



INSTITUT de FORMATION RÉGIONAL aux MÉTIERS de la
RÉÉDUCATION et RÉÉADAPTATION.
54, rue de la Baugerie - 44230 SAINT- SEBASTIEN SUR LOIRE

INTÉRÊT DES SÉANCES DE RÉÉDUCATION COLLECTIVES DANS LA PRISE EN CHARGE KINÉSITHÉRAPIQUE EN LIBÉRAL DES PATIENTS PARKINSONIENS

Camille Pelletier
Année scolaire 2011- 2012
Région des Pays de la Loire

REMERCIEMENTS

En préambule à ce mémoire, je souhaite adresser ici tous mes remerciements aux personnes qui m'ont apporté leur aide et contribué ainsi à l'élaboration de ce mémoire.

Tout d'abord l'ensemble des patients concernés par ce travail, pour l'amabilité qu'ils ont eu de répondre à mes questionnaires.

Madame Hélène Souty-Coïc, Masseur-Kinésithérapeute, pour l'inspiration de ce mémoire et sa disponibilité.

Monsieur Fabrice Cercleron, tuteur de ce mémoire, pour l'aide apportée à la rédaction de cet écrit et le temps qu'il y a consacré.

Enfin, mes proches et amis, qui m'ont toujours soutenue et encouragée au cours de la réalisation de ce mémoire.

RÉSUMÉ

Ce mémoire a été réalisé en dehors de toute période de stage, grâce à la collaboration de Madame Hélène Souty-Coïc, Masseur-Kinésithérapeute Diplômée d'État, des patients parkinsoniens de son cabinet et ceux de ses séances de groupe. L'étude menée porte sur l'intérêt des séances collectives pour patients parkinsoniens en libéral. L'hypothèse émise est que ces séances sont bénéfiques aux patients qui les suivent. Il s'agit d'une étude qualitative sous forme de questionnaires distribués aux patients. Les résultats de cette étude montrent une forte adhésion des patients à ces séances, et un sentiment de réels progrès grâce à elles. Ces résultats encouragent à poursuivre les séances, et permettent de mieux comprendre l'intérêt des associations de soutien dans cette pathologie.

Mots-clés :

Groupe – Social – Séances collectives – Kinésithérapie – Maladie de Parkinson

Keywords :

Group – Social – Group sessions – Physiotherapy – Parkinson's Disease

TABLE DES MATIÈRES

1	Introduction.....	1
2	Introduction à la pathologie.....	1
2.1	Bref Historique.....	1
2.2	Épidémiologie.....	2
2.3	Rappels anatomiques.....	2
2.4	Physiopathologie.....	4
2.5	Aspects cliniques et diagnostiques.....	5
2.5.1	Symptomatologie.....	5
2.5.2	Evolution.....	6
2.5.3	Classification.....	6
2.6	Aspects thérapeutiques.....	7
2.6.1	Traitement médicamenteux.....	7
2.6.2	Rééducation.....	7
2.6.3	Traitement chirurgical.....	8
3	Démarche.....	9
3.1	Intérêt.....	9
3.2	Élaboration du questionnaire.....	10
3.2.1	Première partie.....	10
3.2.2	Deuxième partie.....	10
3.2.3	Troisième partie.....	11
3.2.4	Dernière partie.....	11
4	Introduction à la notion de groupe.....	11
4.1	Psychologie du groupe.....	11
4.1.1	Le concept de groupe : définition.....	11
4.1.2	Intérêts des séances de groupe.....	12
4.1.3	Limites des séances de groupe.....	13
4.2	Proposition d'une hypothèse.....	13
5	Analyse des résultats.....	13
5.1	Constat.....	14
5.1.1	Groupe 1 : patients ayant bénéficié de séances individuelles uniquement.....	14
5.1.2	Groupe 2 : patients bénéficiant de séances de groupe en complément des séances individuelles.....	19
5.2	Exploitation.....	24
6	Discussion.....	27
6.1	Résultats.....	27
6.2	Commentaires des patients.....	27
6.3	Critique de la méthodologie.....	28
7	Conclusion.....	29

1 Introduction

Le sujet de ce travail écrit englobe différents aspects de la prise en charge de la maladie de Parkinson en libéral. Hors d'une structure hospitalière, une approche pluridisciplinaire paraît plus difficile d'accès pour les personnes atteintes de cette affection. Le masseur-kinésithérapeute aura donc un rôle prépondérant dans la prise en charge rééducative de ces patients. D'une part, il devra proposer le maximum, dans le respect de ses compétences, pour lutter contre l'aggravation des symptômes. D'autre part, sa prise en charge évoluera dans de multiples domaines, tant les symptômes de la maladie sont divers et variés. La rencontre avec quelques patients atteints de cette affection a soulevé plusieurs questionnements. Tout d'abord, l'observation s'est portée sur une session de séances collectives. L'enthousiasme présent lors de ces séances a encouragé l'idée d'un hypothétique intérêt thérapeutique. Par la suite, l'occasion s'est présentée d'observer plusieurs séances individuelles, qu'il s'agisse de patients qui suivent les séances collectives ou non. La question qui s'est initialement imposée à l'esprit était de savoir quel intérêt trouvaient les patients à ce type de séances. Y avait-il un intérêt analytique, fonctionnel, social ou encore autre ? C'est ce que ce mémoire tente d'analyser au travers de questionnaires auxquels vingt patients parkinsoniens ont eu l'amabilité de répondre. Il ne s'agit pas ici de chercher une validation d'hypothèse au sens strict du terme, mais plutôt d'un axe de réflexion sur l'intérêt que peuvent y trouver les personnes qui bénéficient de ces séances.

2 Introduction à la pathologie

2.1 *Bref Historique*

En 1817, James Parkinson, dans « An essay on the Shaking Palsy », décrit une maladie caractérisée par deux symptômes majeurs, le tremblement de repos et la démarche festinante dans un contexte de déficit musculaire [1]. Il la nommera « paralysie agitante ». En 2000, la Conférence de Consensus sur la maladie de Parkinson signe une réflexion professionnelle approfondie sur le sujet puisqu'elle a abouti à la publication de l'ensemble des textes présentés et des recommandations du jury [2].

Durant les deux siècles qui se sont écoulés, de multiples recherches ont été menées pour approfondir les aspects physiopathologiques de la maladie.

2.2 Épidémiologie

M. Pagès étudie en 1990 plusieurs études épidémiologiques [3]. L'incidence de la maladie varie selon les études entre 5 et 24 pour 100000 par an, avec une fréquence accrue chez les sujets de race blanche d'Europe et des Etats-Unis. La prévalence de la maladie est évaluée chez les sujets de race blanche entre 66 à 187 pour 100000 habitants (de même, il est retrouvé un taux plus élevé dans les population des Etats-Unis, d'Angleterre et de Finlande).

Les maladies de Parkinson idiopathiques représentent alors 85,5% des cas, contre 7,2% de syndromes parkinsoniens apparentés.

L'âge des patients augmente ; en effet, l'âge de début de la maladie augmente, de même que l'espérance de vie. Selon M. Pagès, les conséquences socio-économiques qui en résultent sont une augmentation du nombre de patients à prendre en charge, un nombre accru d'hospitalisations du fait du handicap engendré et un coût financier de plus en plus lourd.

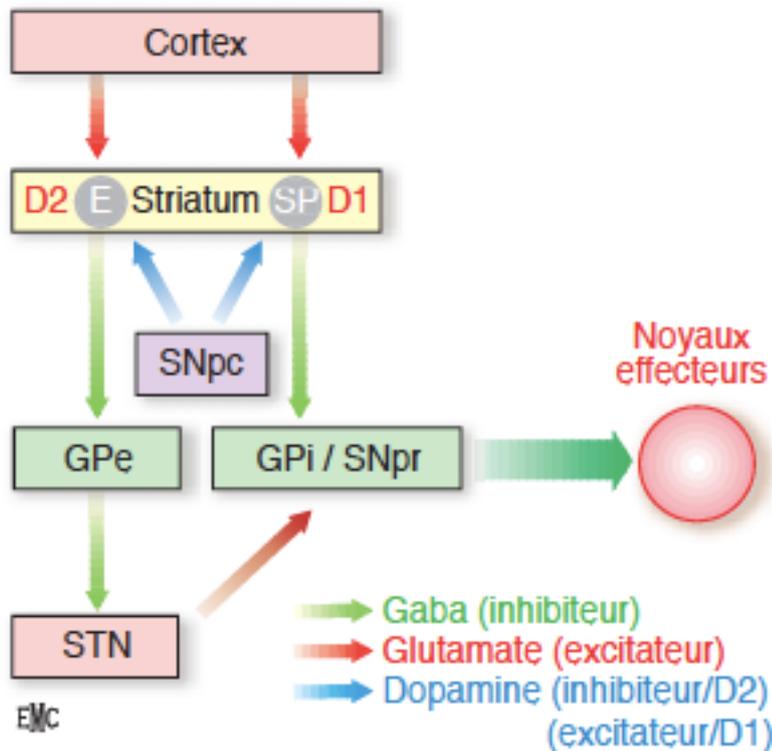
L'origine de la maladie restant encore inconnue, de nombreuses hypothèses étiologiques sont avancées (études des facteurs environnementaux, génétiques, de populations,..). Toutefois, l'hypothèse génétique semble très critiquable. De même, il n'est retrouvé aucune association morbide particulière avec des facteurs de risques tels que le tabac ou l'hypertension artérielle. Cependant, des arguments en faveur d'une corrélation entre l'exposition aux pesticides et l'apparition de la maladie de Parkinson ont été avancés par des études de l'Inserm [4].

2.3 Rappels anatomiques

Les noyaux gris centraux se composent principalement du noyau caudé, du putamen et du pallidum ainsi que du noyau sous-thalamique et de la substance noire[5]. Le noyau caudé et le putamen forment le striatum dorsal. Le pallidum est séparé en globus pallidus interne et globus pallidus externe.

La substance noire est divisée en pars compacta (SNpc) qui constitue en grande partie l'innervation dopaminergique du striatum, et pars reticulata (SNpr) qui constitue avec le Globus Pallidus interne (GPi) la structure de sortie des noyaux gris centraux.

Les interactions entre les différents noyaux gris centraux sont résumées par la figure suivante :



Source 1 Damier P., Aspects Neurochimiques de la Maladie de Parkinson, Encyclopédie Médico-Chirurgicale 17-062-A-10, p5

Le striatum est le système d'entrée dans les noyaux gris centraux. Il reçoit des afférences de plusieurs aires du cortex. Schématiquement, deux populations de neurones composent le striatum ; elles se différencient par les récepteurs dopaminergiques qu'elles portent.

La voie directe prend son origine au niveau du striatum dans les neurones GABAergiques possédant des récepteurs dopaminergiques D1 neuro-excitateurs et projette dans le complexe GPi/SNpr. La voie indirecte prend son origine dans les neurones GABAergiques aux récepteurs dopaminergiques D2 neuro-inhibiteurs et projette, via le Globus Pallidus externe (GPe) et le noyau sous-thalamique (STN), dans le complexe GPi/SNpr [6]. La dopamine agit donc en activant la voie directe et en inhibant la voie indirecte.

Lorsque la voie directe est activée, elle permet une levée du tonus inhibiteur des structures de sortie et est donc favorable à la réalisation d'un acte moteur.

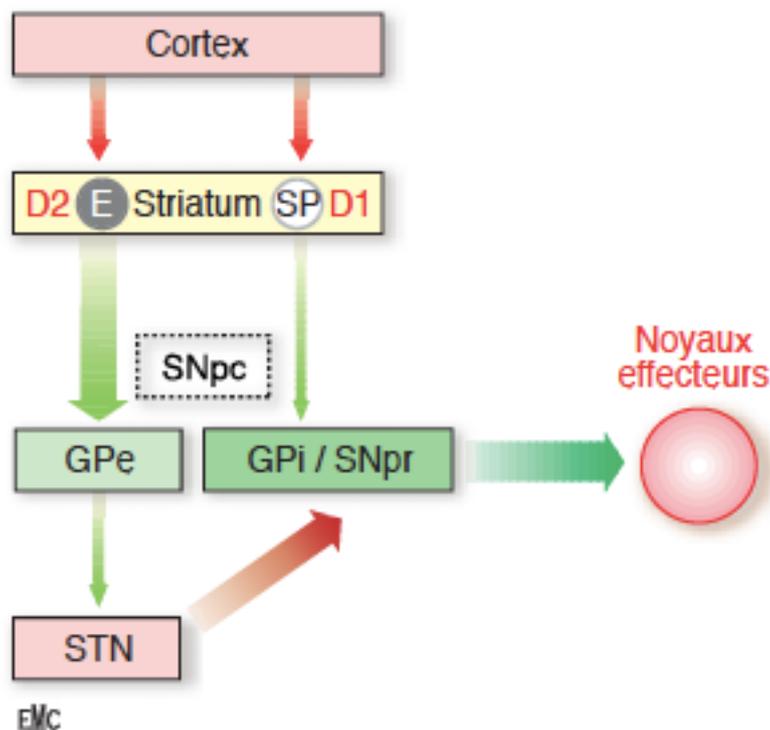
La voie indirecte renforce ce tonus inhibiteur et est défavorable à la réalisation d'un mouvement.

La réalisation d'un acte moteur correct résulte du juste équilibre entre ces deux voies. La dopamine joue un rôle capital à ce niveau.

Les structures de sortie GPi/SNpr exercent un tonus inhibiteur sur les noyaux effecteurs, considérés ici plus simplement comme le thalamus, qui projettera dans le cortex. Au niveau moteur, le rôle des noyaux gris centraux est d'exécuter des programmes acquis qui s'enchaînent correctement dans leurs différentes étapes.

2.4 Physiopathologie

La maladie de Parkinson correspond à une destruction du système dopaminergique nigrostriatal [7]. Ceci entraîne une réduction du nombre de neurones au niveau de la substance noire et donc une dénervation dopaminergique massive du striatum. Le déficit en dopamine bouleverse le fonctionnement des noyaux gris centraux : il y a diminution de l'activité de la voie directe et augmentation de celle de la voie indirecte. Le tonus inhibiteur des structures de sortie sur les noyaux effecteurs augmente, et permet l'apparition de la symptomatologie parkinsonienne.



Source 2 Damier P., Aspects Neurochimiques de la Maladie de Parkinson, Encyclopédie Médico-Chirurgicale 17-062-A-10, p5

2.5 Aspects cliniques et diagnostiques

2.5.1 Symptomatologie

La maladie de Parkinson est une atteinte du système nerveux central et plus particulièrement du système extrapyramidal. Elle correspond à une perte des systèmes involontaires.

Elle se distingue par trois signes cardinaux: akinésie, rigidité et tremblement de repos. C'est la triade symptomatique [5].

L'akinésie correspond à une lenteur des gestes et une perte des mouvements automatiques. La force musculaire est, en revanche, normale.

L'hypertonie est l'élément le plus fréquent du syndrome parkinsonien. Elle est extrapyramidale, plastique, rigide, caractérisée par une résistance à l'étirement cédant par à-coups : c'est le phénomène de « roue dentée ». Elle prédomine sur les muscles antigravitaires. Le tremblement est dit de repos, c'est-à-dire qu'il survient en l'absence de tout mouvement volontaire. Il prédomine aux extrémités, est lent, régulier, unilatéral (ou asymétrique). Il augmente avec les émotions, la fatigue et le coût attentionnel. Il disparaît lors du mouvement volontaire.

D'autres troubles sont associés à cette triade :

- troubles de la marche
- troubles de l'équilibre
- instabilité posturale : rétropulsion
- dyskinésies
- motricité fine de la main
- micrographie et langage
- amimie
- troubles psychiques et cognitifs
- troubles digestifs : nausées, vomissements, déglutition, hypersalivation
- troubles tensionnels
- hypersudation
- troubles vésicosphinctériens
- troubles sexuels
- troubles respiratoires
- douleur

- troubles du sommeil

2.5.2 Evolution

La maladie évolue en différentes phases. Au stade de maladie débutante ou « lune de miel » les premiers signes de la maladie sont en général assez discrets [6]. Il s'agit souvent de fatigue, de crampes, d'aisance moindre des gestes, de maladresse à la marche... Le tremblement reste le motif de consultation le plus fréquent [1]. L'absence de symptômes reconnaissables entraîne ainsi une datation de début de la maladie imprécise.

La phase d'état se caractérise par l'émergence des signes cliniques vus et l'accentuation de la gêne fonctionnelle. De plus, des effets secondaires liés au traitement dopaminergique donnent de nouveaux symptômes, tant sur le plan moteur (fluctuation d'efficacité et dyskinésies) que sur le plan psychique. La réponse thérapeutique au traitement va varier au cours de la journée entre bonne performance motrice (phase ON) et performance motrice réduite (phase OFF).

La phase de déclin s'accompagne d'un handicap accru : il y a perte d'autonomie par combinaison de l'âge et de l'évolution de la maladie. Les signes sont accentués, les périodes ON réduites et la réponse au traitement est diminuée. Le déclin concerne en majorité les fonctions motrices, cognitives et neurovégétatives, ces dernières pouvant engager le pronostic vital.

2.5.3 Classification

En 1967, Hoehn et Yahr proposent une classification selon la gravité de l'atteinte.

Stade I : Atteinte unilatérale : incapacité fonctionnelle négligeable.

Stade II : Atteinte bilatérale : aucune évidence d'instabilité posturale.

Stade III : Atteinte bilatérale avec instabilité posturale : maintien de la capacité de vaquer à ses activités quotidiennes, incapacité fonctionnelle légère à modérée.

Stade IV : Incapacité fonctionnelle sévère : le patient ne peut faire ses activités quotidiennes sans assistance.

Stade V : Patient alité ou restreint à une chaise roulante.

2.6 Aspects thérapeutiques

2.6.1 Traitement médicamenteux

Il n'existe actuellement aucun traitement curatif de la maladie de Parkinson idiopathique. Les traitements proposés sont essentiellement symptomatiques[2].

La L-Dopa reste le traitement de référence dans la prise en charge des patients parkinsoniens. Elle va majorer le taux de dopamine puisqu'elle en est le précurseur. Elle est significativement efficace à long terme sur la triade symptomatique. Cependant, des complications motrices telles que les fluctuations et les dyskinésies apparaissent le plus souvent en phase d'état (86% des cas)

Les agonistes dopaminergiques vont stimuler les récepteurs dopaminergiques. Ils ont une efficacité réduite par rapport à la L-Dopa mais présentent moins d'effets moteurs indésirables. Ils partagent cependant les mêmes effets secondaires digestifs et psychiatriques et sont déconseillés chez les patients âgés.

Les choix thérapeutiques dépendent du type de symptômes, de l'importance du handicap, de l'âge, de l'état cognitif et psychique et du risque de survenue d'effets indésirables.

Les stratégies thérapeutiques mises en place selon l'évolution de la maladie ont été définies au cours de la conférence de consensus de mars 2000.

2.6.2 Rééducation

Selon la conférence de consensus de mars 2000, le type de rééducation à mettre en place pour les patients parkinsoniens est difficile à définir. Ses indications sont variées (préventive ou fonctionnelle), et les techniques peuvent être spécifiques (lutte contre le freezing) ou non. Cependant, le principe de base de la rééducation est qu'elle reste symptomatique et s'attache à remplacer les mouvements involontaires perdus par des mouvements volontaires.

J. Pélissier et D. Pérennou [8] citent plusieurs programmes qui prennent en compte la prédominance des troubles moteurs ainsi que le stade d'évolution de la maladie. La prise en charge consiste à proposer des exercices de coordination des gestes, d'équilibration, le travail des différents transferts ainsi que des exercices de marche. Le contrôle postural apparaît ainsi capital, puisqu'il conditionne entre autres le risque de chute. L'accent sera mis sur les techniques d'indéces sonores et visuels qui permettent d'améliorer les difficultés à initier un

acte moteur. Il existe peu d'essais cliniques pour confirmer l'efficacité d'une telle prise en charge, mais le bénéfice de ces exercices dans la vie quotidienne semble démontré.

Selon les phases évolutives, les exercices proposés au patient seront adaptés à ses capacités fonctionnelles et à ses besoins.

Au début de la maladie (stades I et II de Hoehn et Yahr), les troubles moteurs sont modérés. La rééducation a pour objectif de maintenir les activités existantes et de stimuler l'exercice physique régulier. Le patient développe ainsi ses capacités aérobies, sa mobilité et son équilibre. La rééducation est dite « préventive ».

En phase de maladie installée (stade III et IV), la sollicitation de commande volontaire devient impérative ; le kinésithérapeute insiste sur le séquençage des mouvements et les techniques d'indiçages sonores et visuels. L'apprentissage des « starters », astuces de lutte contre le freezing, devient essentiel. La rééducation s'adapte aux fluctuations d'activités. La phase ON permettra les techniques gymniques, les exercices de coordination et de marche. La phase OFF, révélatrice du handicap moteur, sera consacrée à l'entraînement aux techniques de transferts et retournements.

À un stade de perte d'autonomie très avancée (stades IV et V), la rééducation devient palliative. Les techniques de nursing et de prévention des complications du décubitus seront indiquées. La réadaptation devient indispensable.

Les troubles de la parole sont fréquents chez le patient parkinsonien. Partie intégrante de la vie sociale du patient, il apparaît important, malgré le manque de méthode de rééducation validée, de développer le contrôle volontaire du langage.

Les perturbations de la déglutition sont plus rares. La prise en charge de ces troubles consiste en un apprentissage des postures de protection (tête en antéflexion) et à des conseils alimentaires [1].

2.6.3 Traitement chirurgical

Les approches chirurgicales qui permettent de concilier efficacité et prise de risque minimale se résument aux techniques de neurochirurgie fonctionnelle. La technique lésionnelle par électrocoagulation permet un geste unique sans pose de matériel mais reste une technique unilatérale et irréversible. La neurostimulation à haute fréquence est la technique qui répond le mieux aux impératifs fixés. Elle permet la réversibilité, l'adaptabilité et une action

bilatérale malgré un coût important du matériel implanté. La neurochirurgie fonctionnelle cible le thalamus, le globus pallidus interne ou le noyau subthalamique qui apparaît comme la meilleure cible [2].

Il s'agit d'une voie de recours efficace dans la prise en charge des troubles moteurs sévères à un stade évolué de la maladie. Le bénéfice fonctionnel est important et permet un allègement des doses de L-Dopa dans la plupart des cas.

3 Démarche

3.1 *Intérêt*

Lors de l'enseignement dispensé au sein de tout cursus de Masso-Kinésithérapie est abordée la rééducation des patients atteints de Maladie de Parkinson. Lors de l'intervention faite par un intervenant extérieur sur ce sujet à l'Institut de Formation Régional aux Métiers de la Rééducation et de la Réadaptation (IFM3R) de Nantes, il a été mentionné que cette personne dispensait des cours de gymnastique de groupe à ses patients parkinsoniens, une fois par semaine pendant une heure. L'occasion s'est ainsi présentée d'observer plusieurs de ces séances et de se demander l'intérêt d'une telle rééducation.

En étudiant la littérature, il apparaît ainsi que très peu d'études ont été menées sur le sujet. J. Péliissier et D. Pérennou [8] ont étudié des essais cliniques évaluant les effets de la kinésithérapie de groupe chez le patient parkinsonien avec un niveau de preuve suffisant. Ainsi, l'étude contrôlée et randomisée de Palmer et al. [9] a montré une amélioration de l'index de marche, de la force de préhension, de la coordination visuo-motrice, du tremblement du membre supérieur ainsi que du bien-être chez l'ensemble des patients pris en charge. L'étude de Viliani et al. montre une amélioration significative des transferts.

Cependant, aucune étude comparative entre les effets de séances de groupe par rapport à des séances individuelles n'a été menée à ce jour. La problématique posée est donc la suivante : **Les séances collectives ont-elles une action bénéfique sur la prise en charge kinésithérapique des patients atteints de la maladie de Parkinson?**

Une étude au sens strict du terme n'étant pas réalisable avec le groupe de patients observé, il est apparu judicieux d'évaluer l'intérêt de ces séances de leur propre point de vu sous forme de questionnaire.

3.2 *Élaboration du questionnaire*

Le questionnaire est joint en annexe.

3.2.1 Première partie

La première partie du questionnaire concerne les généralités sur le patient. Elle est largement inspirée des échelles d'évaluation sélectionnées par le texte long des recommandations du jury de la Conférence de Consensus de mars 2000 qui a eu lieu à l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière à Paris [2]. Le texte de P. Krystkowiak [10] a permis de s'inspirer des échelles recommandées pour les items du questionnaire. L'échelle de Hoehn et Yahr a été utilisée afin d'évaluer le stade de la maladie de chaque patient. La Unified Parkinson Disease Rating Scale a été utilisée pour son aspect multidimensionnel et certains items s'inspirent de l'échelle de Columbia. De plus, il est apparu essentiel de préciser le temps d'exercice physique effectué en dehors des séances de kinésithérapie, ainsi que la fréquence des sorties en lieux publics. Les informations ainsi recueillies faciliteront l'exploitation des résultats des questionnaires.

3.2.2 Deuxième partie

La deuxième partie concerne les séances de rééducation individuelles. Il y est tout d'abord demandé de préciser depuis combien de temps le patient en bénéficie (il sera intéressant de comparer ce chiffre avec la date de diagnostic de la maladie) et à quelle fréquence. Par la suite, le patient doit évaluer ses propres progrès dans les activités limitées, information à corrélérer avec celles précisées dans la première partie. Une évaluation du bien-être sur une échelle de 1 à 10 est demandée ainsi que des questions sur le confort affectif, psychologique et social, inspirées de l'échelle PDQ 39 détaillée par P. Krystkowiak en 2006 [11]. C'est une échelle spécifique de la maladie de Parkinson qui évalue la qualité de vie. Les items retenus concernent surtout l'aspect psychologique et social.

En effet, la dépression dans la maladie de Parkinson est un thème récurrent [12]. La fréquence du syndrome dépressif est estimée entre 7 et 76% selon la population étudiée et l'échelle d'évaluation utilisée. J.M. Wirotius et J.L. Petrisans [13] décrivent plusieurs tests utilisés pour diagnostiquer la dépression. Cependant, l'utilisation de ces échelles requiert un certain niveau de connaissance médical, c'est pourquoi il n'est pas question ici d'utiliser ces échelles.

Sans aller jusqu'au diagnostic de dépression, il apparaît donc que le bien-être des patients est affecté dans cette pathologie, comme dans la majorité des affections chroniques. L'hypothèse

que l'isolement et la réduction des activités observés fréquemment chez les patients parkinsoniens pourraient alimenter cette souffrance permet d'introduire le bénéfice possible de séances de groupe.

En effet, un des intérêts du groupe, que nous détaillerons ultérieurement, réside dans le soutien psychologique et social qu'il apporte.

Afin de pouvoir comparer les effets des séances de groupe et ceux des séances individuelles, il est donc important de prendre en compte ce paramètre.

3.2.3 Troisième partie

La troisième partie est constituée de questions identiques à celles de la deuxième partie, mais concernent la rééducation collective. Elle permettra la comparaison des résultats entre ces deux types de séances.

3.2.4 Dernière partie

La dernière partie concerne les relations du patient avec son conjoint. En effet, la présence du conjoint lors des séances (individuelles comme collectives) est suffisamment fréquente pour s'y intéresser de plus près. En 2007, C. Dressen [14] publie un enquête qui « vise à appréhender le retentissement de la maladie de Parkinson sur la qualité de vie du conjoint » et à identifier les besoins de ce dernier « en termes d'information et de soutien ». Les items utilisés dans le questionnaire sont identiques aux thèmes de cette étude sur « l'accompagnement », c'est-à-dire le vécu de la maladie au quotidien. Le questionnaire comporte donc des questions pour le conjoint, concernant aussi bien son point de vue sur les progrès du patient que son propre bien-être.

4 Introduction à la notion de groupe

4.1 *Psychologie du groupe*

4.1.1 Le concept de groupe : définition

Selon D. Oberlé [15], « tout regroupement de personnes ne constitue pas forcément un groupe ». En effet, pour parler de groupe il faut considérer les liens qui unissent les membres de cet ensemble d'individus. Le psychanalyste D. Anzieu [16] distingue plusieurs types de groupes parmi lesquels le groupe primaire ou « groupe restreint ». Ce dernier présente plusieurs caractéristiques transposables aux séances collectives de kinésithérapie :

- Le nombre de membres est limité : dans le cas décrit, le groupe est composé d'une quinzaine de personnes. Une perception individualisée de chacun est alors possible ainsi que des échanges entre les individus ; tous les membres se connaissent et discutent volontiers en arrivant aux séances.

- Le groupe poursuit un but dit commun qui répond aux intérêts et besoins de chaque membre. En effet, le but de chaque membre est d'améliorer leur qualité de vie, affectée par la maladie de Parkinson.

- Il existe des relations affectives entre les membres. Lors du début de séances, les membres échangent des nouvelles de connaissances communes, organisent des sorties au restaurant et saluent les conjoints présents.

- Les membres font preuve d'interdépendance et de solidarité. À l'arrivée aux séances, il est rare qu'un des membres déclenche un phénomène de freezing sans qu'aussitôt un autre vienne lui porter assistance grâce à un « starter ».

À propos du groupe primaire, R. Mucchielli décrit brièvement l'influence qu'il exerce sur ses membres [17]. Ainsi, pour évaluer l'influence du groupe, il préconise d' « étudier les performances individuelles et les performances collectives sur un même genre de travail ». C'est pourquoi le questionnaire distribué aux membres du groupe comporte une partie sur les séances individuelles et une autre sur les séances collectives.

4.1.2 Intérêts des séances de groupe

Après étude de la littérature [13 ; 15 ; 16 ; 17 ; 18] et réflexion personnelle, il apparaît plusieurs points d'intérêt à une prise en charge collective en rééducation, tant au niveau thérapeutique que psychologique :

- Motivation accrue par émulation de groupe,
- Lutte contre l'apathie entraînée par la pathologie,
- Solidarité entre les membres et soutien social important,
- Lutte contre l'isolement,
- Amélioration des performances grâce à une séance de rééducation supplémentaire par semaine,

- Procuration d'un bien-être et renfort de la confiance en soi.

Une équipe suisse composée d'ergothérapeutes et de physiothérapeutes [18] décrit la mise en place d'un programme de rééducation de groupe pendant plusieurs sessions ; leur prise en charge s'étend « au-delà d'un simple entraînement physique ». Selon les auteurs, « l'amélioration psychique se répercute sur leurs capacités fonctionnelles ». C'est en effet l'argument principal en faveur d'une prise en charge de groupe.

4.1.3 Limites des séances de groupe

En revanche, le groupe peut également porter préjudice à ses membres:

- Sentiment de compétition agressive,
- Hétérogénéité du groupe : dans le groupe étudié se mêlent des patients de tous stades. La comparaison des uns aux autres, qu'il s'agisse d'un regard sur le passé et les capacités perdues comme de la vision d'un futur état évolutif de la maladie peut perturber la prise en charge,
- Sentiment de malaise en compagnie des autres,
- Absence d'intimité avec le kinésithérapeute
- Séances non exclusives et donc moins adaptées aux besoins de chacun que des séances individuelles.

4.2 Proposition d'une hypothèse

Après considération des arguments en faveur ou non des séances de groupe, l'hypothèse choisie est la suivante : **les séances de groupe ont un effet bénéfique sur la rééducation des patients parkinsoniens.**

5 Analyse des résultats

L'analyse des résultats se fait suivant deux groupes, l'un composé de 6 patients n'ayant suivi que des séances individuelles, l'autre composé de 14 patients bénéficiant de séances individuelles et de séances collectives.

5.1 Constat

5.1.1 Groupe 1 : patients ayant bénéficié de séances individuelles uniquement

La moyenne d'âge de ces patients est de 72,7 ans avec des âges compris entre 58 et 81 ans. Aucun des participants n'exerce encore une activité professionnelle. La moyenne des dates de diagnostic donne l'année 2004 avec une valeur minimale de 1993 pour un participant. Les stades de Hoehn et Yahr des patients sont visibles sur la figure 1 (Rappel : le stade 1 constitue une atteinte légère ; au stade 5, le patient est grabataire).

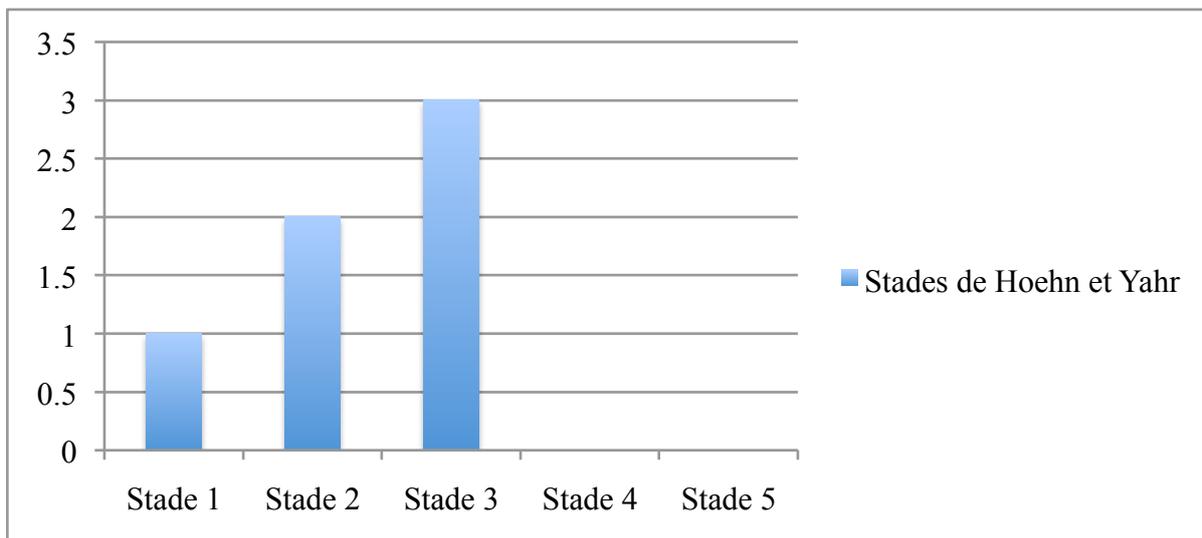


Figure 1 Répartition des stades de Hoehn et Yahr pour ces 6 patients.

La fréquence des signes caractéristiques et autres signes associés retrouvés chez les sujets est représentée sur la figure 2.

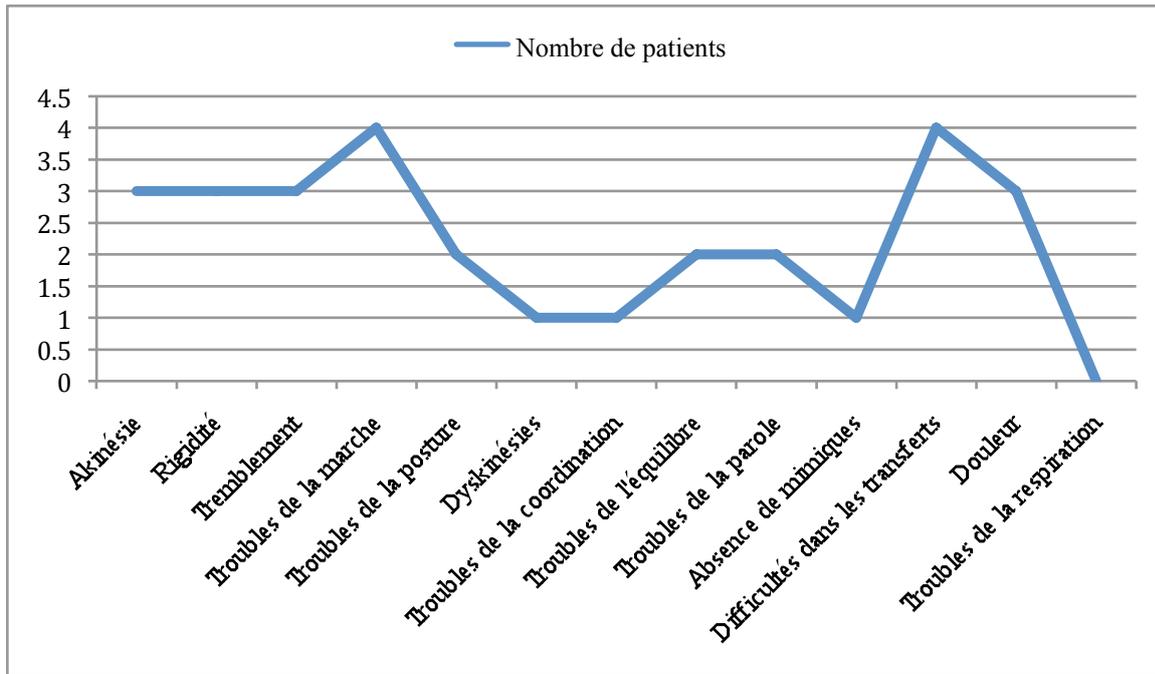


Figure 2 Fréquence des signes cliniques chez les sujets du groupe 1.

Pour les items concernant les problèmes survenant lors de la marche, 3 patients sur 6 décrivent une impression de coller au sol ; 1 sur 6 éprouve des difficultés d'initiation de la marche et 3 souffrent de blocages. Seul 1 d'entre eux a estimé souffrir de piétinement ; 2 décrivent des troubles d'accélération de la marche.

Sur la question de l'équilibre, les réponses ont été les suivantes:

	Très bon	Bon	Difficile	Chutes fréquentes
Equilibre assis	0	5	0	0
Equilibre debout	0	5	1	0
Equilibre pendant la marche	0	4	2	0

À la question « Combien de fois par semaine faites-vous de l'exercice ? », 4 participants sur 6 ont déclaré faire de l'exercice en dehors des séances de rééducation, allant de 90 minutes par semaine à 30 minutes par jour. 2 participants se sont abstenus de répondre.

À propos de la notion de double tâche, les patients ont émis les réponses suivantes :

	Facile	Faisable avec de légères difficultés	Réalisable mais très difficile	Impossible
Parler en marchant	4	2	0	0
Compter en marchant	4	1	1	0
Taper des pieds en rythme avec la musique	2	2	0	0
Faire les marionnettes avec les mains et les regarder	4	2	0	0

Enfin, à la question sur la fréquence des sorties et loisirs des sujets, les résultats recueillis sont synthétisés sur la figure 3.

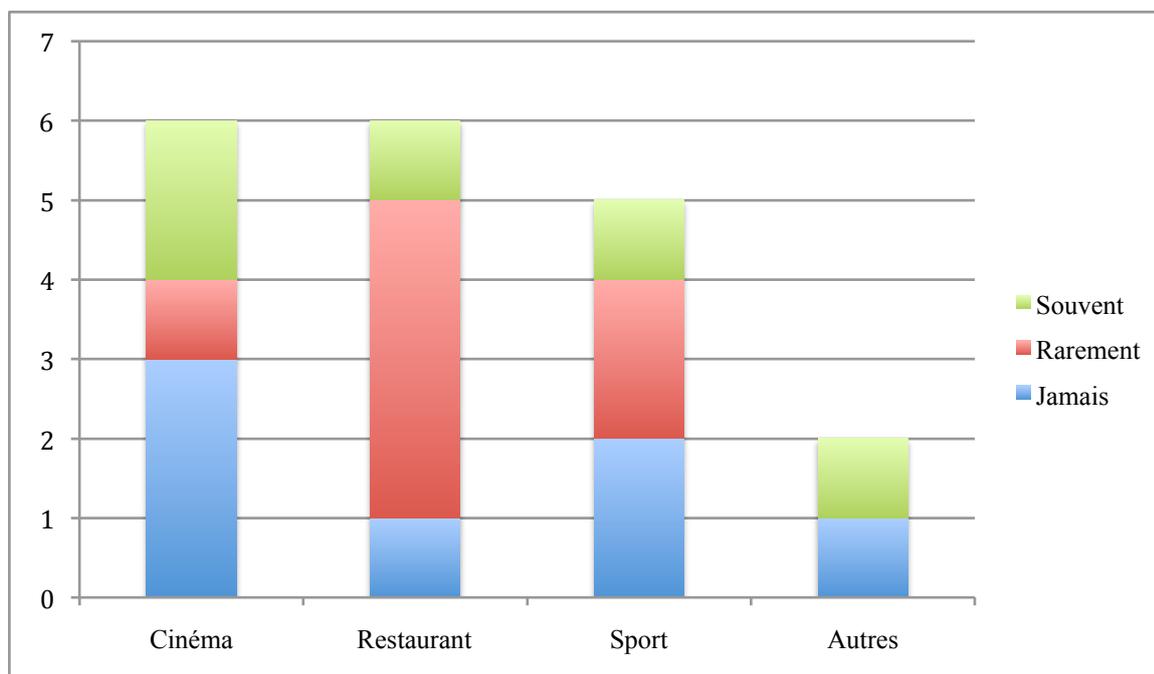


Figure 3 Estimation de la fréquence des sorties et loisirs

La suite de l'analyse des résultats concerne les réponses sur les séances individuelles de kinésithérapie.

3 patients sur 6 ont commencé les séances depuis moins d'un an ; 2 patients sur 6 bénéficient de ces séances depuis 1 à 5 ans et le dernier depuis 5 à 10 ans.

Le nombre de séances de rééducation par semaine varie de une pour 3 des sujets à deux pour 2 des sujets. Le dernier participant bénéficie de 3 séances par semaine.

Depuis qu'ils suivent les séances de rééducation, les sujets estiment avoir fait les progrès suivants :

	Pourcentage de patients estimant avoir fait des progrès dans ce domaine
Marche	2
Équilibre	4
Coordination	2
Activités de la vie quotidienne	2
Se lever d'une chaise	3
Se coucher dans le lit, s'y retourner, s'en relever	1
Parole	1
Mimiques	1
Moral	2
Social	0
Autre	0
Aucun	0
Abstention	2

L'évaluation du bien-être pendant les séances de rééducation donne des notes comprises entre 5 et 10 pour l'ensemble des participants, la moyenne étant de 7/10.

À la question sur le moral et la vie sociale :

- 3 se sentent moins isolés
- 2 sont moins gênés en public
- 4 bénéficient du soutien suffisant de la part de leur entourage

- 1 a pu sympathiser avec d'autres personnes atteintes de la même affection
- 1 participe à plus de sorties qu'auparavant
- 1 n'a observé aucun changement.

La suite des questions concerne les items portant sur le vécu du conjoint.

Les réponses à la question sur les progrès estimés grâce aux séances individuelles sont visibles sur la figure 4.

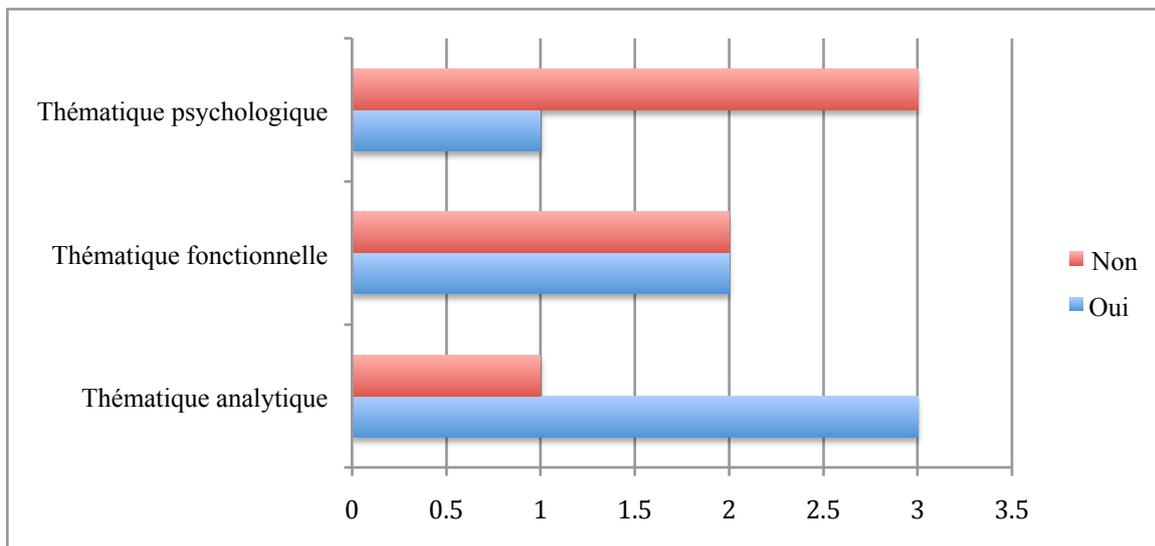


Figure 4 Estimation par les conjoints des progrès réalisés par les patients grâce aux séances individuelles.

Le bien-être ressenti des conjoints est transcrit sur la figure 5.

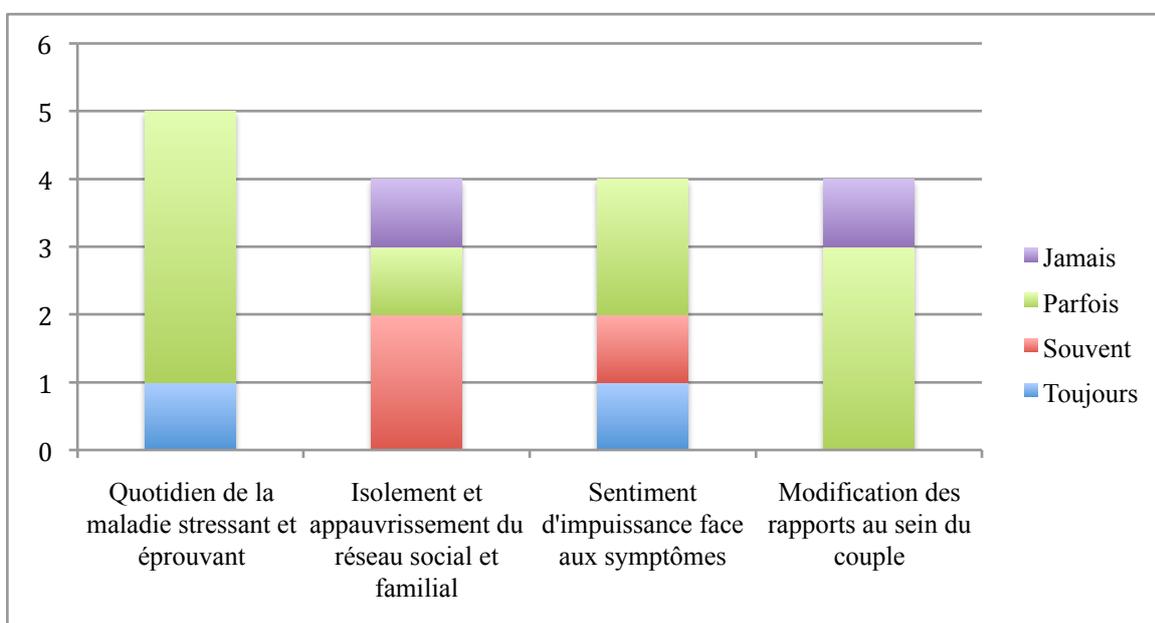


Figure 5 Bien-être des conjoints

À la question « assistez-vous aux séances de rééducation » 4 ont répondu oui, 1 a répondu non et 1 s'est abstenu.

Pour finir, les impressions d'amélioration du bien-être du couple suite à ces séances sont relativement mitigées puisque seul un des conjoints estime trouver une amélioration, 2 ne trouvent aucune amélioration perceptible et 3 se sont abstenus.

5.1.2 Groupe 2 : patients bénéficiant de séances de groupe en complément des séances individuelles

La suite de l'analyse concerne les réponses sur les séances de groupe. Seuls 14 des participants sont concernés.

La moyenne d'âge de ces patients est de 71,4 ans, avec des extrêmes de 56 ans et 83 ans. Aucun des participants n'exerce d'activité professionnelle (retraite, arrêt de travail ou retraite anticipée). La moyenne des dates de diagnostic donne 2002, les extrêmes allant de 1988 à 2010.

Les stades de Hoehn et Yahr sont résumés sur la figure 6.

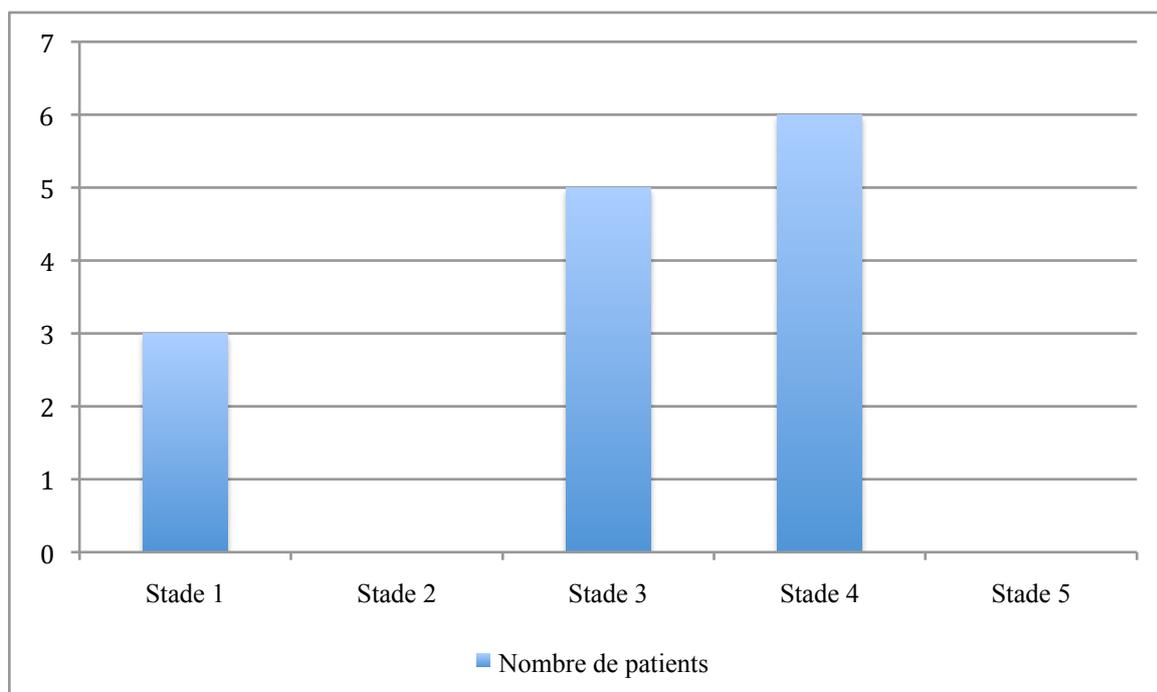


Figure 6 Répartition des stades de Hoehn et Yahr au sein du groupe.

Les signes cliniques les plus fréquemment ressentis par les patients sont présentés sur la figure 7.

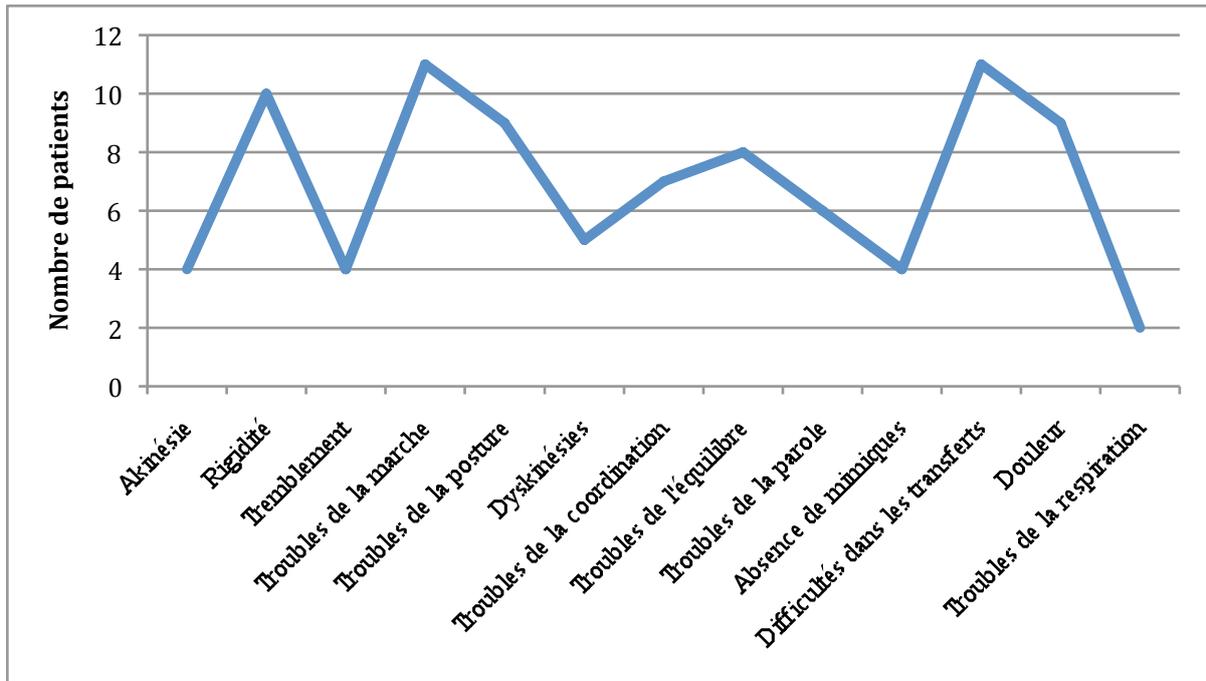


Figure 7 Prédominance des signes cliniques chez les patients du groupe 2.

Sur la question de la marche, 9 patients sur 14 décrivent des difficultés d'initiation, 6 souffrent de piétinement, 8 ont déjà eu l'impression de coller au sol, 6 ont déjà ressenti les effets d'un blocage et 2 ont des difficultés à l'accélération.

Les troubles de l'équilibre sont divers :

	Très Bon	Bon	Difficile	Chutes fréquentes
Assis	3	10	0	1
Debout	1	4	6	2
En marchant	1	5	4	4

À propos de l'exercice physique, 8 patients sur 14 ont répondu faire de l'exercice entre 45 minutes et 7 heures par semaine. 1 patient a déclaré ne faire aucun exercice en dehors des séances de kinésithérapie, et 6 patients se sont abstenus de répondre.

Le nombre de patient présentant des troubles de la double tâche est annoté dans le tableau suivant :

	Facile	Faisable avec de	Réalisable mais très	Impossible
--	--------	------------------	----------------------	------------

		légères difficultés	difficile	
Parler en marchant	5	6	3	0
Compter en marchant	6	4	1	0
Taper des pieds en rythme avec la musique	7	5	2	0
Faire les marionnettes avec les mains et les regarder	8	5	1	0

La figure 8 présente la fréquence des sorties des patients du groupe 2 :

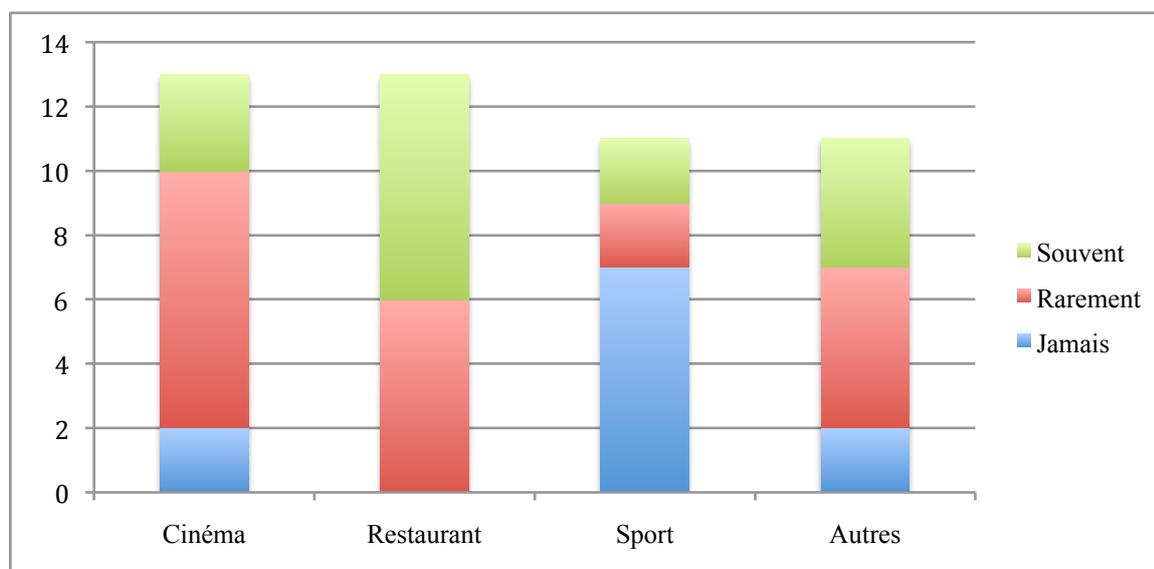


Figure 8 Estimations des fréquences de sorties et loisirs.

2 des patients participent à ces séances depuis moins d'un an. 7 sur 14 suivent ces séances depuis 1 à 5 ans, 3 depuis 5 à 10 ans et 1 depuis plus de 10 ans.

Les participants bénéficient de séances collectives une fois par semaine pour 13 d'entre eux voire deux fois pour un des participants.

Depuis que les participants suivent ces séances, ils ont constaté des progrès dans plusieurs des catégories proposées. Le tableau ci-dessous fait la synthèse des réponses aux séances individuelles et collectives.

	Nombre de patients estimant avoir fait des progrès dans ce domaine
Marche	11
Équilibre	10
Coordination	10
Activités de la vie quotidienne	6
Se lever d'une chaise	8
Se coucher dans le lit, s'y retourner, s'en relever	4
Parole	4
Mimiques	3
Moral	11
Social	6
Autre	1
Aucun	0
Abstention	2

Concernant leur bien-être, les réponses des participants sont visibles sur la figure 9.

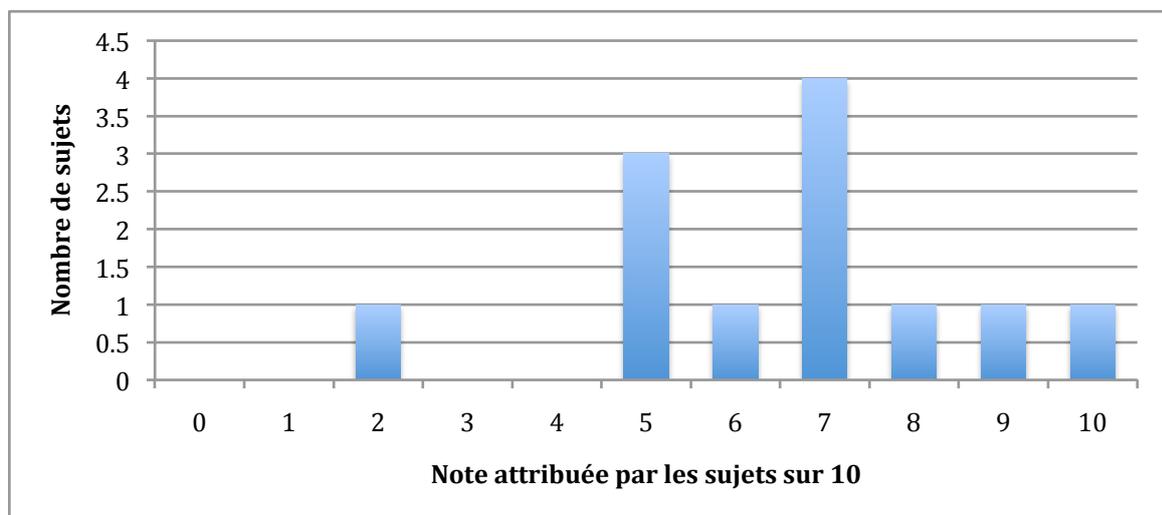


Figure 9 Estimation du bien-être pendant les séances collectives.

À la question sur le moral et la vie sociale,

- 9 se sentent moins isolés

- 6 sont moins gênés en public
- 10 bénéficient du soutien suffisant de la part des autres membres du groupe
- 4 estiment être un soutien pour les autres membres du groupe
- 11 ont pu sympathiser avec d'autres personnes atteintes de la même affection
- 4 participent à plus de sorties qu'auparavant
- 1 n'a observé aucun changement
- 1 s'est abstenu.

La partie suivante expose les résultats aux questions pour les conjoints.

Selon les conjoints, les patients ont progressé suite au suivi des séances individuelles et collectives dans différents domaines. Les résultats sont constatés sur la figure 10.

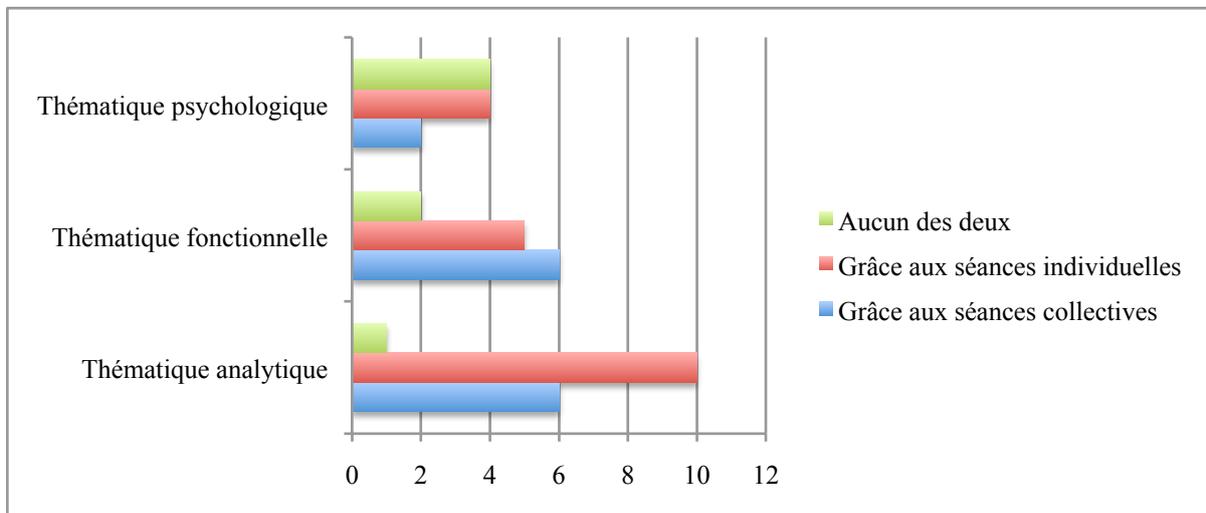


Figure 10 Progrès des patients estimés par leurs conjoints.

La figure 11 résume les réponses recueillies à la question sur le bien-être ressenti des conjoints.

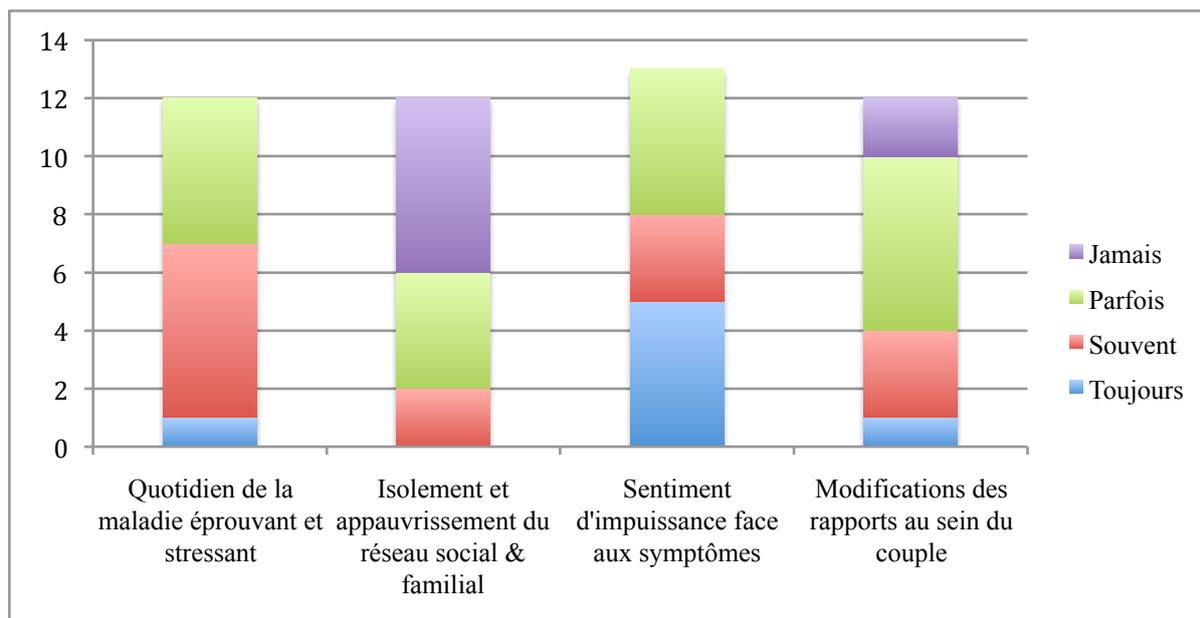


Figure 11 Estimation du vécu de la maladie par les conjoints.

8 conjoints sur 14 assistent aux séances de rééducation, individuelles comme collectives. 7 conjoints sur les 14 de ce groupe ont estimé avoir vu une amélioration de leur couple suite à ces séances. 6 conjoints se sont abstenus de répondre à cette dernière question.

5.2 Exploitation

Sur l'ensemble des questionnaires distribués, vingt participants ont eu l'amabilité de répondre aux questions posées.

Il apparaît que la majeure partie des sujets sont d'un âge avancé, n'exercent plus d'activité professionnelle et présentent une avancée de la maladie qui impose une kinésithérapie régulière. L'analyse de la prédominance des signes cliniques démontre le fait que la sémiologie parkinsonienne est éminemment variée ; il en va de même pour les troubles rencontrés lors de la marche. Ceci corrobore le consensus selon lequel il n'existe pas de rééducation type à décrire dans cette pathologie. L'équilibre de la majorité des patients permet encore la marche, malgré les difficultés évidentes. Les exercices de double tâche sont réalisables pour tous les sujets. À propos de l'exercice physique, beaucoup de patients se sont abstenus de répondre. Cela pourrait laisser croire que leurs seules activités physiques sont effectuées en séances de kinésithérapie ; les séances collectives constitueraient sur ce point un atout majeur. Concernant les sorties et loisirs des patients, la lecture des questionnaires démontre de manière évidente à quel point la maladie a un effet délétère sur la vie sociale des parkinsoniens.

La plupart des patients suivent des séances individuelles de rééducation depuis plusieurs années à un rythme global de 1 à 2 séances par semaine ; le climat de confiance et la relation privilégiée du patient chronique avec son thérapeute sont donc installés. L'estimation des progrès réalisés est variable suivant les domaines ; la marche, l'équilibre, la coordination, le transfert de la position assise à la position debout à partir d'une chaise et le moral sont les thèmes principaux d'amélioration. Le bien-être ressenti lors des séances est majoritairement coté entre 5 et 10, c'est-à-dire bon à très bon.

Comparativement, les séances de groupe sont suivies majoritairement depuis 1 à 5 ans, à un rythme global de 1 séance par semaine. L'ensemble du groupe se connaît donc depuis plusieurs années, ce qui abonde dans le sens d'un climat amical et solidaire lors des séances. Une forte majorité des progrès estimés se trouve au niveau du moral, où 71% des participants ont approuvé cette proposition. La coordination, la marche, l'équilibre, le lever de chaise et le social ont également été principalement approuvés. Concernant le bien-être lors des séances la majeure partie des participants l'estime entre 7 et 10.

En comparant les données sur le moral et la vie sociale, la seule différence notable entre les deux types de participants se révèle sur la question de la rencontre avec d'autres personnes atteintes de la même affection, évidemment favorisée par les séances collectives. Le reste des données ne démontre pas de différence significative, du fait de la différence de participants dans chaque groupe étudié.

La figure 12 compare les stades de Hoehn et Yahr des deux groupes.

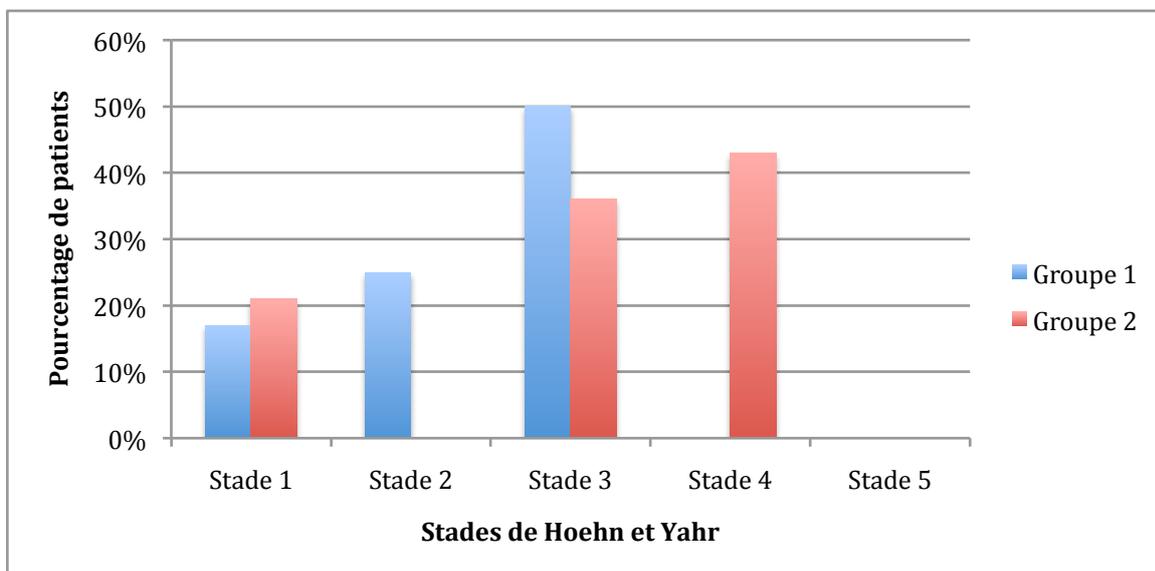


Figure 12 Comparaison des stades de Hoehn et Yahr entre les deux groupes

Il est important de remarquer que les patients participant aux séances de groupe ont des stades de la maladie plus avancés que ceux qui n’y participent pas. De même, la figure 13 expose la fréquence des signes cliniques dans chaque groupe. Le groupe 2 présente ainsi une plus grande fréquence de signes cliniques.

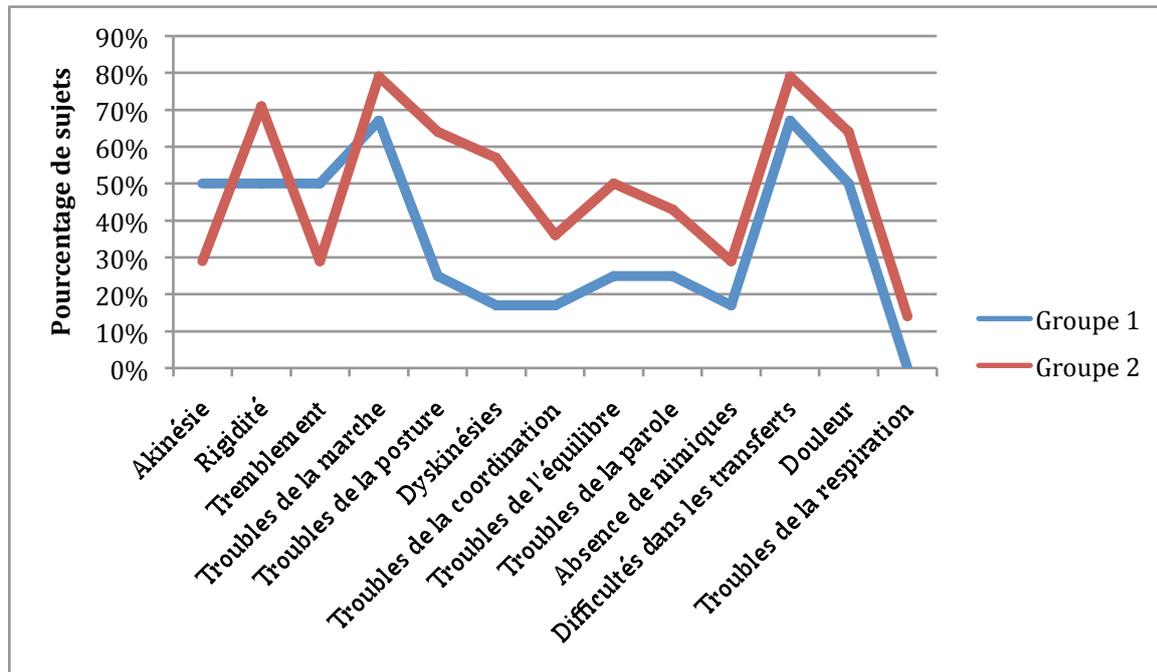


Figure 13 Comparaison de la fréquence des signes cliniques entre les deux groupes

L’analyse de ces données permet d’émettre le constat selon lequel les séances collectives ont un effet positif sur le moral et la vie sociale des patients. Leur bien-être en séance collective est extrêmement bon, ce qui peut favoriser la réalisation des exercices. En termes analytiques et fonctionnels, les séances de groupe semblent participer au même titre que les séances individuelles à l’amélioration des différents troubles qu’il a été choisi de présenter.

Les estimations des conjoints des participants sont variées suivant les thématiques. Au niveau psychologique, si les séances de groupe semblent apporter un plus par rapport aux séances individuelles, la majorité des conjoints estime qu’aucune des deux séances n’apporte de réelles améliorations au participant. Les séances individuelles paraissent plus efficaces en termes fonctionnels alors qu’en termes analytiques les deux types de rééducation se talonnent. Leur ressenti montre un quotidien de la maladie difficile, malgré un réseau social et familial fréquemment présent. La majorité des conjoints se sentent démunis face à la maladie et estiment qu’elle modifie les rapports au sein de leur couple. La majeure partie des conjoints

assiste aux séances de rééducation. Le conjoint apparaît donc comme un soutien majeur, acteur de la prise en charge du participant malgré le poids permanent de la maladie chronique dans le couple. La majorité d'entre eux estime cependant que les séances de rééducation ont aidé à améliorer leur bien-être et celui de leur couple.

6 Discussion

6.1 *Résultats*

Les résultats sont globalement positifs à propos de ces séances collectives. L'ensemble des patients qui y participent a le sentiment d'avoir progressé grâce à ces séances. La conférence de consensus dans son texte de recommandations incite à la prise en charge collective qu'elle considère comme un élément « [fort] d'optimisation et de maintien des acquis » [2].

Cependant, certains participants ont préféré s'abstenir de répondre pour la question cruciale des progrès estimés. Pour l'un d'entre eux, les séances n'ont lieu que depuis quelques mois, il estime donc que le laps de temps est court pour observer des progrès. Un autre participant a laissé une note en marge des items qui signalait « Je pense que ces séances sont extrêmement bénéfiques. Mais cela ralentit l'évolution de la maladie plus que d'améliorer les symptômes ». La réponse fait preuve d'une nuance qui n'avait pas été envisagée lors de la construction du questionnaire. Il aurait été intéressant de marquer cette différence entre réels progrès, maintien des acquis ou stabilisation de l'état.

6.2 *Commentaires des patients*

La fin du questionnaire comporte un espace d'expression libre. Certains participants en ont profité pour laisser des commentaires non dénués d'intérêt.

Beaucoup d'entre eux se sont exprimés au sujet du vécu de la maladie. Ainsi sont évoqués la « perte des liens sociaux », la difficulté à « suivre les biens portants », et le regret de ne plus partager certaines activités. De plus, un conjoint précise qu'il faut « protéger le malade des chocs émotionnels » de peur qu'ils n'aggravent la maladie. Ce dernier indique également que, pour ne pas sombrer et rester un soutien pour le malade, il faut que le conjoint garde des distractions.

Malgré un vécu difficile de la maladie, il est précisé dans certains commentaires que le « partage de moments agréables familiaux et amicaux » existe toujours. D'autres personnes

estiment que grâce à l'action conjointe du traitement et des séances de rééducation, la maladie est restée « légère » ou que l'état de santé est « compatible avec une vie normale ».

Cependant, une personne regrette qu'il n'y ait pas de structure de soutien sous forme de rencontres et d'échange afin de pouvoir partager son vécu. C'est le problème posé par l'équipe de l'hôpital Léopold Bellan à Paris dans l'enquête qui a servi de base de construction à la dernière partie du questionnaire [14]. Les résultats de cette enquête montrent un vif intérêt des conjoints pour un programme d'information et de soutien. D'après le site de l'association France Parkinson qui soutient ce projet, ce programme nommé SODUPARK (SOutien éDUcation PARKinson) est toujours en cours de développement.

6.3 Critique de la méthodologie

Cette étude, réalisée sur un petit groupe de vingt individus, possède un faible spectre d'investigation puisque l'ensemble de ces personnes réside en agglomération nantaise. De plus, il s'agit de personnes qui sont suivies en cabinet libéral par le même masseur-kinésithérapeute et qui font partie du même groupe pour les séances collectives.

De plus, cette étude est qualitative. Elle présente ainsi des réponses subjectives, et non pas des faits objectifs. L'intérêt majeur qui a été recherché ici réside dans la possibilité d'expression des patients et de leurs conjoints. En effet, peu importe que le score à l'UPDRS soit satisfaisant ou non, l'avis du patient prime. Il apparaît alors évident que seul un questionnaire pouvait remplir ce rôle de récepteur d'informations.

Cependant, le questionnaire établi ne dresse pas une liste exhaustive des troubles qui perturbent la vie quotidienne du patient parkinsonien et de son conjoint. Ainsi, l'échelle Handipark[19] comme d'autres échelles validées et approuvées lors de la conférence de consensus prennent davantage en compte des items tels que l'habillement, la toilette et la prise de repas. La volonté qui a été respectée lors de la construction de ce questionnaire était de récolter des informations sur les items qui font l'objet d'exercices en séances de kinésithérapie libérale individuelles comme collectives pour évaluer leur impact. Les résultats obtenus encouragent à poursuivre cette rééducation de groupe en complément des séances individuelles, bien entendu pour les patients favorables à ces séances.

7 Conclusion

La validation de l'hypothèse au sens strict du terme est ici difficile. Les résultats que donnent les questionnaires valident l'aspect positif d'une telle prise en charge, mais le faible niveau de preuve scientifique d'une étude qualitative ne permet pas d'affirmer ou d'infirmer l'hypothèse. Le sentiment obtenu après avoir mené cette étude pendant plusieurs mois est celui d'un bénéfice de ces séances puisque les personnes qui les suivent en ressentent maintenant le besoin. Cette prise en charge, complémentaire des séances individuelles, est devenue nécessaire sur le plan social. Non seulement ce genre de séances ne devrait pas cesser mais puisqu'elles semblent constituer un réel soutien, elles devraient être encouragées. Cette expérience a été extrêmement formatrice, tant au niveau de la connaissance de cette pathologie que sur le plan humain. La dimension sociale de notre prise en charge n'est pas toujours manifeste, or ici elle est la clé de la rééducation. Selon Aristote, « l'homme est un animal social », qui ne peut s'épanouir qu'en communauté. L'action des associations telles que France Parkinson et la mise en place de séances collectives prennent alors ici tout leur sens.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] VIALLET F., GAYRAUD D., BONNEFOI B. et al., Maladie de Parkinson idiopathique : aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques, EMC Neurologie, 2010, 17-060-A-50, 30p.
- [2] Haute Autorité de Santé (HAS), La maladie de Parkinson : critères diagnostiques et thérapeutiques, Texte des recommandations de la Conférence de consensus du 3 mars 2000.
- [3] PAGES M., Maladie de Parkinson. Épidémiologie, Incidences Économiques et Sociales, In : Maladie de Parkinson et Rééducation, sous la direction de J. Péliissier, Paris, Masson, 1990, p1-5.
- [4] MOISAN F, ELBAZ A., Maladie de Parkinson et exposition aux pesticides, Environnement Risque et Santé, 2011, volume 10, p 372-384.
- [5] DUJARDIN K., DEFEBVRE L., Neuropsychologie de la maladie de Parkinson et des syndromes apparentés, Paris, Masson, 2007.
- [6] MOUCHABAC S., Neuroanatomie fonctionnelle du mouvement, In : Conversion hystérique et imagerie fonctionnelle, Neuropsychiatrie : Tendances et Débats, 2007, 30, p 19-32.
- [7] DAMIER P., Aspects neurochimiques de la maladie de Parkinson, EMC Neurologie, 2003, 17-062-A10, 9p.
- [8] PELISSIER J. et PERENNOU D., Rééducation et réadaptation des troubles moteurs de la maladie de Parkinson, Conférence de Consensus, Texte des Experts, Revue Neurologique, Juillet 2000, volume 156, numéro supplémentaire 2, p190-200.
- [9] PALMER SS, MORTIMER JA, WEBSTER DD, et al., Exercise Therapy for Parkinson's Disease, Arch Phys Med rehabil, 1986, 67, p741-745.
- [10] KRYSKOWIAK P., Les échelles d'évaluation dans la maladie de Parkinson, Conférence de Consensus, Texte du groupe bibliographique, Revue Neurologique, Juillet 2000, volume 156, numéro supplémentaire 2, p52-62.

- [11] KRYSTKOWIAK P., Échelles et questionnaires d'évaluation In : Defebvre L., Vérin M., La maladie de Parkinson, Monographies de Neurologie, Paris, Masson, 2006, p113-134.
- [12] DELGADILLO-INIGUEZ D. et al. , Maladie de Parkinson : troubles psychiques et comportementaux, Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement, 2006, volume 4, numéro spécial 1, S11-S16.
- [13] WIROTIUS J.M., PETRISSANS J.L., La dépression dans la maladie de Parkinson, In : Maladie de Parkinson et Rééducation, sous la direction de J. Pélissier, Paris, Masson, 1990, p95-102.
- [14] DRESSEN C., BRANDEL J.P., SCHNEIDER A., et al., Impact de la maladie de Parkinson sur la qualité de vie des conjoints de patients. Une étude qualitative, Revue Neurologique, 2007, volume 163, numéro 8-9, p801-807.
- [15] OBERLÉ D., Le groupe en psychologie sociale, La vie des groupes, mai 1999, n°94.
- [16] ANZIEU D., MARTIN J.-Y., La dynamique des groupes restreints, Presses universitaires de France, 1968.
- [17] MUCCHIELLI R., La dynamique des groupes : processus d'influence et de changement dans la vie affective des groupes, Éditions ESF, 2008, 19^e édition.
- [18] DELABAYS T., HIRT D., KUPPER D. et al., Maladie de Parkinson : réflexion sur la mise en place d'un programme interdisciplinaire de rééducation fonctionnelle en groupe, Revue Médicale de la Suisse Romande, 2001, n°2348, p257-261.
- [19] ZIEGLER M., DE BROUCKER T., DAMIER P., et al., Handipark: un instrument de mesure simple de l'impact de la maladie de Parkinson sur la vie quotidienne, Revue Neurologique, 2003, volume 159, n°8-9, p767-774.

ANNEXES

1 sur 6

Questionnaire

Bonjour,

Je suis actuellement étudiante en dernière année à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Nantes. J'ai souhaité orienter mon mémoire de fin d'études sur la prise en charge en libéral des personnes atteintes de la maladie de Parkinson c'est pourquoi vous êtes sollicité aujourd'hui.

Cet auto-questionnaire regroupe des items variés sur différents aspects de la maladie de Parkinson qui pourront m'aider dans mon travail si vous acceptez de prendre le temps d'y répondre.

Les questions seront d'abord globales, puis différencieront les séances individuelles de rééducation de la gymnastique de groupe (si vous y participez). Le questionnaire est anonyme; il serait préférable de le remplir avec votre conjoint(e), quelques questions le(la) concerneront à la fin du questionnaire.

Merci de retourner ce questionnaire à Hélène Souty avant le 20 décembre 2011.

Je suis joignable au 06.73.03.38.83 si vous avez la moindre question n'hésitez pas à m'appeler!

Merci d'avance
Camille Pelletier

Généralités

Âge

Activité professionnelle

Date de diagnostic

Prédominance des symptômes

- Atteinte d'un seul côté du corps, gêne fonctionnelle minime
- Atteinte des deux côtés du corps, équilibre normal
- Équilibre perturbé, gêne fonctionnelle modérée
- Marche possible, gêne fonctionnelle très importante
- Déplacements en fauteuil roulant uniquement

Signes caractéristiques:

Cocher la ou les case(s) qui vous correspondent

- Akinésie (perte de mouvements)
- Rigidité
- Tremblements

Signes associés:

Cocher une ou plusieurs cases

- Troubles de la marche
- Troubles de la posture
- Dyskinésies (mouvements incontrôlés)
- Troubles de la coordination
- Troubles de l'équilibre
- Troubles de la parole
- Absence de mimiques
- Difficultés dans les transferts (se lever d'une chaise, se retourner dans son lit..)
- Douleur
- Troubles de la respiration

Marche:

Cocher une ou plusieurs cases

- Difficultés à initier la marche
- Piétinement
- Impression de coller au sol
- Blocage
- Accélération de la marche (propulsion)

Équilibre

	Très bon	Bon	Difficile	Chutes fréquentes
Assis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Debout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En marchant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Combien de fois par semaine faites-vous de l'exercice?

(en plus des séances de kiné ou de la gym) Exemple: 3x1h de marche

Double tâche:

	Facile	Faisable avec de légères difficultés	Réalisable mais très difficile	Impossible
Parler en marchant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compter en marchant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taper des pieds en rythme avec de la musique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Facile	Faisable avec de légères difficultés	Réalisable mais très difficile	Impossible
Faire les marionnettes avec les mains et les regarder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Que faites-vous en dehors des séances de kiné?

	Jamais	Rarement	Souvent
Cinéma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Restaurant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres activités extérieures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Séances de rééducation individuelles

Depuis combien de temps bénéficiez-vous de séances de rééducation régulières?

- Moins de 1 an
 De 1 à 5 ans
 De 5 à 10 ans
 Plus de 10 ans

Combien de fois par semaine?

Depuis que vous suivez des séances de kiné, vous avez remarqué des progrès:

Cocher une ou plusieurs cases

- Marche
 Équilibre
 Coordination
 Activités de la vie quotidienne (habillage, hygiène, alimentation,...)
 Se lever d'une chaise
 Se coucher dans le lit, s'y retourner, et s'en relever
 Parole
 Mimiques
 Moral
 Social
 Autre:.....
 Aucun

Évaluation de votre bien-être pendant les séances individuelles

Sur une échelle de 1 à 10, 10 étant la note maximale

Depuis que vous avez commencé les séances individuelles,

Cocher une ou plusieurs cases

- Vous vous sentez moins isolé(e)
- Vous êtes moins gêné en public
- Vous bénéficiez du soutien suffisant de la part de votre entourage
- Vous avez pu sympathiser avec d'autres personnes atteintes de la même affection
- Vous participez à plus de sorties qu'avant
- Aucun changement

Séances collectives**Participez-vous à des séances collectives de gymnastique mises en place par un(e) kinésithérapeute?**

- Oui, avec d'autres personnes atteintes de la même affection
- Oui, avec des personnes aux pathologies variées
- Non

Si oui, depuis combien de temps y participez-vous?

- Moins de 1 an
- De 1 à 5 ans
- De 5 à 10 ans
- Plus de 10 ans

Combien de fois par semaine?**Depuis que vous suivez ces séances, vous avez remarqué des progrès:**

Cocher une ou plusieurs cases

- Marche
- Équilibre
- Coordination
- Activités de la vie quotidienne (habillage, hygiène, alimentation,...)
- Se lever d'une chaise
- Se coucher dans le lit, s'y retourner, et s'en relever
- Parole

- Mimiques
 Moral
 Social
 Autre:
 Aucun

Évaluation du bien-être pendant les séances de groupe

Sur une échelle de 1 à 10, 10 étant la note maximale

Depuis que vous avez commencé les séances collectives,

Cocher une ou plusieurs cases

- Vous vous sentez moins isolé(e)
 Vous êtes moins gêné en public
 Vous bénéficiez d'un soutien de la part des autres membres du groupe
 Vous êtes un soutien pour d'autres membres du groupe
 Vous avez pu sympathiser avec d'autres personnes atteintes de la même affection
 Vous participez à plus de sorties qu'avant
 Aucun changement

Questions concernant votre conjoint

Selon vous, votre époux(se) a progressé:

Cocher les cases correspondantes

	Grâce aux séances individuelles	Grâce aux séances de groupe	Aucun des deux
Thématique analytique (équilibre, coordination,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thématique fonctionnelle (marche, escaliers, transferts,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thématique psychologique (peur du regard des autres, limitations des sorties,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Votre bien-être:

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Quotidien de la maladie éprouvant et stressant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Isolement et appauvrissement du réseau social & familial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiment d'impuissance face aux symptômes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modifications des rapports au sein du couple	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Assistez-vous aux séances de rééducation? (individuelles comme collectives)

Oui

Non

Si oui, y'a-t'il eu une amélioration du bien-être de votre couple suite à ces séances?

	Oui	Non	Ce n'est pas flagrant
Votre bien-être	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Celui de votre époux(se)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre couple	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

À vous de vous exprimer...(optionnel)

N'hésitez pas à rajouter une remarque, partager votre vécu, ou signaler un oubli important