

Introduction

Hypothèse : En s'inspirant de la démarche et de l'esprit des projets à visée thérapeutiques psychologiques et sociales proposés dans la littérature (M. et A.C. Van der Linden, S. Adam) il est possible de reproduire ce type d'interventions dans une structure plus légère de type hôpital de jour gériatrique de proximité et les résultats seront positifs pour les bénéficiaires de ces soins.

Présentation : Les prises en charge s'attachaient à viser des buts spécifiques, jugés pertinents, de la vie quotidienne, autour de la question de la réappropriation d'expertises pour les deux personnes; ces objectifs étaient définis avec eux, en incluant autant que possible les aidants ; dans l'objectif global de maintenir une vie autonome et épanouissante autant que possible, une dignité et un sens à leur vie.

Données initiales & Méthodologie

Patient M1, 2009

Patient M1, 78 ans; marié; 3 enfants, ancien charpentier, vivant toujours à domicile;
En 2007 : AVC (lacune ischémique frontal gauche)
Novembre 2008 : première consultation à la consultation gériatrique pour apragmatisme, agressivité, trouble de la mémoire

Plaintes :

- **Mr M1 :** « depuis l'AVC j'ai des hauts et des bas, ...j'ai plus envie de sortir, ...dehors je me sens faible et je me perds. »
- **Son épouse :** il ne veut plus sortir, tourne en rond dans l'appartement, ne joue plus à la pétanque, allume les lumières sans les éteindre, ouvre les portes sans les fermer.

Examen Psychologique

Capacités préservées	Capacités réduites
<ul style="list-style-type: none"> • Capacité de stockage en mémoire de travail • Fonctions instrumentales (praxies et gnosies visuelles) • Calcul • Fluences verbales + langage écrit et oral 	<ul style="list-style-type: none"> • trouble sévère en mémoire épisodique • fléchissement mémoire court terme • fléchissement modéré capacités exécutivo-attentionnelles • difficultés en communication spontanée non retrouvées aux épreuves verbales

=>Les troubles du comportement sont interprétés comme réactionnels aux dégradations cognitives (défenses narcissiques)

Programme Pluridisciplinaire incluant :

des activités de stimulations cognitives (infirmière et AMP) individuelles ou en groupe la participation à un atelier cuisine en groupe (ergothérapeute)
le suivi du projet de revalidation cognitive et 2 entretiens type « counseling » avec l'aidant principal (psychologue et psychologue stagiaire).
+ repas collectifs

Une journée par semaine pendant 6 mois. Total : 180h

Objectifs fixés avec le patient dans le cadre de la revalidation cognitive :
- reprendre une activité de réalisations de maquettes + autres activités manuelle à domicile
+ une activité de pétanque en groupe à l'extérieur (= 2 domaines d'expertise perdus)
- utiliser un agenda et d'un tableau.

Patient M2, 2011

Patient M2, 79 ans; marié; 6 enfants, ancien agriculteur, vivant toujours à domicile;
mai 2011 : première consultation à la consultation gériatrique pour apparition brutale de troubles mnésiques en mai 2011

Plaintes :

- **Mr M2 :** évoque une mémoire courte avec des trous sans que cela ne le gêne
- **Son épouse :** il ne sort plus, ne sait plus quel jour on est, réalise des rangements incongrus, présente moins d'intérêt pour les jeux télévisés qu'il ne ratait jamais

Examen Psychologique

Capacités préservées	Capacités réduites
<ul style="list-style-type: none"> • Capacité de stockage en mémoire de travail • capacités visuo-constructives • langage oral 	<ul style="list-style-type: none"> • mémoire épisodique verbale (3 processus) • gnosies visuelles • capacités de raisonnement et abstraction verbale • ralentissement idéomoteur • atteinte relative des capacités exécutivo-attentionnelles • capacités de calcul abaissées

=>Le patient est conscient de ses difficultés cognitives, de sa restriction d'autonomie et en raison de difficultés cardiaques parallèles il dû restreindre ses activités quotidiennes. Altération de son image personnelle.

Programme Pluridisciplinaire :

réalisé par un binôme de professionnel (ergothérapeute/psychologue)
10 séances de 2h hebdomadaire (1h auprès de chaque professionnel)
3 séances d'1h pour des entretiens avec le patient et son proche pour la réalisation de plan d'intervention individualisé interdisciplinaire.

2h par semaine pendant 3 mois

Total: 23h (10X moins que M1)

objectifs fixés avec le patient dans le cadre de la revalidation cognitive :
- faciliter l'accès aux prénoms de ses petits-enfants (technique de récupération espacée)
- travail du calcul mental (domaine d'expertise)
- initiation à la pratique du Sudoku
- mise en place d'un agenda.

Résultats

Patient M1, 2009

Observations :

- **Mr M1 & Son épouse :** Monsieur M. va mieux, il ressort, il s'occupe à la maison avec ses maquettes et d'autres activités diverses. Il sollicite beaucoup moins son épouse. Il a repris la pétanque. Il parle mieux.

Données psychométriques:

	MMMS	Golberg	Pichot	Zarit	Fluence lex	DO	Praxies	Sim	MdC	RLRI16	Portes	TMTA	TMTB	Rey
2008	21	4	2	32	8	80	15/18	6	6	11	-	108	KO	31
2009	26	4	2	46	7	79	18/18	5	8	KO	15	105	346	36
interprétation	↑	→	→	↑	→	→	↑	→	↑	↓	→	↑	↓	→

* rec chute en syndrome dépressif majeur de l'épouse

Patient M2, 2011

Observations :

- **Mr M2 :** « Ca va mieux. J'ai une occupation toute la journée. »
- **Son épouse :** « A domicile, il lit, il promène son chien tous les jours, il aide à la vaisselle, il regarde la TV, les infos, « Questions pour un champion », « l'assemblée nationale ».

Données psychométriques:

	MMMS	Golberg	Pichot	Zarit	Fluence lit	DO	Calcul	Sim	MdC	RLRI16	orthog Lex	TMTA	TMTB	Rey
2011	22	1	3	7	12	73	2sur5	1	14	30	3sur5	152	325	28
2012	26	0	2	5	19	80	5sur5	7	13	34	5sur5	180	321	30
interprétation	↑	↑	↑	→	↑	↑	↑	↑	→	→	↑	↓	→	→

Synthèse des résultats de M1 et M2

Sur le plan cognitif, après la prise en charge - une amélioration globale est notée ainsi que dans certains domaines - mais la persistance ou l'aggravation de certaines difficultés (mémoire notamment)

MAIS SURTOUT

-Reprise effective d'activités ; recouvrement et développement de nouvelles capacités.

-D'un point de vue affectif, les personnes se sentent aller mieux (baisse de la souffrance narcissique)

-Les proches évoquent également des changements positifs, notamment au niveau comportemental avec baisse de l'agressivité et reprise d'activités (« apathie » disparue)
= changement de l'image du patient auprès de son entourage

A l'issue de la remédiation, afin de poursuivre leurs efforts d'optimisation de leurs capacités :

-M1 a été orienté vers un accueil de jour gériatrique

-M2 vers une prise en charge par un orthophoniste libéral associée à des encouragements pour reprendre des activités de vie sociale (activités paroissiales).

Résultats à plus long terme : maintien des résultats à 2 ans.

Conclusions et perspectives

- Il existe d'autres solutions thérapeutiques psychologiques spécialisées plus fécondes et plus riches que les solutions de stimulations cognitives ou médicamenteuses aujourd'hui reconnues comme d'effets limités au quotidien.
- Ainsi il est possible de permettre à un patient de retrouver des capacités, réduire ses handicaps, réduire ses troubles du comportement, en s'appuyant aussi sur ses expertises, malgré un vieillissement cérébral / cognitif problématique
- Les gains en termes d'activités-autonomie, les gains psychologiques et sociaux sont reproduits et semblent durer dans le temps pour les patients.
- Il est possible de reproduire les programmes spécialisés de revalidation cognitives (approche individualisée psychologique et sociale) proposées initialement dans les cliniques universitaires, dans des structures légères, type hôpital de proximité, même sur une période courte de 3 mois et un programme de quelques 20h seulement.

NOUVELLES PISTES : Il doit être possible d'associer à ce dispositif de revalidations centrées sur la personne un dispositif de réintégration sociale et de revalorisation personnelle dans le cadre d'activités en groupe pour un « vieillir autrement ». À l'instar de l'expérience de l'Association VIVA, en Suisse (Valoriser et Intégrer pour Vieillir Autrement) www.association-viva.org