

FONCTIONNEMENT DE L'ÉQUIPE SPÉCIALISÉE À DOMICILE : ESAD

*Equipe Spécialisée Alzheimer à Domicile
Wasquehal, Marcq en Baroeul, Croix,
Mouvoux et Bondues*

E. Dooze Directrice SSIAD/ESAD

Emilie Orer, ergothérapeute

Valérie Ritaine, IDE coordinatrice

16.04.2014

COMPOSITION DE L'ESAD

- **1 Directrice** du SSIAD/ESAD

- **1 ETP ergothérapeute :**
 - Réalise l'évaluation gériatrique standardisée .
 - Etablit un projet de soins et d'accompagnement et détermine 1 ou 2 objectifs.

- **0,25 ETP IDE Coordinatrice :**
 - Evalue la demande de soins, identifie les besoins de la personne à domicile,
 - informe, conseille la famille sur la mise œuvre du plan de soins et d'accompagnement.

- **1 ETP et 2x0,5 ETP Assistantes de Soins en Gériatrie (ASG) :**
 - Préparent les activités sur la base du projet de soins et d'accompagnement validées par l'ergothérapeute.
 - Réalisent les séances à domicile.



INTERVENTION DE L'EQUIPE

- Sollicitée par la famille, le médecin traitant, le spécialiste, le médecin hospitalier des consultations mémoires...
- **Sur prescription médicale** pour des séances d'accompagnement et de réhabilitation **prises en charge à 100 %** par l'assurance maladie.
- **Au domicile du patient**, sous forme de prestation individuelle (pas d'atelier ni de séances collectives), une fois par semaine à raison de 15 séances sur une durée d'environ 3 mois.



TROIS TYPES D' ACTIONS

- **Auprès du malade:** maintien des capacités restantes, apprentissage des stratégies de compensation, diminution des troubles du comportement
- **Auprès de l' aidant:** éducation thérapeutique et accompagnement
- **Environnementale:** adaptation du logement et financement, aides techniques, matériel médical...



CRITERES D'INCLUSION DES PATIENTS

- Personnes présentant la **maladie d' Alzheimer ou maladie apparentée diagnostiquée**
- Stade léger à modéré (**MMS > 15/30**)
- Résidant sur les communes de **Bondues, Croix, Marcq en Baroeul, Mouvaux et Wasquehal**
- Pouvant faire l' objet d' une intervention de réhabilitation (conservant une mobilité, capacité d' attention, capacité de compréhension...)



LA VISITE DE PREADMISSION

- **Avec l'infirmière coordinatrice** : connaissance avec le patient et son entourage, informations concernant la prise en soins, évaluation des besoins et mise en place du dossier de prise en soins individualisé.
- **Avec l'ergothérapeute** : réalisation de l'évaluation initiale par (recueil de données)



EVALUATION GERIATRIQUE STANDARDISEE (EGS)

- **Diagnostic environnemental** du logement
- **Activity Daily Living (ADL)** échelle d'autonomie pour les activités de base de la vie quotidienne
- **Instrumental Activity Daily Living (IADL)** échelle d'activités instrumentale de la vie courante
- Bilan des **48 activités** (bilan non standardisé)
- **Tinetti** (évaluation du risque de chute)
- **Mini Nutritional Assessment (MNA)** : évaluation nutritionnelle
- **Mini Mental State (MMS)** : évaluation cognitive
- Bilan des **praxies**
- **Si besoin:** Echelle gériatrique de dépression (GDS), Zarit : évaluation de la charge matérielle et affective pesant sur l'aidant principal du patient



EVALUATION GERIATRIQUE STANDARDISEE (EGS)

- L' EGS se fait sur **1 ou 2 séances** par l'ergothérapeute , **au domicile du patient**, si possible en présence d'un proche.
- Analyse des résultats et mise en place d'un **projet de soins individualisé** (1 à 2 objectifs thérapeutiques)
- Fait l'objet d' un **compte rendu** envoyé au médecin traitant, au spécialiste et à la famille si elle le souhaite



LES SEANCES D'ACCOMPAGNEMENT ET DE REHABILITATION

- 1 à 2 fois par semaine (30 mn à 1 heure)
- Sur la base du plan individualisé de soins et d'accompagnement
- Portent sur la cognition , l'activité motrice, l'aménagement de l'environnement et l'ajustement des aides
- S'appuient sur les mises en situation écologiques, et des exercices personnalisés
- Sont réalisées par les ASG en lien avec l'ergothérapeute



TRAVAIL EN PARTENARIAT

- Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA), réseaux...
- Structures hospitalières (consultations mémoires..)
- Médecins généralistes et Médecins spécialistes de ville
- Solutions de répit (accueil de jour, plateforme de répit : maison des aidants)
- Différents acteurs de ville (Centre Communal d'Action Sociale CCAS)
- Associations...



LA FIN DE LA PRISE EN CHARGE

- L'ergothérapeute réalise une **évaluation finale** : MMS, objectifs atteints
Elle remet l'enquête de satisfaction des prestations, les activités réalisées durant l'accompagnement et il y a un temps d'échanges.
- **Passage de relais** avec les structures adéquates (accueil de jour, plate forme de répit : maison des aidants,...) en fonction des besoins de la personne.
- **Compte rendu d'évaluation finale** envoyé au médecin prescripteur, au neurologue et à la famille si elle le souhaite
- Possibilité de **reprise en soins 1 an après** le début de l'accompagnement.



L' E.S.A.D

*Une équipe dynamique, à votre écoute,
disponible pour vous accompagner ainsi
que votre famille et votre entourage.*

