



Association des Aidants
et Malades à Corps de Lewy

Colloque sur la maladie à corps de Lewy

Vendredi 24 novembre Bordeaux

université
de BORDEAUX

Module 4

Les prises en soin paramédicales dans la maladie à corps de Lewy

Module présidé par :

Pr Claire PAQUET
Neurologue – Paris

Dr Elena CHABRAN
MCF neurosciences – Strasbourg



Sommaire : les prises en soin paramédicales dans la MCL

01

Orthophonie

Dr Elena CHABRAN- MCF en neurosciences et orthophoniste - Strasbourg

Emmanuelle FURCIERI - orthophoniste - Strasbourg

02

Kinésithérapie et psychomotricité

Sandrine RENAULT – kinésithérapeute - Bordeaux

Déborah LOWINSKI LETINOIS – psychomotricienne cadre - Bordeaux

03

Ergothérapie

Claire LAFFITE et Camille DUTHU – ergothérapeutes - Bordeaux

04

Psychothérapie et éducation thérapeutique

Hélène FRANCISQUE et Yael SLAMA – neuropsychologues - Paris



Kinésithérapie et psychomotricité

Sandrine RENAULT

Kinésithérapeute - Bordeaux

Déborah LOWINSKI LETINOIS

Psychomotricienne cadre - Bordeaux



université
de BORDEAUX



Intérêt du traitement moteur dans la maladie à corps de Lewy

Sandrine RENAULT

Masseur kinésithérapeute - Bordeaux



université
de BORDEAUX

Sommaire

- 01 **Intérêt de la kinésithérapie**
- 02 **Les bienfaits de l'activité physique**
- 03 **Les limites liées à la maladie**

Intérêt de la kinésithérapie dans la MCL

1) Les principaux axes de la rééducation et causes des limitations

➤ Les transferts :

- les retournements dans le lit et passage de la position couchée à assise (et inversement) : gênés par la rigidité matinale
- le lever : par manque de force des membres inférieurs (MI)



l'hypotension orthostatique (ou HTO) → contentions (si nécessaire)
boire et faire quelques mouvements des MI au lit, passer par le côté pour s'asseoir et faire une pause en position assise avant de se lever.

➤ L'équilibre :

- astasie (rétropulsion spontanée) par atteinte axiale et rigidité musculaire avec altération des réflexes posturaux pouvant induire des chutes
- ataxie (déséquilibres) par altération des anticipations posturales et incapacité à gérer les déséquilibres intrinsèques : déficit de coordination entre posture et mouvement.

Intérêt de la kinésithérapie dans la MCL

➤ **La marche :**

- diminution de la hauteur, de la longueur et de la fréquence des pas à cause du manque de force et d'amplitude articulaire (bradykinésie)
- diminution de la vitesse et passage sur un mode volontaire par atteinte de la double tâche (troubles cognitifs) et augmentation du temps en double appui
- présence de freezing (absence ou diminution de la progression des pieds) ou troubles de l'initiation.

- ## ➤ **Les risques de chutes :** vigilance aux tendances à la **répropulsion, HTO, ataxie**, évaluer la nécessité ou la bonne utilisation d'une aide technique, vérifier le relever du sol (RDS).

- ## ➤ **Les troubles de la déglutition :** entretenir l'efficacité de la toux et préserver les volumes expiratoires, **prévenir les risques d'encombrement.**

Intérêt de la kinésithérapie dans la MCL

2) Quelles séances proposer

- Modalités de prise en charge : 1 à 2 séances d'1h/semaine en cabinet (si possible) ou à domicile lorsque la dégradation est trop importante.
- **Objectifs : récupérer les déficiences réduisant les capacités fonctionnelles et l'autonomie du patient à domicile.**
- Ce que dit la littérature:
 - ➔ Etude pilote PRIDE : Promoting independence in Lewy body dementia through exercise (Australie, 2019)
 - ➔ Revue systématique : effet de l'exercice sur des patients atteints de MCL (2016)

pas de résultats probants.

Intérêt de la kinésithérapie dans la MCL



Intérêt de la kinésithérapie dans la MCL

- En pratique :
 - consignes brèves, simples, répétitives
 - **renforcement des automatismes moteurs** : transferts, capacité aux demi-tours
 - travail de l'équilibre statique et dynamique : avec déséquilibres intrinsèques et extrinsèques, +/- en double tâche
 - travail de la marche : sur tapis de marche avec suspension en cas de troubles de l'équilibre et en endurance
 - relevé du sol: **préserver les séquences motrices** pour éviter les longues stations au sol
 - renforcement musculaire : entraînement en aérobie en résistance progressive, soit en intervalle de haute intensité (HIIT) soit en continu d'intensité modérée.

Le plus important est de maintenir l'autonomie du patient le plus longtemps possible

Les bienfaits de l'activité physique

1) Définition de l'activité physique: selon l'OMS

« **tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, entraînant une dépense d'énergie supérieure à celle du repos** ».

Elle est définie par son intensité, sa durée et sa fréquence.

➤ Les recommandations : (OMS, Genève 2010)

- **150 à 300 minutes par semaine d'une activité d'endurance d'intensité modérée** ou au moins 75 à 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue

- **2 fois par semaine au moins d'activités de renforcement musculaire d'intensité modérée ou supérieure**

- pour les adultes de 65 ans et plus, **3 fois par semaine ou plus**, d'activités variées et à plusieurs composantes : de l'équilibre et des exercices de force d'intensité modérée ou supérieure dans le but d'améliorer les capacités fonctionnelles et de prévenir les chutes.

30 mn d'activité quotidienne d'intensité modérée en continu

Ce qu'apporte l'activité physique pratiquée régulièrement

Réduit la sarcopénie et le risque de chute

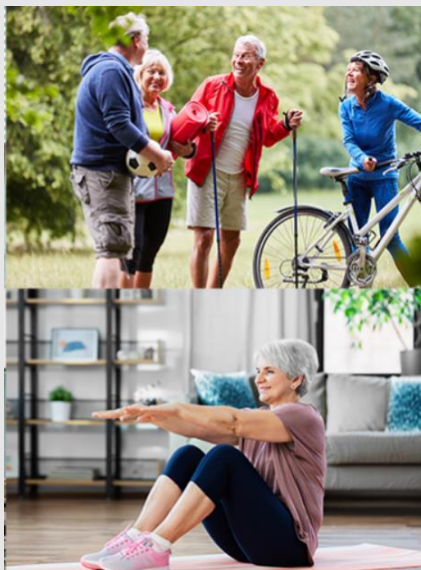
Réduit les symptômes de dépression et d'anxiété

Améliore le bien-être général et le sommeil

Prévient des maladies cardio-vasculaires respiratoires, diabète et cancer

Contribue au lien social et à l'estime de soi

Améliore les capacités de réflexion, d'apprentissage et de jugement



Les bienfaits de l'activité physique

2) Quelques exemples d'activités physiques :

- n'importe quel sport adapté
- pour les troubles parkinsoniens : danse (ex, le Tango: stratégies auto-générées et externes et en musique), ping-pong
- activités douces : (avec double tâche : la respiration)
 - Tai Chi : variété de mouvements type danse dans une séquence continue
 - Yoga : exercices de pleine conscience associant respiration et postures
 - Qi Gong : méditation, ajustement mental et schémas respiratoires
- Pilate, gymnastique variée avec accessoires : ballons, bâtons (pour MS), parcours d'obstacles, différents déplacements (pour les MI)
- « exergames » (exercices + jeux) via les jeux vidéos : XBOX Kinect, Wii fit, Motomed ou vélo d'appartement connectés à des paysages défilant...
- aqua-gym, -bike, -boxing...
- visites culturelles (jardins) ou plus ludiques (zoo)...

Les bienfaits de l'activité physique

3) Comment choisir une AP et quelles sont les modalités de pratique ?

- doit plaire, apporter du bien-être
- **doit être régulière et facile à mettre en place : de la marche quotidienne peut suffire !**
- peut être débuter avec un kinésithérapeute : en cas de déconditionnement, pour donner l'envie, « amorcer » la démarche
- avec un **enseignant en activité physique adapté** (EAPA)
- se fait en groupe, avec l'aidant ou seul (par exemple à domicile et supervisé)
- dans des clubs spécifiques de **sport adapté** ou sport santé (certificat médical nécessaire)

L'AP peut être **prescrite** par le médecin traitant ou le neurologue : un bilan est réalisé par un MK/EAPA puis le patient est orienté vers une activité adaptée.

Le plus important est la régularité pour entretenir la mobilité

Les limites liées à la maladie

Ex : les fluctuations d'humeur et/ou du comportement avant et/ou pendant la prise en soin, manque d'initiative/de motivation, apathie, hallucinations...

- **Le MK a une approche psycho-éducative** qui ne se substitue pas à sa technique mais l'accompagne :
 - Adaptation des exercices, simplification des consignes, être à l'écoute, ramener le patient à la réalité...
 - Être ferme pour que le patient ne se mette pas en danger :
 - adopter des stratégies (indication sonore ou visuel),
 - rester calme en toute circonstance,
 - savoir arrêter une situation qui n'est plus maîtrisée (ex. un déplacement) pour la recommencer en sécurité.
- **Objectif : Apprendre au patient les comportements les plus adaptés et de « faire avec » la maladie**

Merci de votre attention



La prise en soin Psychomotrice de la MCL

Déborah LOWINSKI LETINOIS

Psychomotricienne cadre - Bordeaux



université
de BORDEAUX

Sommaire

- 01 **La Psychomotricité: une clinique holistique**
- 02 **Les soins de réhabilitation à domicile**
- 03 **Le travail psychomoteur de prévention des chutes et de rééducation du syndrome post-chute**
- 04 **Le traitement des symptômes psycho-comportementaux**
- 05 **La prise en soins des personnes atteintes au stade sévère, jusqu'à la fin de vie**

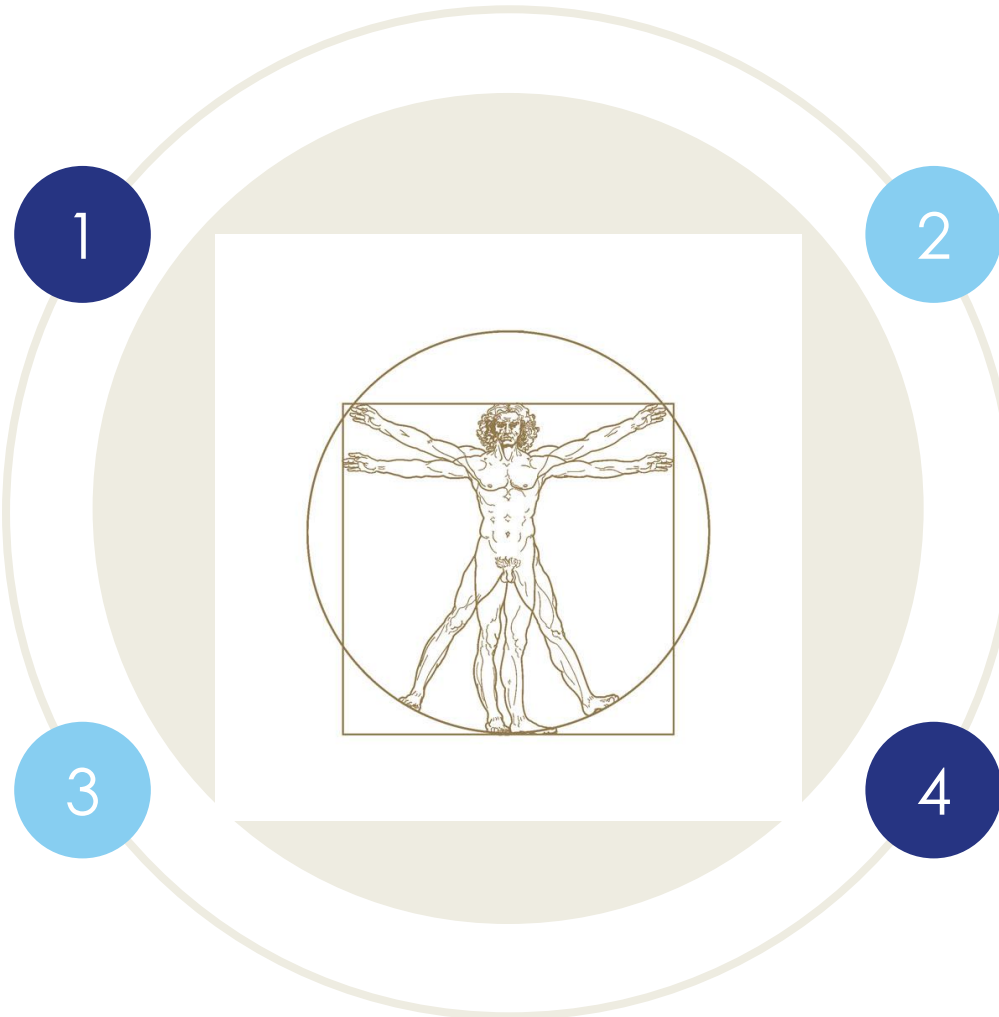
La Psychomotricité, une clinique holistique



Discipline paramédicale soumise à prescription médicale

Famille des « Rééducateurs » : réalisation d'un bilan diagnostic, d'un programme de soin et d'une évaluation

Approche qui considère la personne dans la globalité de ses synergies internes (cognitives, psycho-affectives, et somatiques) et de son rapport à l'environnement matériel et humain. Nécessité un important engagement psychocorporel de la part du praticien dans ses séances



Clinique issue des travaux de neurologues du XXème siècle, H. WALLON puis J. AJURIAGUERRA et plus largement des philosophies orientales (taoïsme, bouddhisme) qui traitent du rapport étroit entre le corps et l'esprit

Exercice en cabinet libéral ou en institution (hôpitaux, service de soins à domicile). En gérontologie, place récurrente en ESA, PASA, UHR,...

o LES SOINS DE RÉHABILITATION À DOMICILE

- **Indications pour les personnes atteintes aux stades léger à modéré** de la maladie, $26 > MMS > 16$
- 12 à 15 séances entièrement **prises en charge par la sécurité sociale** en **collaboration** avec des assistantes de soins en gérontologie et éventuellement un.e ergothérapeute
- **Bilan de l'autonomie fonctionnelle et décisionnelle dans les activités de la vie quotidienne** (ADL) et les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL)
- **Définition d'un projet de soins individualisé** visant quelques objectifs simples : refaire son café seul, sortir chercher son pain, connaître ses rdv de la semaine,...
- Dispositif inspiré **des travaux de recherche de Maud GRAFF& all** (étude EDOMAH, 2010 Pays Bas)

LES SOINS DE RÉHABILITATION À DOMICILE

Objectifs de soins, stratégies compensatoires et relais du programme possibles

Renforcer les repères spatio-temporels

- Travail sur plan adapté aux capacités de la personne (agenda, éphéméride spécifique, plan du quartier)
- Ritualisation de l'utilisation de l'outil
- Entraînement procédural en situation réelle

Réhabiliter des gestes de la vie quotidienne possibles

- Réalisation de mémos correspondant aux capacités et besoins du malade qui reprennent les étapes exécutives d'une action
- Ritualisation de l'utilisation de l'outil durant plusieurs séances
- Entraînement procédural en situation réelle

Informier et soutenir les aidants

- Conseils et aide à la mise en œuvre de mesures de prévention des risques à domicile (chutes, dénutrition, repli sur soi)
- Facilitation de la mise en place des aides et soins à domicile (lien avec les services d'aide et de soins ou les collègues orthophoniste ou ergothérapeute)
- Formation des intervenants à domicile non spécialistes

Prise en soins psychomotrice aux stades léger à modéré de la maladie

○ LES SÉANCES DE PRÉVENTION DES CHUTES

- **Objectifs: Renforcer de la conscience et la connaissance corporelles et dédramatiser la chute dans un accompagnement psychocorporel**
- En stimulant les afférences sensori-motrices, proprioceptives, les différentes qualités d'équilibre dynamique et statique et l'organisation posturale
- En appréhendant différents espaces, dans différentes stations (assise, debout, allongé au sol,...), les transferts de poids et en apprenant à se relever en cas de chute
- Par des **médiations ludiques** (parcours psychomoteurs, ballon pilates,...), **expressives** (danse notamment de salon, tai-chi) et **psychosensorielle** (relaxation notamment activo-passive, méthode Feldenkreis,...)

Prise en soins psychomotrice aux stades léger à modéré de la maladie

○ LE TRAITEMENT DU SYNDROME POST-CHUTE

- **Objectifs** : renforcer la confiance en soi et le sentiment d'efficacité de la personne malade pour lutter contre la peur de la chute
- En traitant la désadaptation psychomotrice (hypertonie spastique et altération des automatismes posturaux)
- En traitant l'anxiété liée à la station debout et au déplacement
- En stimulant la motivation à poursuivre des activités physiques adaptées
- par le toucher-thérapeutique, la relaxation, des exercices d'équilibre dynamique et statiques (techniques d'ancrage au sol), des mises en situation écologiques

NB: intérêt de séances groupales ou en couple en tant que facteur motivationnel supplémentaire

Les soins psychomoteurs aux stades léger à modéré de la MCL

○ TRAITEMENT DU SYNDROME ANXIO-DÉPRESSIF

- Perturbations affectives et émotionnelles fortes dans la MCL du fait de la conscience des troubles et des hallucinations
- Constat clinique empirique d'une corrélation entre l'état psycho-émotionnel de la personne et la nature de ses hallucinations
- Les médiations psychosensorielles telles que la relaxation activo-passive, la respiration abdominale profonde et le toucher thérapeutique peuvent abaisser le niveau tonique et permettre à la personne malade de mieux réguler ses émotions – en particulier quand elle est encore à même de critiquer ses hallucinations
- En complément des soins psychothérapeutiques

- **RÉHABILITATION DES TROUBLES DE LA RELATION** liés à l'intrusion de la maladie **dans le couple aidant-aidé** via la mise en évidence des compétences préservées et l'utilisation de techniques expressives d'accordage tonique et psychosensoriel (danse de salon, toucher relationnel)

Les soins psychomoteurs au stade sévère de la MCL

○ TRAITEMENT PSYCHOMOTEUR DES TROUBLES DE L'ENVELOPPE CORPORELLE ET SES CONSEQUENCES

- **Causes** : Asomatognosie caractéristique des stades sévères des maladies neurocognitives combinée à la baisse drastique de la mobilité, le défaut d'afférences sensori-motrices et les stations assises ou allongées prolongées en fauteuil ou en decubitus dorsal
- Troubles massifs du schéma corporel pouvant aller jusqu'à l'altération de l'enveloppe corporelle psychique
- **Prise en soins**: Parcours psychomoteurs avec soutiens bilatéraux pour le renforcement des afférences plantaires et l'amélioration au moins transitoire de la conscience corporelle
- re-verticalisation humaine des personnes en fauteuil-confort pour le renforcement du schéma corporel et l'amoindrissement des SPCD liés à l'angoisse de morcellement
- Utilisation des dispositifs type Snoezelen ou balnéothérapie pour l'amenuisement des angoisses et de leurs expressions (cris, décharges toniques,...)

Les soins psychomoteurs au stade sévère de la MCL

○ L'ACCOMPAGNEMENT DE FIN DE VIE

- **Objectifs** : Répondre à l'angoisse de mort, amoindrir l'hypertonie et le vécu douloureux
- par des **techniques d'enveloppement sensoriel** (toucher thérapeutique, notamment abdominal pour amoindrir la constipation, balnéothérapie, enveloppement sensoriel,...)
- par **l'adaptation sensori-motrice de l'environnement matériel** (aménagement de la luminosité, de l'environnement sonore et de l'installation de la personne) **et humain** (formation des aides-soignants, infirmiers à ces techniques pour un relai régulier auprès de la personne)

CONCLUSION

- **Importance de la mobilisation motrice (kinésithérapie) et psychomotrice (psychomotricité)** de la personne atteinte de MCL à tous les stades de maladie
 - En maintenant une activité motrice ou sensori-motrice le plus précocement possible et en la maintenant le plus longtemps possible dans le temps (nécessité d'une adaptation de l'activité et de l'approche au cours de l'évolution de la pathologie)
- **Complémentarité des 2 prises en soins** qui renforcent mutuellement leur efficacité (ex: relaxation psychomotrice avant séance motrice peut renforcer et faciliter l'amplitude articulaire / exercices kiné de performance musculaire peuvent renforcer le travail psychomoteur sur le sentiment d'efficacité personnelle)
- **Les limites des interventions restent la fatigabilité du malade** pour éviter toute sur-stimulation contreproductive

Prises en soins paramédicales : A RETENIR

Kinésithérapie

- **QUAND ?** Dès dégradation des capacités fonctionnelles : troubles de l'équilibre, rétropulsion, risques de chute...
+ Activités physiques (AP) : **le plus tôt possible**
- **COMMENT ?** Libéral, domicile ou EHPAD
AP : avec un EAPA, en club de sport adapté, en groupe ou en individuel
- **POINTS IMPORTANTS :**
 - **Maintenir et préserver l'autonomie** le plus longtemps possible
 - **Activité physique régulière** (adaptée ou non) pour conserver la motricité
- **RESSOURCES :** annuaire **aknna**, société française de physiothérapie. AP : dispositif **PEPS**, fédération française de sport adapté, société française des professeurs en activité physique adaptée



Psychomotricité

- **QUAND ?** Dès le stade précoce pour les soins de réhabilitation. Utile à tous les stades en cas de **symptômes anxio-dépressifs** ou **syndrome post-chute**, y compris **au stade sévère** et dans l'accompagnement de **fin de vie**.
- **COMMENT ?** Libéral, domicile, en Equipe spécialisée Alzheimer (ESA) ou en EHPAD
- **POINTS IMPORTANTS :**
 - Prise en soins holistique psychocorporelle incluant l'environnement
 - Possibilité de traitement des **troubles de la relation** entre la personne malade et son proche
- **RESSOURCES :** Fédération française des psychomotriciens, Annuaire du syndicat national d'union des psychomotriciens



Merci de votre attention



Association des Aidants
et Malades à Corps de Lewy

www.a2mcl.org

06 62 63 34 97

contact@a2mcl.org



université
de **BORDEAUX**