



## Présentation de l'Equipe spécialisée Alzheimer

### Face à la maladie d'Alzheimer : une réponse non médicamenteuse au domicile

- Une équipe spécialisée à compétences pluridisciplinaires.
- Un plan de soins global et personnalisé.
- Une thérapie pour valoriser et préserver l'autonomie du patient au quotidien.

#### I – Qui sommes-nous ?

- **L'AIMV (Agir Innover Mieux Vivre)** est une association loi 1901 à but non lucratif.
- **Créée le 10 avril 1956**, l'AIMV s'est engagée depuis 50 ans, à participer à toute initiative permettant de développer la solidarité et l'aide à l'égard des populations fragiles.
- **L'AIMV emploie 2000 professionnels** salariés et propose un accompagnement pérenne et fiable à la population de la Loire, auprès de 20 000 personnes.
- **2 domaines d'action** : le social (Aides à domicile, téléassistance, protection des majeurs) et la santé (EHPAD, Soins de suite et réadaptation, centre de santé infirmiers).
- **1 filière Alzheimer** : Un accueil de jour, une formation aux aidants et une équipe spécialisée Alzheimer.
- **Cette ESA** qui fait partie intégrante du SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile) du Centre de Santé AIMV **intervient dans les communes suivantes** :  
Saint-Etienne, Terrenoire, Saint-Jean Bonnefonds, Sorbiers, Rochetaillée, Planfoy, Saint-Genest Malifaux, Tarentaize, Le Bessat, La Ricamarie, Firminy, Fraisses, Le Chambon Feugerolles, Roche la Molière, Saint-Victor sur Loire, Saint-Genest-Lerpt, La Fouillouse, Villars, L'Etrat, Saint-Priest en Jarez, La Tour en Jarez, Saint-Héand, La Talaudière.



## **II – Historique**

- **Plan Alzheimer 2008-2012 : mesure 6**

Par son engagement tant au niveau national que départemental, dans le cadre de la mesure 6 du plan Alzheimer 2008/2012 faisant suite à une étude faite aux Pays-Bas, l'Association a développé en 2009, l'équipe spécialisée dans l'accompagnement et la réhabilitation à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (10 places).

L'objectif de cette mesure est de développer 500 équipes sur le plan national d'ici 2012, d'organiser et de fédérer une prise en charge globale autour et pour le bénéfice de la personne malade et de ses aidants.

- **Une étude Néerlandaise qui a fait ses preuves tant au niveau du soin et que de la rentabilité économique :**

- Interventions : 10 séances d'ergothérapie sur 135 patients de plus de 65 ans avec une démence légère à modérée.
- Résultats au niveau médical : L'amélioration de l'autonomie des patients dans les activités de la vie quotidienne est significative jusqu'à 12 semaines après les interventions. Le bénéfice est plus élevé que les essais de médicaments ou d'autres interventions psychosociales. Diminution du fardeau de l'aidant.
- Résultats au niveau économique : L'amélioration de l'autonomie des patients pris en charge diminue la fréquence des visites chez les médecins et les hospitalisations. Le bénéfice net est évalué à environ 1700 euros par personnes.

- **Quelques chiffres sur la maladie**

En France, on estime à 860 000, le nombre de personnes atteintes d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Dans la Loire, la dernière estimation datant de 2005 indiquait que 12 400 personnes était atteintes d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Suivant les données du schéma départemental 2008-2012 de la Loire en faveur des personnes âgées, on estime à environ 18 500 le nombre de personnes qui présenteront une maladie d'Alzheimer dans la Loire en 2020 et à 32 500 en 2040.

Alors que 80 % des personnes souhaitent rester à domicile, le maintien à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer s'avère plus rare que pour les personnes âgées souffrant d'autres pathologies.

Ainsi seules 40 % des personnes présentant une atteinte modérée de la maladie vivent à domicile. La maladie d'Alzheimer constitue par ailleurs la principale cause d'entrée en institution.

Actuellement, la prise en charge à domicile est trop souvent limitée à des soins du type nursing et les personnels intervenant ne sont pas toujours formés à la prise en charge des troubles cognitifs. Or, les mauvaises pratiques de soins ou de prise en charge peuvent être délétères et accélérer l'évolution de la maladie.

En France, les activités de stimulation cognitive et de réhabilitation de la personne malade et de formation de l'aidant restent encore très peu développées et toujours réalisées hors du domicile.

### III – Présentation du service

- **Pour qui ?**

Aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées diagnostiquées à un stade léger ou modéré de la maladie.

- **Comment ?**



⇒ Accueil de jour, AVS, IDE,  
SSIAD, reprise d'activités  
sociales...

(1) 12 à 15 séances d'environ 1h avec une régularité d'au moins une séance par semaine. La prise en charge est d'une durée de 3 mois maximum, renouvelable une fois par an.

(2) Définition des objectifs de la prise en charge en concertation avec les différents acteurs (Ergothérapeute, Psychomotricien, Centres de mémoire, Médecins, Familles...).

- Pourquoi ?

- Réhabiliter et accompagner par l'activité corporelle avec la psychomotricienne

Le soin en psychomotricité vise à maintenir et à renforcer les ressources motrices et psychiques de la personne par le biais de situations ludiques partagées.

En s'appuyant sur la communication non verbale, la psychomotricité est un espace privilégié d'échange et favorise l'expression de la personne, son aisance corporelle, son attention, son adaptabilité, sa créativité...

La psychomotricienne propose des médiations corporelles dynamiques (mise en mouvement, travail de conscience corporelle) et aussi de détente (relaxation, approche sensorielle), adaptées aux besoins et intérêts de la personne.

EXEMPLES D'INTERVENTIONS EN PSYCHOMOTRICITE :

- ✓ *Mobilisation des capacités psychomotrices telles que l'équilibre, la posture, l'organisation spatiale et temporelle, la mémoire, les coordinations, le tonus, la conscience du corps.*
- ✓ *Soutien face aux manifestations de souffrance telles que le repli, l'anxiété, l'agressivité...*
- ✓ *Mise en place de temps de distraction, de bien être, de plaisir et de répit.*
- ✓ *Aide aux aidants : permettre de mieux comprendre et d'adapter sa relation à la personne dans le respect de chacun.*

- Réhabiliter et accompagner par l'activité de la vie quotidienne avec l'ergothérapeute

L'objectif de la prise en charge ergothérapeutique est le maintien de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne.

La prise en charge est basée sur une évaluation précise en situation d'activité pour limiter au maximum les situations de handicap, dans le but d'améliorer la qualité de vie des malades et de leurs aidants.

EXEMPLES D'INTERVENTIONS EN ERGOTHERAPIE :

- ✓ Réhabilitations dans les gestes de la vie quotidienne : l'ergothérapeute favorise le maintien des capacités résiduelles, l'apprentissage de technique de compensations et l'éducation aux aidants des gestes adaptés.  
*Exemple: Cuisine thérapeutique / Réapprendre à la personne à sortir du fauteuil seule, prévenir les troubles musculo-squelettiques des aidants.*
- ✓ L'adaptation de l'environnement : vise l'accessibilité, la sécurité et l'autonomie.  
*Exemple : Proposition de barre de douche, toilette, réaménagement de la cuisine.*
- ✓ Favoriser la communication et l'expression : Mise en place d'activités revalorisantes.  
*Exemple : Atelier mémoire, quizz musical, cuisine thérapeutique.*

- Accompagner et soutenir la personne et ses aidants avec l'Assistante en soins de gérontologie

En complémentarité du travail effectué par la psychomotricienne et l'ergothérapeute, l'assistante en soin de gérontologie participe au projet individualisé.

Venant d'une formation d'aide soignante, l'assistante en soin de gérontologie participe à 140 heures de formation professionnalisante animée par des spécialistes. Elle concourt à l'aide individualisée au soin quotidien et la réhabilitation, à la stimulation des capacités, à la communication et à la relation avec les aidants.

EXEMPLES D'INTERVENTIONS DE L'ASSISTANTE EN SOIN DE GERONTOLOGIE :

- ✓ *Observer et guider les comportements.*
- ✓ *Guider une toilette en utilisant la technique la plus appropriée.*
- ✓ *Assurer le confort du patient en utilisant les aides techniques nécessaires.*
- ✓ *Surveiller l'état de santé générale de la personne.*
- ✓ *Stimuler les capacités restantes par les activités spécifiques en fonction notamment de l'évaluation faite par d'autres professionnels : activité physique, sociale et de loisirs.*

La spécificité de l'ASG :

- ✓ Avoir une connaissance approfondie de la maladie.
- ✓ Savoir analyser les comportements pour ajuster les prises en charge.
- ✓ Rechercher l'autonomie du patient dans le quotidien (le laisser-faire).
- ✓ Revaloriser le patient et l'aide.
- ✓ Etre un soignant médiateur entre le patient et l'aide.

#### IV – L'équipe pluridisciplinaire

Présentation de 2 cas clinique : un patient jeune et un patient plus âgé (Objectif, moyens et résultats).

##### **MADAME D. 52 ANS**

Mme D. âgée de 52 ans, ancienne ASH (Agent de Service Hospitalier), vit avec son mari dans une maison en milieu rural.

Mme D. est une personne sportive et aime entretenir son domicile. Néanmoins, elle a une attitude timide qui cache une anxiété.

L'accueil est chaleureux, en présence de son mari qui est préoccupé.

MMS à 19/30 posé par le médecin du centre mémoire un mois avant la prise en charge.

##### **I. Prise en charge en ergothérapie**

- Bilan d'ergothérapie :
  - Désorientation temporelle
  - Altération des fonctions exécutives
  - Difficultés pour cuisiner (attention divisée, organisation, gestion des imprévues)
- Objectifs :
  - Redonner autonomie à Mme D. pour cuisiner
- Prise en charge :
  - Cuisine thérapeutique avec l'assistante en soins de gérontologie
  - Conseils d'organisation pour faciliter la préparation du repas
- Cuisine thérapeutique :
  - ✓ Objectif : Maintien de l'autonomie pour la cuisine
  - ✓ Moyens : Conseils et gestion de l'activité avec l'assistante en soins de gérontologie
    - 1- Préparation de l'activité**
      - ✓ lire la recette, la réécrire si nécessaire
      - ✓ mettre les ingrédients et ustensiles chronologiquement par rapport à la recette.
      - ✓ les organiser sur la table de cuisine.
    - 2- Exécution de la recette :**
      - ✓ veiller à la sécurité.
      - ✓ cocher chaque étape pour éviter d'y revenir
      - ✓ demander de faire une chose à la fois
      - ✓ surveiller les tâches implicites (sous tâches non décrites dans la recette).
      - ✓ contrôler de la cuisson.
      - ✓ nettoyer et ranger le plan de travail à la fin de la cuisine
    - 3- Dégustation :**
      - ✓ Autocritique
      - ✓ Qualité de la production

- ✓ Prise de plaisir durant l'activité
- Principes :
  - Ne pas mettre la personne en situations d'échecs
  - Attention aux situations de danger
  - Eviter de solliciter l'attention divisée
  - En cas de difficulté, revenir à l'étape de la recette
- Cadre :
  - Séance d'1h
  - Travail en pluridisciplinarité avec l'ergothérapeute et l'assistante en soins de gérontologie
  - Au domicile de la personne

## ORGANISATION DES REPAS

### TABLE DE REFERENCE

#### INGREDIENTS :

- entrée
- plat
- dessert
- condiments (sel, poivre, épices)

#### USTENSILES DE CUISINE :

- plats, casseroles
- couteau, fourchette...
- batteur, mixeur...

#### RECETTE :

- Réécrire en gros si nécessaire
- Cocher chaque étape

## II. Prise en charge en psychomotricité

- Les cuisines thérapeutiques ont révélées une anxiété importante qui limite sa gestion du quotidien. C'est pourquoi des séances de psychomotricité ont été proposées à Mme D.
- Premier entretien :
  - Cibler les besoins en rapport à la gestion du stress
  - Inquiétudes par rapports aux changements de comportement (présence d'agressivité) et évolution de la maladie
  - Difficultés à contenir ses émotions

- Prise en charge :
  - Séances de relaxation passive
  - Travail autour de la respiration
  - Automassage

### III. Relaxation

- Photos
- Protocole

### IV. Résultats

- **Les cuisines thérapeutiques** ont redonné de l'autonomie à Mme D. et la régularité des séances lui a permis de s'approprier les techniques d'organisation et de préparation qui font désormais partie de ses habitudes de vie
- Mme L. **reprend seule les outils proposés en séances de psychomotricité**. Son hypersensibilité émotionnelle s'est amoindrie. Ses moments de colère ne sont plus présents selon elle. Il est possible de mieux gérer son vécu d'échec en stoppant l'activité pour reprendre par la suite plus sereinement.

## MONSIEUR L. 76 ANS

### I. Présentation

Mr L. est âgé de 76 ans, vit seul dans son appartement très étroit (baignoire sabot, tapis partout, pas d'accessibilité, chaises trop petites, gazinière) au 4eme étage sans ascenseur.

Son apparence est négligée (habits trop petits ainsi que son appartement (odeur, rangement, saleté).

Mr est très timide, en retrait, peu bavard, le faciès un peu triste.

Célibataire, pas de famille à part une nièce qui n'habite pas à Saint Etienne.

Indiqué par un gériatre de l'hôpital.

Accueillant mais sans demande d'aide précise.

Aide extérieure: passage aide soignant, aide ménagère, démarrage ADJ, portage du repas.

### II. Bilan psychomoteur

- Troubles de l'équilibre: ATCD de chute, dans transferts pas de freinage pour s'assoir, appréhension à la marche.
- Troubles toniques: Peu d'amplitude des articulations dans le bas de son corps difficile à mobiliser. Hypertonie dans les membres et hypotonie de l'axe.
- Troubles du schéma corporel: Oublie systématique des MI dans les imitations de postures.
- Troubles de l'organisation spatio-temporel: oubli ses RDV, dessins superposés, pas de représentation spatiale (pas de mémoire spatiale).
- Troubles de mémoire
- Troubles de la communication : se dit timide, peu de mimogestualité (regard vers le bas).

Mr L montre des difficultés sur le plan de sa motricité (fixé au niveau des MI) lié à des troubles toniques et d'équilibre qui fragilise sa stabilité interne (timidité, assurance et aisance corporelle entravées).

Des stratégies de compensations de ses troubles lui permettent de garder une maîtrise de son quotidien.

Il semble pourtant en difficulté au niveau de son organisation : ne peut pas suivre son planning, marche précaire pour ses courses, troubles spatiaux et troubles temporaux.

### **III. Objectifs**

- préserver son autonomie au domicile : l'aider à se repérer dans l'organisation de sa journée, améliorer l'accessibilité et la sécurité du domicile.
- maintenir son autonomie à l'extérieur : l'aider à maintenir ses repères spatiaux, à planifier ses sorties, travail de réassurance dans la marche.

### **IV. Moyens**

#### **2 séances d'Assistante en Soins de Gérontologie par semaine + intervention de l'ergothérapeute**

- Mettre en place des prothèses mnésiques plus adaptées pour se repérer dans ses RDV (planning)
- Visite de l'ergothérapeute pour la salle de bain, les tapis, la gazinière...en lien avec sa nièce.
- Echauffement corporel, promenades à l'extérieur, jeux spatiaux
- Lien avec l'accueil de Jour

### **V. Evolution de la Prise en Charge**

- Nous avons dans un premier temps, mis en place des sorties extérieures (courses alimentaire), pour observer la mobilité et les comportements à risque de Mr L. Il s'avère qu'il risque de chuter, a des pertes d'équilibre, se fatigue vite (aussi par rapport aux escaliers à remonter).
- Au bout de quelques séances, un climat de confiance s'est installé, Mr L s'est ouvert à la relation et a su verbaliser toutes les difficultés qu'il rencontre au quotidien (problème pour écrire, pour le calcul, sa solitude et sa timidité).
- Parallèlement, nous avons mis en place un planning à la semaine, que Mr L a su s'approprier en rajoutant lui-même les tâches effectuées et à faire.
- Des activités de stimulation cognitives ont aussi été proposées comme des jeux de calculs, des activités autour du langage, de l'attention et de l'orientation spatiale (mosaïque, jeux de construction à reproduire...). Il participe bien mais a besoin d'être indiqué et guidé dans la réalisation des consignes.
- Enfin, plusieurs contacts téléphoniques avec la nièce pour parler des risques autour de sa gestion de l'argent (porte à porte...) et d'un relais nécessaire avec une auxiliaire de vie pour sécuriser ses sorties.

### **VI. Relais**

Mr L. continue l'accueil de jour deux fois par semaine qu'il semble beaucoup apprécier. Cela rythme sa semaine et est moteur dans sa motivation.

Une augmentation du temps avec l'aide à domicile sera mise en place par sa nièce. Il serait d'ailleurs intéressant de poursuivre l'outil de planning avec elle.

De plus, une aide à la toilette sera mise en place 3 fois par semaine par le SSIAD à partir d'Avril 2011.

## V Bilan

- **Intérêts de la mise en place d'une équipe spécialisée**
  - Un accompagnement avec des compétences pluridisciplinaires.
  - Une prise en charge non-médicamenteuse.
  - Une formation aux aidants déjà en place.
  - Une réponse adaptée aussi pour les jeunes patients.
  - L'amélioration de la qualité de vie à domicile autant pour le patient que pour l'entourage.
  - La valorisation de l'autonomie de la personne et des contacts sociaux.
  - Les conseils sur l'aménagement du domicile et le développement des aides techniques et relationnelles.
  - Un travail coordonné en partenariat avec les différents intervenants autour du patient (Kinés, infirmiers, auxiliaires de vie, médecins...).
- **Difficultés**
  - Le nombre insuffisant de séances rend difficile le travail de relais.
  - Le manque d'information envers les professionnels médicaux, d'où un manque d'information des patients dès le diagnostic.
  - Le manque de relais type « accueil de jour » pour les jeunes patients en début de diagnostic.
  - Le manque d'aides financières et l'absence de structures de répit pour les – de 60 ans (maladie non reconnue comme handicap).
  - Une efficacité de l'intervention fluctuante selon l'implication des aidants familiaux
- **Perspectives**
  - Formation Aides aux aidants : il était logique que l'équipe spécialisée Alzheimer se positionne sur la mesure 2 du plan, accompagnée des compétences professionnelles de l'association.  
Cette mesure 2 prévoit 14h d'information/sensibilisation pour chaque aidant familial afin d'Apporter des éléments de connaissance et de compréhension, ainsi que **des outils pratiques pour la gestion de la vie quotidienne** et une sollicitation adaptée du patient.
  - Ouverture de nouvelles équipes sur la Loire.

## Bibliographie

- « Validation, mode d'emploi », Naomi Feil, éditions Pradel
- « Maladie d'Alzheimer à l'écoute d'un langage » « Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer », Professeur Louis Ploton, Collection chroniques sociales
- « La maladie d'Alzheimer pour les nuls », Jacques Selmes et Christian Derouesne, Collection pour les nuls GF
- « Alzheimer, l'aide aux aidants », Jacques Gaucher, Gérard Ribes, Thierry Darnaud, Collection chroniques sociales
- « Psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir », Catherine Potel, Edition Erès
- « Ergothérapie, en gériatrie » Eric Trouvè, Edition Sodal
- Revue Doc Alzheimer, Docéditions
- Sites : Papidoc.chic-cm.fr, agevillage.com, senioractu.com