

Sous la direction de HENDI LINGIAH

Coauteurs : HENDI LINGIAH - Jocelyne FÉRIÈRE - Perrine COLMARD

**Guide pratique de  
stimulation  
des  
malades d'Alzheimer  
et apparentés**

---

Éditions Phalente

Maquette : Aurélie Camarasa

Assistante d'édition : Aurélia Le Frapper

© 2018 Éditions Phalente SAS - Tous droits réservés  
23, rue Jean-Jacques Rousseau - 75001 Paris - <http://www.editionsphalente.fr>

ISBN 978-2-36835-125-3

Crédit photo : @aleksander1-Fotolia.com

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, selon les termes de l'art. L. 122-5 d'une part, que « les copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que « les analyses et courtes citations » dans un but d'exemple ou d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droits ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les dispositions pénales des art. L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

## Comment utiliser ce livre ?

Cet ouvrage est constitué de trois parties :

1° La première partie, intitulée **Méthodologie**, fournit des informations théoriques et les connaissances intellectuelles indispensables pour mettre en œuvre les activités figurant dans l'ouvrage.

2° La deuxième partie, dénommée **Fiches d'activités**, est signalée par un onglet vertical. Elle contient des séances d'animations présentées de manière thématique.

3° La troisième partie, dénommée **Annexes**, est constituée d'outils complémentaires permettant de mettre en œuvre les activités.

Les éditions Phalente souhaitent être au plus proche de ses lecteurs :

<http://www.atelieranimationsenior.fr/> :

- Retrouvez sur ce site tous nos livres ;
- Abonnez-vous pour accéder à l'ensemble des fiches d'activités de la collection.



Sur notre page **Facebook Ateliers d'animations séniors**, suivez l'actualité de la collection, et communiquez avec les auteurs.



Suivez l'actualité de la gérontologie sur notre page **Twitter : @editionphalente**

Attention, cet ouvrage est un outil d'information. L'éditeur et l'auteur s'exonèrent de toute responsabilité pour les conséquences dommageables éventuelles, résultant de la mise en œuvre des activités.

Dans la même collection aux Éditions Phalente :

**Ateliers activités physiques**, Delphine Dandois, octobre 2012  
ISBN 978-2-36835-002-7

**Ateliers artistiques**, Marie-Claire, Borreman, octobre 2012  
ISBN 978-2-36835-004-1

**Ateliers mémoire**, Emmanuelle Goury-Meyer, octobre 2012  
ISBN 978-2-36835-000-3

**Loisirs et jeux**, Dominique Assemaine, octobre 2012  
ISBN 978-2-36835-006-5

**Organiser les fêtes et les sorties**, Nadine Friederich, octobre 2012  
ISBN 978-2-36835-008-9

**Projet d'animation en Ehpad**, Anthony Merlin, mai 2017  
ISBN 978-2-36835-120-8

Hors collection aux Éditions Phalente :

**Mon histoire (cahier-souvenirs)**, Collectif, janvier 2015  
ISBN 978-2-36835-114-7

# Table des matières

## MÉTHODOLOGIE

### État des lieux ..... 21

#### **Viellissement, maladies d'Alzheimer et apparentées, en chiffres ..... 23**

- Le vieillissement démographique ..... 23
- Données sociodémographiques ..... 23
- Maladies neurocognitives et maladie d'Alzheimer ..... 24

#### **Le vécu des malades et le rôle des aidants ..... 27**

- Représentations et perception de la maladie d'Alzheimer chez les patients ..... 27
- Rôles et parcours d'aidants ..... 29
- Aider les aidants ..... 34

#### **Le respect de la personne aidée ..... 37**

- La connaissance de la personne aidée ..... 37
- Les composantes de l'activité ..... 42
- Les bénéfices, le coût et la motivation ..... 47

#### **L'organisation de l'aide ..... 53**

- L'exigence de réponse immédiate ..... 53
- La contrainte de temps ..... 55
- « Faire à la place de » ..... 56

#### **La question de la temporalité dans l'organisation de l'aide ..... 59**

- Le temps de l'aidé ..... 59
- Le temps de l'aidant ..... 62

### Sémiologie des atteintes neurocognitives ..... 65

#### **La maladie d'Alzheimer ..... 67**

- Les causes ..... 67
- Les critères diagnostics de la maladie d'Alzheimer ..... 68
- L'impact de la maladie sur les aires corticales ..... 70

#### **Les autres principales atteintes neurocognitives ..... 73**

- La démence vasculaire ..... 73
- La démence fronto-temporale ..... 73
- La démence à corps de Lewy (DCL) ..... 74
- La démence due à la maladie de Parkinson ..... 75

## **La mémoire et les troubles cognitifs . . . . . 77**

### **La mémoire . . . . . 79**

- Les deux grands systèmes de mémoire . . . . . 79
- Les sous-systèmes de la mémoire à long terme . . . . . 80
- L'oubli et les étapes du traitement de l'information . . . . . 83
- Les autres mémoires . . . . . 84

### **Les capacités restantes ou altérées . . . . . 87**

- Les troubles de la mémoire . . . . . 87
- Les troubles du langage . . . . . 88
- Les troubles de l'attention et des fonctions exécutives . . . . . 88
- Les troubles du jugement et du raisonnement . . . . . 88
- Les troubles perceptifs et visuo-spatiaux . . . . . 89
- Les troubles de l'organisation motrice et l'apraxie . . . . . 89
- Les troubles psycho-affectifs et comportementaux . . . . . 89
- Le ralentissement idéatoire et psychomoteur . . . . . 91
- Les déficits sensoriels . . . . . 91

## **Les thérapies non-médicamenteuses . . . . . 97**

### **L'approche non-médicamenteuse . . . . . 99**

- Un programme thérapeutique adapté . . . . . 99
- La participation active de la personne malade . . . . . 100

### **Les principaux types d'interventions non-médicamenteuses . . . . . 101**

- La stimulation cognitive . . . . . 101
- Les interventions portant sur l'activité motrice . . . . . 104
- Les interventions portant sur le comportement . . . . . 104

### **L'activité thérapeutique . . . . . 105**

- Qu'est-ce qu'une activité thérapeutique ? . . . . . 105
- Les principales thérapies non-médicamenteuses . . . . . 106

### **Les dispositifs d'accompagnement . . . . . 109**

- Les dispositifs anciens . . . . . 109
- Les dispositifs récents . . . . . 109
- Les lieux d'exercice des activités de stimulation . . . . . 110

### **Le rôle des professionnels . . . . . 119**

- L'auxiliaire de vie . . . . . 119
- L'aide médico-psychologique et l'aide-soignant . . . . . 120
- L'assistant de soins en gériatrie . . . . . 120
- L'ergothérapeute et la prise en charge en ergothérapie . . . . . 121
- Le psychomotricien . . . . . 122
- Le kinésithérapeute . . . . . 122
- L'animateur . . . . . 123

—— L'orthophoniste .....	123
—— Le psychologue .....	124

## Une démarche thérapeutique de terrain ..... 129

### Les objectifs des activités thérapeutiques ..... 131

—— Pallier un trouble et permettre la compensation.....	131
—— Impacts de la prise en charge .....	134

### Évaluer la personne malade ..... 139

—— Les principes de mise en place d'une activité thérapeutique.....	139
—— Les objectifs de l'évaluation .....	141
—— Évaluation et choix des activités .....	142
—— Les guidances en pratique.....	159
—— Évaluer l'impact de l'activité.....	165

## FICHES PRATIQUES

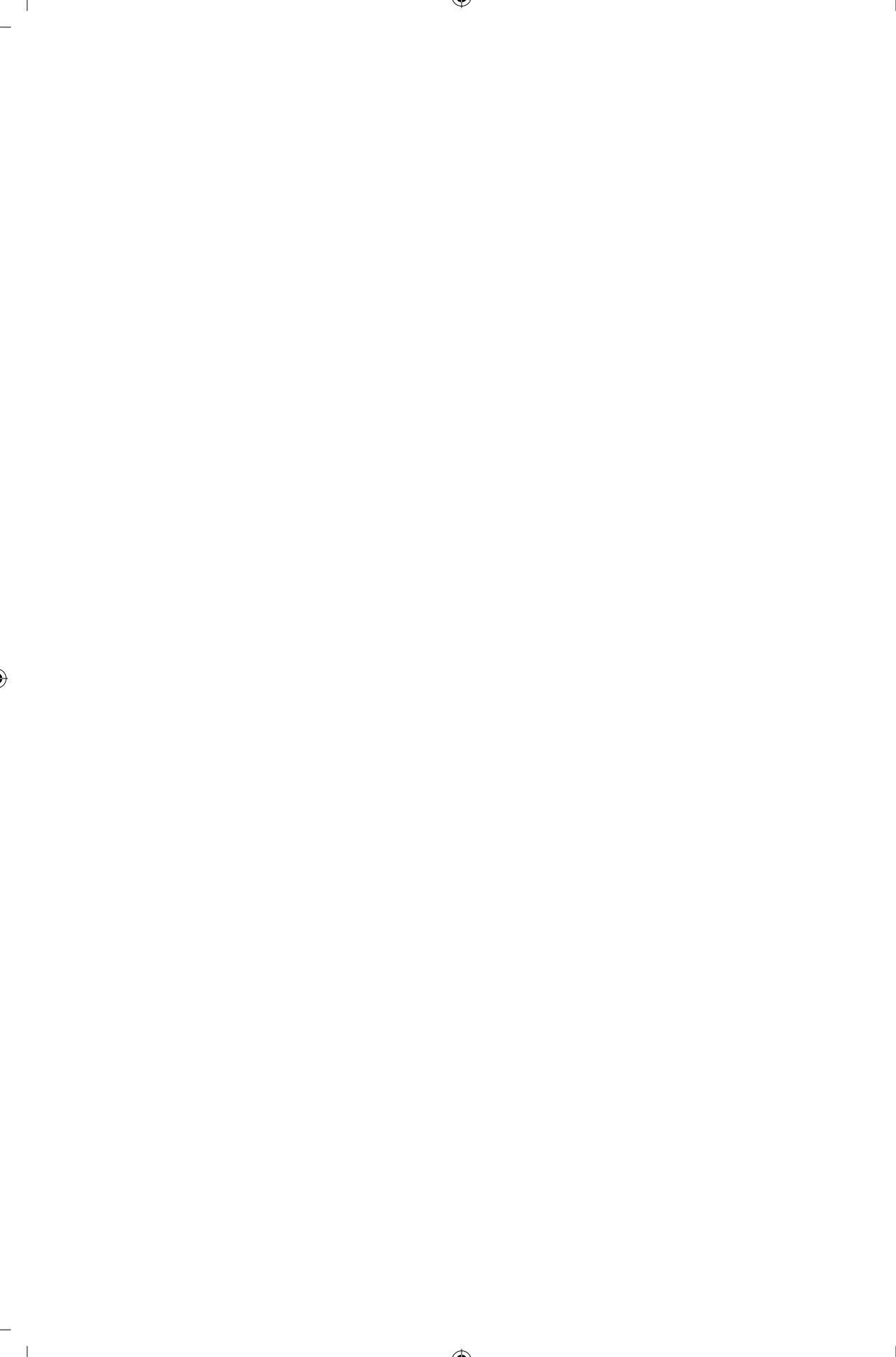
FICHE 1 : atelier réminiscence.....	187
FICHE 2 : atelier de stimulation cognitive et les ateliers mémoire.....	195
FICHE 3 : ateliers d'orientation temporelle.....	205
FICHE 4 : aide à la mobilité au quotidien.....	211
FICHE 5 : jeux de motricité fine.....	217
FICHE 6 : gymnastique quotidienne .....	225
FICHE 7 : atelier de stimulation sensorielle.....	231
FICHE 8 : promenade thérapeutique dans le jardin .....	239
FICHE 9 : atelier de cuisine thérapeutique.....	247
FICHE 10 : l'aide au repas et le manger-main .....	253
FICHE 11 : l'aide à la toilette et à l'habillage .....	267
FICHE 12 : atelier « cahier-souvenirs » .....	275
FICHE 13 : apaiser un comportement problématique .....	281
FICHE 14 : gérer la déambulation .....	289

## ANNEXES

ANNEXE 1 : exercices d'ateliers mémoire.....	299
ANNEXE 2 : aides techniques palliant les difficultés motrices .....	307
ANNEXE 3 : caractéristiques du demandeur en fonction du groupe iso-ressources (GIR) auquel il est rattaché.....	311
ANNEXE 4 : guide d'entretien semi-dirigé.....	313
ANNEXE 5 : recettes des ateliers de cuisine thérapeutique.....	319
ANNEXE 6 : recette type pour atelier de cuisine thérapeutique.....	321

## LEXIQUE

## BIBLIOGRAPHIE





# Index

Accueil de jour	110
Activités-cibles	144
Activités significatives	143, 174
Activité thérapeutique	105, 131 et s.
Ageusie	94
Aidant	62
Aide externe	132
Aide médico-psychologique	120
Aide au repas	253
Aide soignant	120
Aires corticales	70
Amnésie antérograde	81
Amnésie rétrograde	81
Animateur	123
Anosognosie	87
Anosmie	94
Apraxie	89
Assistants de soins en gériatrie	120
Ateliers mémoire	195
Auxiliaire de vie	119
Cahier-souvenirs	275
Compensation neurale	103
Contention	291
Contrat thérapeutique	113, 146
Cuisine thérapeutique	247
Déambulation	262, 289 et s.
Déficit sensoriel	91
Démence à corps de Lewy	74
Démence fronto-temporale	73
Démence vasculaire	73
Dépendance	60
Désadaptation psychomotrice	60
Dissociation automatico-volontaire	155
Ehpad	115
Équipes spécialisées Alzheimer (ESA)	112
Ergothérapeute	121
Estompage progressif	157
Évaluation	139 et s.
Évaluation écologique	147
Évitement	283
Fonctions exécutives	82, 88
Écologique (situation)	59
Guidance	149, 159 et s.
Guidance kinesthésique	161
Guidance verbale	161
Guidance visuelle	160
Empan mnésique	79
Habillage	267
Hippocampe	70
Idéatoire (ralentissement)	60, 91
Idéomoteur (ralentissement)	60
Kinésithérapeute	122
Lobe frontal	71
Lobe occipital	72
Lobe pariétal	71
Lobe temporal	70
Maladie d'Alzheimer	
	Accompagnement 109 et s.
	Cause 67
	Diagnostic 68
Maladie de Parkinson	75

Manger-main	253, 261, 263	
Mémoire	77 et s., 195	
Mémoire antérograde	80	
Mémoire à court terme (MCT)	79	
Mémoire épisodique	80	
Mémoire implicite	82	
Mémoire immédiate	79	
Mémoire à long terme (MLT)	80	
Mémoire procédurale	82	
Mémoire prospective	84	
Mémoire rétrograde	80	
Mémoire sémantique	80	
Mémoire de travail	79	
MCT (voir mémoire à court terme)		
MLT (voir mémoire à long terme)		
Métamémoire	85	
Mobilité (aide)	211	
Organisation	53 et s.	
Organisation motrice	89	
Orientation temporelle	205	
Orthophoniste	123	
Plateforme de répit	114	
Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA)	112	
Procéduralisation	133, 154	
Promenade thérapeutique	239	
Psychologue	124	
Psychomoteur (ralentissement)	91	
Psychomotricien	122	
Réadaptation	131	
Reality orientation	131	
Récupération espacée	158	
Rééducation	102	
Réminiscence	187	
Reminiscence therapy	131	
Répétition sans erreur	157	
Réserve cognitive	103	
Réserve neurale	117	
Ritualisation	154, 157	
Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)	101	
Snoezelen	232	
Stimulation cognitive	95, 195	
Stimulation sensorielle	231	
Syndrome post-chute	97 et s.	
Temporalité	59 et s.	
Toilette	267	
Thérapies non-médicamenteuses	97 et s.	
Troubles		
	auditifs	93
	attention	88
	cognitifs	259
	comportementaux	90
	équilibre	94
	langage	88
	Jugement	88
	perceptifs	89
	psychoaffectifs	90
	raisonnement	88
	sensitifs	94
	Visuels	92
	visuo-spatiaux	89, 93
Unité cognitivo-comportementale (UCC)	115	

# Sigles

**ADL** : *activities of day living* ou activités de la vie quotidienne.

**AJ** : accueil de jour.

**AMP** : Aide médico-psychologique.

**APA** : allocation personnalisée d'autonomie.

**AS** : Aide-soignant.

**ASG** : Assistant de soins en gériologie.

**CLIC** : centres locaux d'information et de coordination gériologique.

**DCL** : démence à corps de Léwy.

**DNF** : dégénérescence neuro-fibrillaire.

**DSM-V** : cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA).

**DV** : démences vasculaires.

**EHPAD** : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

**ESA** : équipes spécialisées Alzheimer.

**Grille AGGIR** : grille Autonomie, Gériologie, Groupes Iso-Ressources.

**HAD** : hospitalisation à domicile

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IADL** : *instrumental activities of day living* ou activités instrumentales de la vie quotidienne.

**MAIA** : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer.

**MCT** : mémoire à court terme.

**MLT** : mémoire à long terme.

**MMS** : Mini Mental State ou test de Folstein.

**NPI** : Neuro Psychiatric Inventory (inventaire neuropsychiatrique).

**NPI - ES** : l'Inventaire Neuropsychiatrique pour Équipe Soignante.

**OMS** : Organisation mondiale de la Santé.

**PASA** : Pôles d'activités et de soins adaptés.

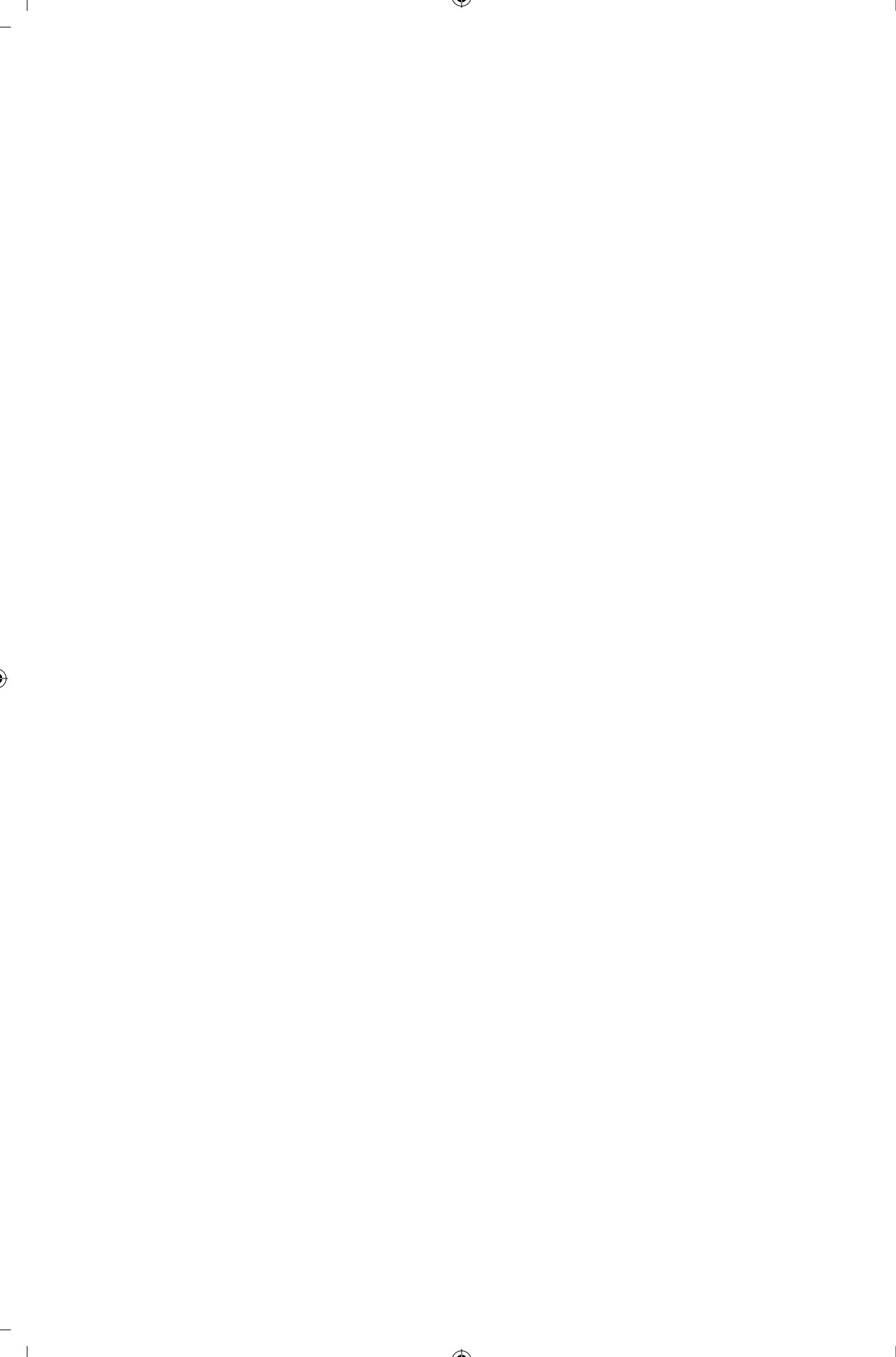
**SAAD** : Services d'aide et d'accompagnement à domicile.

**SSR** : Soins de suite et de réadaptation.

**SSIAD** : Services de soins infirmiers à domicile.

**TAU** : *tubulin-associated unit*.

**UCC** : Unité cognitivo-comportementale.



La conception prédominante de la personne âgée dépendante est souvent une conception très déficitaire, qui semble essentiellement mettre en avant la présence d'altérations physiques et/ou mentales (les déficiences), en particulier, quand elles donnent lieu à des réductions de capacité ou à une incapacité à effectuer une ou plusieurs activités de la vie courante: les activités domestiques, les activités de soins de la personne, les déplacements [1].

Il s'agit alors de mettre en place une aide à domicile répondant aux besoins élémentaires de la personne âgée dépendante. En effet, l'alimentation, l'hygiène (toilette, continence, soins personnels) ou l'habillement peuvent devenir problématiques. Cette aide, nécessaire à la réalisation des activités de la vie quotidienne, s'accroît avec l'évolution de la perte d'autonomie. Il s'agira donc de rester vigilant à la dégradation de l'état de santé général, mais aussi à la prise de médicaments, au risque de chute et à la gestion des finances.

Bien sûr, il existe des différences entre les individus quant à la manière d'affronter la dépendance. Ainsi, entrent en ligne de compte le parcours de vie de la personne âgée, ses habitudes de vie, son histoire, sa personnalité et ses capacités d'adaptation, mais aussi ses capacités restantes, ses besoins affectifs, ses priorités et attentes quant à l'aide apportée.

Cette approche plus globale permet aux professionnels d'acquiescer une compréhension de la dépendance plus large qu'une simple approche déficitaire. Elle est centrée sur la personne et le maintien de son autonomie malgré ses difficultés et sur la liberté de choisir son mode de vie, même quand celle-ci est physiquement dépendante. Néanmoins, cela peut s'avérer problématique surtout face à la présence de troubles du jugement chez la personne malade.

Or, nous savons aujourd'hui que la personne âgée dépendante conserve sa propre perception de sa santé, de sa perte d'autonomie et de ses besoins. Cela, même lorsque cette même perception est altérée par les troubles du jugement présents dans les maladies démentielles. Ainsi, dans la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, la « santé perçue » va souvent à l'encontre de la conception médicale et de celle de la famille, forçant ainsi l'entourage à s'adapter. La personne malade pourra alors s'opposer, c'est-à-dire, faire le choix du non-maintien de certaines activités et conduire l'aidant à procéder à des ajustements dans l'aide apportée à sa vie quotidienne.

Il s'agira alors de mettre en place un accompagnement adéquat et acceptable pour la personne malade, afin d'améliorer son bien-être et sa qualité de vie durant la maladie. Il devient essentiel de connaître ou de recueillir auprès d'elle ou de ses proches, des détails de son histoire de vie, ses habitudes, ses attentes et ses souhaits pour que cet accompagnement soit réalisé au plus près de ses besoins. Mais aussi de recueillir ses centres

d'intérêts, des éléments de sa personnalité et de son identité, tout en étant amené à évaluer au fur et à mesure de la détérioration de son état de santé.

De cette manière, il devient plus aisé de faire des propositions d'aide à la personne malade qui soient susceptibles de recueillir son assentiment. Il s'agit d'une démarche à initier, autant que possible, dès le début de l'apparition des troubles. Aujourd'hui, les professionnels savent qu'il est possible de recueillir l'avis de la personne souffrant de troubles cognitifs débutants ou modérés, tout au long de l'accompagnement, sur tout ou partie des prestations qui lui sont offertes. Il convient donc de recueillir la perception de la satisfaction globale de la personne sur ce qu'elle considère être son bien-être. Ainsi, il revient à l'aidant de s'assurer de la réalité de ce bien-être car l'évolution progressive des troubles cognitifs ne permet plus à la personne aidée de le faire elle-même.

Selon nous, cette expression de l'assentiment ou du désaccord chez la personne malade est la première capacité à stimuler, et le point de départ de la relation d'aide. Elle participe à la connaissance de la personne aidée. Elle constituera également pour l'aidant un point de référence pour la réalisation ou non des interventions et de leur évaluation.

Il conviendra donc de soutenir la personne âgée dépendante au cours de sa maladie dans l'expression de ses ressentis et de ses émotions, de ses besoins et de ses demandes. Il faudra néanmoins tenir compte de ses difficultés et des conditions de réalisation de cet accompagnement par les aidants. La recherche d'adhésion reste donc une pierre angulaire dans cet accompagnement personnalisé. L'intervenant doit concilier ce qu'il estime être un soin de qualité et ce que la personne semble espérer de lui. Il s'agit de voir la personne aidée au-delà de ses troubles, mais tout en tenant compte des troubles du jugement présents dans les pathologies neurocognitives.

Pour le professionnel, cette démarche constitue le départ d'un véritable projet d'accompagnement d'une personne atteinte d'une maladie neurocognitive avec perte d'autonomie. En effet, elle implique qu'un espace soit laissé, quel que soit les troubles, à l'émergence des désirs qui peuvent ne pas avoir été formulés jusque-là. Elle implique également une compréhension des troubles se manifestant chez la personne malade, leur impact sur sa personnalité, la reconnaissance spécifique des fonctions cognitives restantes et altérées. Cette approche permet en outre d'évaluer les capacités cognitives sollicitées à travers des activités de stimulation significatives et pertinentes, rendant possibles le maintien d'une certaine autonomie, et d'une qualité de vie au quotidien. Elle implique surtout d'adopter une position relationnelle souple, afin de s'engager sur la durée dans la même temporalité que la personne malade. Il sera alors possible de parler d'un véritable projet d'accompagnement cognitif basé sur une relation de respect et de confiance réciproques. Une démarche professionnelle sous-tendue par cette posture

relationnelle devra être maintenue autant que possible et sera déterminante pour la qualité du lien.

Là encore, l'aidant familial ou le professionnel jouent un rôle essentiel. Ils doivent faire preuve d'adaptation face aux souhaits, besoins observés ou exprimés par la personne malade, et donc, d'ajustement permanent dans la posture relationnelle. Il s'agit d'une double tâche souvent difficile à maintenir, du fait de nombreux facteurs comme l'imprévisibilité des troubles ou d'une réalité moins bien perçue, ou acceptée, par la personne malade. L'intervenant devra concilier sa propre perception de la personne, son rythme, ses aspirations, et puiser dans sa créativité pour maintenir la communication quand de nombreux facteurs interfèrent, comme le manque de temps, le retrait relationnel de la personne malade ou l'intervention de multiples acteurs.

Cette posture relationnelle est donc dynamique et évolutive. Les protagonistes de cette relation apprendront à se connaître, à « s'approprier », à évoluer ensemble. L'aidant observera l'impact de son action sur le bien-être de la personne malade, mais le professionnel devra aussi procéder à une évaluation de son action et autoévaluer sa pratique pour assurer la continuité dans la qualité de l'accompagnement.

Il s'agit ici d'une démarche professionnelle qu'il s'avère nécessaire de formaliser et d'analyser régulièrement. Cet ouvrage propose donc de l'appréhender à travers des activités de stimulation, à destination des personnes souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée, afin de proposer un accompagnement cognitif permettant le maintien d'une autonomie et d'une qualité de vie malgré la détérioration de l'état de santé.

Cette approche permet à la personne, à des stades débutants ou modérés de la maladie, de continuer à exercer ses compétences, même altérées, et de se projeter dans la réalisation d'une activité choisie et privilégiée. La personne accompagnée ne récupérera ni sa mémoire ni son autonomie antérieures, mais pourra reprendre des « activités plaisir » ou, avec de l'aide, des tâches de la vie quotidienne en partie abandonnées. Pour les personnes déjà à des stades avancés de la maladie, cet accompagnement leur permettra d'être aidées et stimulées pour bénéficier chaque jour d'un certain bien-être, et rendra possible les activités nécessaires de la vie quotidienne (toilettes, habillage, alimentation...) assurées par les aidants de la manière la plus agréable possible.

Cette approche interpelle l'ensemble des aidants sur le vécu personnel du malade quels que soient ses capacités préservées ou altérées et son environnement. Mais la recherche du vécu concerne aussi celui de l'aidant. Le vécu de chacun, aidant et aidé, constitue un élément central et déterminant dans cet accompagnement cognitif qui s'avère être aussi psychoaffectif.

En effet, cette démarche est basée sur l'analyse des ressentis de la personne malade, la compréhension de ses troubles et l'observation de ses capacités ainsi que sur la capacité d'ajustement personnel de l'aidant. Autant d'éléments permettant à l'aidant d'aider la personne malade à formuler ses besoins et ses attentes, ou simplement à favoriser l'expression de ses émotions lorsque cela est possible. La connaissance de ces éléments permettra de stimuler plus facilement son intérêt ou sa participation active dans les activités spécifiques de son accompagnement. Celui-ci a donc un impact à plusieurs niveaux : cognitif, psychologique, interpersonnel et fonctionnel. Il a donc toute sa place dans les projets de services ou d'établissements à destination des personnes âgées en perte d'autonomie cognitive.

Plus précisément, grâce à la connaissance de la personne aidée et de ses troubles, les aidants familiaux et professionnels pourront être garants du respect de son assentiment et de la réalisation des activités avec elle. La compréhension des troubles manifestés et leur impact au quotidien permettront aux aidants d'envisager, avec la personne aidée, des interventions adaptées tout en gardant à l'esprit l'importance d'une flexibilité dans la posture relationnelle pour pouvoir faire face à la variabilité des troubles. C'est ce qui fait la difficulté de la position d'aidant, en plus de la charge affective inhérente à la relation aidant-aidé.

Ainsi, la bonne compréhension des troubles et de leur impact au quotidien rend possible la définition du « profil des compétences » de la personne malade, qui guidera le choix, avec et pour elle, des activités significatives, faisables et stimulantes. L'évaluation préalable permettra donc de réaliser son accompagnement avec elle, mais aussi d'adapter les interventions à l'évolution de la maladie, pour lui assurer un bien-être et une qualité de vie à travers une stimulation adaptée.

De cette manière, si la prise en charge de la personne aidée ne correspond plus à ses souhaits ou à ses capacités, elle pourra être modifiée, et adaptée de manière à trouver d'autres moyens pour la réalisation des activités susceptibles de lui procurer un bien-être. La progression de la maladie vient signaler la nécessité de faire évoluer les interventions vers des activités plus accessibles, et parfois aussi plus apaisantes, surtout lorsque les émotions ou le comportement sont devenus les principaux moyens d'expression. Certaines activités thérapeutiques évoquées avec la personne s'avèrent fructueuses pour mieux soutenir la personne malade dans son épanouissement au cours de la maladie.

Ainsi, les interventions non-médicamenteuses jouent un rôle essentiel dans cet accompagnement personnalisé. En effet, celles-ci ont pour but d'améliorer la qualité de vie et de maintenir l'autonomie à travers la stimulation à la fois des fonctions préservées et altérées de l'individu. En outre, elles permettent la récupération, chez certaines personnes, des compétences abandonnées,



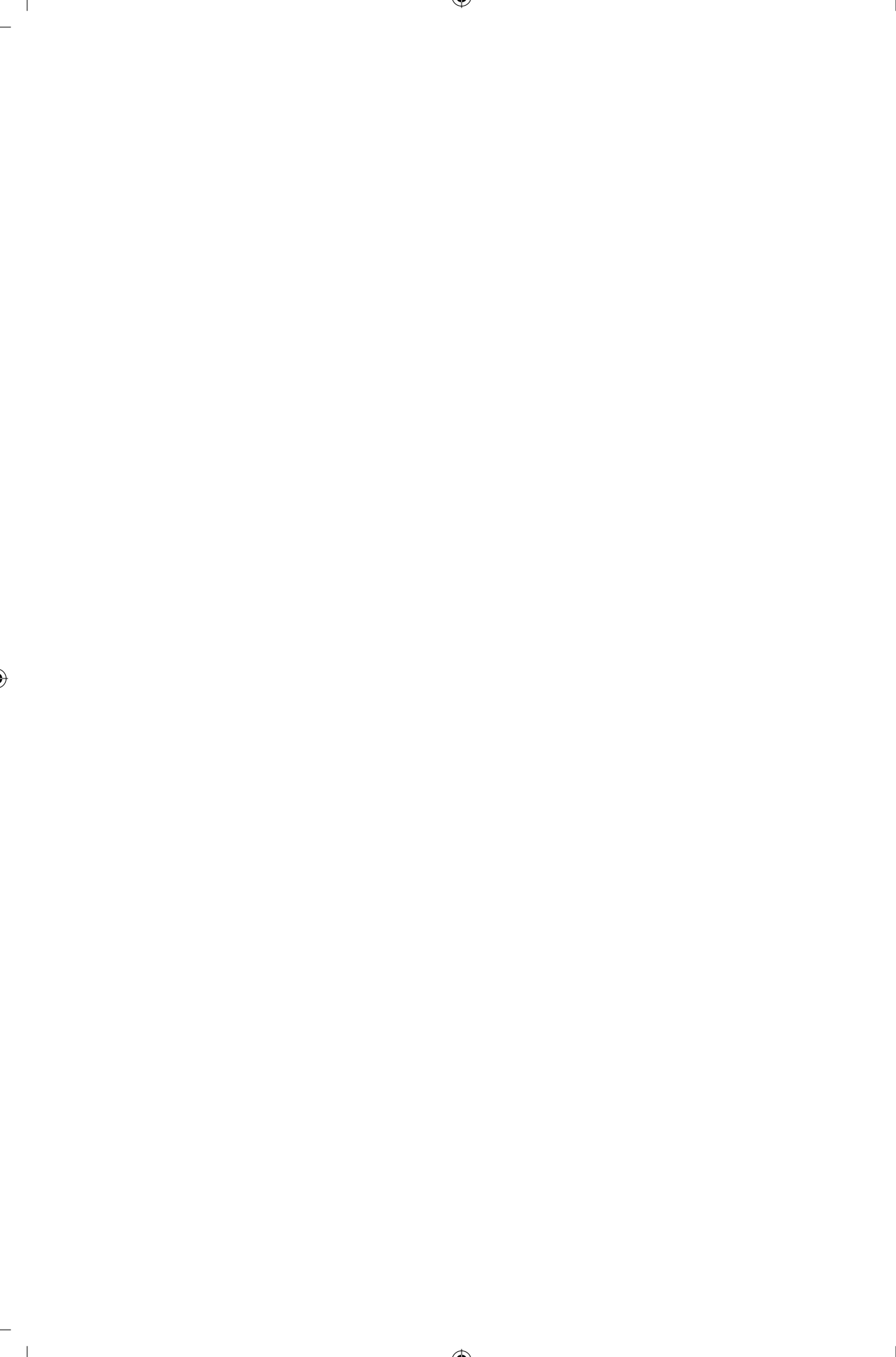
comme c'est le cas dans le cadre des interventions de rééducation et de réhabilitation cognitives. Elles permettent ainsi à la personne malade de réaliser ou de reprendre des « activités plaisir » et de reconstruire des repères avec le soutien de l'aidant.

La stimulation personnalisée des capacités cognitives, si elle est intégrée dans les projets d'aide et d'accompagnement individualisés des services, peut par conséquent être proposée à chaque malade qui le nécessite, en complément de la stimulation de groupe. Certaines structures proposent déjà ces interventions personnalisées. Chaque projet d'accompagnement cognitif doit être suffisamment significatif et attrayant pour que la personne aidée y adhère et suffisamment flexible pour qu'elle puisse contribuer à son rythme aux différentes étapes de sa réalisation. Cet accompagnement doit donc être systématiquement formalisé et réévalué pour conserver une efficacité. Les lecteurs trouveront les outils nécessaires pour atteindre cet objectif tout au long de cet ouvrage.

En effet, nous souhaitons ici, proposer des moyens de réflexion et des outils d'intervention visant à soutenir aussi les professionnels intervenant à domicile et les établissements qui souhaitent s'inscrire dans une démarche spécialisée de stimulation thérapeutique. Si la plupart des professionnels apprécient leur travail, 70 % des services d'aide estiment que le travail auprès des personnes atteintes de troubles cognitifs est souvent compliqué. En outre, il mobilise davantage de temps que celui dévolu aux personnes âgées.

Il s'agit donc d'envisager les éléments permettant de mieux prendre en compte la personne malade dans sa globalité, et d'envisager l'aide personnalisée à mettre en place pour elle et avec elle. D'envisager de quelle manière, à travers la relation d'aide et de confiance, il est possible, grâce à une stimulation cognitive adaptée, de répondre aux besoins nécessaires de la vie quotidienne, et d'améliorer l'autonomie et le bien-être des personnes malades.

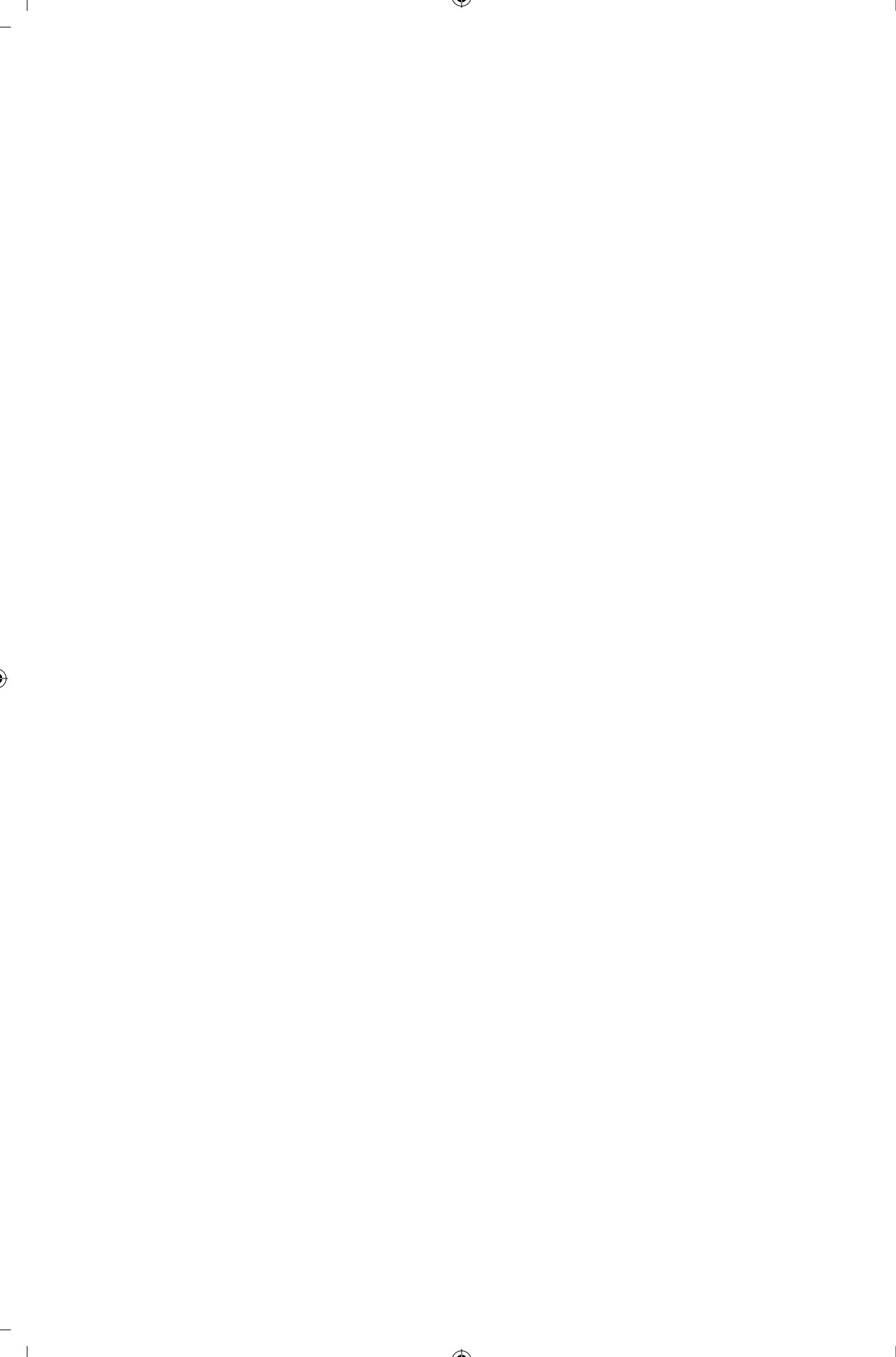
Cet ouvrage propose ainsi de soutenir les professionnels dans leur démarche à travers un ensemble d'activités de stimulation visant à solliciter les capacités restantes, mais aussi celles qui sont déjà altérées. Il se veut donc, à la fois un outil d'intervention et d'évaluation de la pratique professionnelle, afin d'accompagner au mieux la personne malade et son aidant au cours de l'évolution de la maladie.



# Méthodologie



Retrouvez toutes les fiches sur :  
<http://www.atelieranimationsenior.fr>



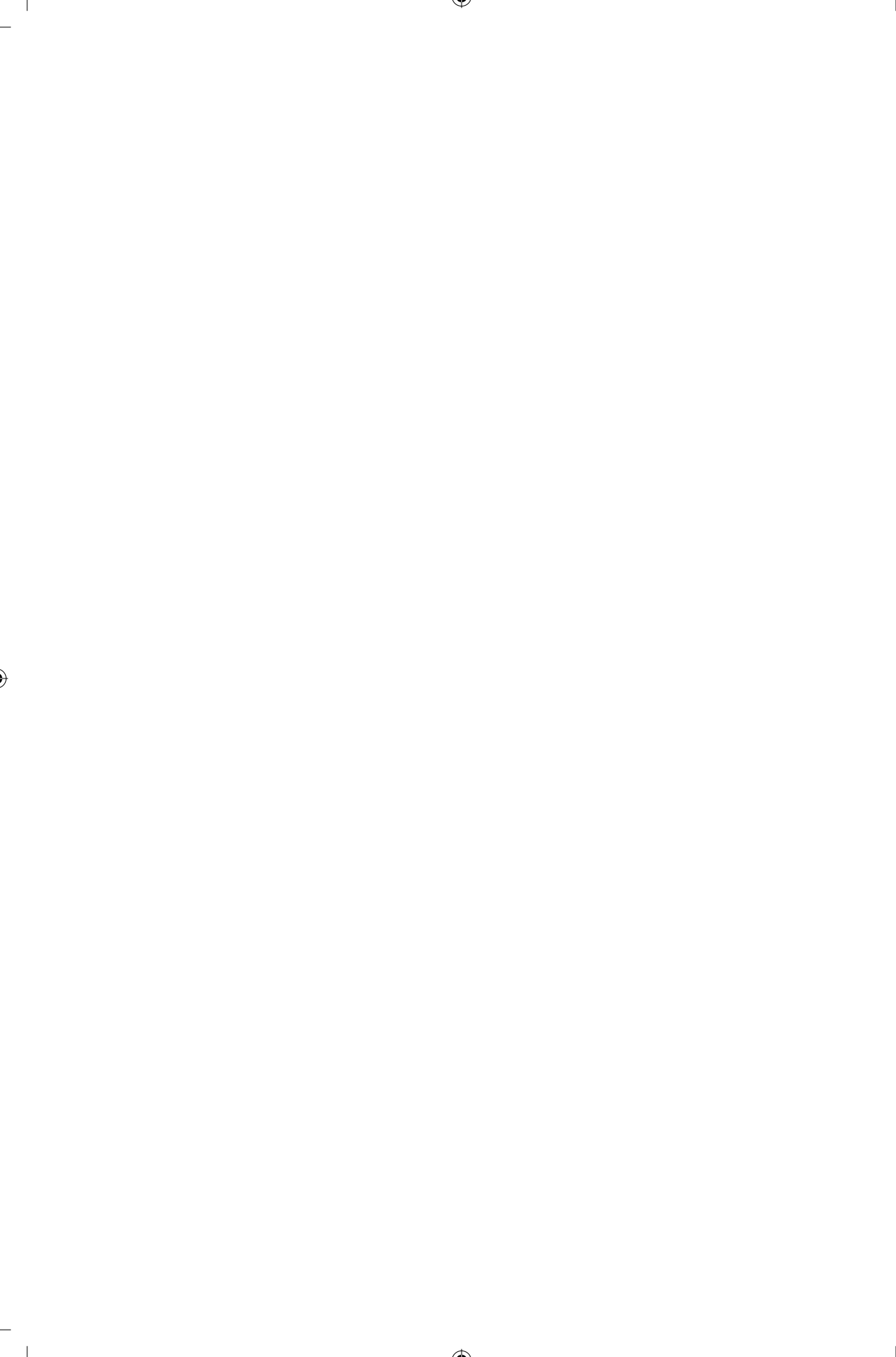
# État des lieux

---

De nos jours, la maladie d'Alzheimer est largement médiatisée dans la société, véhiculant une image dégradée de la personne malade, vue essentiellement à travers le prisme de la perte d'autonomie et du stade avancé de la maladie.

Cet état des lieux fait apparaître des éléments démographiques permettant de replacer la maladie d'Alzheimer et les maladies neurocognitives dans le contexte de l'augmentation de l'espérance de vie, du dépistage et de l'aide apportée aux malades et aux familles touchées.

Les développements qui suivent apportent, en outre, des éléments de compréhension sur la situation d'aide, les besoins et les difficultés rencontrées par les aidants au cours de la maladie. Surtout, l'importance de la parole des malades est mise en avant, afin de partager avec le lecteur une autre image de la maladie et des personnes atteintes de cette pathologie. Enfin, les aidants trouveront dans les développements qui suivent des informations à prendre en compte lors de la mise en place d'une activité personnalisée destinée aux malades, tout en leur permettant d'approfondir leur pratique de la stimulation des capacités cognitives dans un but de soutien à l'autonomie.



# Vieillesse, maladies d'Alzheimer et apparentées, en chiffres

Le vieillissement démographique accroît la perte d'autonomie des personnes âgées et le nombre de personnes touchées par les maladies neurodégénératives, à l'instar de la maladie d'Alzheimer.

## Le vieillissement démographique

Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, la France comptait 66,6 millions d'habitants. La part des personnes âgées de 65 ans ou plus représentait 18,8 % de la population, dont un peu plus de la moitié était alors âgée de 75 ans ou plus [2].

Dans les années à venir, les études démographiques prévoient une augmentation importante de la population française âgée de 60 ans ou plus. Celle-ci devrait atteindre 23,6 millions, en 2060. Le nombre des personnes de 75 ans ou plus devrait passer à 12 millions, et celui des 85 ans ou plus, à plus de 5 millions. Globalement, l'Europe connaît un allongement de la durée de vie ; la part de la population européenne, âgée de 65 ans ou plus, devrait atteindre 30 % en moyenne, en 2060, et 12 % pour les 80 ans et plus.

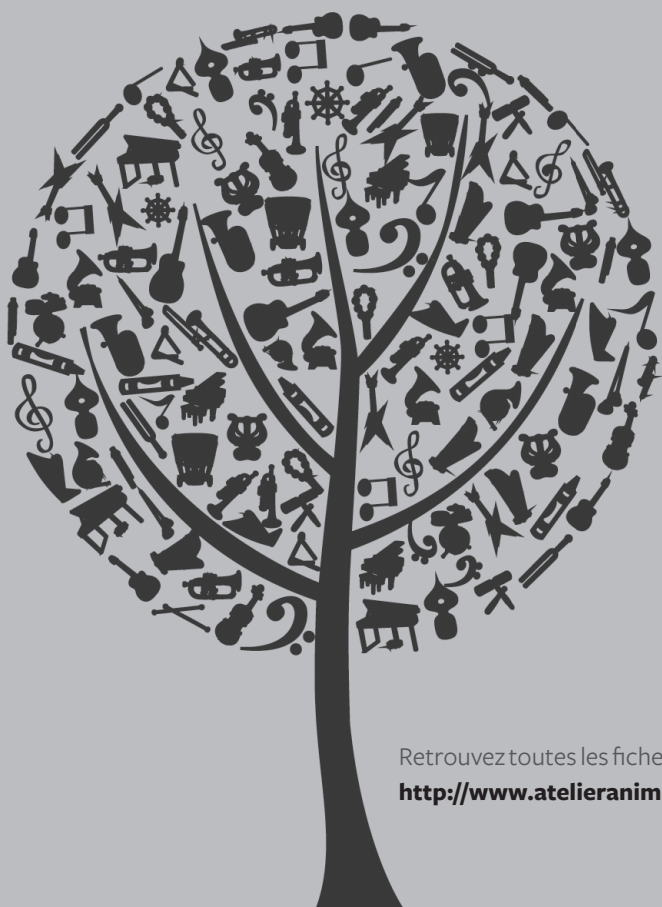
Cet allongement de la durée de vie a aussi vu apparaître, pour corollaire, l'augmentation des pertes d'autonomie dans le vieillissement, notamment l'augmentation de maladies neurocognitives diagnostiquées, comme la maladie d'Alzheimer.

## Données sociodémographiques

En 2016, on estimait qu'environ 1 million de personnes âgées en France, étaient concernées par une pathologie de type démentielle, dont environ 900 000 par une maladie d'Alzheimer, et 180 000 l'étaient par une maladie apparentée (Démence vasculaire, Démence à Corps de Léwy, Démence Fronto-temporale, Démence de type Parkinson...).

Seulement un malade sur deux serait diagnostiqué, et environ 500 000 personnes seraient prises en charge au titre de l'ALD 15 (Affection de Longue Durée pour la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées).

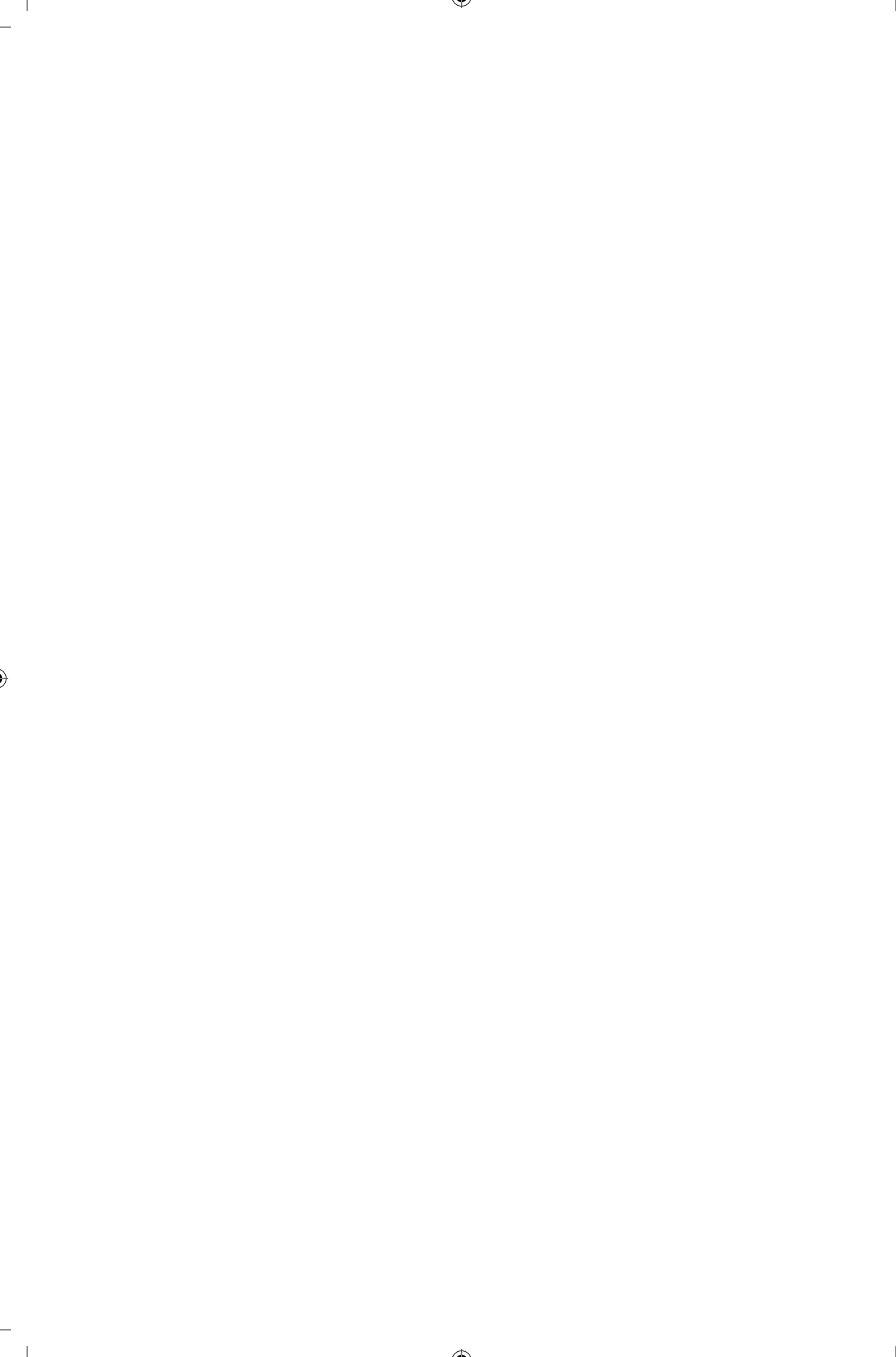
# Les fiches pratiques



Retrouvez toutes les fiches sur :

<http://www.atelieranimationsenior.fr>





# PRÉSENTATION

Comme il a été exposé dans la partie méthodologique, les activités proposées aux malades d'Alzheimer et troubles apparentés doivent à la fois répondre à leurs besoins en termes d'activité et à leurs capacités. Il est donc plus efficace de définir en premier lieu, les objectifs de l'accompagnement pour ensuite déterminer l'activité qui permettra de les atteindre.

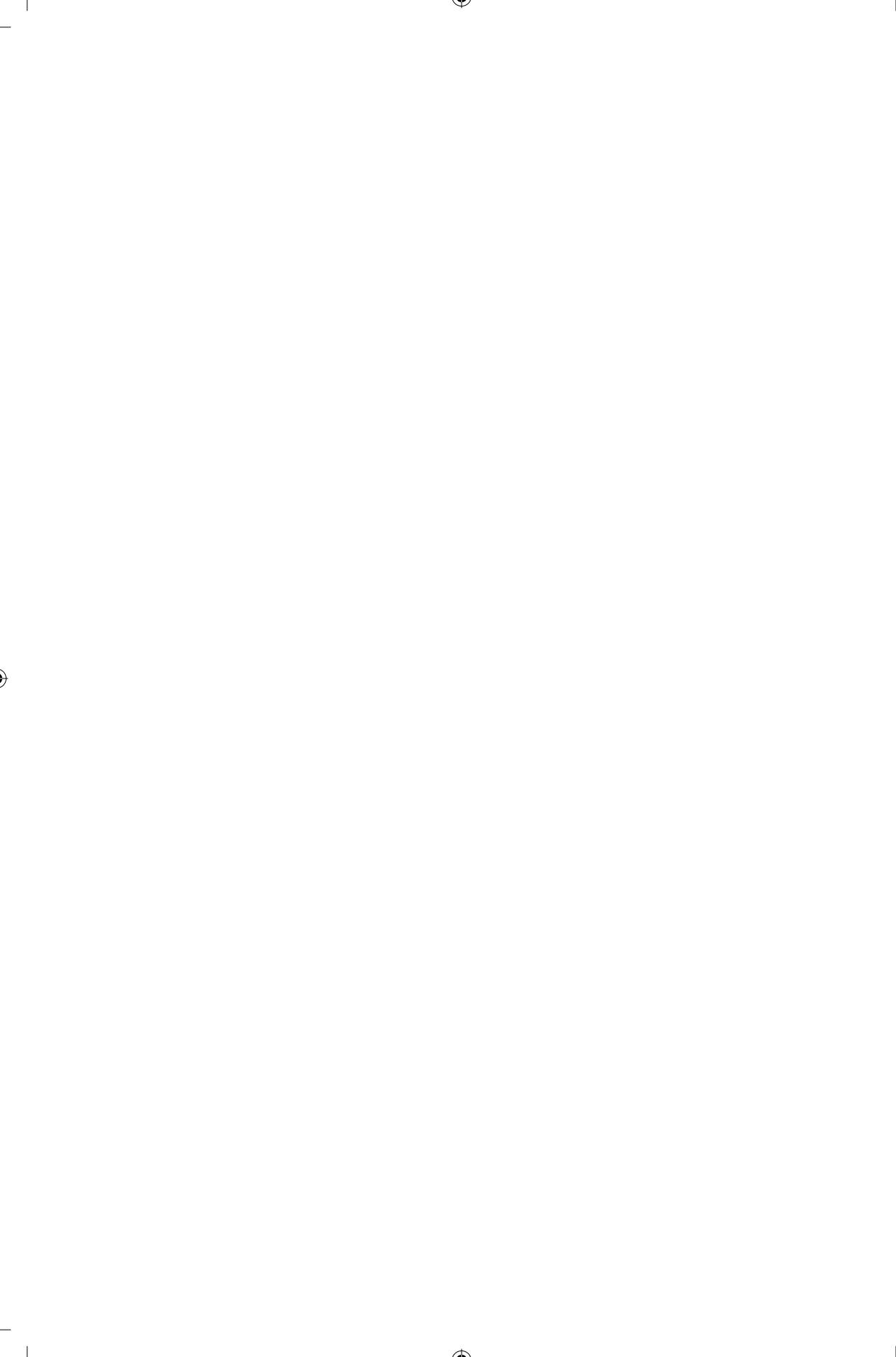
Pour que l'activité soit efficace, il faut que la personne puisse et veuille s'impliquer. Il est important de proposer une activité qui respecte certains critères afin d'atteindre l'objectif :

- L'activité doit être significative pour le patient, c'est-à-dire qu'elle doit être en accord avec ses aspirations, ses valeurs et ses habitudes de vie.
- Elle doit répondre aux besoins de l'aidé en termes d'activité. Les bénéfices apportés par cette dernière doivent correspondre à ce qu'elle recherche : dépense physique, expression artistique, relations humaines, par exemple.
- Le niveau de l'activité doit être dosé pour être cohérent avec les capacités de la personne. L'aidé pourra se décourager face à l'échec si l'activité est trop compliquée. En revanche, si elle est trop simple, l'aidé risque de ne pas être pleinement investi dans ce qu'il fait et de ne pas engager toutes ses compétences.

Pour proposer une activité en adéquation avec ces éléments, il est donc nécessaire de bien connaître la personne accompagnée et donc d'avoir mené une évaluation globale de cette dernière, en termes d'habitudes de vie et d'environnement.

Pour adapter les activités aux capacités des personnes, nous avons parfois recours à des aides techniques qui seront évoquées dans les fiches. Pour de plus amples informations sur les aides techniques, consultez les deux sites suivants :

- **Cerahtec** : [https://cerahtec.invalides.fr/index.php?page=gestionproduit.php&act=rech\\_simple](https://cerahtec.invalides.fr/index.php?page=gestionproduit.php&act=rech_simple)
- **Handicat** : <http://www.handicat.com/>



# COMMENT UTILISER LES FICHES D'ACTIVITÉS ?

À l'exception des fiches techniques, les fiches d'activités suivent toutes le même plan :

- COMMENT METTRE EN PLACE CET ATELIER ?

Décrit la durée de l'atelier, sa fréquence conseillée, le lieu de réalisation et le matériel nécessaire.

- PRÉSENTATION

Les éléments théoriques, en lien avec l'atelier proposé, sont exposés brièvement ici. Cette section apporte des précisions liées à l'intérêt de la mise en œuvre de l'activité.

- OBJECTIFS

Prend les objectifs d'accompagnement développés par la mise en place de l'atelier.

- MODALITÉS D'INTERVENTION

Décrit l'attitude thérapeutique que doit adopter l'animateur vis-à-vis des participants pour le bon déroulement de l'atelier. Cette section mentionne également la population susceptible de bénéficier de l'atelier.

- DÉROULEMENT DE LA SÉANCE

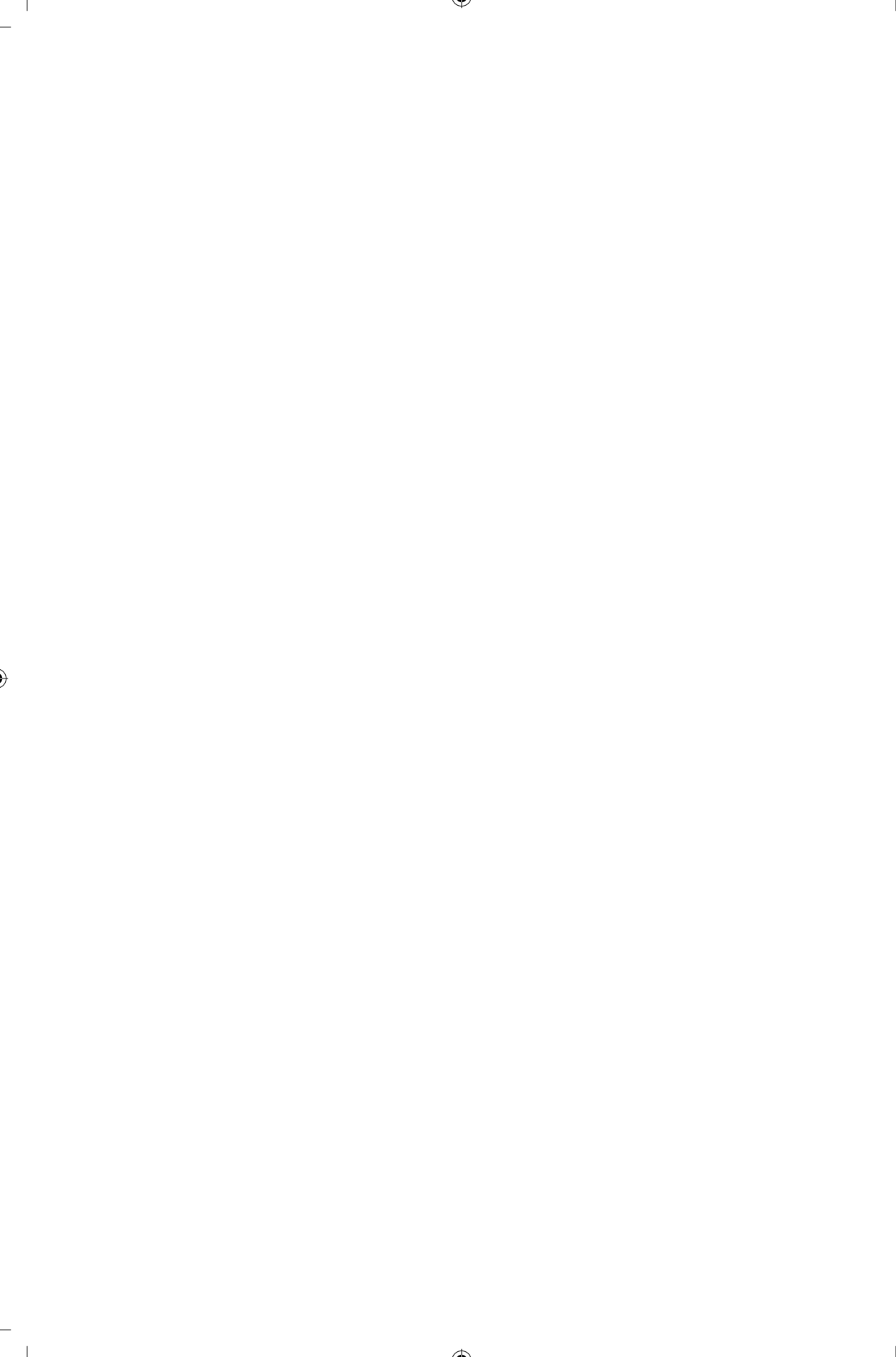
Cette partie propose une méthodologie à suivre durant les séances. Elle pourra être adaptée en fonction des besoins et des contraintes.

- OBSERVATIONS

La section décrit les éléments auxquels l'intervenant doit être attentif chez les participants. Les questions posées pourront être utilisées comme fiche d'évaluation à l'issue des séances, permettant ainsi une traçabilité des actes réalisés.

- ÉVALUATION

Cette partie aborde les éléments qui permettent d'évaluer si l'impact d'une activité est positif pour la personne.



# TABLE D'ORIENTATION DES FICHES

Objectifs	Fiches	Pages
Stimuler la mémoire	Fiche 1 : Atelier réminiscence	187
	Fiche 2 : Atelier mémoire	195
	Fiche 3 : Ateliers d'orientation temporelle	205
Stimuler la motricité	Fiche 4 : Stimulation à la marche et aide à la mobilité au quotidien	211
	Fiche 5 : Jeux de motricité fine	217
	Fiche 6 : Gymnastique quotidienne	225
Stimuler les sens	Fiche 7 : Atelier de stimulation sensorielle	231
	Fiche 8 : Promenade thérapeutique dans le jardin	239
Favoriser la prise des repas	Fiche 9 : Atelier de cuisine thérapeutique	247
	Fiche 10 : L'aide au repas et le manger-main	253
Accompagner les soins corporels et l'apparence personnelle	Fiche 11 : L'aide à la toilette et à l'habillage	267
Favoriser le lien social et familial	Fiche 12 : Atelier « cahier-souvenirs »	275
Apaiser les troubles du comportement	Fiche 13 : Apaiser un comportement problématique	281
	Fiche 14 : Gérer la déambulation	289

## Fiche 3

# Les ateliers d'orientation temporelle

OBJECTIF : FAVORISER L'ORIENTATION TEMPORELLE

## 1. COMMENT METTRE EN PLACE CET ATELIER ?

**PUBLIC :** personnes présentant une démence légère à modérée.

**NOMBRE DE PARTICIPANTS :** 1 à 6.

**DURÉE DE L'ATELIER :** 30 à 45 minutes.

**FRÉQUENCE :** au minimum une fois par semaine. Dix séances.

**LIEU :** choisir une pièce calme afin d'éviter des distracteurs extérieurs (bruit, passage d'autres personnes). Pour une prise en charge à domicile, réaliser la séance à l'endroit où se trouve le calendrier, l'agenda ou le tableau des activités.

**MOYENS HUMAINS :** un animateur.

## 2. PRÉSENTATION

L'orientation dans le temps est une capacité qui s'appuie sur des éléments sémantiques et épisodiques à travers des souvenirs biographiques et des connaissances culturelles et collectives. Par exemple : "Je sais que nous sommes en hiver car il neige" (sémantique) ; "Je sais que nous sommes dimanche car hier je suis allé au marché" (épisodique).

Les ateliers d'orientation temporelle ont pour objectif de renforcer les éléments de mémoire sémantique et épisodique, afin de faciliter l'orientation de la personne malade dans le temps, dans le présent et la réalité.

Pour cela, il est également possible de s'appuyer sur des éléments visuels qui pourront être visibles sur le lieu de vie de la personne. Cependant, pour que ces dispositifs soient pleinement efficaces, il est important de consacrer lors des ateliers, ou en dehors, un temps à la ritualisation de leur utilisation :

- Par exemple, chaque fois que je passe devant le panneau indiquant la date du jour avec André, je lui demande de me dire quelles informations il peut trouver sur ce tableau.

- Chaque fois qu'Anne me demande quel jour nous sommes, je lui réponds qu'elle peut avoir cette information sur son ardoise dans la cuisine, et au besoin je l'accompagne pour lui montrer où cela est rangé.

L'orientation temporelle est importante pour permettre de maintenir une certaine

Les ateliers d'orientation temporelle ont pour objectif de renforcer les éléments de mémoire sémantique et épisodique, afin de faciliter l'orientation de la personne malade dans le temps, dans le présent et la réalité.

autonomie à domicile ou au sein d'une structure : pouvoir se rendre à ses rendez-vous, être chez soi lors de l'arrivée programmée de l'auxiliaire de vie. À ce titre, si un résident présente des difficultés à s'orienter dans le temps, il peut être important de travailler ce point avec lui et lui permettre de repérer les endroits où il peut recueillir les informations pertinentes sur la date du jour, les animations prévues et les soignants présents ce-jour.

En effet, si André, qui adore la chorale, ne sait pas quand elle a lieu ou se souvient que c'est le mardi, mais ne sait pas qu'on est précisément mardi aujourd'hui, il n'aura pas accès à cette activité qui compte pour lui au quotidien.

Un défaut d'orientation temporelle a donc un impact sur les relations avec l'entourage, la capacité à obtenir de l'aide et à accéder à des loisirs en groupe. Cela d'autant plus que ce déficit peut être associé à des troubles de la mémoire, des fonctions exécutives ou de l'attention caractéristiques des maladies neurocognitives. Il est donc important et possible de travailler ce point.

### 3. OBJECTIFS

- >> Améliorer l'orientation temporelle.
- >> Apprendre à utiliser une aide externe pour s'orienter dans le temps.

### 4. MODALITÉS D'INTERVENTION

L'atelier cible les personnes présentant une pathologie légère à modérée et ayant des difficultés à se repérer dans le temps ou à gérer des rendez-vous.

Comme dans toute activité d'apprentissage, l'intervenant doit être présent pour valoriser les compétences acquises, même lorsque des imperfections existent. Son rôle est d'accompagner le participant dans l'apprentissage de l'utilisation de son aide externe, en lui redonnant le mode d'emploi si besoin. Il est nécessaire de ritualiser l'utilisation de l'aide externe jusqu'à ce qu'elle soit acquise.

Il faut adapter le niveau de difficulté et de complexité de l'aide externe pour ne pas mettre la personne en échec. Les aides externes qui peuvent être utilisées sont d'une complexité variable :

- l'agenda ;
- le calendrier mensuel (tableau à double entrée) ;
- le calendrier mensuel (sur une seule colonne) ;
- le semainier ;
- l'ardoise sur deux jours ;
- l'ardoise sur une journée.

#### Matériel

- **Prévoir de quoi prendre une collation**
- **Feuille de papier et stylo, et/ou tableau**
- **Fiche d'activité cognitive**
- **Demander à chaque participant d'amener son agenda ou calendrier**



Pour qu'un apprentissage puisse avoir lieu, il faut éviter que l'intervenant manipule l'aide externe. L'animateur guide verbalement la personne dans la manipulation en lui laissant le temps nécessaire, puis cette guidance diminue au fur et à mesure.

Si possible, il laisse la personne noter elle-même les rendez-vous. Cela permet de voir si les informations notées spontanément sont correctes et contiennent suffisamment d'éléments pour être utiles. Dans le cas contraire, il faut envisager que l'aidant note les rendez-vous sur le calendrier ou apprenne à la personne aidée la marche à suivre pour les noter elle-même.

## 5. DÉROULEMENT DE LA SÉANCE

### ► LE RITUEL DE DÉBUT

L'intervenant et les participants se présentent au début de chaque séance. L'animateur rappelle l'objectif de l'atelier.

### ► L'UTILISATION DE L'AIDE EXTERNE

Le ou les participants sont invités à retrouver la date du jour au moyen de leur aide externe personnalisée (agenda, calendrier...). Elle est si besoin notée sur un tableau. L'intervenant invite ensuite les participants à repérer dans leur agenda ou calendrier, le rendez-vous du jour (le groupe orientation). Les événements marquants du jour ou de la semaine sont évoqués : anniversaire, fête religieuse, proximité d'un jour férié... L'intervenant contrôle la bonne utilisation de l'aide externe par les participants et réalise une guidance verbale si besoin : Où est votre agenda ? Comment pouvez-vous voir quel jour nous sommes aujourd'hui ?

### ► L'ACTIVITÉ D'ORIENTATION

Un thème est donné par l'intervenant pour la séance. Il est en lien avec le calendrier : automne, Noël, rentrée des classes, par exemple. L'intervenant aura préparé des supports (photos, sons, objets...) en lien avec le thème. Les participants sont ensuite invités à décrire comment ils vivaient cet événement en tant qu'enfant ou jeune adulte. L'intervenant incite les participants à rechercher des souvenirs anciens : «Comment se passait la rentrée des classes à votre époque ?». Ensuite, il demande aux participants de décrire ce à quoi cet événement leur semble se rattacher actuellement : «Et maintenant comment se passe la rentrée des classes d'après vous ?» Le groupe compare ensuite l'avant et l'après : «Qu'est-ce qui a changé ?» Suivant les besoins et capacités du groupe, ces éléments pourront être notés au tableau par l'intervenant, un participant «secrétaire» ou par chacun sur une feuille reprenant les illustrations du thème.

### ► LE RETOUR À L'AIDE EXTERNE

Après avoir annoncé la fin proche de l'atelier, l'intervenant incite les participants à noter le prochain rendez-vous sur leur agenda ou calendrier. C'est un moyen de proposer à nouveau une guidance verbale (« Allez à la date du jour » ; « Où est noté le mois ? » ; « Où est notée l'année ? ») et un apprentissage de l'utilisation de l'agenda pour chaque participant. Ils doivent