

# Accompagnement de la Maladie d'Alzheimer

## Conférence par Le Docteur Jacques COLL

### Définition / Critères du DSM-IV (classification maladies psychiatriques)

Maladie de mémoire + Troubles Psycho-Comportementaux avec Retentissement social ou sur les activités de la vie quotidienne

### Introduction

- **Maladie la plus fréquente du grand âge**
- Problème majeur de santé publique: « épidémie silencieuse » ; « peste noire du 21<sup>ème</sup> siècle »
- **800 000 cas** dont 22 000 pour la région Languedoc-Roussillon
- **200 000 nouveaux cas par an**
- % des sujets de plus de 65 ans sont déments

10 % des plus de 80 ans

20% à 25% des plus de 85 ans

- 40% des plus de 95 ans dont 96% ont une M

1,2% de la population générale

2,8% de la population active

2 femmes pour 1 homme (vieillesse + ménopause)

### Mécanismes :

- Plaques séniles
- Dégénérescence Neurofibrillaire
- Atrophie cérébrale
- Inflammation

Causes ?

### Facteurs de risques :

- Age (exceptionnel avant 50 ans)
- Antécédents familiaux de MA (X risque par 3)
- Sexe féminin
- Tabac, alcool
- HTA, Diabète, Cholestérol
- Plainte mnésique (++)

### Comprendre la mémoire :

- **Mémoire immédiate ou à court terme ou primaire:**  
= faculté de garder en mémoire pendant un laps de temps très court (moins d'1 minute) une information et de pouvoir la restituer pendant ce délai
- **Mémoire de travail ou épisodique :**  
= système de stockage temporaire N° de téléphone, comprendre une phrase, calcul mental, garçon de café
- **Mémoire à long terme ou secondaire :**  
= souvenirs faits récents ou faits anciens
  - implicite, procédurale, inconsciente: habitudes, vélo, musique, conduite automobile,
  - explicite, sémantique, consciente : faits historiques, culture

### Comprendre les Troubles Psycho-Comportementaux :

- Troubles déficitaires ou négatifs : Hypoactivité motrice
- Troubles productifs ou positifs : Hyperactivité motrice

### Troubles Psycho-Comportementaux :

- 80 % des patients
- Parfois inauguraux (précèdent les troubles de la mémoire)
- 1<sup>ere</sup> cause de détresse des aidants et des placements
- 1<sup>ère</sup> cause de contention chimique et physique
- Maltraitance

### Clinique :

- Dépression
- Anxiété
- Exaltation de l'humeur et désinhibition
- Apathie et Perturbations émotionnelles
- Conduites régressives
- Agitation et Instabilité Psychomotrice
- Compulsions et stéréotypies
- Etats Psychotiques

- Troubles du sommeil
- Troubles alimentaires
- Troubles sexuels

### **Prise en charge / Environnement :**

Actions sur l'environnement, habitudes et rythmes de vie :

« C'est l'environnement qui doit s'adapter et non l'inverse »

Repères, ambiance apaisante (musique, lumières, etc.)

Signalétique, sécurité (éclairage, tapis)

Ameublement adapté (lit, cuisinière, etc.)

Routine/habitudes (repas à heures fixes, mictions, intervenants stables)

### **Prise en charge / Administrative :**

- Demande d'ALD et carte d'invalidité

- Aides diverses type APA, aides a domicile, SSIAD, aides au logement

- Avantages fiscaux : taxes foncières, habitation, redevance télé

- Mesures de protection juridique

- Prise de contact avec institution : « *il vaut mieux préparer l'entrée en institution que de la subir en*

*urgence* »

- Associations : soutien +++

- La personne de confiance et directives anticipées

Sites internet

L'Accompagnement du quotidien :

La MA va progressivement priver le patient de ses capacités intellectuelles, de sa «personnalité » et de tout ce qui faisait son identité.

L'objectif de la prise en charge thérapeutique est d'offrir les meilleures conditions de vies possibles au patient comme à sa famille.

### **Réactions au diagnostic**

Avec le médecin. Respecter la volonté et les réactions du malade. Avoir une attitude rassurante, dominer ses émotions. Prendre des contacts, préparer l'avenir, poser des questions

### **Les relations avec famille et amis**

Annoncer la maladie, s'organiser à l'avance (réunion de famille). Ne pas s'isoler. Expliquer les symptômes

### **Organiser la vie quotidienne**

Installer une routine. Stimuler les actes de la vie quotidienne. Cultiver les sens. Adapter le mobilier

### **Comprendre la maladie**

Evolution progressive. Idées fausses (rien à faire, il le fait exprès, hérédité, etc.).

Apprentissage de stratégies de comportement

### **La communication**

Gestes, contact physique, mimiques, son et ton de la voix. Accrocher le regard. Lui laisser le temps, l'aider à enchaîner. Phrases simples, questions fermées

### **Conséquences des troubles de la mémoire**

Sentiment d'échec, Dépression, Anxiété. Désorientation spatiale et temporelle

Questions répétitives, idées fixes. Oubli des consignes

### **Déni des troubles et refus de soins**

Anosognosie (perte de la conscience du trouble). Ne pas insister, gagner du temps, détourner l'attention

Déni des autres membres de la famille

### **Modifications du comportement**

Comprendre le sens de ces troubles (Apathie, Dépression, Agitation, Anxiété ...)

Eviter tout changement brutal dans les habitudes de vie, adapter l'environnement, consignes simples, ne pas sur stimuler. Savoir renoncer, sortir de la pièce, environnement calme. Informer le médecin

### **L'affectivité**

Revaloriser, encourager, cultiver les activités restantes. Rechercher les plaisirs ou les envies.

Ne pas faire à la place

### **L'Apathie**

Perte des initiatives et de la spontanéité. Répondeurs à la stimulation ; encourager ; valoriser

### **Les activités physiques**

Anxiolytiques +++, prévention des chutes (Sarcopénie : fonte musculaire). Marche, gymnastique, équilibre

## **Conseils Nutritionnels**

Alimentation équilibrée prévient le déclin cognitif. Surveillance du poids. Organiser les repas, ambiance calme  
Enrichir les préparations (œufs, lait en poudre, lait concentré, etc.)

## **Les Traitements**

Efficacité modeste des médicaments « anti-Alzheimer »

Nombreux effets secondaires pour les psychotropes et les neuroleptiques

**Prise en charge non pharmacologique à privilégier** : orthophonie, kiné, ateliers, groupes de parole, psychothérapie, etc. Objectif principal : Maintien de l'autonomie

## **Où trouver des informations**

Médecin, internet, librairie, associations de famille

Centre communal d'action sociale (mairie), ADMR, Caisse de sécurité sociale. Centre Mémoire

## **Le suivi médical**

Noter les questions, lister les changements de comportement, le poids

Evaluation Cognitive, comportementale, activités quotidiennes (Tests)

Surveillance traitement et effets secondaires. Corrections sensorielles

## **Prévoir l'avenir**

Personne de confiance et directives anticipées. Placement

## **Penser à soi !**

Savoir prendre du repos (répit). Maintenir une vie sociale. Comprendre la maladie, rester réaliste, avoir des objectifs raisonnables. Groupes de parole, soutien psychologique

## **Idées Fortes :**

- Prise en charge Collective, pluridisciplinaire
- Identification et Hiérarchisation des symptômes cibles (NPI, Echelle de ZARIT)
- Objectifs réalistes, Réévaluations
- Prises en charge non pharmacologiques : 1<sup>ère</sup> intention  
« *Beaucoup d'avantages et peu d'inconvénients* »
  - Actions pharmacologiques : 2<sup>ème</sup> intention

### ***Information/éducation familles, aidants, soignants :***

- Mobilisation des fonctions cognitives résiduelles/ne pas faire à la place
- Eviter les mises en échec, mais valoriser, gratifier même si erreur
- Favoriser le dialogue, l'explication, les relations sociales
- Ne pas contredire, détourner l'attention
- Ne pas corriger ou stimuler sans cesse
- Simplification du mobilier, veilleuse la nuit, ritualiser le quotidien en particulier pour les toilettes et la prévention de l'incontinence (toutes les 2 ou 3 heures)
- Rester calme, « accrocher » le regard, développer le toucher
- Activité physique quotidienne et suppression des siestes
- Traitement des facteurs de risques (HTA, Hyperlipidémie, diabète, Méd inappropriés..) et correction des déficits sensoriels
- Prévenir les chutes et la dénutrition