

Comment mettre en place des soins à domicile pour le patient atteint de la maladie d'Alzheimer

Rôle des équipes spécialisées Alzheimer

Berrut G, Cholet J, Dibon C, de Decker L

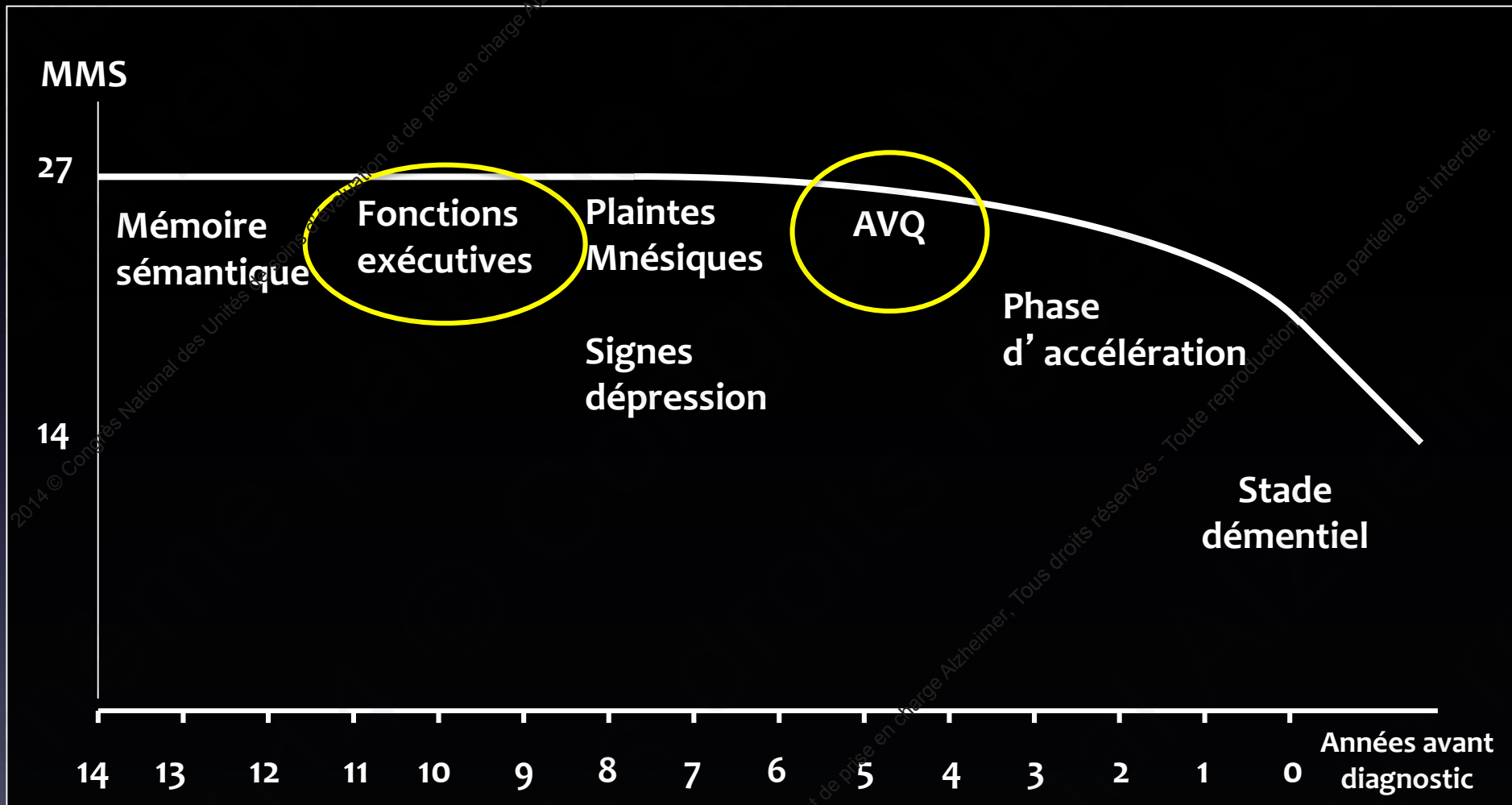
Unité investigation clinique 19 – CHU Nantes

LE CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE

- ❖ 2/3 des patients Alzheimer vivent à domicile
 - ❖ Place de l'aidant/ des aidants ?
 - ❖ La qualité de vie de la dyade
- ❖ APA à domicile
 - ❖ 20 % des allocataires à domicile : GIR 1 ou 2
 - ❖ 34 % des GIR 1 et 2 sont à domicile

Dartigues JF. Rapport de l' Office Parlementaire d' Evaluation des Politiques Publiques, 2005.
Enquête sur l'allocation personnalisée d'autonomie réalisée par la DREES. 1^{er} juin 2011

Chronologie des signes de maladie d'Alzheimer en population générale (PAQUID)



Les troubles psychiques, la personnalité, le self

- ❖ Troubles psychiques: une « nouvelle » dimension ?
- ❖ Modification de la « personnalité »
- ❖ Sujet pensant
 - ❖ Désir, envies, motivation, estime de soi, compétences
 - ❖ Capacité à choisir / autonomie ?
 - Pas de soins ambulatoires « sous contrainte » ?
 - Motivation
 - Estime de soi

Besoins spécifiques et approche globale

- ❖ Prises en charge non médicamenteuses

- ❖ Qualité de vie au 1er plan

- Balance maintien à domicile / institutionnalisation

- ⇒ Approche globale psycho-sociale

- ❖ Tous les aspects de la vie de la personne ↔ qualité de vie de la dyade
 - ❖ Favoriser l'accès aux soins

Rapport au Président de la République, Pr Méhard. Novembre 2007.

Evaluation du plan Alzheimer 2008-2012, J. Ankri et C. Van Broeckhoven, Juin 2013.

Convergence médecine ambulatoire et souhaits des patients / entourages

❖ Ambulatoire

- ❖ HDJ, UCC

- ❖ A domicile : équipes de soins infirmiers Alzheimer (ESA)

❖ Individuelle / groupe

❖ Place des aidants

⇒ **Vers un objectif de soins personnalisés**

(cf Intervention Fleur DELVA : *Les résultats de l'étude ETNA 3 – SFGG 2013*)

Prise en charge non médicamenteuse : Objectifs

- ❖ Préservation des capacités cognitives
- ❖ Autonomie fonctionnelle
- ❖ Diminution / prévention des SPC
- ❖ Qualité de vie: patient / dyade

Spijker A et al. J Am Geriatr Soc 2008 ; 56(6):1116-28.

Padilla R. Am J Occup Ther 2011; 65 (5):523-31.

LES PRISES EN CHARGE NON MEDICAMENTEUSES : QUELLE EFFICACITE ?

Un manque d'homogénéité dans les protocoles de recherche
et des résultats inconstants

* Impact cognitif

- ❖ Stimulation cognitive
- ❖ Entraînement cognitif
- ❖ Rééducation de l'orientation
- ⇒ PEC en groupe ++

❖ Impact sur les AVC

- ❖ PEC en groupe
 - ❖ Stimulation cognitive, Réminiscence
 - ❖ Relaxation, Activités physiques
- ❖ PEC individuelle
 - ❖ Ergothérapie à domicile

Dorenlot P. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*
2006;4(2):135-44

Graff M et al. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007;
62(9):1002-9

McLaren AN et al. *Aging Ment Health*. 2013; 17(6):655-66

Naio AK et al. *Am J Occup Ther*. 2014; 68(1):50-6. 8

LES PRISES EN CHARGE NON MEDICAMENTEUSES : QUELLE EFFICACITE ?

Un manque d'homogénéité dans les protocoles de recherche
et des résultats inconstants

❖ Impact sur les SPC

- ❖ Stimulation / Remédiation cognitives
- ❖ Activités physiques, sensorielles
- ❖ Transfert de compétences à l'aidant
- ❖ Thérapie par empathie

❖ Impact sur la qualité de vie

- ❖ Adaptation de l'environnement
- ❖ PEC en groupe
- ❖ PEC spécifique de l'aidant principal
 - ❖ Individuelle / groupe/ conjointe
 - ❖ Psycho-éducation / psychothérapie
 - ❖ PEC plus efficace si à domicile
- ❖ Structures de répit

Olazaran J et al. Dement Geriatr Cogn Disord 2010; 30: 161-178

Brodaty H et al. Am J Psychiatry 2012; 169 (9):946-53.

Seitz DP et al. J Am Med Dir Assoc 2012; 13 (6):503-6.

McLaren AN et al. Aging Ment Health. 2013; 17(6):655-66.

Letts L et al. Am J Occup Ther 2011; 65 (5):497-504.

Vernooij-Dassen M et al. Int Psychogeriatr. 2010 ;22(7) :1121-8

Spijker A et al. BMC Geriatrics 2009, 9 :21

Verhervé H et al. Ann Med Psychol 2008; 166 : 251-259

PLAN ALZHEIMER 2008-2012

Création des équipes spécialisées Alzheimer (ESA)

- * Objectif de 500 équipes pour des interventions à domicile d'ergothérapeutes et / ou psychomotriciens

- * Travail sur le maintien à domicile

⇒ Des approches en conditions « écologiques » avec des équipes pluridisciplinaires

- * Evaluation du plan : 415 ESA créées

- * Proposition de poursuivre le maillage « ***pour un public plus large et selon des méthodes d'intervention plus souples*** »

Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019

Mesure 22: « Poursuivre les efforts engagés pour développer des équipes spécialisées Alzheimer (ESA) de manière à mailler le territoire ».

ETUDE pré-MATAPA: LES ESA AU CŒUR DE LA PRISE EN CHARGE

(Financée par la Fondation Plan Alzheimer)

- * Maladie d'Alzheimer ou apparentée
- * Au stade léger à modéré
- * 30 ESA
- * Ergothérapeute ou psychomotricien

ETUDE pré-MATAPA: LES ESA AU CŒUR DE LA PRISE EN CHARGE

- 12 séances hebdomadaires de « thérapie de préservation des acquis » (TAPA)
 - soins personnalisés, adaptés et réalistes
 - Temps dédiés à l'aidant
 - Bilans d'évaluation filmés
 - Suivi jusqu'à 3 mois après la 12^{ème} séance de TAPA
- Critères d'évaluation :
 - Faisabilité de la TAPA
 - Evolution à 3 mois IADL et NPI avec 3 évaluation filmées au domicile

Faisabilité

➤ 8 ESA

- Faible perception de la nécessité de la recherche par les équipes
- Mobilisation très difficile
- Recherche surtout perçue comme une valorisation professionnelle

Pré-MATAPA

Principaux résultats

17 dyades incluses

AIDANTS

- * Age moyen: 71 ans [33;87]
- * 59% de conjoints
- * 59% d'hommes
- * Zarit: - 3,77 pts à M3 (p=0.21)
(fardeau modéré)
- * **Satisfaction globale de la PEC:**
bonne avec une perception que les
objectifs ont été atteints

PATIENTS

- * Age moyen: 81 ans [68;87]
- * 88% de femmes
- * **MMSE : - 1,46 pts à M3** (p=0.13)
- * **IADL: - 1,69 pts à M3** (p=0.19)
- * **NPI: -6,08 pts à M3** (p=0.09)
- * **Satisfaction globale de la PEC: bonne**
avec une perception que les objectifs ont
été atteints

pré-MATAPA: LE RETOUR DES ESA

- 84% des professionnels sont satisfaits ou très satisfaits
- Difficultés rencontrées
 - Difficultés d'inclusion
 - Peu de demandes de PEC par les ESA pour des patients présentant une maladie d'Alzheimer au stade léger à modéré
 - PEC orthophonique en cours au moment de la demande d'intervention de l'ESA
 - PEC trop longue
 - Manque de professionnels dans les ESA pour faire toutes les séances
 - Impossibilité de faire intervenir d'autres professionnels ou structures (ASG, orthophoniste, accueil de jour...) pour ne pas biaiser les résultats du protocole

pré-MATAPA: PERSPECTIVES

- Des résultats à confirmer (manque de puissance de l'étude)
 - Bonne acceptabilité de l'intervention à domicile par la dyade
 - Bénéfices probables sur les symptômes psychocomportementaux et le sentiment de fardeau de l'aidant
- Adaptation nécessaire du protocole à la réalité du terrain
 - Maladie d'Alzheimer au stade léger à sévère?
 - Participation des ASG ?
 - Temporalité et nombre de séances?

CONCLUSION

- * Pertinence des soins spécialisés à domicile :
ergothérapeutes, psychomotriciens, ASG
 - * Acceptabilité par la dyade
 - * Temps nécessaire à la co-construction d'objectifs thérapeutiques adaptés et réalistes
 - * Impact sur le patient, l'aidant et la dyade en elle-même
- * Nécessité de développer ce type de prise en charge et de favoriser les études visant à en évaluer l'efficacité