

Kinésithérapie et maladie de Parkinson

A – Programme détaillé

Durée = 15h00

Nombre de stagiaires = 20 maximum

Formateur = Emmanuel CHOPIN – Masseur-Kinésithérapeute

1 – Résumé et Objectifs :

Contexte :

La maladie de Parkinson (MP) est la deuxième maladie neurodégénérative.

La prise en charge kinésithérapique, en centre comme en libéral, a bénéficié ces dernières années de nombreuses évolutions qui sont à l'origine de recommandations par l'HAS.

L'explication des symptômes moteurs et cognitifs ne se cantonne plus à la seule atteinte des neurones dopaminergiques.

Le bilan s'est enrichi tout comme les exercices spécifiques dédiés au patient parkinsonien : mobilisations passives adaptées, exercices gymniques, exercices liés à la marche et au demi-tour...

Le Masseur-kinésithérapeute, acteur essentiel de la prise en charge motrice du Patient cum Parkinson, doit repenser et adapter sa pratique dans l'intérêt du patient.

Objectifs :

Généraux : Amener le professionnel à mobiliser, en situation de soins, différents savoirs et capacités conformes aux données actuelles de la science et aux publications et recommandations de l'HAS : savoir de connaissances, de techniques pratiques, opérationnel, relationnel.

Apporter les connaissances et outils nécessaires à l'élaboration d'un bilan et d'un plan de rééducation pertinents, adaptés à chaque patient, pour une prise en charge efficiente et non routinière.

Par ailleurs, sensibiliser le professionnel au contexte socio-économique de la santé afin qu'il intègre l'aspect économique dans sa réflexion au quotidien lors des prises en charge des patients.

Objectifs spécifiques

- Expliquer et démontrer les conduites thérapeutiques adaptées aux traitements des patients atteints de maladie de Parkinson.

- Présenter les différents critères et échelles d'évaluation permettant de venir en aide aux kinésithérapeutes dans leurs choix thérapeutiques et dans l'appréciation de l'efficacité de leurs traitements.

Le stagiaire sera capable de :

- Identifier et d'évaluer les déficiences liées à la maladie de Parkinson
- Elaborer une fiche de synthèse
- Déterminer une démarche thérapeutique propre à chaque patient
- Utiliser et adapter les techniques de kinésithérapie en fonction de la nature des syndromes
- Evaluer les résultats obtenus

Résumé :

L'analyse rigoureuse des troubles sensitivo-moteurs et cognitifs, propres aux patients cum Parkinson, guide le thérapeute dans le choix des outils de bilan appropriés et dans la construction d'un plan de rééducation adapté aux déficiences et incapacités de chaque patient.

- Physiopathologie des ganglions de la base
- Approche médicale de la maladie de Parkinson
 - épidémiologie,
 - étiopathogénie...
- Signes moteurs et non moteurs
- Traitements médicaux et chirurgicaux
- Bilans et outils d'évaluation
- Stratégies de prise en charge masso-kinésithérapique
- Dominante pratique en binôme
 - Techniques passives adaptées
 - Mobilisations globales
 - Mobilisations spécifiques
 - Étirements
 - Techniques de massage spécifiques
 - Techniques actives adaptées
 - O Activités gymniques et posturales
 - O Séquences de redressement
 - O Coordination oculo-motrice
- Bilan et traitement des dystonies

2 – Déroulé pédagogique :

Méthodologie :

- Questionnaire pré-formation (Q1) dans le mois qui précède la formation présentielle
- Restitution au formateur des résultats de ce questionnaire, question par question, au groupe et à chaque stagiaire
- Partie présentielle d'une durée de 15h comportant :
 - des échanges sur les résultats du questionnaire pré-formation,
 - un face à face pédagogique d'enseignement cognitif, selon les méthodes pédagogiques décrites ci-dessous, principalement centré sur les problèmes ou lacunes révélés par les questionnaires,
- Questionnaire post-formation (Q2) dans le mois qui suit la formation présentielle
- Restitution individuelle au stagiaire de l'impact de la formation sur la pratique professionnelle
- Restitution statistique, au formateur, de l'impact de sa formation sur la pratique des stagiaires

Programme

1^{er} Jour :

Matin : 9h00-12h30 = 3h30

- Physiopathologie des ganglions de la base
- Approche médicale de la maladie de Parkinson : épidémiologie, étiopathogénie...
- Signes moteurs et non moteurs

Après-midi : 13h30-17h30 = 4h00

- Traitements médicaux et chirurgicaux
- Bilans et outils d'évaluation
- Stratégies de prise en charge masso-kinésithérapique

2^{ème} Jour :

Matin : 8h30-12h30 = 4h00

- Techniques passives adaptées
 - Mobilisations globales
 - Mobilisations spécifiques
 - Etirements
 - Techniques de massage spécifiques

Après-midi : 13h30-17h00 = 3h30

- Techniques actives adaptées
 - Activités gymniques et posturales
 - Séquences de redressement
 - Coordination oculo-motrice

Bilan et traitement des dystonies

Après-midi : 13h30-17h00 = 3h30 dont 0h30 pour la préparation des EPP 2

13h30 – 15h30 :

- Rééducation
 - Torticolis
 - Plagiocéphalies

16h00 – 17h30 :

- APPAREILLAGE
 - Orthèse crânienne
 - Matelas de positionnement
 - Corsets hélicoïdaux

B – Méthodes pédagogiques mises en œuvre

Différentes méthodes pédagogiques sont employées en alternance, au fur et à mesure du déroulement de la formation :

- Méthode participative - interrogative : les stagiaires échangent sur leurs pratiques professionnelles, à partir de cas cliniques et des résultats des grilles pré-formation (pré-test)
- Méthode expérientielle : modèle pédagogique centré sur l'apprenant et qui consiste, après avoir fait tomber ses croyances, à l'aider à reconstruire de nouvelles connaissances
- Méthode expositive : le formateur donne son cours théorique, lors de la partie cognitive
- Méthode démonstrative : le formateur fait une démonstration pratique, sur un stagiaire ou un modèle anatomique, devant les participants lors des TP
- Méthode active : les stagiaires reproduisent les gestes techniques, entre eux, par binôme.
- Méthode par "Présentation de cas cliniques interactifs " : Le format pédagogique se fonde sur l'intérêt d'analyser en groupe la situation clinique d'un patient. Les stagiaires résolvent le cas en élaborant par petits groupes une analyse et des propositions en réponse.

Afin d'optimiser la mise en œuvre de ces méthodes, les supports et matériels mis à disposition sont :

- Projection PPT du cours, photocopié et / ou clé USB reprenant le PPT
- Tables de pratiques, modèles anatomiques osseux et musculaires.

C – Méthodes d'évaluation de l'action proposée

- Évaluation « Q1 » (pré-test) et « Q2 » (post test)
- Questionnaire de satisfaction immédiat et à distance

D – Référence recommandation bibliographie

Références HAS :

- 1. Guide parcours de soins maladie de Parkinson
Guide maladie chronique - Mis en ligne le 4/10/2016
- 2. Maladie de Parkinson et syndromes apparentés : techniques et modalités de la prise en charge non médicamenteuse des troubles moteurs
Recommandation de bonne pratique - Mis en ligne le 5/7/2016
- 3. Maladie de Parkinson - Parcours de soins
Parcours de soins - Mis en ligne le 15/5/2012
- 4. ALD n°16 - Maladie de Parkinson
Guide maladie chronique - Mis en ligne le 15/5/2012
- Décision kinésithérapique par M. Gedda, Masson, Paris, 2001.
- Pratique de la rééducation neurologique par A. de Morand, Elsevier Masson, 2011.
- La maladie de Parkinson par A.-M. BONNET et T. HERGUETA. 2009, 134 pages.
- Ataxies et syndromes cérébelleux. Rééducation fonctionnelle, ludique et sportive par R. Sultana et S. Mesure, 2008, 368 pages.
- Neurosciences par D. Purves et coll, De Boeck, 2011.
- Neuropsychologie par R. Gil. 2010, 5^e édition, 512 pages.
- Neurologie par J. CAMBIER. 2012, 13^e édition, 537 pages.
- La maladie de parkinson par L. Defebvre et M. Vérin, 2011, 2e édition, 225 pages.
- Bleton J.-P, Ziegler M, Rééducation de la maladie de Parkinson. EMC, 26-451-A-10, 2011.
- Cheron G, Neurophysiologie du mouvement. Apprentissage moteur. EMC 26-007-B-60, 2011
- Bouric G, Education thérapeutique et kinésithérapie, EMC. 26-700-A-10
- Eusop-Roussel E, Evaluation neuropsychologique chez l'adulte, EMC.26-020-A-30

- Fahn S, Elton RL. UPDRS program members. Unified Parkinson's disease rating scale. In: Fahn S, Marsden CD, Goldstein M, Calne DB (eds). Recent developments in Parkinson's disease - Vol 2. Florham Park, NJ, Macmillan Healthcare Information, 1987 : 153-63.
- Goetz CG. Movement disorder society-unified Parkinson's disease rating scale (MDS-UPDRS): A new scale for the evaluation of Parkinson's disease. Rev Neurol 2010;166(1):1 4.
- Fox CM, farley B... An integrated rehabilitation approach to Parkinson's disease : learning big and loud. Mov Disad 2005 ; 20 (suppl 10) : S127.
- Krystkowiak P. Echelles et questionnaires d'évaluation. In : La Maladie de Parkinson. Paris : Masson ; 2006. P113-34.
- Haute Autorité de Santé. Liste des actes et prestations – ALD 16 – Actualisation juillet 2009 (13p).
- Page SJ, Levine P, Khoury JC. Modified constraint-induced therapy combined with mental practice. Strok 2009 ; 40 : 551.
- Peltier M., Bussel B et al. Rééducation du membre supérieur par contrainte induite. Kinésithérapie scientifique 2007 ; 483 : 29 – 36.
- Bleton JP, Sangla S. Rééducation des dystonies. EMC, 2013 ; 9(2) : 1-19 [Article 26 – 452 – B – 10]
- B Loison et al. Translation end validation of the French Movement Imagery Questionnaire – Revised Second version. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 56 (2013) 157 – 173.
- Laupheimer M, Härtel S, Schmidt S, Bös K. Forced exercise: Effects of MOTomed® therapy on typical motor dysfunction in Parkinson's disease. Neurol Rehabil 2011;17(5/6):239-46.
- Ridgel L, Kim C, Fickes EJ, Muller MD, Alberts JL. Changes in executive function after acute bouts of passive cycling in Parkinson's disease. J Aging Phys Act 2011 Apr;19(2):87-98.
- Haaxma CA, Bloem BR, Borm GF, Horstink MW. Comparison of a Timed motor test battery to the unified Parkinson's disease rating scale-III in Parkinson's disease. Movement Disorders 2008;23(12):1707-17.