

**MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-
KINESITHERAPIE DE NANCY**

Maladie de Parkinson et kinésithérapie : enquête sur les pratiques des kinésithérapeutes libéraux de France Métropolitaine.

Mémoire présenté par Karen Leonard

**Etudiante en 3^{ème} année de Masso-Kinésithérapie
en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de
Masseur-Kinésithérapeute.**

2013-2014.

SOMMAIRE.

RESUME.

1. INTRODUCTION.....	1
2. LA MALADIE DE PARKINSON EN QUELQUES « MAUX ».....	1
2.1. La maladie de Parkinson idiopathique (M.P.I.) : définition.	1
2.2. Quel est l'origine de cette pathologie ?.....	2
2.3. Au niveau du système nerveux central, quels sont les signes ? Anato- pathologie.....	2
2.4. Physiopathologie	2
2.5. La clinique : symptomatologie de la M.P.I.	3
2.6. Epidémiologie.	6
2.7. Le traitement.	6
3. REEDUCATION ET M.P.I.	7
3.1. Résumé des lignes directrices canadiennes.....	8
3.2. « Le guide de soins-Maladie de Parkinson » H.A.S. : résumé.....	9
3.3. Les publications sur la kinésithérapie dans la M.P.I. sur les 5 dernières années : résumé.	10
4. MATERIEL ET METHODE DE L' ENQUETE	13
4.1. Méthodologie de la recherche bibliographique.....	13
4.2. Objectifs de l'enquête.	13
4.2.1. Objectif principal.....	13
4.2.2. Objectifs secondaires.....	14
4.3. Méthodologie de l'enquête.	14
4.3.1. Elaboration du questionnaire.....	14
4.3.2. Population de l'enquête.....	15
4.3.3. Prise des données.	16
5. RESULTATS.....	17
6. DISCUSSION.....	24
6.1. La population étudiée reflète t'elle la population de l'ensemble des M.K. de France métropolitaine ?	24
6.2. Les biais de notre étude.	24

6.3. Connaissance et application des recommandations.....	25
6.4. Formation des kinésithérapeutes.....	25
6.5. Raisons du faible pourcentage de patients en cabinet.	26
6.6. Que nous dit la littérature quant à la prise en charge de ces patients en cabinet de ville ?	27
6.7. Les difficultés rencontrées dans ce mémoire.....	28
7. CONCLUSION.....	30

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RESUME

Introduction : la maladie de Parkinson est une affection neurologique, dégénérative peu connue du grand public, caractérisée par un déficit en dopamine entraînant une symptomatique motrice et non motrice. Elle touche surtout les personnes âgées. Or, avec le vieillissement de la population, elle devient de plus en plus présente dans notre société.

Objectif : sa prise en charge bien que médicamenteuse, est également basée sur la kinésithérapie. Diverses recommandations ont été publiées à ce sujet, nous avons résumé les dernières dans ce mémoire. Cependant, qu'en est-il sur le terrain ? L'objectif de l'enquête est d'analyser la prise en charge kinésithérapique pour la maladie de Parkinson réalisée en libéral en France Métropolitaine, et de voir les modalités d'application de celle-ci (versant qualitatif et quantitatif).

Matériel et méthode : nous avons contacté 597 M.K. libéraux de France métropolitaine selon un protocole défini soit 1% des kinésithérapeutes libéraux de France: 232 réponses ont été obtenues sur les 597 M.K. appelés (38,9%).

Résultats : notre étude montre que les patients parkinsoniens sont pris en charge dans les cabinets libéraux, mais que le nombre de prise en charge reste faible, « moins de 10 patients par an et par kinésithérapeute ». La fréquence de P.E.C. est en moyenne de 2 fois/semaine. Les M.K. sont 4,71% à réaliser l'ensemble des techniques évoquées dans les recommandations canadiennes de 2012.

La discussion, nous permet d'avancer de nombreuses hypothèses : manque de prescription des médecins, manque de temps de la part des kinésithérapeutes, manque de formation des kinésithérapeutes face à cette pathologie. Les études faites dans d'autres pays sont en concordance avec nos résultats.

Key words: Parkinson's disease, data collection, physiopathology, epidemiology, physiotherapy, guidelines.

Mots clés : Maladie de Parkinson, enquête, physiopathologie, épidémiologie, kinésithérapie, lignes directrices.

1. INTRODUCTION.

La maladie de Parkinson est une affection neurologique, chronique, dégénérative. Pathologie mal appréhendée par la population et les proches des malades, pourtant, tout le monde connaît en général au moins une personne atteinte de cette pathologie. Quel rôle pour le kinésithérapeute ? La kinésithérapie est un des traitements recommandé dans cette maladie en complément des traitements médicamenteux selon le Canadian Journal of Neurological Sciences (1). Elle figure à ce titre dans «le guide du parcours de soins – Maladie de Parkinson» (publié par la Haute Autorité de Santé, H.A.S. (2)). Les kinésithérapeutes libéraux prennent en charge (P.E.C.) des patients atteints de bronchiolite dont le grade de reconnaissance est C, qu'en est-il de la maladie de Parkinson où la kinésithérapie est reconnue grade B ? Quelles sont les pratiques des kinésithérapeutes libéraux en France face à cette pathologie ? Connaissent-ils suffisamment la maladie ? Prennent-ils ce type de patients en charge uniquement lors de chutes, fractures, ou pouvons-nous parler d'une PEC spéciale « Parkinson » ? Autant de questions auxquelles nous allons tenter de répondre dans ce mémoire grâce à un audit réalisé sur une partie de la population des kinés libéraux de France (cf. chapitre méthodologie).

L'objectif étant de voir s'il existe une prise en charge de cette pathologie en libéral et si oui laquelle ? Si non, pourquoi ? Avant cela, nous donnerons des rappels anatomo-pathologiques sur la maladie de Parkinson, puis nous parlerons de la place de la rééducation dans la maladie de Parkinson. Nous finirons par la discussion et la conclusion.

2. LA MALADIE DE PARKINSON EN QUELQUES « MAUX » :

2.1. La maladie de Parkinson idiopathique (M.P.I) : définition.

La maladie de Parkinson est une pathologie neurologique dégénérative. Elle touche principalement le sujet âgé, et est fréquente au sein des plus de 70 ans, 4-5% de personnes atteintes dans cette tranche d'âge (3). Elle est caractérisée par un déficit en dopamine au

niveau du système nerveux central entraînant des symptômes moteurs et non moteurs chez le malade.

2.2. Quelle est l'origine de cette pathologie ?

A cette question, il est très difficile de répondre à l'heure actuelle. C'est pour cela que nous utilisons l'adjectif idiopathique (d'origine inconnue). Certains mettent en cause la génétique, d'autres, l'exposition à des pesticides (4 ; 3), un choc émotif, la pratique de certains sport (ex : boxe)... Au contraire, certains démontrent l'effet bénéfique de certaines substances telles que la nicotine ou la caféine (3 ; 4 ; 5). Il est donc probable que plusieurs facteurs soient responsables du déclenchement de cette pathologie (4).

2.3. Au niveau du système nerveux central, quels sont les signes ? Anatomopathologie.

La maladie de Parkinson, se caractérise par l'accumulation d'agrégats à l'intérieur du neurone, nous parlons de « corps de Lewy ». Ces corps de Lewy entraînent progressivement la mort neuronale des neurones situés principalement dans la substance noire du cerveau (3). Or celle-ci, est une petite zone située à la partie supérieure du tronc cérébral, connue pour « abriter » les neurones dopaminergiques (4 ; 3). Ceci explique le déficit en dopamine chez ces malades. La substance noire communique avec les noyaux gris centraux qui ont un rôle important dans la motricité et dans d'autres fonctions. (6 ; 5)

2.4. Physiopathologie :

Les noyaux gris centraux, composés par, le striatum, le pallidum, le locus niger (substance noire), le noyau sous-thalamique, ont un rôle dans la commande centrale du mouvement mais aussi participent aux fonctions cognitives. Comme nous venons de le voir,

la substance noire est reliée directement au striatum (4 ; 3). Les récepteurs à la dopamine du striatum sont normaux (4 ; 3), cependant nous avons une baisse de dopamine liée à la mort neuronale au sein de la substance noire. Par conséquent, le message ne passe plus entre la substance noire et le striatum par défaut de neurotransmetteur dopaminergique. La partie la plus déficitaire en dopamine du striatum, est le putamen. Ce dernier est connu pour la gestion de la motricité. Plus la maladie se développe, plus elle va toucher d'autres régions du cerveau, ce qui explique les déficits non moteurs.

2.5. La Clinique : symptomatologie de la M.P.L :

Dans un premier temps, la maladie peut se manifester par une baisse de l'olfaction, une fatigabilité, des crampes, des douleurs diverses. Cependant, lorsque la maladie est présente, nous avons 3 signes moteurs principaux évoqués dans toutes les publications, faisant état d'un syndrome extrapyramidal : la bradykinésie, le tremblement, la rigidité.

Les signes moteurs :

Le **tremblement (3 ; 7 ; 4)** est le plus souvent unilatéral (ou accentué d'un côté), de repos, arrêté lors du mouvement volontaire ou du sommeil, exacerbé lors d'émotions fortes, de stress, de concentration. Il est souvent retrouvé au niveau des extrémités distales des membres, surtout au niveau du membre supérieur. Ce tremblement ne touche pas la tête contrairement à d'autres tremblements (il peut cependant affecter la mâchoire). Sa fréquence est de 4-5 Hz.

La **bradykinésie (3 ; 7 ; 4)** est une lenteur dans l'exécution et l'initiation des mouvements, le débit de parole. Elle se manifeste également par une écriture qui devient très petite et illisible, par une diminution des mimiques du visage, par une perte du ballant des bras à la marche. Les mouvements volontaires et automatiques deviennent rares. Nous pouvons cependant observer des kinésies paradoxales dans certaines situations de fortes émotions. La bradykinésie disparaît alors de manière temporaire (3).

La **rigidité (3 ; 7 ; 4)** ou **hypertonie extrapyramidale**, est définie comme une augmentation permanente du tonus musculaire au repos. C'est l'incapacité du muscle à se relâcher. Le phénomène de « roue dentée » peut alors être mis en évidence par la mobilisation passive d'une articulation, où le muscle se relâche par à-coups. La rigidité provoque des raideurs musculaires qui prédominent souvent au niveau des muscles du tronc et de la racine des membres. Ce qui donne aux patients une attitude en flexion. La rigidité va donc entraîner un 4^e symptôme moteur qui est **l'instabilité posturale**.

L'instabilité posturale présente chez le sujet parkinsonien, est liée à un tonus asymétrique affectant surtout les fléchisseurs du tronc et des membres, entraînant une inclinaison latérale pouvant être à l'origine de chutes, scolioses... **(8)**

Les troubles non moteurs :

Ces troubles sont encore très peu cités dans la littérature, et très peu connus du grand public, et des patients. Cependant, ils sont présents tout au long de la maladie, et s'expriment de manière croissante au cours de l'évolution de la maladie. Selon la littérature, ces signes se manifesteraient chez le patient bien avant les signes moteurs qui permettent le diagnostic de la maladie (9). Ils sont donc avant-coureurs de cette dernière. Peu de patients en parlent, car ils ne font en aucun cas le lien avec la M.P.I. . Les symptômes vont d'une sensation de fatigue à la dépression, de la constipation, aux troubles du sommeil, des variations de tensions artérielles à l'hyper salivation (10 ; 11). Des troubles urinaires ou des troubles sexuels sont également fréquemment évoqués (4). Si nous effectuons des tests sur la qualité de vie des patients, ces troubles se révèlent être plus péjoratifs que les troubles moteurs, selon la description faite par les patients. Il est important pour le kinésithérapeute de tenir compte de ces troubles, même si, ce dernier est souvent plus préoccupé par la motricité.

Phases « on et off » ou fluctuations motrices :

Au cours de l'évolution de la maladie, le traitement par L-Dopa devient de moins en moins performant. Le cerveau voit sa sensibilité envers la dopamine décroître. Le patient est alors soumis à des fluctuations motrices. Nous parlons de période « on » et « off » (4 ; 7). Durant les périodes « on » le patient se sent bien, il ne ressent pas sa maladie, peu de troubles

moteurs sont visibles, une expression du visage est présente, la marche est sub-normale. La période « off » qui s'en suit, à un intervalle de temps très aléatoire d'un patient à l'autre, le met dans une situation plus complexe. Les troubles moteurs sont alors fortement présents, le patient peut se retrouver comme « bloqué » alors que quelques minutes auparavant, il marchait sans difficulté. Le moindre geste demande alors un effort démesuré. L'expression du visage se fige. Celle-ci peut être choréique, soit lors de surdosage, soit juste avant la période « off », en fin d'efficacité de la L-dopa. Pour l'entourage du patient, la fluctuation de ces phases est très difficile à comprendre. Les familles nous disent, « je ne comprends pas, nous marchions et d'un coup il ne savait plus faire un pas ». Celles-ci, pensent souvent qu'il s'agit d'un manque de motivation de la part du patient, parfois même que celui-ci « simule sa maladie » puisque ces phases peuvent se succéder de manière très rapide. Le malade souffre de ces situations et a tendance à se renfermer sur lui. Le kinésithérapeute a alors un grand rôle à jouer ! Il est le relais entre le patient, et son entourage, il doit donc, par son statut, tenter d'expliquer ces fluctuations. L'association France Parkinson a élaboré un dépliant, pour faciliter la compréhension de ces fluctuations. (ANNEXE I). Il existerait également des fluctuations non motrices, qui ressemblent à celles motrices, mais concernant l'anxiété, la fatigue etc...(12).

L'évolution de la maladie :

La maladie connaît une évolution lente, variant d'un individu à l'autre. La première phase de la maladie est appelée « lune de miel », elle peut durer entre un et 10 ans en moyenne. Elle se caractérise par une vie « quasi-normale » grâce au traitement. Puis vient la phase de « pleine évolution » où les complications du traitement dopaminergique surviennent, et où apparaissent les fluctuations motrices évoquées plus haut. Elle peut durer entre 1 et 20 ans selon l'âge et la virulence de la maladie du patient. C'est souvent lors de cette phase que les neurologues parlent de la mise en place d'électrostimulation intracrânienne ou de pompes à apomorphine. La dernière phase de la maladie, « la phase avancée », se caractérise par l'étendue des lésions à d'autres régions du cerveau, vers l'ensemble du système nerveux central sauf le cervelet. Les troubles deviennent nombreux et peuvent être de toute nature. Nous pouvons avoir des troubles cognitifs également durant cette phase. C'est

une phase de grabatisation, de perte d'autonomie. Selon les publications consacrées à ce sujet, elles distinguent 3, 4 voire 5 phases d'évolution.

2.6. Epidémiologie :

La maladie de Parkinson touche plus d'un million de personnes dans le monde chaque année. Elle arrive au second rang des maladies neurologiques dégénératives juste derrière la maladie d'Alzheimer et avant la sclérose en plaque (13 ; 3 ; 6). Elle se situe au 2^e rang des maladies entraînant un handicap moteur important chez le sujet âgé, derrière les AVC. (2 ; 7). Sa prévalence moyenne en France a été estimée à 827,5 pour 100 000 habitants (2), 100 à 150.000 personnes seraient atteintes (7). Environ 10 000 nouveaux cas sont recensés chaque année en France (13 ; 14). Les hommes seraient un peu plus touchés que les femmes par cette pathologie selon la littérature (3 ; 7). Rarement présente chez le sujet jeune, elle survient surtout chez le sujet âgé. Elle peut apparaître entre 40 et 80 ans, avec une moyenne de 60 ans (7). Une disparité géographique est mise en avant (13 ; 5 ; 4). C'est une maladie qui se traite mais qui ne se guérit pas à l'heure actuelle. La maladie de Parkinson est reconnue comme étant une affection de longue durée (ALD). Son traitement est donc remboursé à 100 %. (2 ; 14 ; Annexe II)

2.7. Le traitement : (3 ; 7 ; 4)

Le traitement de la maladie de Parkinson consiste à apporter à l'organisme et au cerveau un « complément de dopamine ». Il est donc avant tout basé sur un traitement pharmacologique. Plusieurs médicaments ont été mis au point et permettent de maintenir un taux de dopamine constant dans l'organisme pour assurer au patient, une baisse de l'expression des symptômes de la maladie. Nous avons déjà parlé de la L-Dopa qui fait partie de la plupart des traitements donnés aux patients. Les anticholinergiques, les agonistes dopaminergiques, les ICOMT (inhibiteurs de la catéchol-o-méthyltransférase, prolongent la

durée d'effet de la L-dopa), l'amantadine et les IMAO B (Inhibiteur de la monoamine oxydase B) relèvent également de cette pharmacopée.

De nombreuses techniques se perfectionnent, telles que la stimulation cérébrale par électrodes implantées visant à augmenter la production de dopamine intrinsèque mais aussi les pompes à apomorphine qui permettent de lutter contre les phases « on » et « off » en libérant de manière plus ou moins continu le principe actif.

En résumé, le traitement médicamenteux doit être équilibré et adapté au fur et à mesure de l'évolution de la maladie par le neurologue. Tant que le taux de dopamine dans le sang est suffisant, les symptômes moteurs sont stabilisés. De plus, même si beaucoup de thérapeutes doutent de l'efficacité de la kinésithérapie dans la MPI, celle-ci figure dans le parcours de soin du patient Parkinsonien (au même titre que l'ergothérapie, l'orthophonie...). En parallèle du traitement médicamenteux, il existe donc des thérapeutiques non médicamenteuses qui sont de plus en plus mises en avant, et reconnues au niveau international (1 ; 2).

3. REEDUCATION ET M.P.I. :

La rééducation est-elle bénéfique aux patients parkinsoniens ? Certains médecins prétendent que oui, d'autres que non, qu'en est-il des recommandations publiées à ce sujet ?

Alors que la conférence de consensus (2000), actuellement publiée sur le site de la HAS (15), nous donne un grade C pour la rééducation dans la maladie de Parkinson idiopathique, les dernières recommandations canadiennes datant de 2012 nous donnent un grade B. La MPI et sa prise en charge sont assez controversées. Pourtant, selon la HAS, la rééducation trouve toute sa place dans le « parcours de soin du patient parkinsonien ». En effet, si nous nous référons aux dernières recommandations, l'efficacité de nos soins ne serait plus à démontrer.

Dans le « livre blanc » sur la maladie de Parkinson, la référence est encore la conférence de consensus de 2000. Mais depuis, d'autres pays se sont penchés sur le sujet. Les derniers en date sont donc les canadiens.

3.1. Résumé des lignes directrices canadiennes :

L'objectif des lignes directrices (1) est d'uniformiser la pratique des différents types de praticiens et de faire le point sur les meilleures pratiques afin de proposer au patient des thérapies améliorées au fur et à mesure du temps. Les lignes directrices canadiennes ont été les dernières publiées au niveau international au moment où nous avons effectué nos recherches. Nous nous concentrons donc, uniquement sur la partie consacrée à la kinésithérapie.

Ainsi, nous pouvons y lire, que le champ d'action actuel pour cette pathologie est basé sur des thérapies « non pharmacologiques » qui sont en plein essor. L'objectif de ces thérapies serait basé sur le fait de responsabiliser à la fois le patient, et sa famille ; et lui procurer toute l'information et l'éducation nécessaires au bon fonctionnement de son traitement. La notion d'éducation thérapeutique pourrait donc avoir toute son importance selon ces termes.

La rééducation se doit d'être multidisciplinaire. Les exercices évoqués pour les patients sont la musicothérapie active, l'entraînement sur tapis roulant, l'entraînement à l'équilibre, ou encore les exercices synchronisés. Il n'y a pas de grade de reconnaissance pour ces activités, elles provoqueraient cependant, « des bienfaits ».

En revanche le grade de reconnaissance B (« Probablement efficace, inefficace ou nuisible pour l'état donné pour la population indiquée ») est donné pour l'ensemble des exercices ci-dessous :

« C54 Les thérapies physiques et l'exercice doivent être disponibles pour les personnes atteintes de la MP. Une attention particulière doit être accordée à :

- la rééducation de la démarche, l'amélioration de l'équilibre et de la flexibilité
- l'amélioration de la capacité aérobie

- l'amélioration de l'initiation des mouvements
- l'amélioration de l'indépendance fonctionnelle, y compris la mobilité et les activités de la vie quotidienne
- la prestation de conseils concernant la sécurité dans le milieu familial. NICE - niveau B » (1)

Ce document précise que la thérapie physique doit être continue pour optimiser les bienfaits. Elle se doit d'être régulière puisque l'observance du patient, passe par sa motivation. Ces exercices réalisés en présence du M.K. montrent plus d'efficacité s'ils sont poursuivis à domicile. Cependant, il est indiqué que les aidants n'arrivent pas forcément à « renforcer » ce programme d'exercices à la maison.

De plus, si les patients participent à des programmes officiels, les études ont permis de mesurer une augmentation des scores d'AVQ, moteurs ainsi qu'une bradykinésie et une déambulation améliorées. Les patients amélioreraient ainsi leur sécurité et leur capacité fonctionnelles au cours de l'exercice, et par voie de conséquence, diminueraient leurs risques de chutes, entraînant une baisse des coûts globaux de santé.

Nous avons pris en compte ces recommandations, et les avons utilisées pour mettre au point notre questionnaire. Nous verrons si tous ces exercices sont proposés par les kinésithérapeutes libéraux de France, et s'ils connaissent le niveau de preuve de ces recommandations. Les canadiens ne parlent pas directement des exercices respiratoires dans cette publication.

3.2. « Le guide du parcours de soins – Maladie de Parkinson. » HAS : Résumé.

La Haute autorité de santé a publié en 2012, « le guide du parcours de soins – Maladie de Parkinson. » (2). Ce document est adressé à l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans le cadre de cette pathologie. Il est basé sur des recommandations antérieures à l'écriture du document et ne prend pas en compte les lignes directrices canadiennes. Celui-ci décrit 4 phases d'évolution de la MPI et décrit de manière précise l'intervention du M.K. au

cours des différentes phases, en précisant, le caractère quantitatif de la P.E.C. La H.A.S. précise dans ce document l'intérêt d'avoir des professionnels « qualifiés qui connaissent la pathologie et savent adapter leurs techniques ». Elle précise également que chaque intervenant doit connaître « **ses champs d'action et ses limites** ». L'organisme fait intervenir le M.K. lors de chaque phase (**Annexe III**), à plus ou moins grande fréquence et pour des objectifs variant en fonction de la phase de la pathologie.

De plus, la H.A.S. affirme que le M.K. a plusieurs rôles à « jouer ». Il est là pour évaluer et traiter tout en prenant en compte un certain nombre de paramètres : « les capacités propres à chaque patient, les fluctuations motrices, ainsi que l'environnement de la personne ». La HAS précise également que le kinésithérapeute a un rôle de relais de l'information auprès du médecin généraliste ou neurologue, que celui-ci a toute sa place dans le programme d'éducation thérapeutique, et qu'il a un rôle dans la surveillance et l'observance du traitement, et dans le devoir d'accompagnement des patients et des aidants. Tout cela rejoint les recommandations canadiennes. La Haute Autorité insiste fortement sur le rôle des aidants, le M.K. comme les autres intervenants, devant leur apporter la spécificité de leurs compétences.

3.3. Les publications sur la kinésithérapie dans la M.P.I. sur les 5 dernières années : résumé.

Depuis ces dix dernières années, le nombre d'articles publiés sur la M.K. dans la M.P.I. est très important. Nous avons cherché tous les articles qui traitaient de la kinésithérapie dans la M.P.I. et sélectionné ceux qui ont été publiés sur les cinq dernières années. Il est bien entendu nécessaire d'adapter les techniques au bilan diagnostic kinésithérapique préalablement réalisé. Pour ce faire, l'échelle la plus utilisée pour l'évaluation de la maladie de Parkinson est L'Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS) (16).

Les techniques de rééducation décrites dans les publications littéraires :

Beaucoup d'études ont été faites sur des techniques très variées ; ainsi nous pouvons relever les aspects positifs de la **kinébalnéothérapie** dans la M. P. I. (17). Cette dernière, révèle les bienfaits de l'eau sur la rigidité musculaire, sur la proprioception et le travail de l'équilibre postural. D'autres articles évoquent les bienfaits du travail de la **puissance musculaire** et non de la force musculaire (18).

Le travail sur tapis de marche est également souvent cité (19 ; 20) (ou sur vélo (21)). Celui-ci permet de réaliser un **effort aérobique**, qui est bon pour les symptômes neuropsychologiques (22 ; 21) puisque nous avons libération d'hormones (influence positivement la dépression ou la fatigue, génère des émotions positives, améliore la cognition et le mal-être corporel). Il est aussi bon pour le fonctionnement global de la personne, en jouant sur la motricité, sur la ventilation, l'endurance, le plan cardio-vasculaire. Cela permet d'éviter le déconditionnement qui est souvent présent chez les patients malades chroniques, tout en améliorant la vitesse de marche, la longueur du pas, la distance parcourue (19). Paula Lanhoff avance le fait que l'entraînement sur vélo améliore l'équilibre et les habilités fonctionnelles (21).

D'autres techniques sont basées sur les **indications visuelles ou sonores** associées au tapis roulant (20) qui auraient pour effet de diminuer les chutes et d'améliorer la mobilité. La **musique et la danse** sont également évoquées, en plus de pouvoir donner des indications sonores en imposant un rythme, la musique procurerait détente et bien être, influençant les symptômes non moteurs (23).

Certaines publications utilisent le **travail proprioceptif par stimulation vibratoire** qui permettrait de jouer sur les angles de mobilité du membre inférieur et d'améliorer la marche (24).

L'**équilibre** est un domaine traité par de nombreuses publications. Cela reflète l'importance de ce paramètre lors de la marche, et rappelle son rôle essentiel dans la prévention des chutes qui est un fléau chez les personnes parkinsoniennes. En effet, 46% des patients chutent 1 fois dans la semaine, 33% 2 fois ou plus (8 ; 25).

La **rééducation respiratoire** est également indiquée; car nous pouvons avoir un syndrome restrictif. Le **renforcement des muscles inspiratoires et expiratoires** peut être indiqué, notamment en vue de la réduction de la dyspnée (26). La **mobilité de la cage thoracique** pouvant être un autre domaine à travailler (27).

Une kinésithérapie plus « passive » peut être proposée notamment lors des phases « off ». Nous parlons alors plutôt de **mobilisations passives** (27) avec ou sans ballotements et tractions, pour diminuer l'hypertonie. Les **étirements** (27) trouvent leur place à cette phase, souvent centrés sur les muscles fléchisseurs qui sont généralement les plus touchés par l'hypertonie.

Enfin le **travail de la marche** est également étudié (8 ; 24 ; 20). L'ajout d'une double tâche à l'activité de marche peut être intéressante (27). Le **mouvement forcé par pédalage** serait une autre alternative dans le panel de la rééducation de ces patients (28).

Ils parlent aussi, de l'importance du **travail de groupe**, tant sur les symptômes moteurs, que cognitifs (29). Nous devons également considérer **les activités qui font plaisir** au patient (30 ; 31). Beaucoup d'articles font état de l'importance de **l'implication de l'aidant** (31 ; 27) dans le traitement afin que le patient effectue des changements durables.

L'activité physique dans sa globalité permettrait donc l'amélioration des : fonctions motrices, la marche, l'équilibre, les AVQ etc..., (8 ; 32 ; 33 ; 31 ; 21 ; 19 ; 20), fonctions non motrices, dépression, mémoire, fatigue, insomnies, constipation, etc..., (31 ; 29 ; 21 ; 22), la qualité de vie. (30 ; 32 ; 33)

Pour certains, l'activité physique, aurait une influence sur la protection neuronale (24 ; 32), et augmenterait la durée de vie de la dopamine dans le striatum (24), voire même augmenterait la synthèse de dopamine (8).

Cette liste de techniques est bien évidemment non exhaustive, mais montre la diversité des exercices que nous pouvons proposer à nos patients. Le choix des différentes techniques se fera en fonction de nombreux paramètres : bilan diagnostic kiné, activité et âge du patient, stade de la maladie, symptomatologie, phase « on » ou phase « off » (34)...

4. MATERIEL ET METHODE DE L'ENQUETE :

4.1. Méthodologie de la recherche bibliographique :

Nous avons durant nos recherches, consulté les bases de données : Pubmed, Cochrane, PEDRO, Kinédoc et le moteur de recherche, Google. Nous avons aussi consulté les sites de la Haute Autorité de Santé, le site : www.ecosante.fr, et www.pagesjaunes.fr. Les recherches ont porté sur les cinq dernières années de publications soit sur une période allant de 2008 à 2013. Nous avons associé les termes : « parkinson and physiotherapy », « guidelines and parkinson », « epidemiology and parkinson's disease », « parkinson and physiopathology in title and abstract » dans les bases de données anglophones et leurs traductions françaises dans les bases de données françaises. Nous avons également recherché sur Google, les dernières publications de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), concernant les professions médicales en France. Nous avons aussi trouvé des documents universitaires français ou européens sur la maladie de Parkinson. Plusieurs livres, prospectus, et revues nous ont été prêtés par l'association France Parkinson Moselle. Nous avons donc sélectionné les articles les plus probants pour notre mémoire. Les articles, qui n'étaient pas disponibles directement sur les différentes bases de données, ont été demandés aux auteurs par mail. Si nous n'avions pas accès à l'article gratuitement, celui-ci n'a pas été acheté. A signaler aussi que certains auteurs nous ont envoyé d'autres articles en plus de ceux initialement demandés.

4.2. Les objectifs de l'enquête :

4.2.1. Objectif principal :

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de faire le point sur la P.E.C. de cette pathologie en libéral, puisque nous sommes partis de la constatation que la population de malades de Parkinson était faible en centre de rééducation (constatation faite avec l'ensemble des M.K. rencontrés). L'objectif principal du mémoire est donc **d'évaluer de manière qualitative et quantitative la prise en charge de cette maladie dans les cabinets libéraux.**

4.2.2. Objectifs secondaires :

De plus, nous voulons **vérifier la conformité de la prise en charge** par rapport aux dernières recommandations publiées.

Nous avons pour autre objectif, de **prouver qu'il existe une prise en charge spécifique à la M.P.I.** en libéral. Certains patients peuvent avoir la maladie de Parkinson mais être pris en charge dans le cadre d'autres affections, telles que la pose d'une prothèse, la rééducation post-fracture...

Une de nos hypothèses est la suivante : le médecin et/ou le neurologue ne trouve peut-être pas utile de prescrire de la kinésithérapie à ce type de malade. En ce sens, notre objectif est de **vérifier de quel professionnel de santé émanerait les prescriptions.**

Le versant formation des M.K. nous intéresse tout autant. Est-ce que des cours sur la MPI sont dispensés dans tous les IFMK de France comme à l'ILFMK (Institut Lorrain de Formation des M.K.) ? Nous avons pour objectif de sonder notre population, afin d'**évaluer la formation des kinésithérapeutes.**

Enfin, nous voulons **évaluer les causes pour lesquelles les M.K. ne prennent pas en charge ce type de patient** atteint d'une maladie neurologique.

4.3.Méthodologie :

4.3.1. Elaboration du questionnaire :

Avant l'élaboration du questionnaire, nous avons lu des articles sur la maladie de Parkinson et rencontré la présidente de l'association France Parkinson Moselle. Une discussion avec plusieurs professionnels de santé a également eu lieu (M.K. de Bainville sur Madon, Cadre M.K. de Félix Maréchal...). De plus, au cours des stages, nous avons pu rencontrer des patients atteints de cette maladie, sans oublier de mentionner la présence dans notre entourage familial, d'un malade de Parkinson.

Nous avons élaboré une liste de questions à l'intention des MK sur la maladie et les avons mises sur feuille. Cette liste tient compte des recommandations canadiennes de 2012. Nous avons cependant rajouté un thème qui est le versant respiratoire, puisque la maladie de Parkinson a tendance à créer un syndrome restrictif, lié notamment à l'instabilité posturale, à l'enroulement du tronc en flexion. De plus, comme le patient se concentre pour réaliser des efforts, il doit se représenter chaque étape du mouvement avant de le réaliser (les gestes automatiques se perdent dans cette pathologie), il en oublie souvent de ventiler. Par conséquent, il se met souvent en apnée, entraînant une dyspnée qui le fatigue encore plus vite. Le travail de la ventilation nous semble donc un travail intéressant, c'est pourquoi nous avons rajouté cette possibilité de réponse.

Puis nous avons élaboré un questionnaire plus « structuré » en éliminant certaines questions, et en en créant d'autres. Après discussion avec mon référent, nous avons décidé de présenter cela sous forme d'arbre décisionnel dont la première question permet de classer les kinésithérapeutes en 2 « catégories », ceux qui prennent en charge des malades de Parkinson et les autres. Nous avons réalisé des questions plus spécifiques à chaque catégorie.

Nous avons alors présenté ce questionnaire à un cadre supérieur de santé, et avons modifié quelques questions (ANNEXE IV). La dernière étape fût la mise en ligne, sur internet, grâce au logiciel Google drive.

4.3.2. Population :

- L'échantillon :

Nous avons grâce au document de travail de la DREES (35) sur les professionnels de santé, publié en aout 2013, obtenu le nombre de kinésithérapeutes libéraux par département au 1er janvier 2013. Afin d'avoir un échantillon assez grand et représentatif des M.K. libéraux de France, nous avons décidé de sélectionner 1% de ces derniers.

Nous avons alors calculé ce que représentait 1% des kinésithérapeutes libéraux dans chaque département de France Métropolitaine. Ainsi, selon les départements, nous obtenons un résultat arrondi de 1 à 33 kinésithérapeutes à solliciter. Dans les départements où 0,8 kinésithérapeutes devaient être interrogés, nous en avons pris 1, alors que dans les départements avec 4,3 kinésithérapeutes nous en avons pris 4. Nous avons arrondi les résultats à l'unité. Au total, notre échantillon se porte à **597 MK**.

- Sélection de l'échantillon :

Une fois que le nombre de MK à interroger a été calculé par département, il nous fallait trouver un moyen de réaliser un tirage au sort. Pour cela, nous avons décidé d'utiliser le site www.pagesjaunes.fr. Sur ce site, nous écrivons kinésithérapeute dans la barre de recherche accompagné du nom d'un département. Le site nous donnait alors la liste des MK par département. Nous décidons alors de prendre le 1er MK de la liste. Puis le 1er MK de chaque page web de résultats lorsqu'il fallait prendre plus d'un kinésithérapeute par département, en mettant 20 résultats (noms) par page. Soit un kiné tous les 20 noms. Un tableau Excel est créé avec le nom et le numéro de téléphone de chaque praticien.

4.3.3. Prise des données :

Chaque kiné est contacté par un appel téléphonique (qui est renouvelé une deuxième fois le lendemain en cas de non réponse la première fois, pas de réponse au second appel et le M.K. est classé comme non répondant).

L'appel permet de sensibiliser le M.K. (le premier qui décroche dans le cas où nous tombons sur un cabinet de plusieurs kinésithérapeutes) à l'existence du questionnaire (ANNEXE V, texte 2). Il permet également de demander l'adresse mail de ce M.K. . Si celui-ci ne souhaite pas répondre, ne donne pas son adresse, ou s'il n'a pas d'adresse, il est considéré comme « non répondant ». S'il donne son adresse, le questionnaire lui est envoyé par mail le jour même.

Dans le cas, où l'adresse mail fournie n'est pas valide, nous rappelons le M.K. une seule fois, afin d'obtenir une correction. Si aucune réponse au questionnaire n'est obtenue au-delà de 7 jours après le 1er envoi, alors une sollicitation par mail sera refaite. Si aucune réponse ne parvient avant la date de clôture du questionnaire, le M.K. sera dans la catégorie « non répondant ».

Lorsque nous tombons sur un répondeur lors du 1er appel, nous laissons un message, identique à celui donné aux M.K. qui décrochent, et nous laissons notre numéro de téléphone portable. Dans le cas, où nous tombons sur la messagerie lors du 2e et dernier appel, nous laissons notre numéro de téléphone portable ainsi que notre adresse mail.

A noter que les appels ont été passés du lundi au jeudi soir de 16h à 19h et le samedi matin de 8h30 à 12h, et ce, sur une période allant du 25 septembre 2013 au 17 octobre 2013 inclus. Si un M.K. est contacté à deux reprises, l'heure d'appel est différente entre les 2 appels. La date de clôture du questionnaire est le 27 octobre 2013 à minuit. La saisie des données est faite dans un tableau Excel.

5. RESULTATS :

Nous avons utilisé les paramètres statistiques du Chi 2 ainsi que des calculs de pourcentage.

Sur 597 kinésithérapeutes interrogés, 401 nous ont donné leur adresse mail au cours de notre sollicitation téléphonique, soit 67,2% des M.K.. Sur les 401 adresses reçues, 31 n'étaient pas valables, par mauvaise orthographe. Au final, nous avons eu 239 réponses, dont 232 étaient « exploitables » soit 97,1%. Nous avons donc eu **38,9% de réponses** à notre questionnaire sur la durée allant du 25 septembre 2013 au 27 octobre 2013 inclus.

Le point sur les répondants : parmi les répondants, 56,47% (131/232) sont des hommes et 61,64% exercent en ville. L'âge moyen de ces derniers est de 42 ans, avec un écart type de 12,20 ans, une médiane à 41 ans, un minimum de 22 ans et un maximum de 74 ans.

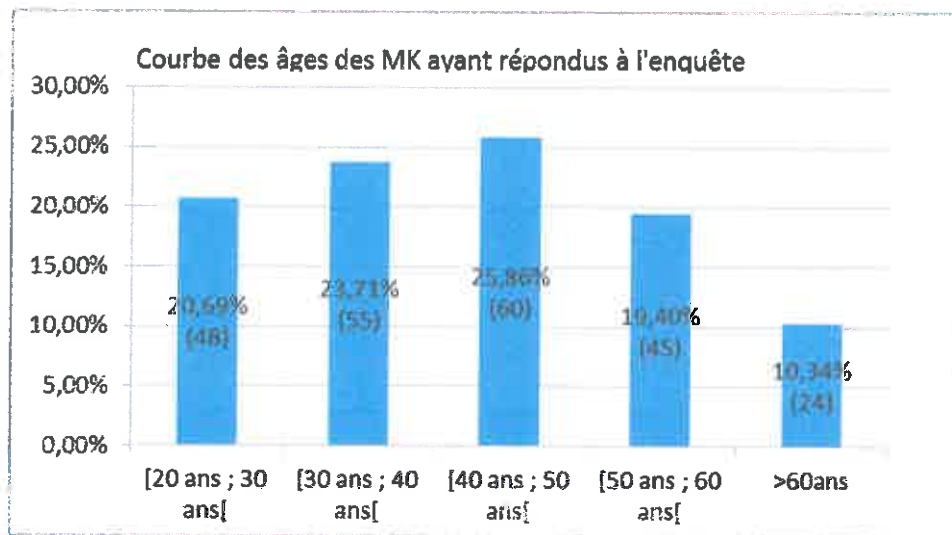


Figure 1 : répartition des répondants en fonction de leur âge.

Concernant la prise en charge (PEC) : des malades de Parkinson sont pris en charge chez 82,33% des kinésithérapeutes, que ce soit pour leur MPI ou pour une autre pathologie. Parmi les M.K. qui prennent en charge des patients parkinsoniens, 73,82% ne les prennent que dans le cadre de leur MPI. Cependant, à la question du nombre de patients parkinsoniens que les kinésithérapeutes prennent en charge par an, la réponse la plus souvent citée est « moins de 10 patients » (95,81%), puis vient « entre 10 et 40 » (3,66%) et enfin loin derrière « 40 patients par an en moyenne » (0,52%). 95,04% des kinésithérapeutes, qui prennent en charge les patients parkinsoniens uniquement dans le cadre de leur MPI, trouvent que leur prise en charge est efficace chez leurs patients. Ces derniers impliquent les aidants à 43,26%.

En ce qui concerne la **fréquence de prise en charge**, ils sont 55,3% à les prendre « 2 fois par semaine ». Un tiers les prennent « 3 fois par semaine » (31,2%). Puis viennent les M.K. qui prennent en charge leur patient « 1 fois par semaine » (8,5%) et enfin « plus de 3 fois par semaine » (4,97%).

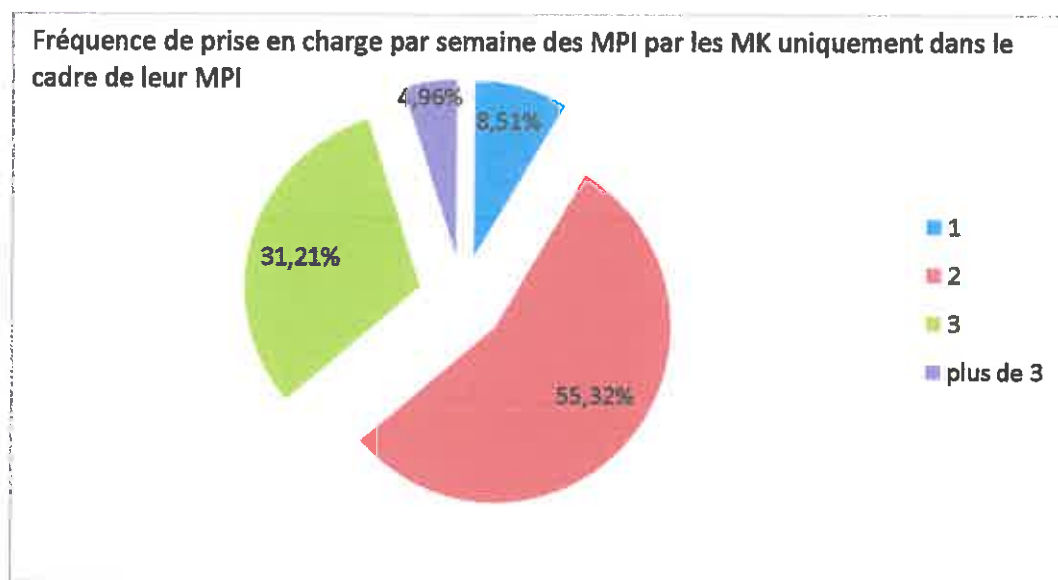


Figure 2 : fréquence de prise en charge par semaine.

Le prescripteur de kinésithérapie chez ces patients est, le plus souvent, le médecin généraliste : 53,93% (que ce soit dans le cadre de la MPI ou dans le cadre d'une autre pathologie) contre 46,07% pour le neurologue. En ce qui concerne les patients pris en charge uniquement dans le cadre de leur MPI, la prescription est le fait du médecin généraliste dans 55,32% des cas contre 44,68% du neurologue. Il n'y a donc pas de différence significative entre la prescription uniquement dans le cadre de la M.P.I. et la prescription dans le contexte d'une autre pathologie ($p=0,52$).

Quels exercices proposent les kinés qui prennent en charge des malades de Parkinson ?

La rééducation à la marche est proposée dans la plupart des cas, puisque 94,76% des kinés l'emploient. L'extensibilité musculaire arrive au second rang des techniques les plus utilisées avec 84,29%. 80,10% des kinés proposent les exercices synchronisés à leur patient. L'amélioration de l'initiation des mouvements arrive au 4^{ème} rang (67,02%). Les conseils d'hygiène de vie ou l'éducation du patient au 5^{ème} rang (58,64%). La kinésithérapie respiratoire convainc moins d'un M.K. sur 2 (46,60%). Le travail des AVQ est seulement au 7^{ème} rang des techniques les plus prisées (41,36%). Puis nous avons les exercices aérobiques

sur tapis ou vélo qui sont cités et donc peu employés (28,27%). Enfin, relevons la catégorie « autres techniques », cochée par près de 1 M.K. sur 4 (24,08%).

Parmi ceux qui prennent les patients **uniquement pour la MPI**, les exercices sont proposés dans les proportions suivantes : 1. rééducation à la marche (96,45%), 2. extensibilité musculaire (85,82%), 3. exercices synchronisés (80,85%), 4. amélioration de l'initiation des mouvements (67,38%), 5. CHV (58,16%), 6. kinésithérapie respiratoire (43,97%), 7. travail des AVQ (40,43%), 8. exercices aérobiques sur tapis ou vélo (31,21%), 9. autre (21,99%).

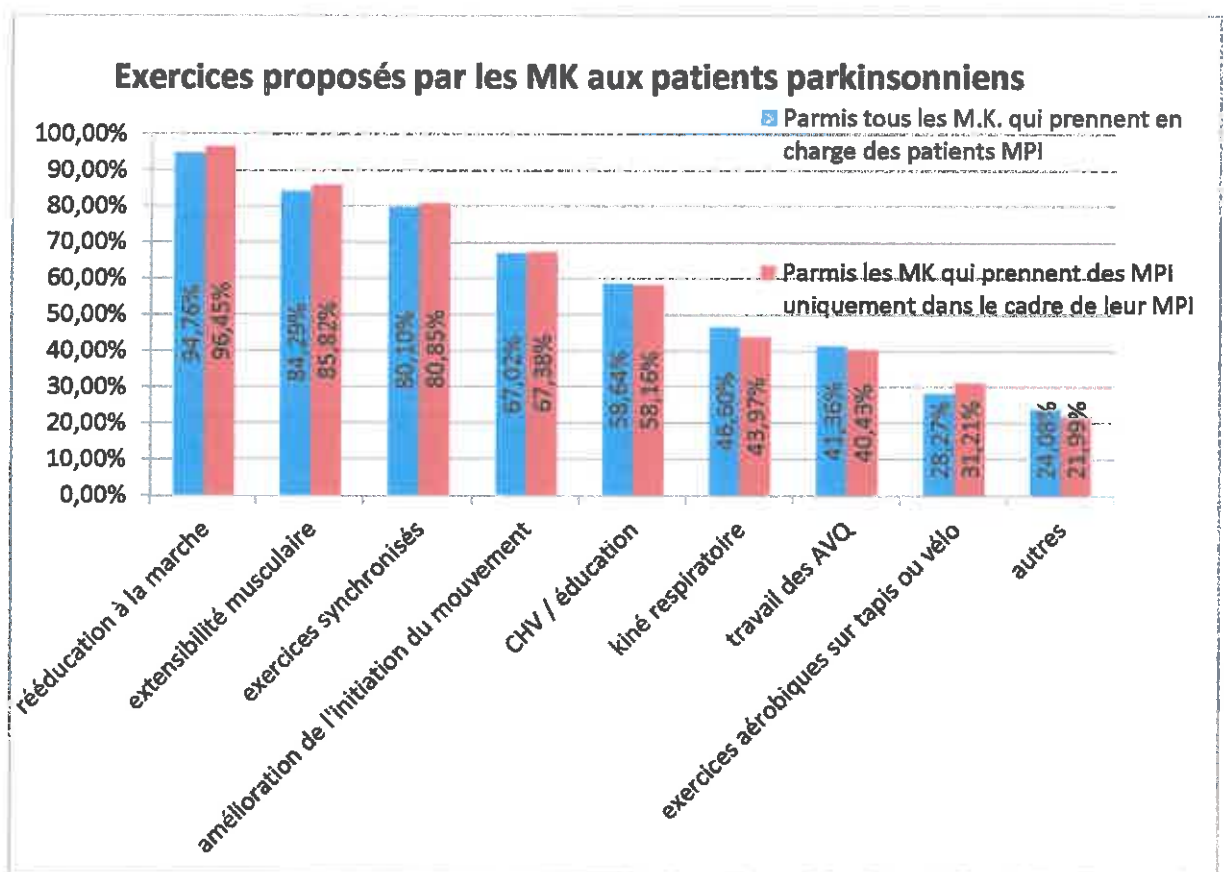


Figure 3 : répartition des différentes techniques employées par les M.K. chez les patients M.P.

A noter que seuls 4,71% des M.K. qui prennent en charge des M.P.I. dans le cadre de leur M.P.I, réalisent à la fois : la rééducation à la marche, l'extensibilité musculaire, les exercices synchronisés, l'amélioration de l'initiation des mouvements, prodiguent des conseils, travaillent les AVQ, et réalisent des exercices aérobiques sur tapis ou vélo, c'est-à-dire les différents exercices qui ont le niveau de preuve B chez les patients parkinsonniens.

Qu'en est-il de la connaissance de la maladie de Parkinson ?

Les kinésithérapeutes qui prennent en charge des patients parkinsoniens se sont prononcés sur le grade de reconnaissance de la kinésithérapie dans la MPI. Nous constatons que la réponse la plus citée est « aucune notion » (79,06%) puis « grade C » (7,85%), puis « grade B » (6,81%), « grade A » (4,71%), « grade D » (1,05%) et enfin grade « U » (0,52%). Seul 59,69% des kinésithérapeutes qui prennent en charge des parkinsoniens pensent être assez informés sur la maladie.

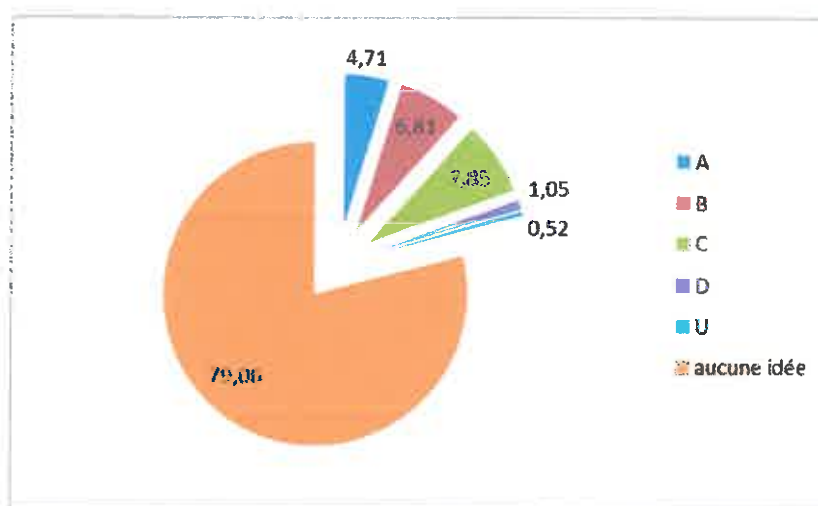


Figure 4 : grade de reconnaissance de la kinésithérapie dans la M.P.I. estimé par les M.K. qui prennent en charge des patients parkinsoniens.

Concernant la formation de ces M.K. : 86,39% des kinésithérapeutes affirment avoir eu des cours consacrés à la MPI lors de leur parcours dans les différentes écoles. Certains ont suivi une formation continue sur la MPI par la suite, ils sont 6,81%, parmi les M.K. qui prennent en charge des parkinsoniens. Parmi ceux qui prennent en charge des M.P.I. et qui pensent ne pas être assez formés, 84,42% ont eu des cours lors de leur cursus à l'IFMK. Parmi ceux qui ne pensent pas être assez formés, seul 1,30% ont suivi une formation continue par la suite.

Parmi ceux qui ne prennent pas en charge de patients parkinsoniens (41/232 soit 17,67%), une des raisons semble être que les patients sont à domicile et que les MK ne font pas de domicile dans 21,95% des cas. Les médecins ne prescrivent pas de kinésithérapie dans

la MPI dans 26,83% des cas. Aucun kinésithérapeute n'a coché l'item : les MK ne trouvent pas cela utile dans la MPI (0%). Ils sont 4,88% à dire que cette PEC est mal remboursée. D'autres trouvent cette PEC trop complexe avec les phases « on et off » (14,63%). L'un des critères avancé est aussi que les MK n'ont pas suffisamment de temps pour prendre en charge cette pathologie (24,39%). Le manque de connaissance sur la pathologie est également cité (14,63%). L'item « autre » a été coché par plus de la moitié de ces M.K. (53,66%). La catégorie « autre » regroupe souvent des kinésithérapeutes spécialisés dans d'autres domaines que la neurologie (exemple : certains cabinets ne font que de la kinésithérapie respiratoire et n'ont donc jamais ce type de patients, idem pour les M.K. du sport).

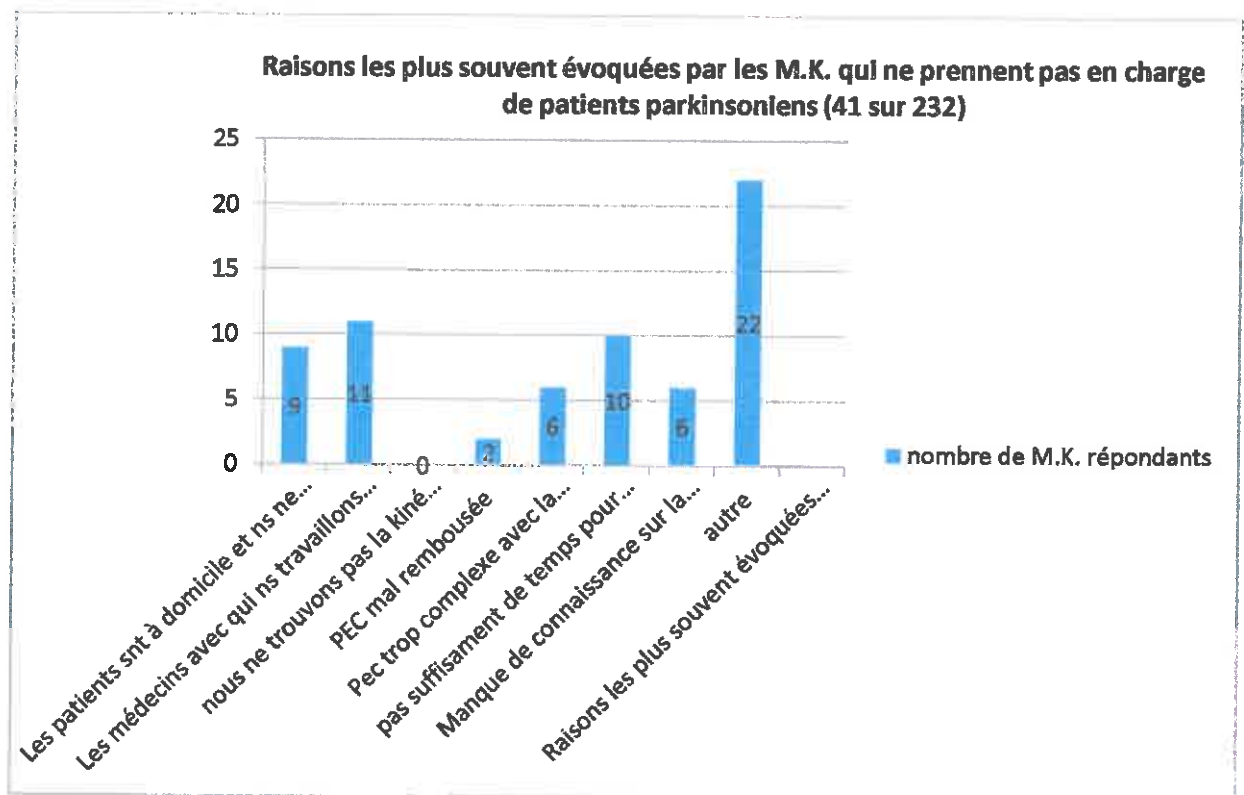


Figure 5 : raisons évoquées par les M.K. qui ne prennent pas en charge de patient avec MPI.

Le point sur les non répondants : parmi les 196 M.K. dont nous n'avons pas eu l'adresse, 1 M.K. prend en charge des MPI mais ne souhaite pas répondre, 21 M.K. n'en prennent pas en charge mais ne souhaitent pas répondre, 18 n'ont pas été joignables et n'avaient pas de répondeur, 17 ne voulaient pas répondre et n'ont pas précisé s'ils avaient des MPI, 3 cabinets étaient fermés définitivement, 104 étaient injoignables mais nous avons laissé

un message sur leur boîte vocale sans qu'ils nous rappellent, 18 ne possèdent pas d'adresse mail et souhaitent recevoir le questionnaire par la poste, 8 ont pris nos coordonnées pour nous faire parvenir leur adresse mail plus tard mais ne l'ont jamais fait, 6 numéros de téléphone n'étaient plus attribués ou n'étaient pas attribués à des M.K. Cela nous laisse 401 M.K. qui devaient potentiellement répondre au questionnaire.

Cependant parmi ces 401 adresses mails reçues, nous avons eu 232 réponses totalement renseignées + 7 non totalement renseignées ou doublons que nous avons malheureusement dû exclure du tableau. 4 M.K. ont répondu mais lors de la clôture du questionnaire, ils n'ont donc pas été rajoutés. 31 adresses mails n'étaient pas valides, même après notre appel de correction. Parmi les adresses mails reçues, valides, (370) nous avons donc 131 M.K. qui n'ont pas donné suite au questionnaire, malgré les relances effectuées par mail.

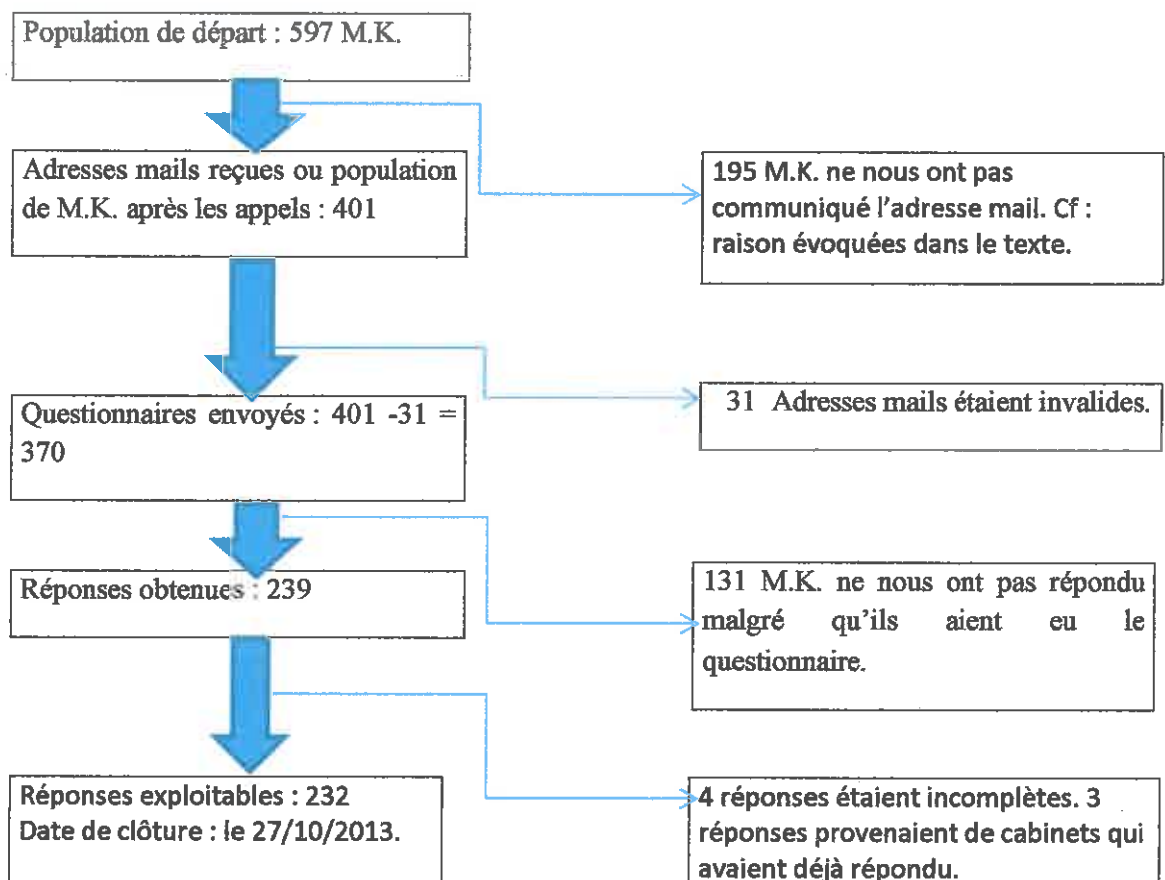


Figure 6 : Organigramme montrant l'évolution de notre population de sondés au cours du temps.

Tous les résultats sont répertoriés dans des tableaux et graphiques en annexe pour faciliter la compréhension. (ANNEXE VI)

6. DISCUSSION :

6.1. La population étudiée reflète-t-elle la population de l'ensemble des M.K. libéraux de France métropolitaine ?

Les résultats peuvent être extrapolés à la population des M.K. libéraux de France métropolitaine, puisque selon les résultats de la DREES (35), 44,1% des kinés libéraux de France métropolitaine, sont des femmes, or nous avons eu 43,53% de répondants qui étaient des femmes dans notre enquête. De plus, la moyenne d'âge des M.K. de France exerçant en libéral varie entre 41 ans (36) et 42 ans. Nous avons trouvé dans notre étude une moyenne d'âge de 42 ans. Toujours selon la DREES (35), les kinés libéraux seraient répartis de la manière suivante selon les âges : [20 ; 30[:22,16% ; [30 ; 40[27,55% ; [40 ;50[20,67% ; [50 ;60[17,83 % ; 60 ans et plus : 11,8%. Nous avons une répartition plus ou moins identique. La classe la plus représentée dans notre étude est la classe [40 ; 50 [, cependant dans l'enquête de la DREES, c'est la classe [30 ; 40[qui est la plus importante en libéral. Nous obtenons également une répartition en cloche des répondants par tranche d'âge. De plus, la méthodologie employée permet d'extrapoler les résultats.

6.2. Les biais de notre étude :

Notre étude comporte des biais. Il est vrai que certains M.K. contactés par téléphone nous disaient volontiers qu'ils ne prenaient pas de patients parkinsoniens en charge, pourtant, ils ne voulaient pas répondre au questionnaire (ils étaient 21). De plus, les M.K. dont nous avons eu l'adresse et à qui nous avons fait parvenir le questionnaire ont probablement eu plus de motivation à répondre si dans leur patientèle, il y a des parkinsoniens. Nous avons également choisi de mettre le questionnaire sur internet. Par conséquent, il fallait que le M.K. ait une adresse mail valide pour pouvoir avoir accès au questionnaire. Or 18 d'entre eux ne

possédaient pas d'adresse mail et souhaitaient avoir le questionnaire par voie postale. Enfin, ce questionnaire est peut-être trop général. Il ne rentre pas dans les détails et reflète une P.E.C. moyenne. Bien évidemment chaque malade est un cas propre ; il connaît une évolution différente de sa maladie et est à un stade différent de la maladie.

6.3. Connaissance et application des recommandations :

Nous observons que 95,04% des M.K. qui prennent en charge des parkinsoniens trouvent leur P.E.C. efficace, ce qui va dans le sens des recommandations actuelles. Ils ne sont cependant que 6,81% à connaître le niveau de preuve de la kinésithérapie dans la M.P.I. (niveau B). Se pose alors la question de la lecture et de l'utilisation des recommandations publiées par la H.A.S. ou par les organisations internationales.

Concernant les pratiques recommandées (versant qualitatif de la P.E.C.), les M.K. sont 4,71% à réaliser l'ensemble des techniques proposées par les recommandations et dont le niveau de preuve est B. De plus, ils sont 43,26 % à intégrer l'aïdant dans le parcours de rééducation pour une P.E.C. uniquement dans le cadre de la M.P.I. . Ce point est donc probablement à revoir car très important selon les recommandations. C'est sur cet aspect que nous avons prévu d'insister lors de la recherche du sujet de mémoire (cf chapitre plus bas).

6.4. Formation des kinésithérapeutes :

Nous pouvons voir que parmi les kinésithérapeutes qui ne pensent pas être assez formés sur la MPI, 84,42% ont pourtant eu des cours dans leur IFMK respectifs. Ne consacrons nous pas suffisamment de temps à cette pathologie ? Ne donnons-nous pas assez d'éléments concernant la P.E.C. pratique de cette pathologie qui pourtant arrive au second rang des maladies neurodégénératives et au second rang des maladies entraînant un handicap moteur important chez le sujet âgé ? Un chiffre nous interpelle, parmi cette même population, seul 1,30% a suivi une formation continue par la suite. Une question nous vient alors, existe-il des

formations continues proposées pour la M.P.I. en France ? A cette question nous pouvons dire oui. Certaines d'entre elles sont spécifiques aux M.K. (maladies de Parkinson et dystonie (IFPEK)), d'autres non (ex : « éducation thérapeutique du patient atteint de la maladie de Parkinson » GRIEPS).

Le manque de formation des M.K. révèle-t-il une population de patients en cabinet faible ? Probablement que oui, au vu du petit nombre de patients par M.K. et par an ! Nous trouvons « moins de 10 patients/an » pour plus de 95% des M.K. (versant quantitatif de la P.E.C.). C'est ce qui est dit dans l'article de Samyara HJ (37) où l'auteur expose le faible nombre de patients en moyenne par M.K. : 3 par an.

6.5. Raisons du faible pourcentage de patients en cabinet ?

Est-ce le patient qui refuse la kinésithérapie ? Est-ce un manque de prescription de la part du neurologue ou du médecin généraliste ? Il serait intéressant de réaliser une enquête auprès des neurologues et médecins généralistes de France pour voir s'ils prescrivent volontiers ou pas de la kinésithérapie pour les patients parkinsoniens. De grandes disparités européennes sur le plan des prescriptions sont à noter selon l'article de Samyara HJ (37).

Nous avons aussi ces chiffres concernant les M.K. ne prenant pas en charge des parkinsoniens qui peuvent nous donner des éléments de réponse. Ils sont 26,83% à dire qu'ils n'ont pas de patients parkinsoniens parce que les médecins ne prescrivent pas de kinésithérapie pour la M.P.I.

Ils admettent cependant à 24,39%, que c'est eux qui n'ont pas le temps de prendre en charge cette pathologie. Ce qui peut laisser voir un autre problème : « la rentabilité du cabinet » ? Il est vrai que souvent ces patients nécessitent plus de temps qu'un patient qui vient pour une autre affection, de part, notamment, la lenteur d'exécution des gestes. Une consultation neurologique est mieux rémunérée qu'une consultation de « base, moyenne ». Ils sont pourtant 4,88% à trouver que cette prise en charge est mal remboursée. Une autre raison

est fréquemment évoquée, « les patients sont à domicile et le M.K. ne fait pas de domicile » 21,95%.

Les patients traités dans les centres de rééducation n'ont pas été comptabilisés dans cette étude, il serait intéressant de savoir si nous avons plus de patients en centre qu'en cabinet de ville.

6.6. Que nous dit la littérature quant à la prise en charge de ces patients en cabinet de ville ?

Dans un article de MAARTEN J. (38) les résultats sont en concordance avec ceux obtenus dans notre enquête, plus de 75 % des paramédicaux disent manquer de connaissance dans la MPI. Ils confirment également avoir moins de 10 patients par an en moyenne. Ils relatent qu'il est possible que les neurologues ne prescrivent pas assez de kinésithérapie, et que les patients refusent souvent ces interventions non médicamenteuses.

Un dispositif très intéressant a été mis en place aux Pays Bas et pourrait servir de modèle en Europe, pour pallier à toutes les difficultés rencontrées dans la P.E.C. de cette maladie. Ce dernier est cependant basé sur les recommandations de 2006. Il s'agit du réseau « Parknet » (39 ; 40 ; 38 ; 41). Celui-ci a plusieurs objectifs, améliorer la connaissance des M.K. face à la M.P.I. pour créer des thérapeutes « experts » connaissant les dernières recommandations, mais aussi augmenter le nombre de patients chez ces kinésithérapeutes, et faciliter la communication entre les M.K. et les autres thérapeutes. Cette étude a montré plusieurs effets, le nombre de patients a augmenté chez les M.K. experts, les M.K. comme les patients sont satisfaits de cette expérience et souhaitent la partager. Les patients adhèrent mieux au traitement quand ils ont un thérapeute qualifié en face d'eux. Ils soulèvent dans cette étude le fait que les thérapeutes ne se forment pas à cette maladie puisqu'ils ont moins de 5 patients par an en moyenne. Cela n'encourage en rien de participer à une formation continue. Ils ont, de plus, démontré que les M.K. qui participaient au programme et qui connaissaient les recommandations, les appliquaient volontiers. Ainsi, dans une population de

M.K. non experts sur la M.P.I., 88% connaissent l'existence des recommandations, mais seulement 25% connaissent le contenu de ces recommandations. L'implantation de ce réseau a permis de diminuer les coûts de santé pour cette maladie (41). Les résultats concordent donc avec ceux trouvés dans notre enquête, et confortent l'ensemble des points qui posent problème dans la P.E.C. de cette maladie.

Serait-ce également une solution qui pourrait voir le jour en France ? Nous avons découvert l'existence d'un réseau dans le Sud de la France et en Bretagne. Leurs sites internet sont consultables mais nous n'avons pas eu beaucoup d'informations quant au fonctionnement de ces réseaux dans un premier temps, une réponse nous a été fournie peu de temps avant de rendre ce mémoire (ANNEXE VII).

6.7. Les difficultés rencontrées dans ce mémoire :

Nous voulions absolument réaliser un mémoire sur la maladie de Parkinson, puisque nous avons constaté que cette maladie est très peu connue du grand public et même des proches. Le fait d'avoir un malade de Parkinson dans l'entourage proche a également joué dans le choix du sujet. Il est vrai que lors des stages, nous avons vu très peu de patients parkinsoniens. De plus, la fluctuation des phases, et la difficulté d'avoir un échantillon important de patients rendent la création d'un mémoire peu évidente. Les patients sont souvent dans les centres pour une autre pathologie que leur maladie de Parkinson (prothèse, fracture... etc.).

L'idée première était de réaliser un livret à l'intention des aidants de la maladie de Parkinson, afin de leur faire comprendre la maladie avec l'utilisation de termes clairs. En effet, nous nous sommes rendu compte, que dans les rares cas rencontrés sur le terrain, la famille avait du mal à comprendre cette pathologie. De plus, nous aurions aimé dans ce livret, répondre aux situations diverses de la vie quotidienne. Et ceci, en impliquant les aidants auprès de leur « malade » dans la réalisation d'exercices kinésithérapiques, afin de faire le lien entre la prise en charge au cabinet et le domicile. Nous avons dû abandonner l'idée par

manque de formation à l'éducation thérapeutique, l'existence de très nombreux livrets, et l'existence de parkinsoniens à des stades très différents. Un jeu de société était également prévu pour les aidants.

Puis vint l'idée d'étudier les pratiques (sur le plan qualitatif et quantitatif) des M.K. ... face à cette pathologie.

Tout d'abord la difficulté a été **d'élaborer un questionnaire**, qui soit court pour ne pas faire perdre trop de temps au M.K., tout en essayant de brasser un ensemble de questions pertinentes. Il a été retravaillé avec des cadres M.K.. Nous nous sommes rendu compte au fil des appels passés et de l'analyse des réponses, que d'autres questions auraient pu être rajoutées, notamment pour les M.K. qui ne prenaient pas en charge des parkinsoniens. Il aurait été intéressant de savoir, s'ils avaient eu une formation dans leur IFMK et s'ils ont suivi une formation continue par la suite par exemple. Ces questions ont été uniquement posées aux M.K. qui prenaient en charge des patients malades de Parkinson.

Une des autres difficultés a été de **faire ressortir les éléments pertinents de l'analyse**. En effet, beaucoup de paramètres pouvaient être extraits de nos chiffres, il a fallu sélectionner ceux qui nous intéressaient le plus et qui correspondaient aux objectifs du mémoire.

Beaucoup de kinésithérapeutes ne voyaient pas l'utilité de répondre à notre questionnaire s'ils n'avaient pas de patients parkinsoniens dans leur cabinet. Ils ne pensaient pas rentrer dans les « critères » de notre étude. Il a donc fallu leur expliquer que leur réponse allait quand même nous servir. Il fallait leur délivrer un message court, précis, lors des appels téléphoniques, leur donnant envie de répondre.

7. CONCLUSION.

La maladie de Parkinson est une maladie dont la prévalence augmente dans la population actuelle du fait, notamment, du vieillissement de la population. L'objectif principal de ce mémoire était d'évaluer de manière qualitative et quantitative la P.E.C. des malades de Parkinson par les masseurs kinésithérapeutes libéraux de France. Même si le M.K. ne rencontre pas beaucoup de ces patients en cabinet libéral selon notre étude, il se doit d'être formé à cette P.E.C. et de connaître les dernières recommandations en vigueur. Nous avons pu voir que beaucoup de techniques ont été publiées et que les kinésithérapeutes n'appliquent pas forcément toutes celles qui sont recommandées.

Au-delà de l'analyse purement statistique, ce mémoire a permis de cerner l'impact des recommandations sur les M.K. et de faire le point sur la P.E.C de cette pathologie dans les cabinets libéraux. Il nous a également permis de mener à bien une recherche bibliographique et d'utiliser pour une exploitation adéquate, l'outil informatique. Il a été très enrichissant de nous informer sur cette pathologie en approfondissant nos recherches par rapport à nos connaissances antérieures. Apprendre en recherchant par soi-même les informations sur les différents moteurs de recherche, nous a initié à notre pratique future, où nous nous devons de rechercher et d'appliquer les dernières recommandations en date, dans l'intérêt du patient. Ce mémoire sera probablement le début d'un projet futur.

Nous avons fait cette enquête dans le cadre de la maladie de Parkinson mais il serait intéressant de voir ce qui est mis en place en France, pour d'autres pathologies. Les recommandations sont-elles connues et utilisées pour d'autres pathologies ?

BIBLIOGRAPHIE.

1. **GRIMES D.** "Canadian Guidelines on Parkinson's Disease". Canadian Journal of Neurological Sciences. July 2012. Volume 39 Number 4 (Supplement 4) pp.1-30
2. **H.A.S.** « Guide parcours de soin - maladie de Parkinson. » 15mai 2012.
5. **FRITSCH. T.** Parkinson Disease: research update and clinical management.. Southern Medical Journal. 2012. Volume 105, Number 12. P. 650-656.
6. **FABIO BLANDINI.** Neural and Immune Mechanisms in the Pathogenesis of Parkinson's Disease. J Neuroimmune Pharmacol. 2013. No 8 : P.189-201.
8. **SMANIA N.** Balance and gate rehabilitation in patients with Parkinson's disease. Diagnosis and treatment of Parkinson's disease,prof. abdul quayyum rana. 2011.
9. **GRONIN-GOLOM A .** Emergence of nonmotor symptoms as the focus of research and treatment of parkinson's disease, introduction to the special section on nonmotor dysfunctions in parkinson's disease. Behavioral Neuroscience. 2013. Vol. 127, No. 2, 135–138.
10. **RAY CHAUDHURI K.** The Nondeclaration of Nonmotor Symptoms of Parkinson's Disease to Health Care Professionals: An International Study Using the Nonmotor Symptoms Questionnaire. Movement disorders. 2010. Vol. 25. No. 6. pp. 704–709.

11. **BARBOSA ER.** Non motors symptoms in parkinson' disease. Arq Neuropsiquiatr 2013; 71(4): p.203-204.
12. **K. RAY CHAUDHURI.** Parkinson' disease: the non- motor issues. Parkinsonism and related disorders, Elsevier. 2011. P.1-7.
15. **H.A.S.** La maladie de Parkinson : critères diagnostiques et thérapeutiques. Conférence de consensus. Mars 2000.
16. **BLETON J.P.** L'Evaluation de la maladie de Parkinson par l'Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS). Kinésithérapie Scientifique. Juillet 2008. N°490. P. 55-56.
17. **JAMILE VIVAS.** Aquatic Therapy Versus conventional land-based therapy for parkinson's disease: an open-label pilot study. Arch Phys Med Rehabil. 2011. Vol 92. P.1202-1210.
18. **LIDIANE O.LIMA.** Muscular power training: a new perspective in physical therapy approach of Parkinson's disease.Rev Bras Fisioter, Sao carlos. 2012. Vol. 16, No.2. p.173-174.
19. **GAMMON M.EARHART.** Treadmill training for individuals with parkinson's disease. Phys Ther. 2012. 92 (7). 893-897.
20. **FRAZZITTA G. MD.** Rehabilitation treatment of gait in patients with parkinson's disease with freezing: a comparaison between two physical therapy protocols using visual and

auditory cues with or without treadmill training. *Movement Disorders*.2009. Vol.24 No. 8. P1139-1143.

21. **LAUHOFF P.** A controlled clinical trial investigating the effects of cycle ergometry training on exercise tolerance, balance and quality of life in patients with parkinson's disease. *Disability and rehabilitation*.2012.p.1-6.

22. **ABRANTES A.M.** Physical activity and neuropsychiatric symptoms of Parkinson disease. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*. 2012. 25 (3) p.138-145.

23 : **BLETON J.P.** Maladie de Parkinson : rééducation par la musique et la danse. *Kinésithérapie scientifique*. Janvier 2011. N°517. P.47-48.

24. **EL-TAMAWY. M.S.** Effects of augmented cues on the parameters of gait of individuals with parkinson's disease. *Ann Indian Acad Neurol*.2012. 15 (4) p.267-272.

25. **SMANIA N.** Effect of balance training on postural instability in patients with idiopathic parkinson's disease. *Neurorehabilitation and neural repair*. 2010. 24 (9). P.826-834.

26 : **BLETON J.P.** Troubles des fonctions végétatives dans la maladie de Parkinson. *Kinésithérapie Scientifique*. Novembre 2010. N°515. P.59-60.

27 : **GERMAIN V.** Maladie de Parkinson : différents aspects de la rééducation en ville. *Kinésithérapie Scientifique*. 2011. N°524. P. 5-12

28. **BLETON J.P.** Intérêt du pédalage et du mouvement forcé dans la maladie de Parkinson. Kinésithérapie Scientifique. Mai 2013. N°543. P.43-44.
29. **BUCKEN GOBBI L.T.** Effect of different exercise programs on the psychological and cognitive fonctions of people with parkinson's disease. Motriz, rio Claro. 2013. Vol.19. No. 3. P. 597-604.
30. **GOBBI LTB.** Exercise programs improve mobility and balance in people with parkinson's disease.. Parkisonism and related disorders 1553. Elsevier. 2009. P.549-552.
31. **SPEELMAN. A.D.** Evaluation of implementation of the Parkfit program: a multifaceted intervention aimed to promote physical activity in patients with parkinson's disease. Physiotherapy, Elsevier. 2013. Physt-707. P.1-8.
32. **GRAZINA R; MASSANO J.** Physical exercise and parkinson's disease: influence on symptoms, disease course and prevention. Rev. Neurosci. 2013. P.1-14.
33. **CHOLEWA J.** Influence of physiotherapy on severity of motor symptoms and quality of life in patients with Parkinson's disease. Neurologia I neurochirurgia Polska 2013. 47,3. P.256-262.
34. **BLETON J.P.** Rééducation et fluctuations de l'état du patient dans la journée dans la maladie de Parkinson. Kinésithérapie Scientifique. 2013. N°539. P.37-38.

35. **DANIEL SICART.** Les professions de santé au 1er janvier 2013. DREES : Série statistique. août 2013. N°183.
37. **SAMYRA H.J. KEUS.** Physical Therapy in Parkinson's Disease : Evolution and future Challenges. Movement Disorders. 2009. Vol.24, No. 1. p. 1-14.
38. **MAARTEN J.** Allied Health Care in Parkinson's Disease: Referral, Consultation, and Professional Expertise. Movement Disorders. 2009. Vol.24, No.2. p.282-286.
39. **HUBERT M.** Physical therapy for parkinson's disease. Rev Med Brux. 2011 Sep; 32(4): pp.388-92.
40. **MAARTEN J.** The ParkinsonNet Concept: development, implementation and initial experience. Movement Disorders. 2010. Vol.25, No. 7. P.823-829.
41. **MARTEN MUNNEKE.** Efficacy of community-based physiotherapy networks for patients with Parkinson's disease: a cluster randomized trial. Lancet Neurol. 2010. Vol. 9. (N°1) p. 46-54.

SITES INTERNET CONSULTÉS : WEBOGRAPHIE

3. **EGER Antoine-Flavien, GAUDET-BLAVIGNAC Christophe, HAMMER Arthur.** Université de Genève : "la maladie de Parkinson". 26 juin 2009.

http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2008_2009/travaux/09_r_parkinson.pdf (lien consulté le 13 octobre 2013)

7. La maladie de Parkinson. Université de Lyon. <http://lmm.univ-lyon1.fr/internat/download/item261b.pdf> (lien consulté le 30 octobre 2013).

14. **PAITA Michel, WEILL Alain.** CNAMTS, Direction de la stratégie, des études et des statistiques. ALD 16 : Parkinson. Mise à jour en 2013.
<http://www.ecosante.fr/index2.php?base=DEPA&langh=FRA&langs=FRA&sessionid=> (lien consulté le 9.11.13)

36. **ORDRE DES KINES.** Démographie des masseurs kinésithérapeutes au 1^{er} octobre 2010. Octobre 2010. http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2011/04/FranceparRegion_planches.pdf (Lien internet consulté le 02/02/2014).

LITTÉRATURE GRISE :

13. **COMPAGNON C. MELHENAS S.** Premiers Etats Généraux des personnes touchées par la maladie de Parkinson. Livre Blanc. Paris. Associations France Parkinson. 2010. 285 pages. ISBN 978-2-9534-346-1-3.

4. **POLLACK P.** La maladie de Parkinson. N° édition : 7381-1254-1. Paris : Odile Jacob. Janvier 2004. 191 pages. ISBN 2.7381.1254.4

ANNEXES

Les variations de mon sont comparables à celles

Les batteries **sont chargées**



Tout va presque bien...

- Je bouge et marche normalement.
- Je parle correctement.
- Je dispose d'une certaine autonomie,
- J'ai le visage détendu,
- Je fais face aux événements du quotidien.
- Je me sens bien.

état moteur et psychique de la lumière électrique.

Les batteries **sont à plat**



Tout va mal...

changements d'état imprévisibles
en quelques secondes

- Invalidité motrice : de la lenteur au blocage.
- Élocution difficile - Ton monocorde,
- Gestes de la vie quotidienne réalisés avec
difficulté ou impossibles,
- Crispation des muscles du visage.
expression figée,
- incapacité à réagir.
- Crise d'angoisse, tristesse, abattement,
sentiment d'impuissance.

Personnel soignant

Respecter les doses et les horaires de mon traitement.

Je compte sur vous pour :

- respecter les doses et les horaires de mon traitement qui figurent dans ma fiche de suivi,
- veiller aux incompatibilités des médicaments avec mon traitement habituel,
- contacter mon médecin référent ou le neurologue en cas d'incertitude.

J'attends de vous :

UNE AIDE GLOBALE EN PÉRIODE «OFF» AFIN DE :

- m'aider dans les gestes de la vie quotidienne : toilette, habillage, déplacements, écriture...
- limiter mon stress : si mon élocution est laborieuse, laissez-moi le temps de vous répondre,
- ne pas vous agacer de la lenteur de mes gestes : je dois faire de gros efforts pour accomplir ce qui est naturel pour vous.

Attendez le retour de la période «ON» dans le calme.



France Parkinson
 4, avenue du Colonel Bonnet
 75016 Paris
 ☎ 01 45 20 22 20
 ☎ 0 811 11 22 20 (coût d'un appel local)
 infos@franceparkinson.fr

Votre comité local :

FRANCE PARKINSON
 Comité de la Moselle
 29 rue de Lorry
 57050 PLAPPEVILLE
 Tél. 03 72 13 66 59
 Mail : franceparkinson57@gmail.com

Cette plaquette a été conçue par
 le Groupe d'Expression France Parkinson Seine-Normandie.
 Animé par le CLIC Sud Agglomération Rouennaise
 et le Service Social de la CRAM de Normandie

J'ai la
Maladie
 de **Parkinson**
Personnel soignant

" Apprenez
 à me
 connaître "



ENSEMBLE,
 Parkinsoniens, nous
 surmontons tout



**FRANCE
 PARKINSON**

Association loi 1901 - 4, avenue du Colonel Bonnet - 75016 Paris
www.franceparkinson.fr

ANNEXE II : Document trouvé sur le site éco-santé concernant les ALD :

Cnamts - Direction de la stratégie, des études et des statistiques - 5 avril 2006

Tableau 1 : Fréquence des affections de longue durée au 31 octobre 2004 pour le régime général (y compris les sections locales mutualistes)

	Intitulé de l'affection	Effectif	Taux pour 100 000 personnes âgées de 15 ans et plus	Sexe (%)		âge moyen (ans)
				Homme	Femme	
1	Accident vasculaire cérébral invalidant	191 500	348,3	52	48	67
2	Insuffisances médullaires et autres cyropares chroniques	8 780	16,0	38	62	49
3	Arteropathies chroniques avec manifestations ischémiques	285 163	515,1	68	32	70
4	Bilharziose congénitale	158	0,3	72	28	46
5	Insuf. Cardiaque grave, tv du rythme graves, cardiop. valvulaires graves, cardiop. congénitales graves	400 078	727,8	50	50	68
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	130 461	237,3	58	42	53
7	Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH	57 449	106,9	68	32	41
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2	1 211 264	2 209,5	51	49	64
9	Fonct. grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	150 429	2 736,6	51	49	41
10	Hémoglobinopathies, hémolyse, chroniques constitutionnelles et acquises sévères	8 427	15,3	47	53	53
11	Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	9 465	17,2	61	39	56
12	Hypertension artérielle sévère	789 804	1 436,7	41	59	71
13	Maladie coronaire	660 696	1 201,8	68	32	70
14	Insuffisance respiratoire chronique grave	258 819	4 708	53	47	58
15	Maladie d'Alzheimer et autres démences	175 131	322,7	73	27	81
16	Maladie de Parkinson	66 967	121,8	45	55	74
17	Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé et spécialisé	20 712	37,7	57	43	45
18	Microscistose	4 225	8,0	52	48	17
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	62 503	113,7	57	43	53
20	Parkinson	30 453	55,4	59	41	46
21	PAN, LEAD, sclérodémie généralisée évolutive	50 172	91,3	70	30	58
22	Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	124 138	225,8	76	24	61
23	Affections psychiatriques de longue durée	896 038	1 629,9	45	55	46
24	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	82 475	150,0	45	55	45
25	Sclérose en plaques	49 626	90,3	77	23	48
26	Sclérose structurale évolutive	15 846	28,3	19	81	70
27	Spondylarthrite ankylosante grave	4 030	7,4	59	41	49
28	Suites de transplantation d'organe	12 566	22,9	54	46	48
29	Tuberculose active, lèpre	1 264 441	2 300,1	43	57	65
30	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	421 774	767,2	44	56	56
.	Cause médicale de l'ALD non précisée					
TOTAL patients (un patient peut avoir plusieurs ALD)		6 556 352	11 926,3	48	52	61

Source : étude « fréquence et coût des ALD » - 2004 - Cnamts

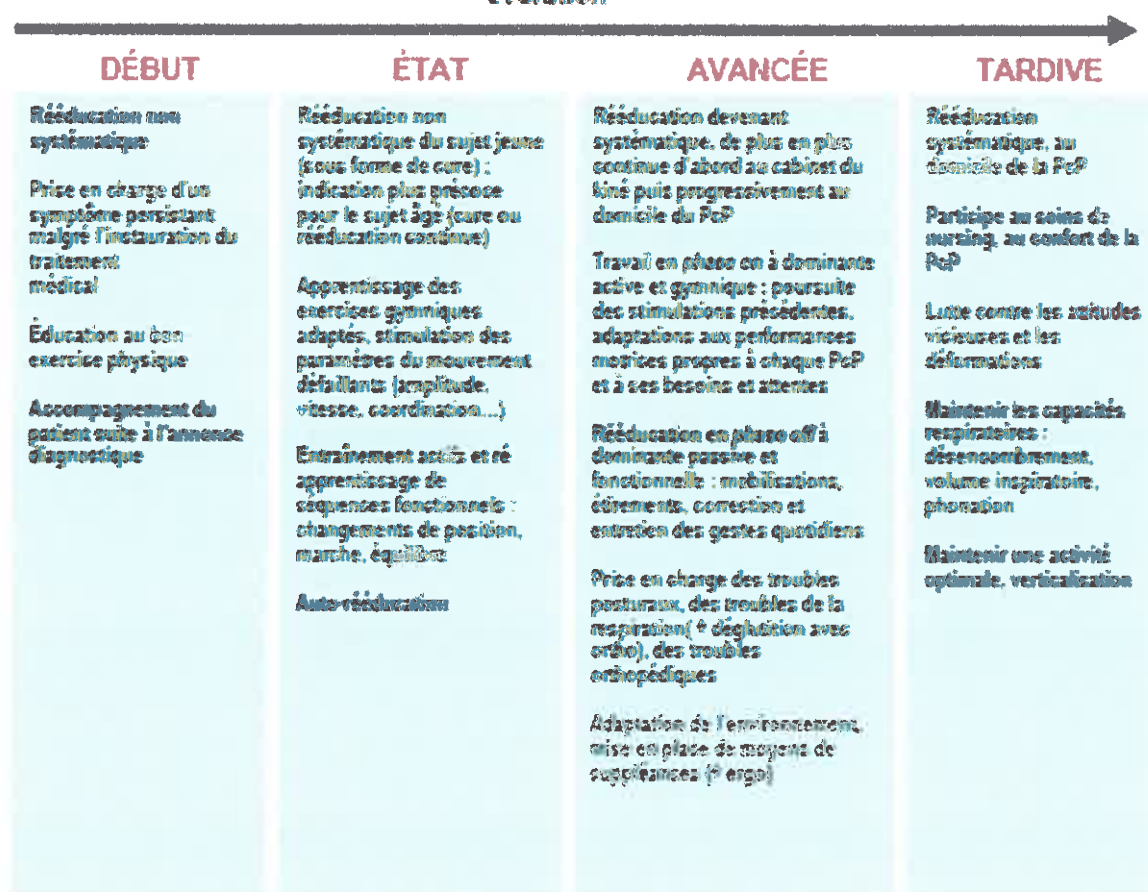
ANNEXE III : tableaux extraits du « guide de parcours de soin- Maladie de Parkinson »

H.A.S. :

Suivi	Phase de début	Phase d'état	Phase avancée	Phase de déclin
Médecin généraliste	En l'absence de complications, consultation au minimum tous les 3 mois (fréquence adaptée aux besoins de la Pp) et au besoin de coordination des soins)			
Neurologue	En l'absence de complications, consultation au minimum tous les 6 mois (fréquence adaptée aux besoins de la Pp)			
Masso-kinésithérapeute	8 à 10 séances - 1 par semaine si éducation ou suivi - groupées sur 1 mois si traitement d'un symptôme particulier À renouveler si besoin	Séances intensives de 15 à 20 séances 2 ou 3 fois par an pour les sujets jeunes et/ou actifs avec pratique gymnique personnelle Séances continues 2 fois par semaine pour autres Pp	Séances 3 puis 4 fois par semaine partagées progressivement entre le cabinet et le domicile de la Pp	Prise en charge neurologique organisée au niveau médical ou de proximité (centre hospitalier universitaire) Séances à domicile 3 fois par semaine habituellement Séances quinzennales à domicile si problème aigu (environnement bronchique par exemple...)
	Chaque cas est particulier. La progressivité et l'adaptation des soins de kinésithérapie et d'orthophonie sont liées sur l'évolution de la maladie. Possibilité d'intensifier sur un objectif précis mais également d'imposer une fenêtre thérapeutique sans rompre le lien.			
Orthophoniste	Rééducation de la micrographie - si demande explicite - 1 session de 4 semaines tous les 12 à 18 mois. Rééducation de la parole si troubles repérés même légers : session de LSVT® sur un rythme intensif (4 séances d'une heure par semaine durant 4 semaines) tous les 12 à 18 mois	Session de rééducation de l'écriture 1 fois par an Rééducation de la parole : session LSVT® tous les 6 à 14 mois Prise en charge des troubles de la régulation	Rééducation systématique de la parole : session LSVT® tous les 6 à 10 mois Prise en charge au cabinet puis à domicile selon l'évolution 3 ou 4 fois par semaine	Prise en charge à domicile 2 ou 3 fois par semaine
Infirmière	En fonction des besoins tous les 6 mois puis tous les 3 mois	En fonction des besoins tous les 3 mois puis tous les mois puis 1 fois par semaine	En fonction des besoins jusqu'à 4 passages par jour	En fonction des besoins autant de passages que nécessaire
Psychologue	En fonction des besoins de la Pp et de sa famille (coûtant argent +++)			
Pharmacien	Après l'annonce diagnostique En fonction des besoins	À la fin de la période d'équilibre		
Assistant de service social	En fonction des besoins			Lors de la perte d'autonomie
				Lorsqu'une institutionnalisation est envisagée

Place du masseur-kinésithérapeute dans le suivi d'une PcP

évolution



Évaluation : recueillir les informations auprès du médecin généraliste, du neurologue

Surveillance de l'efficacité et de l'observance des traitements

Éducation thérapeutique

Accompagnement du patient et des aidants

DÉBUT

ETP :

- la nécessité de l'exercice physique dans le traitement ;
- conseils autour de la pratique sportive : équipements, diététique, exercices préparatoires ;
- ne pas exclure le membre tremblant.

Autres soins :

- construire et répéter le programme gymnique adapté ;
- prise en charge de symptômes s'exprimant malgré l'instauration du traitement médical.

ÉTAT

ETP :

- gestion de la fatigue, alterner l'action et le repos ;
- apprentissage de la suppléance par l'action volontaire ;
- répétition des exercices.

Autres soins :

- rééducation active simulant les paramètres du mouvements défilants ;
- exercices d'entraînement et/ou de correction des thèmes fonctionnels pouvant être altérés par la MP: redressement, respiration, changements de position, marche et équilibre.

AVANCÉE

ETP :

- reconnaître les fluctuations motrices; organiser ses activités en fonction des phases on et off ;
- apprentissages des aides à la marche (PcP et aidant) ;
- prévention des chutes, comprendre l'impact de l'environnement sur la locomotion.

Autres soins :

- adaptation des soins en fonction des fluctuations: Phase on: rééducation à dominante active; Phase off: rééducation à dominante passive et fonctionnelle ;
- prévention des chutes, des troubles respiratoires; des déformations ;
- adaptation de l'environnement.

TARDIVE

ETP :

éducation des aidants à l'installation et la manutention de la PcP. Utilisation des aides techniques.

Autres soins :

assurer le confort de la PcP par l'installation et la mobilisation fréquente, maintenir une activité dynamique et une capacité de verticalisation

ANNEXE IV : questionnaire à l'intention des masseurs kinésithérapeutes tirés au sort pour notre étude :

Age :
 Sexe :
 Département :
 Milieu rural / urbain :
 Lieu de formation :
 Année d'obtention du diplôme :

Prenez-vous en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson Idiopathique (MPI)?

OUI

Pourquoi ?

NON

_ Combien de patients ayant la MPI prenez-vous en charge par an ?

Moins de 10 Entre 10 et 40 Plus de 40

_ Les prenez-vous en charge ?

Uniquement pour leur MPI Dans le cadre d'une autre pathologie (prothèse, fracture,...)

_ Pensez-vous être suffisamment informés sur cette pathologie pour bien la prendre en charge ? oui non

_ Avez-vous eu des cours lors de votre formation (IFMK) consacrés à la MPI ?

_ Avez-vous suivi une formation continue par la suite, spécifique à la MPI ?

Oui Non

_ Quels types d'exercices faites-vous avec les patients parkinsoniens ?

Entraînement aérobique sur tapis / vélo

Exercices d'équilibre

Exercices synchronisés

Travail des AVQ

Rééducation à la marche

Extensibilité musculaire

Améliorer l'initiation des mouvements

Conseils d'hygiène de vie

Kiné respiratoire

Autre : à préciser

_ Combien de fois par semaine les prenez-vous en charge ?

1 fois 2 fois 3 fois Plus de 3 fois

_ Impliquez-vous les aidants dans votre programme de rééducation ?

Oui Non

_ Pensez-vous que la kinésithérapie est efficace chez vos patients ?

Oui Non

_ Avez-vous une notion du niveau de preuve de la kinésithérapie dans la MPI ?

Grade : A B C D U

_ Le prescripteur de kinésithérapie est le plus souvent :

le médecin traitant le neurologue

_ Vous manquez de connaissances sur la pathologie.

_ Les médecins avec qui vous travaillez ne prescrivent pas de kinésithérapie pour les patients parkinsoniens car ils ne trouvent pas cela utile.

_ Vous ne pensez pas que la kinésithérapie soit utile dans la MPI.

_ Ces patients sont à domicile et vous ne faites pas de domicile.

_ Leur prise en charge est mal remboursée.

_ Vous ne disposez pas de suffisamment de temps pour prendre en charge ce type de pathologie.

_ Autre : à préciser.

ANNEXE V : Explications données aux M.K. :

Texte envoyé par mail à chaque M.K. avec le lien du questionnaire :

Bonjour,

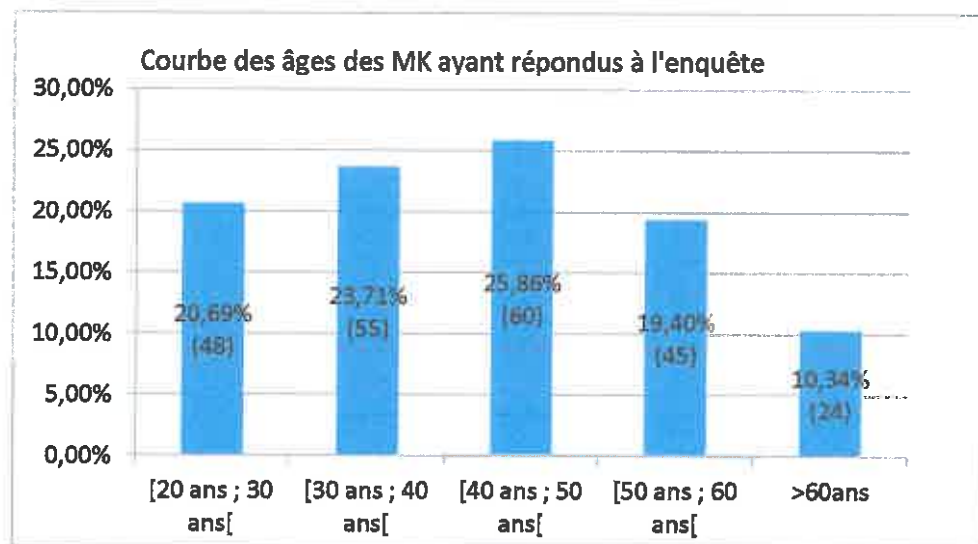
Comme convenu lors de notre entretien téléphonique je vous envoie le questionnaire concernant la maladie de Parkinson. Je vous remercie d'ores et déjà pour vos réponses et pour le temps que vous m'accordez. Cette enquête se fait à l'échelle nationale, et la méthodologie recense 1% des kinés libéraux de chaque département (soit 597 kinés). (1 kiné par cabinet est sondé sauf si je vous ai précisé par téléphone que 2 kinés du cabinet devaient répondre, merci beaucoup). Cordialement. Leonard Karen.

Texte donné au téléphone aux M.K. :

Bonjour, LEONARD Karen, étudiante kiné en 3^{ème} année à Nancy. Je réalise mon mémoire sur la maladie de Parkinson. Je réalise une enquête à l'échelle nationale, chez les kinés libéraux et j'aurais souhaité avoir votre adresse mail pour vous faire parvenir mon questionnaire. Merci beaucoup.

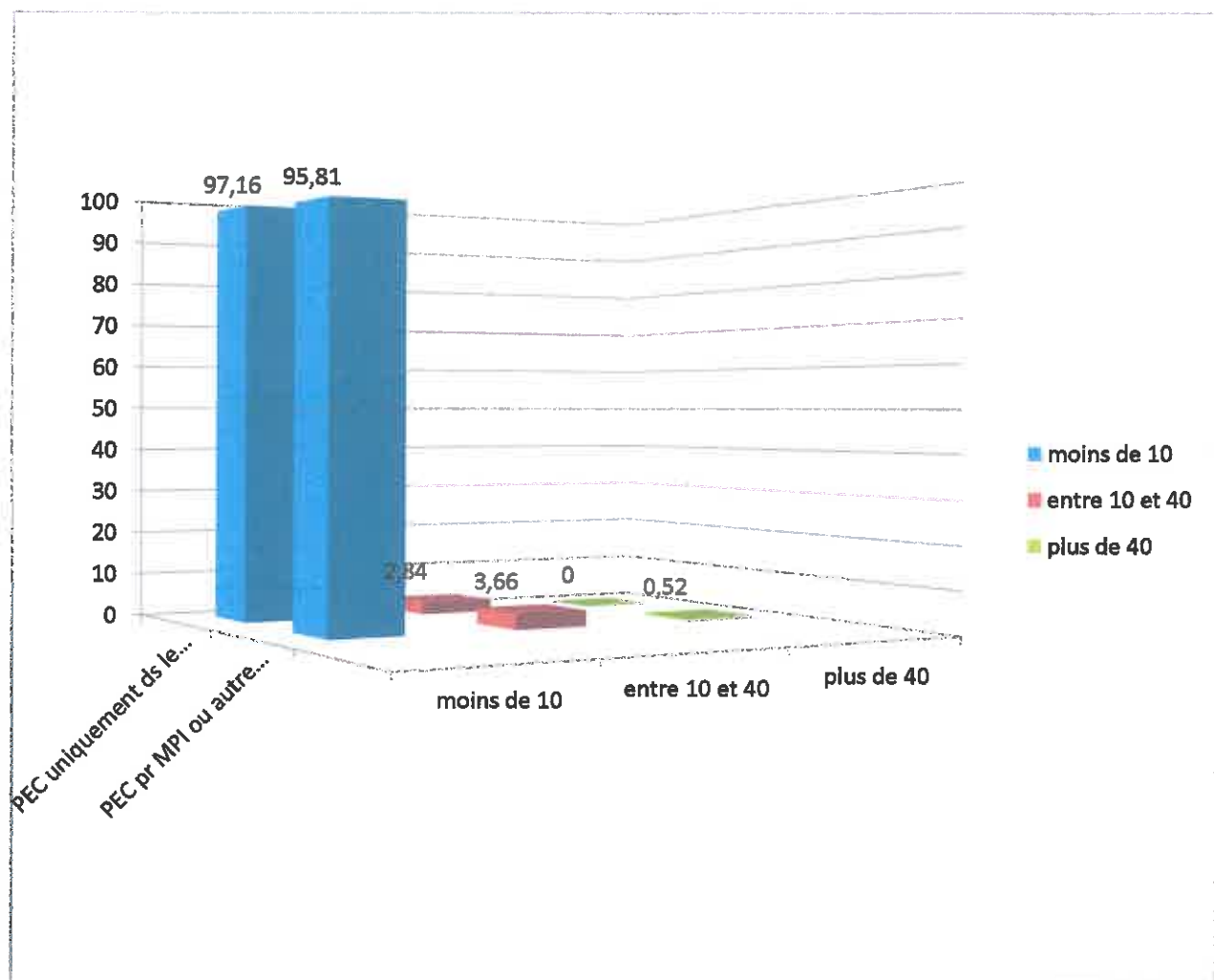
ANNEXE VI : Graphiques et tableaux des résultats obtenus au questionnaire :

1) Courbe des âges des MK ayant répondu à l'enquête



2) Effectif de MPI dans les cabinets libéraux.

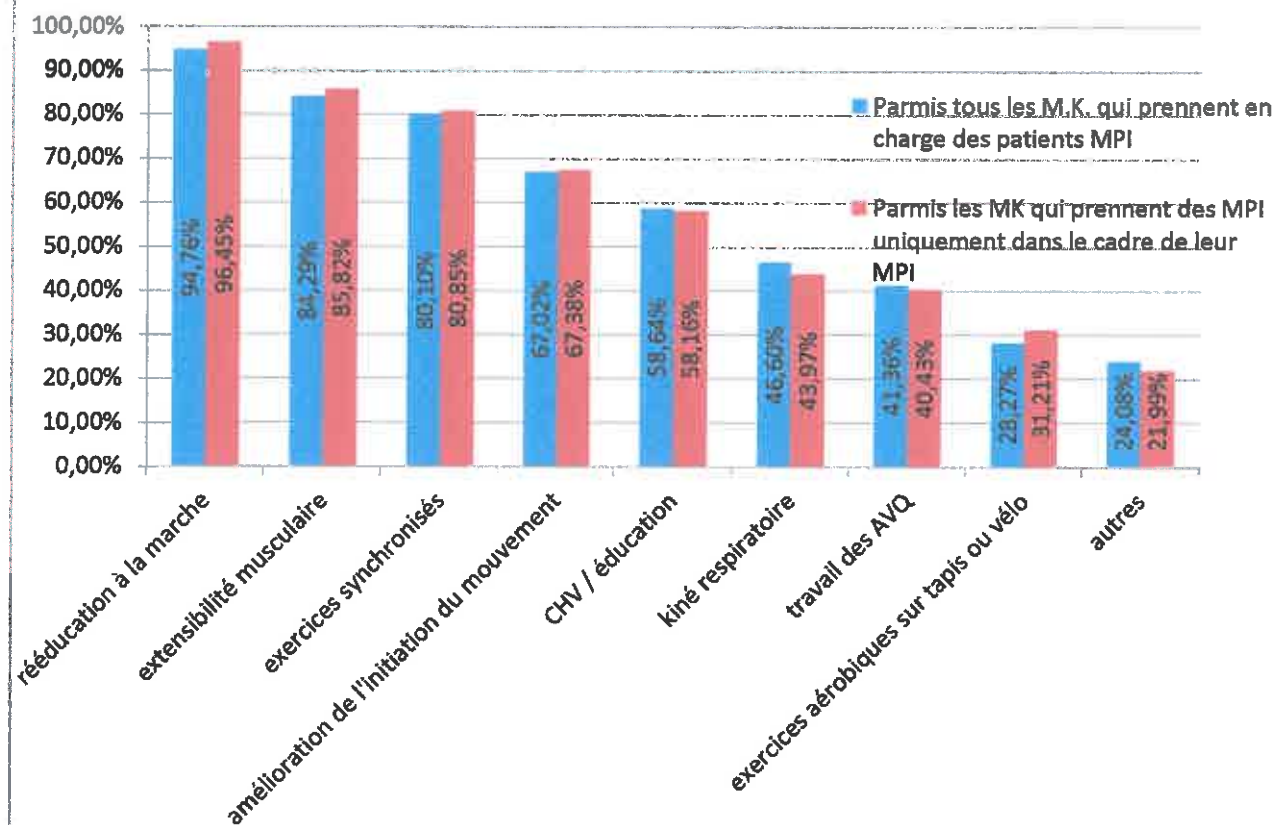
Nb de MPI par an en moyenne par M.K.	PEC uniquement ds le cadre de leur MPI		PEC pr MPI ou autre pathologie	
moins de 10	137	97,16	183	95,81
entre 10 et 40	4	2,84	7	3,66
plus de 40	0	0	1	0,52
Total	141	100	191	100



3) Exercices proposés par les M.K. qui prennent en charge des MPI uniquement dans le cadre de leur MPI et ceux qui les prennent dans le cadre de leur MPI ou dans un autre cadre.

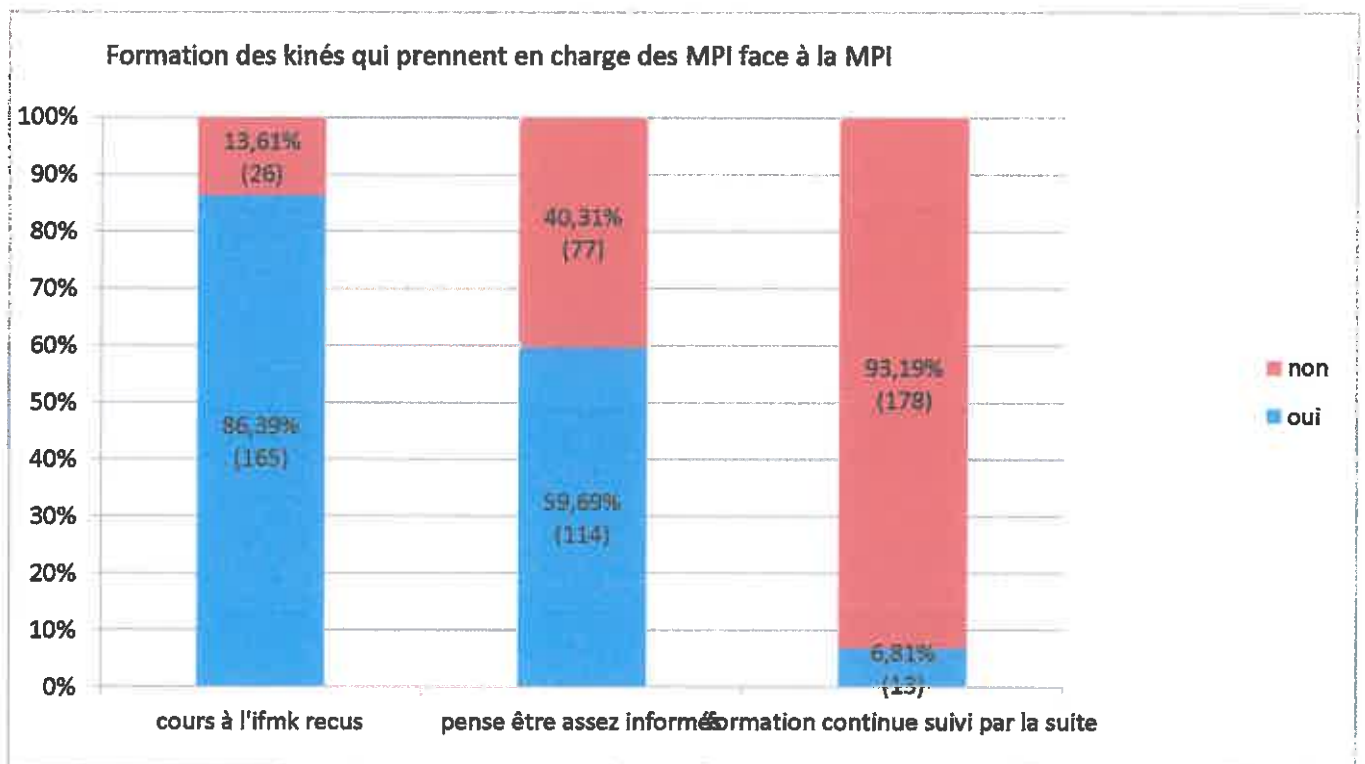
	Parmi tous les M.K. qui prennent en charge des patients MPI		Parmi les MK qui prennent des MPI uniquement dans le cadre de leur MPI	
	Nbre	%	Nbre	%
rééducation à la marche	181	94,76%	136	96,45%
extensibilité musculaire	161	84,29%	121	85,82%
exercices synchronisés	153	80,10%	114	80,85%
amélioration de l'initiation du mouvement	128	67,02%	95	67,38%
CHV / éducation	112	58,64%	82	58,16%
kiné respiratoire	89	46,60%	62	43,97%
travail des AVQ	79	41,36%	57	40,43%
exercices aérobiques sur tapis ou vélo	54	28,27%	44	31,21%
Autres	46	24,08%	31	21,99%
total:	191		141	

Exercices proposés par les MK aux patients parkinsonniens



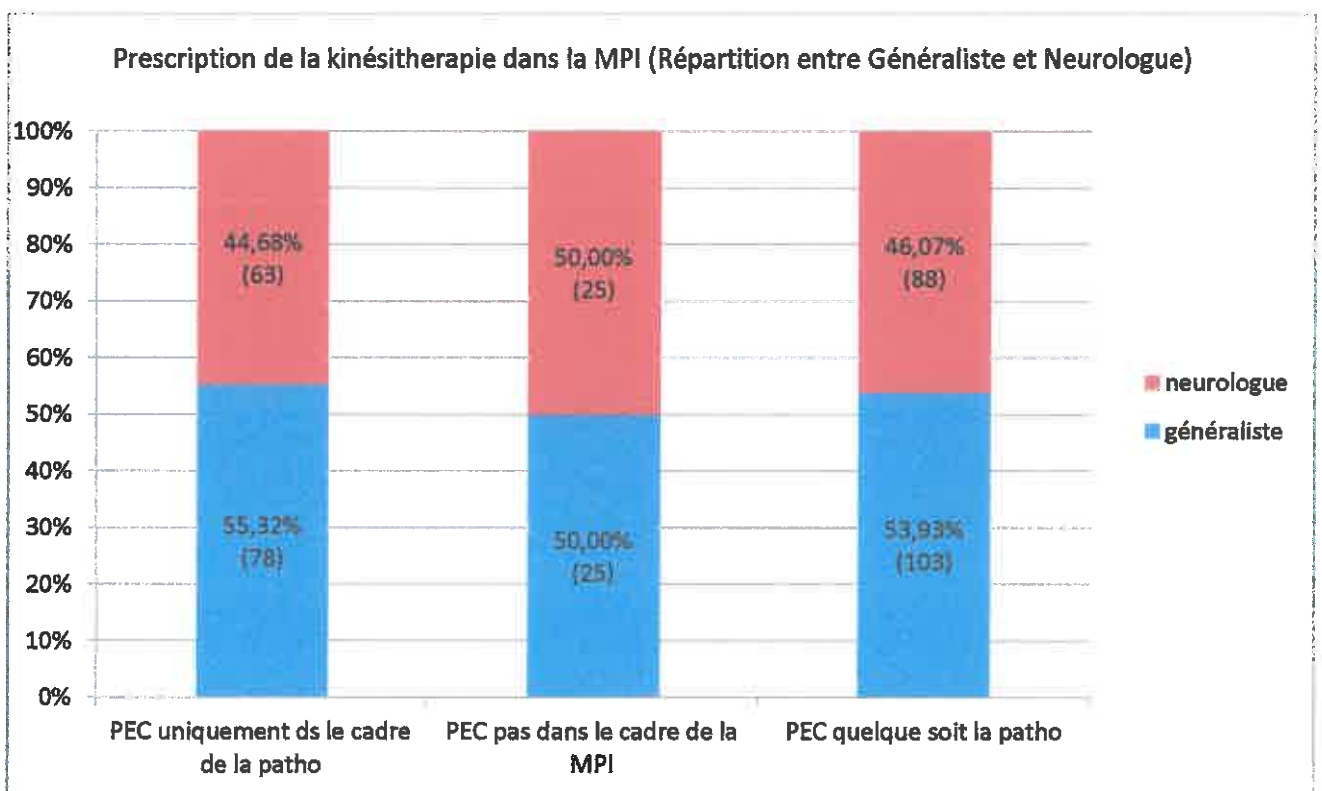
4) Formation des kinés qui prennent en charge des MPI face à la MPI.

	cours à l'ifmk recus		pense être assez informés		formation continue suivi par la suite	
	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
Oui	165	86,39%	114	59,69%	13	6,81%
Non	26	13,61%	77	40,31%	178	93,19%
	191	100,00%	191	100,00%	191	100,00%



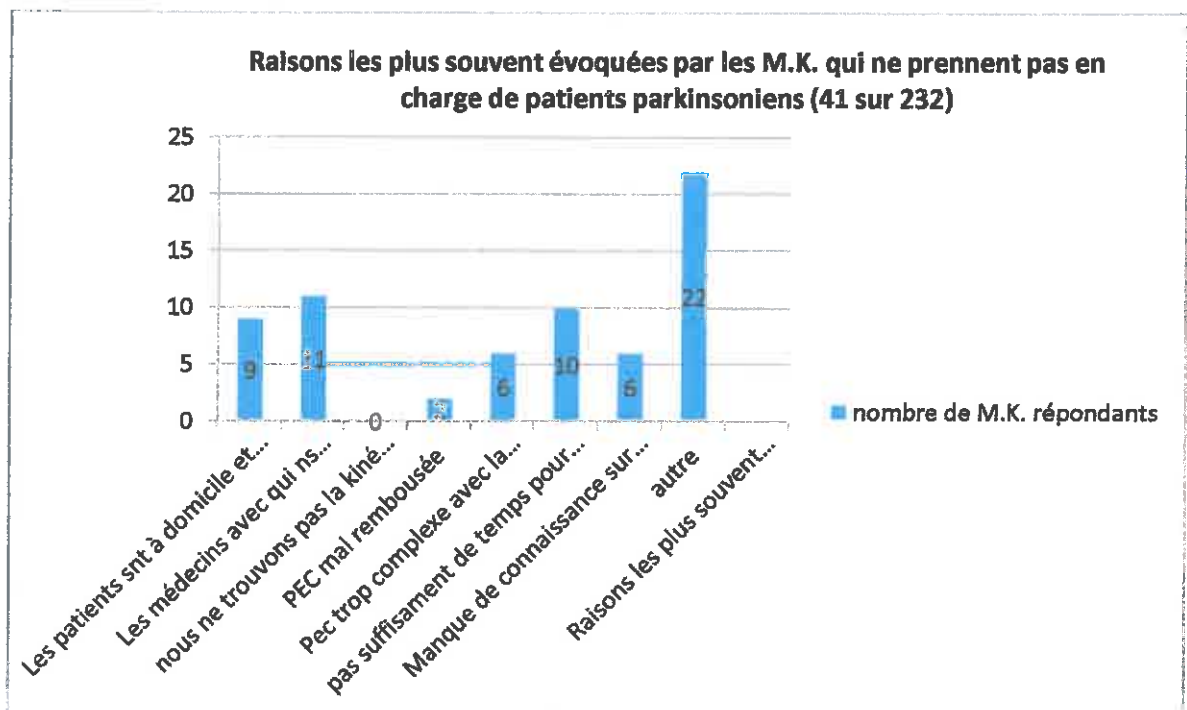
5) Le prescripteur de kinésithérapie en libéral.

prescription	PEC uniquement ds le cadre de la pathologie		PEC pas dans le cadre de la MPI		PEC quel que soit la pathologie	
généraliste	78	55,32%	25	50,00%	103	53,93%
neurologue	63	44,68%	25	50,00%	88	46,07%
total	141	100,00%	50	100,00%	191	100,00%



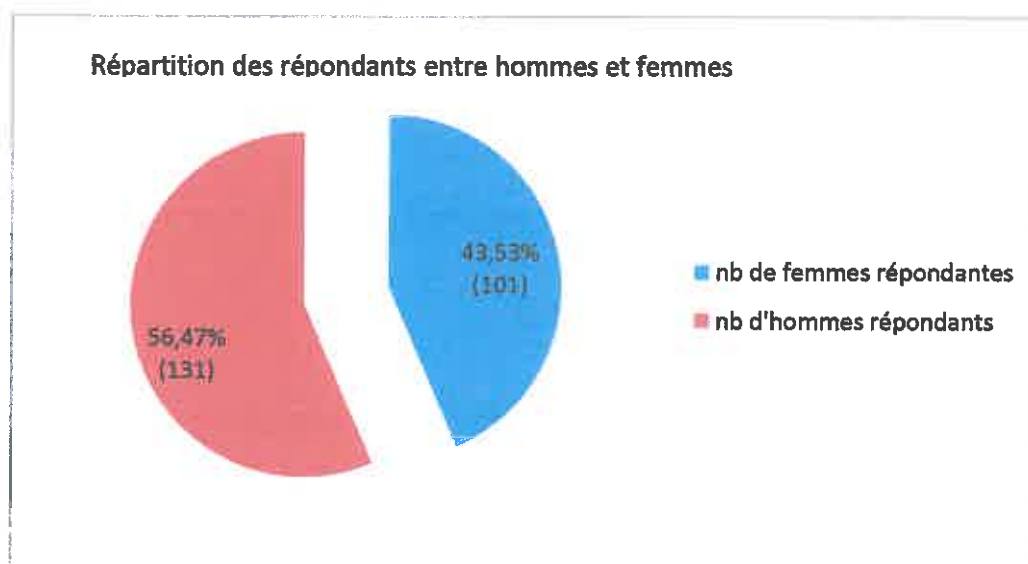
6) Raisons les plus souvent évoquées par les M.K. qui ne prennent pas en charge de patients parkinsoniens.

raisons les plus évoquées	nombre de M.K. répondants	%
Les patients snt à domicile et ns ne faisons pas de domicile	9	21,95
Les médecins avec qui ns travaillons ne prescrivent pas de kiné pour la MPI	11	26,83
nous ne trouvons pas la kiné efficace pour la MPI	0	0
PEC mal remboursée	2	4,88
Pec trop complexe avec la fluctuation motrice	6	14,63
pas suffisamment de temps pour prendre en charge cette pathologie	10	24,39
Manque de connaissance sur la pathologie	6	14,63
Autre	22	53,66



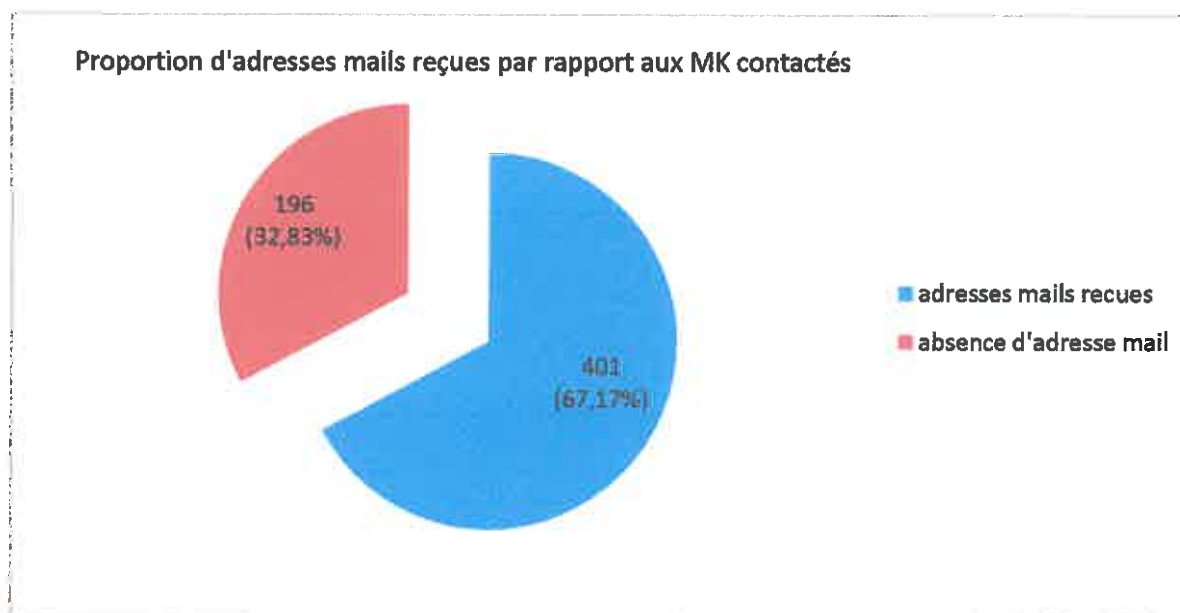
7) Tableau répertoriant le nombre de femmes répondants par rapport au nombre d'hommes.

nb de femmes répondantes	101	43,53%
nb d'hommes répondants	131	56,47%
nb total de répondants	232	100,00%



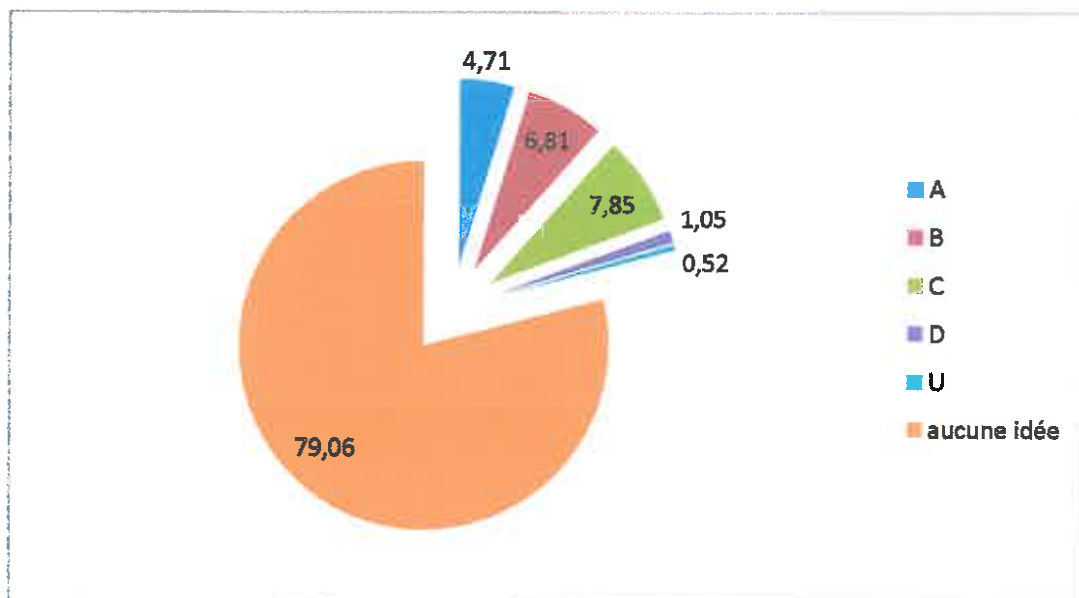
8) tableau répertoriant le nombre d'adresses mails obtenues suite aux appels téléphoniques.

adresses mails reçues	401	67,17%
absence d'adresse mail	196	32,83%
total des M.K.	597	100,00%



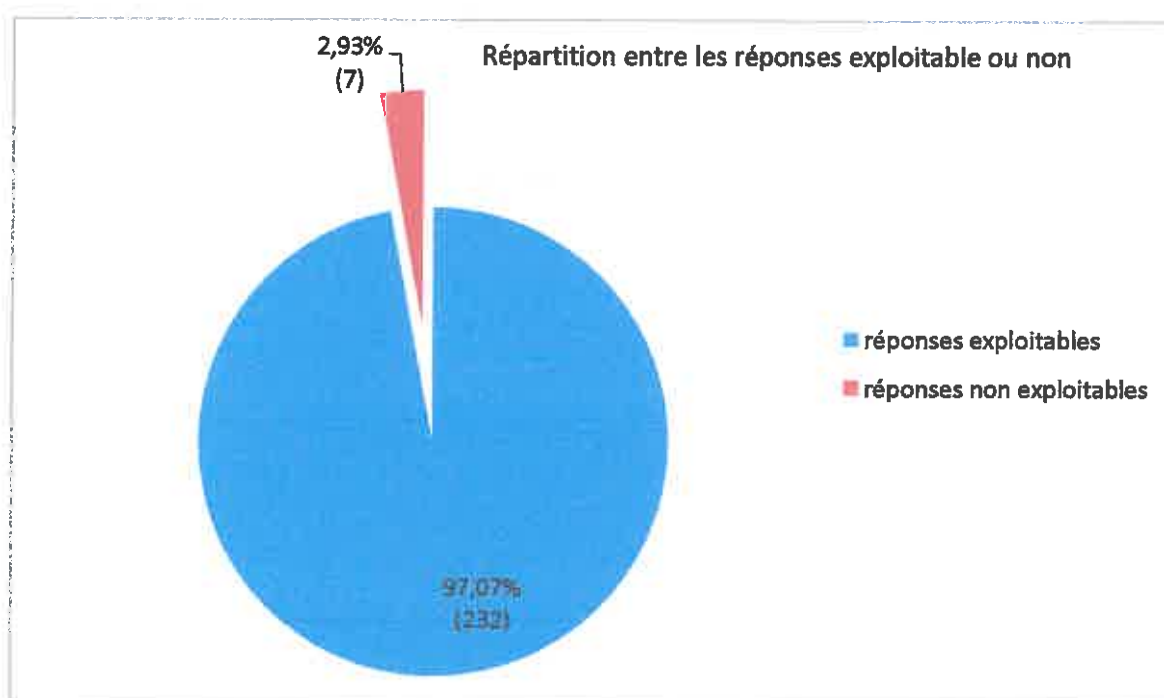
9) Grade de reconnaissance auxquels les M.K. voient la kinésithérapie chez les patients parkinsoniens.

Grade de reconnaissance donné par le kiné	ensemble des kinés qui prennent en charge des MPI	%
A	9	4,71
B	13	6,81
C	15	7,85
D	2	1,05
U	1	0,52
aucune idée	151	79,06
total:	191	100



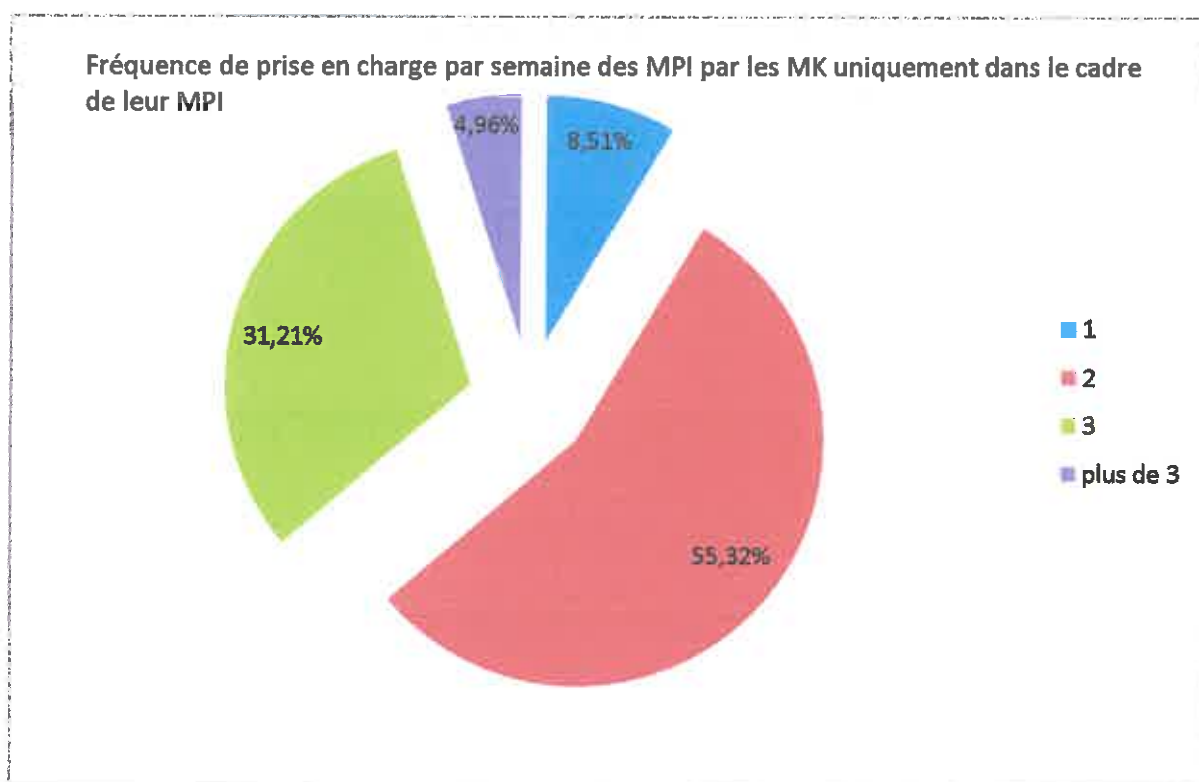
10) Tableau répertoriant le nombre de réponses au questionnaire exploitables.

réponses exploitables	232	97,07%
réponses non exploitables	7	2,93%
total des réponses	239	100,00%



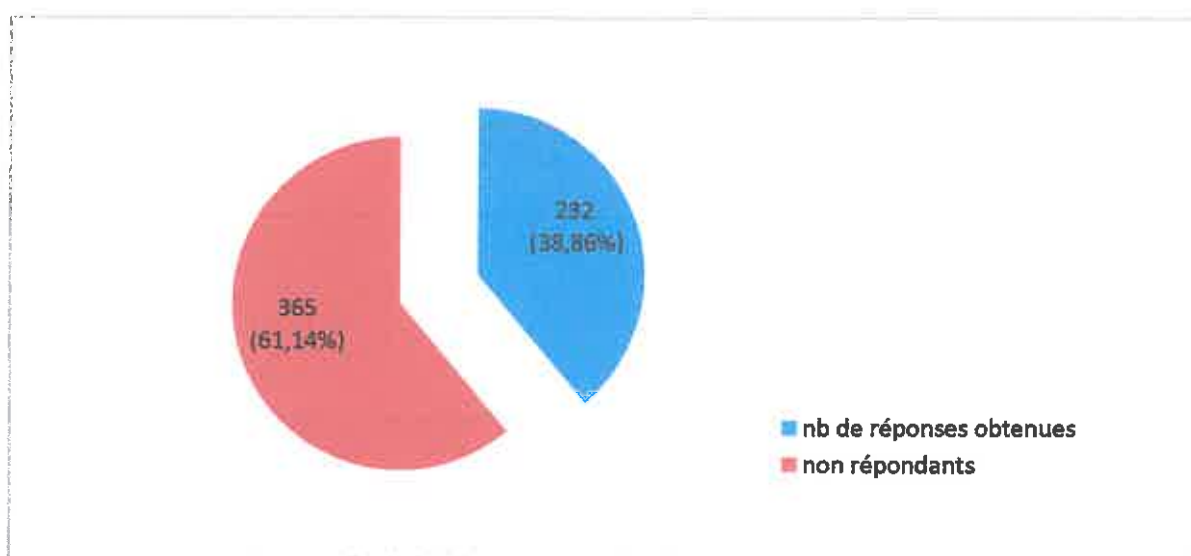
11) Fréquence des PEC par semaine :

nombre de prise en charge en moyenne par semaine	nombre de prise en charge en moyenne par semaine				Total
	1	2	3	plus de 3	
Nombre MK	12	78	44	7	141
Pourcentage	8,51%	55,32%	31,21%	4,96%	100,00%



12) Tableau répertoriant le nombre de réponses obtenues à la clôture du questionnaire.

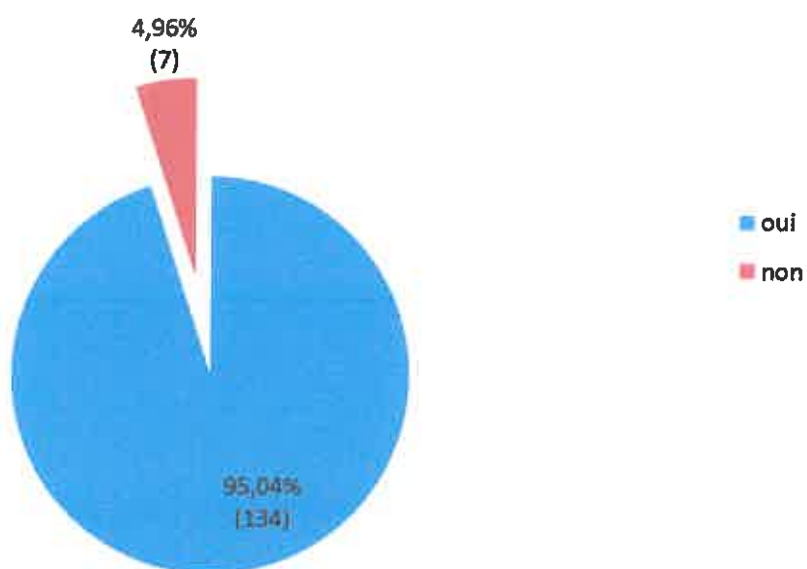
nb de réponses obtenues	non répondants	total des M.K. contactés.
232	365	597
38,86%	61,14%	100,00%



13) Efficacité de la kinésithérapie chez les patients pris en charge.

M.K. qui prennent en charge MPI uniquement ds le cadre de leur MPI		141	100,00%
Kiné efficace selon eux	oui	134	95,04%
	non	7	4,96%

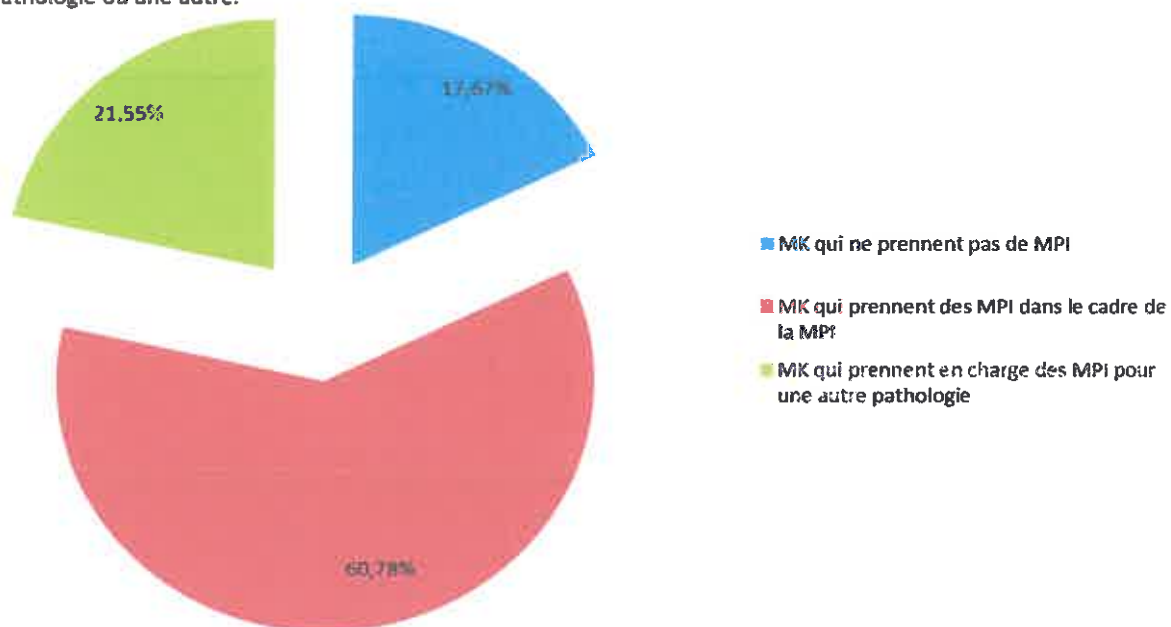
Efficacité de la Kinésithérapie selon les kinés qui prennent en charge des MPI uniquement dans le cadre de leur MPI



14) Répartition des MK qui ne prennent pas en charge de MPI par rapport à ceux qui en prennent en charge que ce soit pour cette pathologie ou une autre.

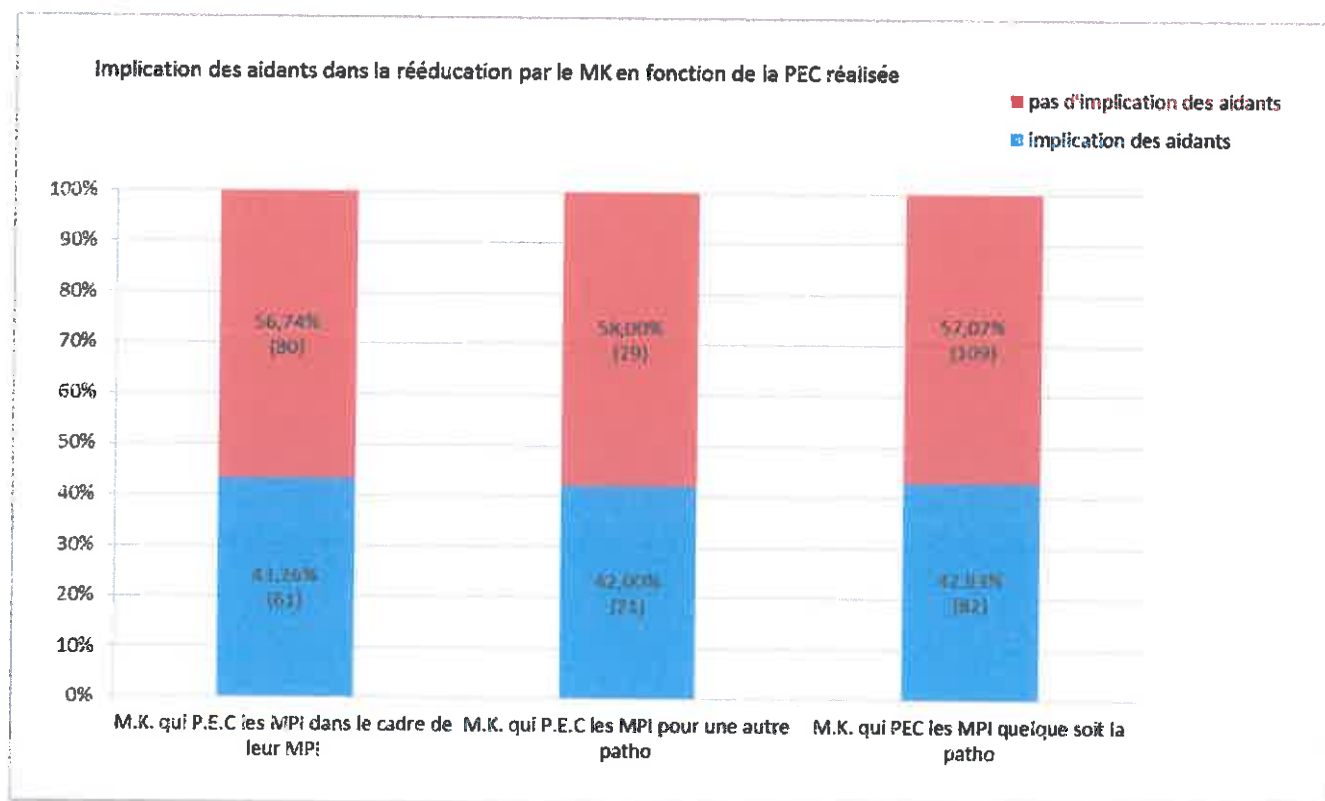
	Total des MK répondants	MK qui ne prennent pas de MPI	MK qui prennent des MPI dans le cadre de la MPI	MK qui prennent en charge des MPI pour une autre pathologie
Nombre	232	41	141	50
Pourcentage	100,00%	17,67%	60,78%	21,55%

Répartition des MK qui ne prennent pas en charge de MPI par rapport à ceux qui en prennent en charge que ce soit pour cette pathologie ou une autre.



15) Tableau récapitulant l'implication des aidants dans la rééducation en fonction de la PEC réalisée.

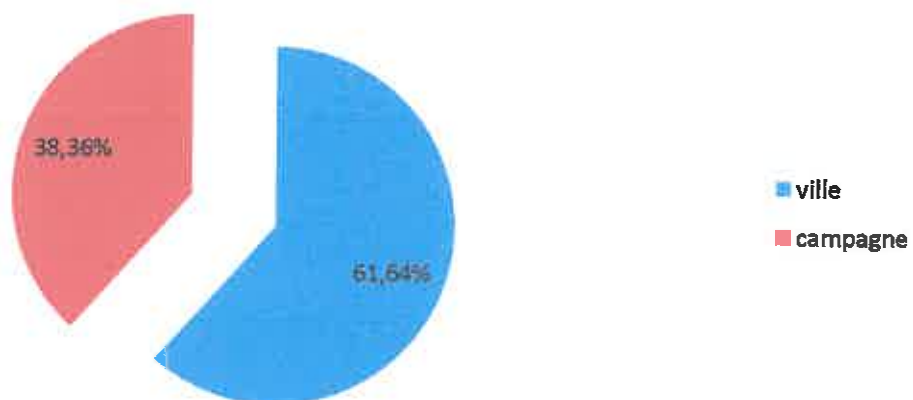
	M.K. qui P.E.C les MPI dans le cadre de leur MPI		M.K. qui P.E.C les MPI pour une autre patho		M.K. qui PEC les MPI quelque soit la patho	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
implication des aidants	61	43,26%	21	42,00%	82	42,93%
pas d'implication des aidants	80	56,74%	29	58,00%	109	57,07%
Total	141	100,00%	50	100,00%	191	100,00%



16) Tableau récapitulatif des M.K. répondants en fonction de leur lieu d'exercice :

lieu d'exercice:	nb de M.K. répondants	Pourcentage
ville	143	61,64%
campagne	89	38,36%
total :	232	100,00%

Répartition entre ville et campagne de la situation des MK ayant répondu



ANNEXE VII : lien vers les réseaux Parkinson en France et mail reçu le 24 mars 2014 suite à informations demandées en décembre 2013 :

<http://www.reseauparkinson-sudest.org/>

<http://incr.fr/maladies/13-maladie-de-parkinson/157-le-reseau-parkinson-bretagne>

Bonjour,

Le Réseau Parkinson sud-est est une association loi 1901 créée en 2001, qui réunit des professionnels de santé et de recherches (neurologues , orthophonistes, kinésithérapeutes, psychologues et neuropsychologues, infirmiers ainsi que chercheurs) des régions PACA, Corse et Languedoc-Roussillon

Le but premier de l'association est d'améliorer la qualité des soins aux personnes touchées par la maladie de Parkinson dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Pour atteindre cet objectif le réseau favorise la communication entre les différents professionnels de santé, organise des formations à destination des personnels de santé (notamment les kinésithérapeutes) , travaille avec les associations de patients comme France Parkinson par la participation de membres du Réseau dans des événements publics de rencontres et de discussions, essaie de diffuser de l'information à l'attention des professionnels et de coordonner des réunions scientifiques et ateliers pratiques, de favoriser l'interaction entre centres de référence du Plan National d'Actions Parkinson et neurologues libéraux, mais également de diffuser de l'information actualisée auprès des patients via le site internet (cette dernière activité étant "gelé" dans l'attente d'une future refonte du site internet).

Malheureusement nous n'avons pas de brochure actualisée à vous envoyer.

A l'heure actuelle et à notre connaissance, il n'existe pas d'autre réseau de professionnels de santé centré uniquement sur la maladie de Parkinson.

En espérant que ces informations vous soit utile.

Bien cordialement

Animation du Réseau Parkinson Sud-Est