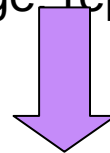


Prise en charge en gériatrie

- ✓ **Motivation** : donner envie au patient
« **ça vaut la peine de le faire** »
- ✓ Etablir une relation d'empathie et de confiance.
- ✓ **Se mettre au niveau de l'autre**, mais non à sa place : pas de confusion sur le positionnement de chacun
- ✓ **Inciter à faire** : c'est l'activation « **Faire ensemble et avec** ».
- ✓ **L'activation** = processus d'invitation et de communication multisensorielle : la parole, le regard, le toucher deviennent des signaux et des traits d'union avec le patient.

Chez le patient parkinsonien

- ✓ **La gène** : Tremblements / Akinésie (Lenteur et restriction motrice) / Rigidité (raideur musculaire) et Dyskinésies.
- ✓ **Le geste** devient rare, lent, petit et difficile !
- ✓ **Diversité de la maladie de Parkinson** : certains symptômes présents chez l'un, absents chez l'autre, intenses chez l'un, discrets chez l'autre.
- ✓ **Conséquences dans** : les transferts, la marche, les activités de base de vie quotidienne (toilette, habillage, repas...) la dextérité manuelle, la communication...



Difficultés à gérer la vie quotidienne
Perte d'autonomie

L'inactivité est l'ennemi numéro 1 du patient parkinsonien

- ✓ La maladie de Parkinson, maladie du mouvement et de la posture donne à l'exercice et à l'activité une valeur thérapeutique.
- ✓ Perte de la motricité automatique et involontaire =
Le patient parkinsonien doit vouloir et penser tous ses gestes.
- ✓ L'enchaînement des séquences motrices constituant les actes moteurs complexes perd son harmonie et son rythme. Nous aidons en décomposant les gestes fonctionnels en chacune de leurs phases élémentaires.
- ✓ Faire deux choses à la fois est compliqué pour toute personne âgée et difficile pour un parkinsonien : une tâche manuelle doit se faire en position assise.

« Les choses les plus simples sont les plus difficiles à faire. »



L'intérêt d'une évaluation de l'autonomie ciblée sur les attentes et les besoins

L'évaluation :

- ✓ Des capacités et déficits de la personne
- ✓ De ses habitudes de vie
- ✓ Du contexte environnemental humain
- ✓ Du contexte environnemental architectural (lieu de vie)

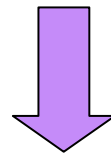
Permet à une ergothérapeute de proposer conseils et aides adaptés



Objectifs des conseils

- ✓ Aménagement de la tâche :
 - ✓ Modifier la façon de réaliser une activité
 - ✓ Utiliser une aide technique pour compenser une incapacité

- ✓ Aménagement de l'environnement :
 - ✓ Réduire les risques et maintenir l'autonomie



Permettre à la personne de poursuivre ses habitudes de vie de la façon la plus autonome et satisfaisante possible



La prise en charge kinésithérapique

- ✓ A partir d'un bilan précis des difficultés motrices et des demandes spécifiques du patient, le kinésithérapeute définit les objectifs de la rééducation
- ✓ Objectifs surtout fonctionnels: « comment faire? Comment faire avec la maladie? »
- ✓ Répondre à des situations concrètes: s'asseoir...
- ✓ Aider le patient à mieux s'approprier le mode d'emploi de la maladie
- ✓ Il s'agit de maintenir une condition physique et aussi de compenser la réduction de la motricité causée par l'association akinésie-raideur.



La prise en charge kinésithérapique

- ✓ Aggravation de la triade parkinsonienne: patient de plus en plus lent, rigide et bloqué avec des troubles axiaux au premier plan : instabilité posturale, troubles de la marche
- ✓ Troubles fonctionnels: chutes, appréhension à la marche, désorganisation motrice, restriction de l'autonomie, troubles respiratoires, perte de force, fatigue, douleurs.
- ✓ Exercices actifs : amplitude, rythme, vitesse , coordination, proprioception, équilibre, endurance et la force
- ✓ Le rééducateur engage à utiliser le système volontaire :
 - ✓ mouvements décomposés en séquence et répétés,
 - ✓ utilisation de starters pour déclencher la mise en route.
- ✓ Le patient doit se sentir mieux: **moins raide, moins douloureux, plus mobile et plus confiant**

Aide aux transferts

Les déplacements et les retournements au lit

Souvent de façon précoce, le patient PK a des difficultés pour se mouvoir dans son lit

- ✓ Les déplacements latéraux à plat dos se font dans cet ordre : la tête, les pieds puis le bassin en s'aidant des mains.
- ✓ Pour se retourner facilement, c'est une succession de rotations des différentes parties du corps qu'il faut pratiquer avec précision.
- ✓ En partant de la position à plat dos, jambes fléchies et les pieds appuyés sur le matelas, pour se tourner à droite :
 - ✓ Le haut du corps tourne vers la droite grâce au regard qui regarde à droite, la tête suit avec le bras gauche qui entraîne le buste à droite.

« On va où on regarde »
 - ✓ Faites tourner vos genoux vers la droite (ils entraînent la moitié inférieure du corps).

- ✓ Le soignant peut aider aux différentes étapes (avec une main en arrière de l'épaule) et l'autre au niveau du bassin.
- ✓ Ne pas tracter le bras !

Aide aux transferts Se lever du lit et se coucher

La voie la plus simple pour quitter ou entrer dans son lit nécessite une étape en position couchée sur le côté.

« **Tournez sur le côté droit jambes fléchies** »

- ✓ **Se lever du lit** : Préparez les appuis (main gauche et coude droit), basculez les jambes hors du lit et poussez sur les appuis en même temps.
- ✓ **Se coucher** : Asseyez vous sur le bord du lit ouvert, laissez tomber le buste sur le côté et montez vos 2 jambes en même temps sur le lit.
- ✓ **Intérêt de la barre latérale de redressement.**

Impulsion à donner : comme un balancier, le poids des jambes entraîne le tronc ou l'inverse...

Éventuellement : relever le dossier du lit et adapter la hauteur du lit pour faciliter le transfert debout.



Aide aux transferts couché-debout



Aider la personne à s'asseoir au bord du lit

- ✓ **Barrière latérale de redressement** : elle permet d'améliorer le schéma moteur du redressement allongé assis, de stabiliser la verticalisation depuis la position assise au bord du lit, de sécuriser les transferts entre le lit et le fauteuil...

Conseil pour la toilette

Installation confortable devant le lavabo

- ✓ De préférence sur un siège à bonne hauteur et bouts antidérapants + barres d'appui
- ✓ Caler le bras sur le lavabo en cas de tremblement pour se brosser les cheveux, se raser...
- ✓ Penser à mettre les objets à portée de main
- ✓ Vérifier que la personne se voit dans le miroir
- ✓ Possibilité d'utiliser : brosse à dent électrique, rasoir électrique...



Sécuriser la douche

- ✓ Privilégier douche avec siège stable (pliant contre le mur, amovible)
- ✓ Attention aux sols glissants
- ✓ Utiliser les points d'appui dans la douche pour faciliter les transferts.





Transferts aux WC

- ✓ Utiliser des barres d'appui qui sécurisent les transferts et les déplacements
- ✓ Utiliser un sur élévateur de WC si besoin (toilettes trop basses, problèmes de hanches)





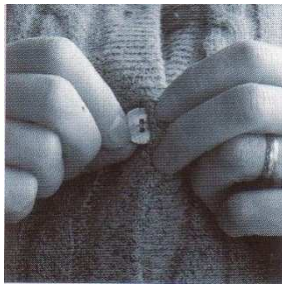
Conseil pour l'habillement

- ✓ **Prévoir suffisamment de temps pour que la personne puisse se préparer**

- ✓ L'habillement demande à la fois de coordonner ses mouvements, de la précision, de l'équilibre et de la mobilité (difficile pour un parkinsonien)
 - ✓ Excellent exercice
 - ✓ Rituel de vie
 - ✓ Contribue à l'estime de soi

Conseil pour l'habillement Adapter les vêtements

- ✓ Vêtements amples et matières souples, encolure large
- ✓ A fermeture simple : si possible à fermeture éclair, gros boutons, velcro. Les petits boutons demandent dextérité et coordination (souvent difficile dans la MP)
- ✓ A ceinture élastique d'emploi plus facile
- ✓ Gilets plus simples que les pulls
- ✓ Conseils à donner aux familles



T-shirt ample et pantalon élastiqué



Montre avec bracelet élastique plus facile à mettre



Conseil pour l'habillement Adapter les mouvements

- ✓ Ne pas hésiter à s'asseoir pour s'habiller.
- ✓ Etre à proximité d'un point d'appui.
- ✓ Attacher le soutien gorge devant puis le faire tourner.
- ✓ Commencer par les membres les plus difficiles à mouvoir
- ✓ Initier le mouvement et faire participer le patient.

Conseil pour l'habillement Choisir des chaussures adaptées

- ✓ Chaussures à semelles antidérapantes avec un talon large , de 2 à 3 cm de hauteur.
- ✓ Éviter les chaussures à lacets dès lors que les difficultés de coordination apparaissent
- ✓ Choisir de préférence des mocassins ou chaussure à fermeture velcro
- ✓ Tout un choix de chaussures avec ou sans prescription





Utiliser les aides techniques pour habillage et chaussage

- ✓ Chausse-pied à long manche
- ✓ Pince à long manche (qui peut aussi servir à ramasser les objets)





Aide aux transferts Se mettre debout

C'est en se propulsant en avant qu'on se lève aisément : le mouvement à réaliser est une propulsion, c'est-à-dire une poussée vers l'avant et ensuite vers le haut.

Consignes verbales

- ✓ « Avancez les fesses au bord de la chaise »
- ✓ « Glissez les pieds sous la chaise »
- ✓ « Penchez vous vers l'avant, comme pour ramasser quelque chose »
- ✓ « Levez-vous en appuyant fortement sur vos jambes et sur les accoudoirs »
- ✓ « Redressez la tête et le buste, regard à l'horizontale »
- ✓ « Tendez les genoux et grandissez-vous »
- ✓ « Prenez appui sur votre aide de marche »

- **Éviter autant que possible de se tracter à une barre, une table ou tout autre objet: cadre par exemple.**
- **Pour faciliter le lever, rehausser l'assise avec un coussin à condition que les pieds touchent le sol.**



Aide aux transferts

S'asseoir

S'asseoir : séquence inversée: c'est dans une grande salutation que l'on s'assoit sans se laisser tomber

Consignes verbales

- ✓ « Reculez jusqu'à ce que l'arrière des genoux touche l'assise »
- ✓ « Penchez –vous bien en avant, comme pour saluer un public »
- ✓ « Utilisez un ou deux accoudoirs »
- ✓ « Asseyez-vous lentement »

- **En cas de fauteuil roulant: fermer les freins, relever les repose-pieds.**
- **Les mains prennent appui sur les accoudoirs ou sur l'assise du siège.**



Veillez à la posture au fauteuil

- ✓ Les mauvais positionnements des personnes parkinsoniennes dans leur fauteuil sont très fréquents de part leurs troubles de la statique vertébrale.
- ✓ Glisser avant, inclinaison latérale du tronc, effondrement antérieur.
- ✓ Ils sont banalisés et inéluctablement associés au déclin fonctionnel.
- ✓ L'inadaptation du fauteuil est souvent présente.
- ✓ Importance du choix du fauteuil (hauteur et fermeté de l'assise, accoudoirs, inclinaison du dossier).

Une mauvaise position assise a des répercussions graves

- ✓ sur le confort,
- ✓ les douleurs,
- ✓ l'alimentation (plus de difficultés à attraper les couverts, à porter le verre à sa bouche, etc., risque de fausses routes,...),
- ✓ sur l'image de soi (ses relations avec l'entourage sont altérées, sentiment de dégradation).



Choix du fauteuil

Choisir des sièges adaptés

- ✓ De préférence un siège
 - ✓ pas trop bas
 - ✓ ni trop profond
 - ✓ avec accoudoirs suffisamment longs
- **pour éviter le déséquilibre arrière**





La marche du parkinsonien

»Maintenant, je marche plus lentement »
« J'ai du mal à m'arrêter brusquement »
«Je traîne les pieds »

- ✓ La marche est le meilleur exercice et elle doit être entraînée régulièrement par l'ensemble des soignants. Endroit dégagé: un couloir par exemple.
- ✓ Marche lente à petits pas traînants et serrés avec démarrage difficile(freezing ou piétinement), corps courbé en avant et sans ballant des bras demi fléchis.
- ✓ Impossibilité(et danger) de faire une double tâche.
- ✓ Difficulté de changer de programme moteur: demitour, obstacle, arrêt, redémarrage. Difficulté majeure au passage étroit: porte.
- ✓ Parfois festination= accélération brusque du pas.
- ✓ Dyskinésies, dystonies=mauvais positionnement du pied au sol
- ✓ Raideurs musculaires «Etre pris dans du béton »



Aider au démarrage de la marche

« Pour faire le premier pas, j'ai les pieds comme collés au sol, surtout le matin au réveil. »

Faire le 1^{er} pas est un acte moteur complexe et automatique, difficulté majeure dans la maladie de Parkinson
=Ille patient est collé au sol, il piétine ou il bascule vers l'avant:

- ✓ **Clefs de démarrage** : il faut décharger un pied pour le faire avancer
 - ✓ Mouvement de dandinement : Se dandiner à droite, à gauche pour soulever les pieds et faire les premiers pas...
 - ✓ Élever haut un genou pour initier le premier pas comme pour enjamber un obstacle.
 - ✓ Propulser un bras vers l'avant pour servir de starter.
 - ✓ Faire un pas en arrière avant de faire le pas en avant(ou un pas de côté).

- ✓ **En cas de blocage**,, stratégie en 3 étapes : cesser complètement de vouloir avancer, respirer profondément et écartier les pieds et effectuer alors un grand pas seulement. « **Stop- et- Un -Pas- Seulement** »
- Le stress émotionnel associé empire l'enrayage: en public ou en cas d'obligation d'avancer
- ✓ Besoin d'ordres brefs et énergiques : « **Allez! En route! Ou compter à voix haute!** »
- ✓ D'autres petits trucs = donner une légère tape sur la cuisse , s'imaginer devoir franchir une petite marche, faire des petits pas sur place.

Dans les cas de blocage extrême_ = placer son pied en travers devant celui du patient afin de provoquer le premier pas. Demander au patient d'enjamber votre pied.



Accompagner les déplacements

- ✓ L'accompagnant suit le rythme du patient, il est bien attentif aux changements de rythme et de longueur du pas...
- ✓ Des consignes simples, un ordre à la fois et toujours dans le respect du patient.
- ✓ Conditions optimales = vêtements agréables et amples, chaussage adapté, aide de marche conseillée par les professionnels.
- ✓ La canne pose souvent des difficultés de coordination MS/MI, et donc de sécurité et d'efficacité. Mais peut être utilisée en complément d'une aide humaine.
- ✓ Plus souvent cadre rollator à 2 roues et parfois cadre fixe.
- ✓ Être présent pour activer devant un obstacle ou si le pas perd de sa longueur ou s'il faut aider .
- ✓ Dans les endroits difficiles (passage étroit en particulier), le soignant se met en mouvement par anticipation de façon à entraîner le patient.
- ✓ Rythmer le pas peut aider la personne qui marche: compter à haute voix, lui demander de compter dans sa tête.

Le principal conseil dans la marche : « allongez le pas »



La chute chez le Parkinsonien

- ✓ Les chutes annoncent le déclin des personnes atteintes de MPI
- ✓ Akinésie, freezing et blocage de fin de dose et mouvements anormaux sévères.
- ✓ Aussi, Atrophie musculaire, détérioration de la marche, alitement prolongé.
- ✓ Chutes brutales et non amorties »chute en statue » à cause de la perte des réactions de rattrapage.
- ✓ Parfois chutes / inattention posturale moins graves ; effondrement lent et progressif sur les genoux.
- ✓ Nuit : hypotension orthostatique, déficit attentionnel ou de la vigilance, obscurité.
- ✓ Le cadre de marche n'évite pas les chutes vers l'arrière ou sur le côté (au demi tour).



Eviter les chutes

- ✓ Mettre à portée de main l'aide à la marche
- ✓ Désencombrer les lieux de passage
- ✓ Ne pas hésiter à se tenir aux mains courantes dans les couloirs en l'absence de déambulateur
- ✓ Attention aux sols glissants
- ✓ Éclairer suffisamment
- ✓ Si blocage de la marche aux passages de portes, marquer le seuil avec une bande adhésive de couleur vive



Lutter contre les chutes

- ✓ Les chutes proviennent de causes internes liées aux capacités physiques et de conditions externes environnementales. Analyser de façon précise les circonstances exactes de la chute.
- ✓ Chutes en lien avec l'âge du patient, chutes accidentelles, chutes en rapport avec MPI (instabilité, blocages, piétinements), chutes en rapport avec le traitement.
- ✓ La chute est un événement accidentel et imprévisible.
- ✓ La prévention des chutes est multiple et multidisciplinaire.
- ✓ Rester conscient de ses possibilités motrices et ne pas prendre de risque inconsidéré.

- ✓ Lors d'une chute, rassurer la personne. La calmer. S'assurer qu'elle peut bouger sans douleur. Essayer d'obtenir une participation maximale de la personne, la guider oralement et lui proposer une aide manuelle.
- ✓ En cas de douleur, de malaise faire appel au médecin pour avoir un avis.



Se relever du sol

Sans douleur en cas d'impossibilité de se relever ou d'une participation inefficace

Aider à se relever :

✓ Technique de redressement du sol :

- ✓ Passer de la position assise (ou couchée au sol) à la position « à quatre pattes »
- ✓ Atteindre des appuis stables: une chaise stable(ou mains des soignants),
- ✓ Se mettre à genoux dressés
- ✓ Avancer un pied pour être en chevalier servant et enfin debout.

La chute peut faire perdre la confiance en soi.

L'important n'est pas de ne jamais tomber, mais de se relever à chaque fois.

- ✓ L'entraînement peut être exercé par le kinésithérapeute.
- ✓ Le soignant doit aussi connaître l'enchaînement moteur pour aider au mieux le patient.



Conseil pour la prise alimentaire

Améliorer le positionnement de la personne au moment du repas :

- ✓ Vérifier que le fauteuil est adapté (hauteur d'assise, hauteur des accoudoirs, profondeur d'assise, ...).
- ✓ Si le repas est pris au lit en position semi-assise (risque de glissement ou d'effondrement latéral exposant au risque de fausse route), permettre à la personne de maintenir ses genoux pliés améliore la stabilité : coussin, lit avec plicature de genoux, etc.

Favoriser les capacités et habiletés de la personne au moment du repas :

- ✓ S'assurer que la personne porte sa prothèse dentaire au moment du repas.
- ✓ Lui laisser le temps de manger à son rythme, selon ses capacités fonctionnelles, sans la presser.
- ✓ Lui apporter une aide humaine adaptée : aider la personne sans faire à sa place.
- ✓ Proposer des couverts adaptés pour favoriser la préhension.

Aides techniques pour l'alimentation

La personne a des difficultés pour boire : tremble, manque de force, coordonne mal ses mouvements :

- 1 - verres anti-renversement,
- 2 - verres à poignées.

La personne a des troubles de la déglutition ou une cyphose dorsale :

- 1 - paille +++
- 2 - verre à encoche nasale.

La personne tremble, coordonne mal ses mouvements ou n'utilise qu'une seule main :

- 1 - assiette à rebord,
- 2 - ramequin,
- 3 - set de table antidérapant,

Poser le coude si les tremblements sont gênants

La personne mange lentement :

- ✓ Ne pas servir des assiettes pleines.
- ✓ Garder une partie des aliments au chaud
- ✓ Ne pas hésiter pas à utiliser un micro-onde pour réchauffer

La personne a des difficultés pour tenir ses couverts (manque de force) :

- 1 - couverts à manches grossis,
- 2 - couverts à manches flexibles,
- 3 - manches à prise digito-palmaire,
- 4 - sangles de poignets
- 5- cuillère à la place de la fourchette

→ **préhension plus facile**



Conseils pour le téléphone

- ✓ Placer le téléphone de façon accessible au patient en position couchée
- ✓ Placer le téléphone à côté du siège où le patient est installé dans la journée
- ✓ Si le patient se déplace, dégager l'accès au téléphone

Différents types de téléphone

- ✓ Téléphone à grosses touches
- ✓ Téléphone à touches mémoire
- ✓ Téléphone main libre

Leur rappeler de ne pas se précipiter pour répondre : mieux vaut laisser sonner que de... tomber !





Adapter les éclairages

- ✓ Faciliter l'accès à l'éclairage, y compris en position allongée (nuit)
- ✓ Ergonomie adaptée pour une préhension facilitée si nécessaire.
- ✓ Veiller à un éclairage suffisant dans les zones de déplacements (escaliers, couloirs, etc.).

« Cent ans, cent Watts »



Organiser les activités de la journée en fonction des fluctuations On/Off

- ✓ Respecter la fatigue et les mauvais moments.
- ✓ Chaque activité obligatoire (toilette, habillage, repas) doit être suivie d'un temps de repos
- ✓ Savoir reconnaître les premiers signes de fatigue (ralentissement, tendance à se fléchir debout, moins stable, réapparition du tremblement, de la raideur, essoufflement, sensation d'oppression...)
- ✓ Être à l'écoute du patient, de ses douleurs musculaires et articulaires, de ses gênes, de ses besoins, de ses envies.
- ✓ Repérer les bons moments de la journée pour avoir une activité physique
- ✓ Ne pas refuser l'aide d'une tierce personne pour assurer la sécurité des déplacements lors des phases Off.

Le soignant ne peut pas suppléer, il ne doit pas faire tout à la place du patient. Il doit comprendre et observer, afin de laisser le plus d'action au patient et intervenir aux bons moments.



Encourager à maintenir



- ✓ Une activité physique (mouvement, plaisir et détente) pour préserver mobilité des articulations et souplesse des muscles
- ✓ Une vie sociale, des rencontres
- ✓ Des activités de loisirs





En conclusion

- ✓ Le travail en équipe est indispensable pour aider les patients à vivre avec « Monsieur Parkinson » en proposant des solutions personnalisées à chacun
articuler les soins pour, avec et autour du patient
- ✓ Avec la prise en charge des problèmes moteurs, nous accompagnons aussi les difficultés psychologiques de nos patients jour après jour.
- ✓ L'EHPAD est un lieu de vie= L'objectif des rééducateurs avec toute l'équipe soignante est de garder une qualité de vie pour ces personnes âgées en perte d'autonomie