Prise en charge à l'officine de la maladie d'Alzheimer

Sophie Grandjean

▶ **To cite this version:**

Sophie Grandjean. Prise en charge à l'officine de la maladie d'Alzheimer. Sciences pharmaceutiques. 2018. dumas-01841065

HAL Id: dumas-01841065

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01841065

Submitted on 17 Jul 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THESE

PRESENTEE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTE DE PHARMACIE DE MARSEILLE

LE VENDREDI 13 JUILLET 2018

PAR

GRANDJEAN Sophie

Né(e) le 04 août 1991 à LANGRES

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

TITRE: PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER A L'OFFICINE

JURY:

Président : Dr GRIMALDI Frédérique

Membres : Dr LAMY Édouard
Dr BOSCHI Joëlle

Université d'Aix-Marseille – Faculté de Pharmacie – 27 bd Jean Moulin – CS 30064 - 13385 Marseille cedex 05 - France
Tél. : +33 (0)4 91 83 55 00 - Fax : +33 (0)4 91 80 26 12

Faculté de Pharmacie
Aix Marseille Université

27 Boulevard Jean Moulin – CS 30064 - 13385 MARSEILLE Cedex 05
Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION :

Doyen :	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
Vice-Doyens :	M. Jean-Paul BORG, M. Philippe CHARPIOT, M. Pascal RATHELOT
Chargés de Mission :	M. David BERGE-LEFRANC, M. François DEVRED, Mme Caroline DUCROS, Mme Pascale BARBIER
Conseiller du Doyen :	M. Patrice VANELLE
Doyens honoraires :	M. Jacques REYNAUD, M. Pierre TIMON-DAVID, M. Patrice VANELLE
Professeurs émérites :	M. José SAMPOL, M. Jean-Pierre REYNIER
Professeurs honoraires :	M. Guy BALANSARD, M. Jacques BARBE, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Aimé CREVAT, M. Bernard CRISTAU, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. José MALDONADO, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI
Chef des Services Administratifs :	Mme Florence GAUREL
Chef de Cabinet :	Mme Sandrine NOURIAN
Responsable de la Scolarité :	Mme Myriam TORRE

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE
Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE	M. Vincent PEYROT M. Hervé KOVACIC
GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE	M. Christophe DUBOIS
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETIQUE	M. Philippe PICCERELLE

Mise à jour : 1/12/2015

MAITRES DE CONFERENCES	
BIOPHYSIQUE	M. Robert GILLI Mme Odile RIMET-GASPARINI Mme Pascale BARBIER M. François DEVRED Mme Manon CARRE M. Gilles BREUZARD Mme Alessandra PAGANO
GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE	M. Eric SEREE-PACHA Mme Véronique REY-BOURGAREL
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE	M. Pascal PRINDERRE M. Emmanuel CAUTURE Mme Véronique ANDRIEU Mme Marie-Pierre SAVELLI
NUTRITION ET DIETETIQUE	M. Léopold TCHIAKPE

A.H.U.	
CULTURE ET THERAPIE CELLULAIRE	M. Jérémy MAGALON

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS	
ANGLAIS	Mme Caroline MONTET

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE
Responsable : Professeur Philippe CHARPIOT

PROFESSEURS	
BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	M. Philippe CHARPIOT
BIOLOGIE CELLULAIRE	M. Jean-Paul BORG
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE Mme Laurence CAMOIN Mme Florence SABATIER-MALATERRE
MICROBIOLOGIE	M. Jean-Marc ROLAIN M. Philippe COLSON
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Nadine AZAS-KREDER

Mise à jour : 1/12/2015

MAITRES DE CONFERENCES	
BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	Mme Dominique JOURDHEUIL-RAHMANI M. Thierry AUGIER M. Edouard LAMY Mme Alexandrine BERTAUD Mme Claire CERINI Mme Edwige TELLIER M. Stéphane POITEVIN
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Nathalie BARDIN Mme Dominique ARNOUX Mme Aurélie LEROYER M. Romaric LACROIX
MICROBIOLOGIE	Mme Michèle LAGET M. Michel DE MEO Mme Anne DAVIN-REGLI Mme Véronique ROUX M. Fadi BITTAR Mme Isabelle PAGNIER Mme Sophie EDOUARD
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Carole DI GIORGIO M. Aurélien DUMETRE Mme Magali CASANOVA Mme Anita COHEN
BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne-Catherine LOUHMEAU
A.H.U.	
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Sylvie COINTE

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE
Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS	
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	M. Henri PORTUGAL Mme Catherine BADENS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Philippe GALLICE
CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE – CHIMIE THERAPEUTIQUE	M. Pascal RATHELOT M. Maxime CROZET
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE	M. Patrice VANELLE M. Thierry TERME
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE	Mme Evelyne OLLIVIER

Mise à jour : 1/12/2015

PROFESSEURS ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (P.A.S.T.)	
GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE	M. Jean-Pierre CALISSI

MAITRES DE CONFERENCES	
BOTANIQUE ET CRYPTOGAMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne FAVEL Mme Joëlle MOULIN-TRAFFORT
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Elisabeth SCHREIBER-DETURMENY Mme Catherine DEFOORT M. Alain NICOLAY Mme Estelle WOLFF Mme Elise LOMBARD
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. David BERGE-LEFRANC M. Pierre REBOUILLON
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Catherine DIANA Mme Sandrine FRANCO-ALIBERT Mme Caroline DUCROS M. Marc MONTANA
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE HYDROLOGIE	M. Armand GELLIS M. Christophe CURTI Mme Julie BROGGI M. Nicolas PRIMAS M. Cédric SPITZ M. Sébastien REDON
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE	M. Riad ELIAS Mme Valérie MAHIOU-LEDDET Mme Sok Siya BUN Mme Béatrice BAGHDIKIAN

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)	
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Anne-Marie PENET-LOREC
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Thierry ATHUYT
DROIT ET ECONOMIE DE LA PHARMACIE	M. Marc LAMBERT
DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET GESTION DE LA PHARMAFAC	M. Philippe BESSON

AHU	
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE	Mme Manon ROCHE

ATER	
CHIMIE ANALYTIQUE	Mme Camille DESGROUAS

Mise à jour : 1/12/2015

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE
Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS	
PHARMACIE CLINIQUE	Mme Diane BRAGUER
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOCINETIQUE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Athanassios ILIADIS
TOXICOLOGIE GENERALE	M. Bruno LACARELLE
TOXICOLOGIE DE L'ENVIRONNEMENT	Mme Frédérique GRIMALDI

MAITRES DE CONFERENCES	
PHARMACODYNAMIE	Mme Suzanne MOUTERDE-MONJANEL
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET Mme Emmanuelle MANOS-SAMPOL
TOXICOCINETIQUE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Hot BUN M. Joseph CICCOLINI Mme Raphaëlle FANCIULLINO
TOXICOLOGIE GENERALE ET PHARMACIE CLINIQUE	M. Pierre-Henri VILLARD M. Stéphane HONORÉ Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU Mme Marie-Anne ESTEVE

A.H.U.	
PHARMACODYNAMIE	M. Philippe GARRIGUE

ATER	
PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlel BOUHLEL

Mise à jour : 1/12/2015

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Nathalie AUSIAS, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Gérard CARLES, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Nicole FRANCOIS, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Christine PENOT-RAGON, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire

M. Alain RAGON, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier

Mise à jour le 1er décembre 2015

Remerciements

A Madame la Présidente du jury,

Madame Frédérique GRIMALDI, pour s'être libéré en ce jour important pour moi et pour avoir accepté gentiment de présider ce jury. Je garderai toujours un bon souvenir de ces années d'études et je vous en remercie.

A mon directeur de thèse,

Monsieur Édouard LAMY, pour ces précieux conseils qui m'ont permis de réaliser ce travail. Depuis le début des ces longues études vous m'avez toujours aidé et soutenue. J'ai toujours eu beaucoup d'appréhension pour passer les oraux qui représentaient une grande difficulté pour moi étant timide. Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé car je vous sais très occupé tout au long de l'année.

A Madame la juge, Docteur en pharmacie,

Madame Joëlle BOSCHI, pour vous êtes rendu disponible ce jour et m'accompagner durant la soutenance de cette thèse. Depuis mon premier stage en officine vous avez été présente a mes côtés et vous m'avez transmis vos connaissances et votre envie d'exercer. J'ai toujours apprécié vos interventions au sein de la faculté qui étaient indispensables en terme de pratique à l'officine. Je tiens à vous remercier pour tous ces conseils pratiques et j'aurai toujours une pensée pour vous en exerçant mon métier de pharmacien.

Aux pharmacies qui m'ont accueillies,

La pharmacie de la Gare St Charles à Marseille, la pharmacie de la mairie de Saint-Raphael, la pharmacie des Issambres, la pharmacie Vinay à Marseille, la pharmacie du Centre Bonneveine à Marseille et la pharmacie du Palais dans laquelle je travaille actuellement. Un grand merci à toutes ces équipes.

A Manu,

Depuis le jour où je t'ai rencontré, ma vie à changé, grâce à toi je suis la plus heureuse. Tu es toujours présent et à l'écoute pour moi. Merci pour ta patience durant l'écriture de cette thèse, d'avoir supporté mes moments de doute. Maintenant que ce travail est terminé, nous allons pouvoir profiter de la vie et de beaux jours s'ouvrent à nous. Je t'aime profondément.

A mes parents,

Vous avez toujours été présents pour moi depuis ma plus tendre enfance. Maman, tu m'as énormément soutenue pendant ces longues années de fac. Tu restais près de moi quand je révisais ou m'accompagnais pendant les partiels... Je n'aurais jamais pu réussir sans cela. Vous êtes des parents formidables et je vous serai toujours reconnaissante. Je vous aime fort.

A mes grand-parents

Plus particulièrement à mes deux grand-mères avec qui j'ai tellement de bons souvenirs et qui ont été atteintes de cette maladie, je vous dédie cette thèse.

A ma belle famille,

Un grand merci à tout le monde pour votre soutien et votre présence. Vous m'apportez beaucoup de bonheur, nous passons toujours de bons moments avec vous. Merci de m'avoir si bien accueillie parmi vous.

A mes binômes et amis,

Léa, nous avons été ensemble lors de notre deuxième année de fac, ce fut une année riche en événements et en fous rires. Cela restera toujours en ma mémoire.

Alex, on a appris à se connaître et nous avons formé un binôme de folie ;) Puis nous avons pris des chemins différents et je te souhaite d'être heureux dans ta vie.

Marie, Alex, Philippe, Marion, Alexandra, collègues de filière officine

Merci à tous d'avoir été présents durant toutes ces années de fac.

« L' UNIVERSITÉ N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS ÉMISES DANS LES THÈSES. CES OPINIONS DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES À LEURS AUTEURS. »

SOMMAIRE

ABREVIATIONS.....p15
LISTE DES FIGURES.....p18
INTRODUCTION.....p21
PARTIE I – LA MALADIE D'ALZHEIMER.....p22
I.1 Historique.....p22
I.2 Définition.....p23
I.3 Épidémiologie.....p25
I.4 Physiopathologie.....p26
I.4.1. Rappels physiologiques.....p26
I.4.1.a) L'acétylcholine.....p26
I.4.1.b) Le récepteur NMDA.....p26
I.4.2. Mécanismes pathologiques.....p27
I.4.2.a) Le système cholinergique.....p27
I.4.2.b) Le système glutamatergique.....p27
I.4.3. Lésions cérébrales de la MA.....p28
I.5 Facteurs de risques.....p26
I.5.1. Les facteurs pré-disposants non modifiables.....p31
I.5.1.a) L'âge.....p31
I.5.1.b) Le sexe féminin.....p31
I.5.1.c) Le terrain génétique.....p31
I.5.2. Les facteurs de risque environnementaux modifiables.....p32
I.5.2.a) L'HTA.....p32
I.5.2.b) Les troubles lipidiques.....p32
I.5.2.c) Le diabète.....p32
I.5.2.d) Le tabagisme.....p32
I.5.2.e) Le niveau socio-culturel.....p33
I.5.2.f) Autres facteurs de risque.....p33

I.6 Facteurs protecteurs.....p34
I.7 Histoire clinique.....p35
I.7.1. Les symptômes.....p35
I.7.1.a) Repérer la maladie en 10 signes clés.....p35
I.7.1.b) Troubles cognitifs.....p37
I.7.1.c) Troubles comportementaux.....p41
I.7.2. L'évolution de la maladie.....p43
I.7.3. Les complications.....p45
I.7.3.a) La dénutrition.....p47
I.7.3.b) Les troubles de la marche et le risque de chutes.....p51
I.7.3.c) L'incontinence urinaire.....p52
I.8 Diagnostic.....p53
I.8.1. Évaluation initiale.....p53
I.8.2. Conduite à tenir après l'évaluation initiale.....p59
PARTIE II – LA PRISE EN CHARGE EN 2018.....p66
II.1 Annonce du diagnostic.....p66
II.2 Accompagnement du diagnostic et plan de soins.....p67
II.3 Stratégie thérapeutique.....p68
II.3.1. Traitement spécifique.....p68
II.3.1.a) Les inhibiteurs de l'AchE.....p72
II.3.1.b) L'antagoniste au récepteur NMDA.....p76
II.3.2. Traitement non spécifique.....p79
II.4 Suivi médical.....p80
II.5 Prise en charge non médicamenteuse.....p82
II.5.1. Stimulation cognitive.....p82
II.5.2. Thérapie canine.....p84
II.5.3. Art-thérapie.....p86
II.5.4. Le jardin thérapeutique.....p86

II.5.5. Musicothérapie.....p88
II.5.6. Aromathérapie.....p88
II.5.7. Luminothérapie.....p90
II.6 Le rôle des différents intervenants.....p91
II.6.1. Les aidants.....p91
II.6.2. Le médecin généraliste traitant.....p92
II.6.3. Le neurologue, le psychiatre et le gériatre.....p93
II.6.4. L'ESA.....p94
II.6.5. Les SSIAD.....p95
II.6.6. L'ergothérapeute.....p96
II.6.7. L'orthophoniste.....p98
II.6.8. Le kinésithérapeute.....p99
II.6.9. Le psychomotricien.....p100
II.6.10. Le psychologue.....p100
II.6.11. Le chirurgien dentiste.....p101
II.6.12. Le pédicure-podologue.....p101
II.6.13. Les aides à domicile.....p102
PARTIE III - LE ROLE DU PHARMACIEN ET CONSEIL A L'OFFICINE …..p104
III.1 Le rôle du pharmacien dans la maladie d'Alzheimer.....p104
III.2 Conseils dédiés au patient et à son entourage.....p105
III.2.1. Communiquer avec son proche.....p105
III.2.2. Astuces pour la mémoire.....p107
III.2.3. Comment réagir face à certains troubles du comportement?.....p108
III.2.3.a) L'anosognosie.....p108
III.2.3.b) L'apathie.....p109
III.2.3.c) L'agressivité.....p109
III.2.3.d) La désinhibition.....p110
III.2.4. Conseils associé au problème d'incontinence urinaire.....p111

III.2.5. Les aides sociales.....p112
III.2.6. Les aides financières.....p116
III.2.7. Les structures d'accueil.....p126
III.2.7.a) L'hébergement temporaire.....p126
III.2.7.b) L'hébergement définitif.....p127
III.2.8. Les mesures juridiques.....p130
III.2.8.a) La sauvegarde de justice.....p130
III.2.8.b) La curatelle.....p131
III.2.8.c) La tutelle.....p131
III.2.8.d) Les directives anticipées et la personne de confiance.....p131
III.3 Prévention de la maladie d'Alzheimer.....p132
III.3.1. Gérer son stress quotidien.....p133
III.3.2. Activité corporelle.....p134
III.3.3. Nutrition adaptée au sujet âgé.....p135
III.3.4. Gymnastique cérébrale.....p138
III.3.5. Contact humain et social.....p140
CONCLUSION.....p141
BIBLIOGRAPHIE.....p142
Serment de Galien.....p148

ABREVIATIONS

AchE: Acetyl Choline Estérase

ADL Activities of Daily Living

ALD: Affection longue durée

AMP: Aide médico-psychologique

ANSM: Agence Nationale de Sécurité des Médicaments

APA: Allocation personnalisée d'autonomie

ASG: Assistant de soin en gérontologie

ASH: Aide sociale à l'hébergement

ASPA: Allocation de solidarité aux personnes âgées

CAF: Caisse d'allocations familiales

CARSAT: Caisse d'assurance retraite et de santé au travail

CCAS: Centre communal d'action sociale

CESU: Chèque emploi service universel

CLIC Centre local d’information et de coordination

CM2R: Centre Mémoire de Ressources et de Recherches

CNAV: Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

CPAM: Caisse primaire d'assurance maladie

DATscan® scintigraphie cérébrale avec l’iofl upane [123I]

DDASS: direction départementale de l'action sanitaire et sociale

DLFT dégénérescence lobaire fronto-temporale

DTA: Démence de type Alzheimer

ECBU examen cytobactériologique des urines

ECG électrocardiogramme

EEG électroencéphalogramme

EHPAD établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESA: Équipes spécialisées Alzheimer

HAD: Hospitalisation à domicile

HAS: Haute autorité de santé

HTA: Hyper Tension Artérielle

IAchE: Inhibiteur de l'Acetylcholine Estérase

IADL Instrumental Activities of Daily Living

IH: Insuffisance hépatique

IR: Insuffisance rénale

IM2A: Institut de la Mémoire et de la Maladie d'Alzheimer

IRM imagerie par résonance magnétique

IRS inhibiteurs de la recapture de la sérotonine

IV: Intra Veineuse

LCR liquide céphalo-rachidien

LP: Libération prolongée

MA: Maladie d'Alzheimer

MDA: Maison départementale de l'autonomie

MMSE Mini-Mental State Examination

MSA: Mutualité Sociale Agricole

NMDA: N-Méthyle-D-Aspartate

NPI NeuroPsychiatric Inventory

ORL: Oto-rhino-laryngologiste

PASA: Pôle d'activités et de soins adaptés

PβA: Protéine Beta Amyloïde

SCPD symptômes comportementaux et psychologiques des démences

SSIAD: Services de soin infirmiers à domicile

TAU Tubulin Associated Unit

TEMP tomographie d’émission monophotonique

TEP tomographie à émission de positons

TSH thyréostimuline hypophysaire

UGD: Ulcère gastro-intestinal

UHR: Unité d'hébergement renforcée

USLD: Unité de soins de longue durée

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Fréquence de la MA dans les différentes catégories de démence (Gérontopôle, Toulouse, Dr Julien Delrieu) P23

Figure 2: Évolution de la MA dans le temps (L'évolution de la maladie - Anne BELLIARD, Psychologue - Equipe Mobile Gériatrique Externe) P24

Figure 3: Progression de la MA au cours du temps (Fondation pour la recherche sur alzheimer, Alzheimer's Disease International) P25

Figure 4: Comparaison anatomique cerveau sain/cerveau atteint d'Alzheimer (Alz.org – Visite du cerveau) 30

Figure 5: 3 phases d'évolution d'un neurone atteint de la MA (Institut Pasteur) P30

Figure 6: La maladie des 4 A (Joëlle HUTINET – École de santé publique – Faculté de Médecine de Nancy) P37

Figure 7: Lésions dans la MA en fonction des différents lobes (Guide France Alzheimer – L'apparition des troubles) P40

Figure 8: Échelle de détérioration globale de Reisberg (Les stades de la MA p 66 – La maladie d'Alzheimer: le Guide – Dr Judes Poirier, Dr Serge Gauthier) P46

Figure 9: Facteurs entraînant une dénutrition (Le risque de dénutrition – Vivreenaidant.fr) P 47

Figure 10: Calendrier nutritionnel (chu-toulouse) P48

Figure 11: Questionnaire MNA (Nestlé HealthScience) P50

Figure 12: Protections en cas d'incontinence urinaire (tena.fr/incontinence) P52

Figure 13: Test de l'horloge (réseau neuropsychiatrique du Limousin) P55

Figure 14: Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO) P56

Figure 15: Échelle IADL(**www.departement-information-medicale.com**) P60

Figure 16: Échelle «Geriatric Depression Scale» (GDS) (Gériatrie – Hôpital Salpêtrière) P62

Figure 17: Inventaire neuropsychiatrique réduit (NPI-R) (*www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1497201/fr/npi-reduit-npi-r*) P64

Figure 18: Stratégie de prise en charge de la MA (https://www.vidal.fr/recommandations/1530/alzheimer_maladie_d/prise_en_charge/) P71

Figure 19: Jeux pour ateliers de stimulation cognitive (crdp2.ac-rennes.fr) P84

Figure 20: Chiens formés à la thérapie canine (Handi chiens.org) P85

Figure 21: Ateliers de peinture (L'art thérapie - Cap Retraite. 2017 https://www.capretraite.fr/blog/maladie-alzheimer/lart-therapie-lutter-contre-maladie-dalzheimer/) P87

Figure 22: Création d'un jardin thérapeutique (Association Almage Alzheimer: création d'un jardin thérapeutique) P88

Figure 23: Aromathérapie (aromacare.com) P90

Figure 24: Luminothérapie (Luminothérapie [Internet]. Neuromedia. 2017) P90

Figure 25: Exemple d'ordonnance bi-zone (pharmacie du Palais – 13006) P118

Figure 26: 10 critères d'évaluation pour déterminer le groupe GIR (https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229) P120

Figure 27:Autres critères pour aider l'équipe médico-sociale à évaluer le patient (**https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229**) P120

Figure 28: Grille AGGIR (**http://www.infomaisonsderetraite.fr/wp-content/uploads/2014/04/78_grille_aggir.pdf**) P121

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Évaluation de l'état nutritionnel (Recommandations HAS 2007) P48

Tableau 2: Posologies des médicaments Anti-Alzheimer (Fiche technique du CESPHARM par le Dr Marie Sarazin 2009) P73

Tableau 3: Plafond de ressources à ne pas dépasser pour recevoir l'ASPA (service-public) P122

Tableau 4: Aliments à privilégier et à éviter dans le régime crétois (Brochure sur la MA – Vaincre Alzheimer- https://www.vaincrealzheimer.org/publications-alzheimer) P136

Tableau 5: Liste des aliments à privilégier dans le régime MIND (Brochure sur la MA – Vaincre Alzheimer- **https://www.vaincrealzheimer.org/publications-alzheimer**)
P137

Tableau 6: Exemple d'activités stimulantes intellectuellement (Brochure sur la MA – Vaincre Alzheimer- **https://www.vaincrealzheimer.org/publications-alzheimer**)
P140

INTRODUCTION

En raison du vieillissement de la population, la maladie d'Alzheimer (MA) est devenue un problème majeur de santé publique des pays industrialisés. Sa prévalence augmente avec l'âge, touchant jusqu'à 1,6% des sujets âgés de 60 à 64 ans et plus de 25% au-delà de 85 ans.

En France, on estime que 860 000 personnes sont aujourd'hui atteintes, majoritairement des femmes. De plus, 225 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. En 2020, 1,3 millions de personnes pourraient être concernées. Cette maladie aux allures d'épidémie souffre d'un déficit de dépistage et de diagnostic: 1 patient sur 2 serait actuellement diagnostiqué en France, et cela de manière tardive. Or, l'intérêt d'un diagnostic précoce est essentiel car il existe aujourd'hui des médicaments symptomatiques d'autant plus efficaces qu'ils sont administrés tôt. Professionnel de santé de proximité, le pharmacien peut participer au repérage précoce et à l'orientation des personnes concernées vers une consultation médicale afin de pouvoir bénéficier d'une prise en charge précoce. Il a également un rôle essentiel dans le soutien et l'accompagnement des patients et de leurs proches aidants tout au long de la maladie.

La première partie de ce document décrit la MA, de sa découverte scientifique à son diagnostic de nos jours par les médecins. La seconde partie présente la prise en charge actuelle dans sa globalité. Enfin, la troisième et dernière partie traite du rôle du pharmacien dans la MA.

PARTIE I – LA MALADIE D'ALZHEIMER

I.1 Historique [1]

En 1907, la maladie a été identifiée par le psychiatre et neuropathologiste allemand **Aloïs** Alzheimer (1864-1915). Il étudia le cas d'Auguste Deter, une patiente de 51 ans admise à l'Hôpital de Francfort pour cause de démence. Elle présentait des troubles de la mémoire, un mutisme, une désorientation et des hallucinations. La patiente décéda en avril 1906. Alzheimer pratiqua l'autopsie de son cerveau et il découvrit des lésions anormales qu'il étudia par la suite. Il conclut à une «maladie particulière du cortex cérébral». En 1910, le nom de « maladie d'Alzheimer » fut donné à cette pathologie. Il est à noter que d'autres scientifiques ont participé à cette découverte : le psychiatre et neuropathologiste tchèque Oskar Fischer (1876-1942) avait décrit la présence des plaques séniles dans le cerveau de 12 patients âgés atteints de démence, et le médecin italien Gaetano Perusini (1879-1915), collaborateur d'Aloïs Alzheimer, a également contribué fortement à la découverte de cette pathologie. C'est dans les années 80 que les constituants biologiques des deux lésions caractéristiques de la maladie d'Alzheimer ont été identifiés : la protéine bêta-amyloïde (Aβ) a été mise en évidence en 1984 par le pathologiste américain George Glenner comme étant le constituant majeur des plaques séniles. Le belge Jean-Pierre Brion a mis en évidence en 1985 la présence de la protéine tau anormalement phosphorylée accumulée dans les dégénérescences neurofibrillaires. Quelques années plus tard, en 1990, plusieurs gènes responsables de la transmission de la MA au sein de certaines familles ont été identifiés: le gène APP situé sur le chromosome 21 et les gènes PS1 et PS2, respectivement situés sur les chromosomes 1 et 14. Ces gènes mutés sont responsables de formes familiales précoces de la maladie (avant 60 ans). En 1993 il a été montré que l'allèle ApoE4 est le principal facteur de susceptibilité génétique dans le développement de la forme sporadique de la MA.

I.2 Définition [2]

La MA est une affection neurodégénérative dont l'évolution, lente, reste inéluctable. C'est une maladie démentielle qui aboutit à handicap et dépendance. Ses débuts sont insidieux et son évolution progressive. La MA est la première cause des syndromes démentiels et représente 77 % de l'ensemble des démences. Les autres causes fréquentes de démence sont non dégénératives : la démence vasculaire; la démence à corps de Lewy; la démence compliquant la maladie de Parkinson ;la dégénérescence lobaire fronto-temporale.

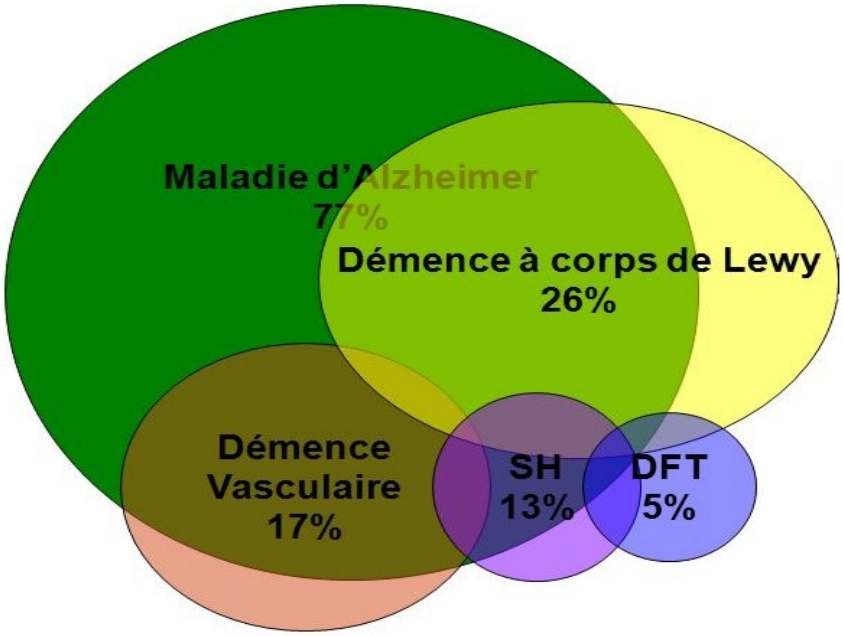


Figure 1: Fréquence de la MA dans les différentes catégories de démence

Nous ne traiterons dans cette thèse que la démence de type Alzheimer (DTA).

Elle est la conséquence d'une destruction graduelle des neurones qui débute dans les couches profondes du cerveau (l'hippocampe) pour s'étendre en quelques années vers des couches plus externes appelées cortex. La DTA est un syndrome dans lequel on observe une dégradation de certaines fonctions cognitives: mémoire, langage, raisonnement, apprentissage, résolution de problèmes, prise de décision, perception et attention). Des troubles du comportement sont éventuellement présents. L'évolution

se fait sur plusieurs années avec l'apparition d'une dépendance progressive et un retentissement sur les activités de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation, déplacement) et sur l'entourage. Il existe une variabilité inter-individuelle concernant l'ordre d'installation mais aussi l'intensité des différents troubles. En phase terminale, la dépendance devient quasiment totale, le patient ne peut plus du tout s'assumer et c'est le moment où il est placé en institution car il devient essentiel de protéger aussi le proche aidant qui est au bord de l'épuisement.

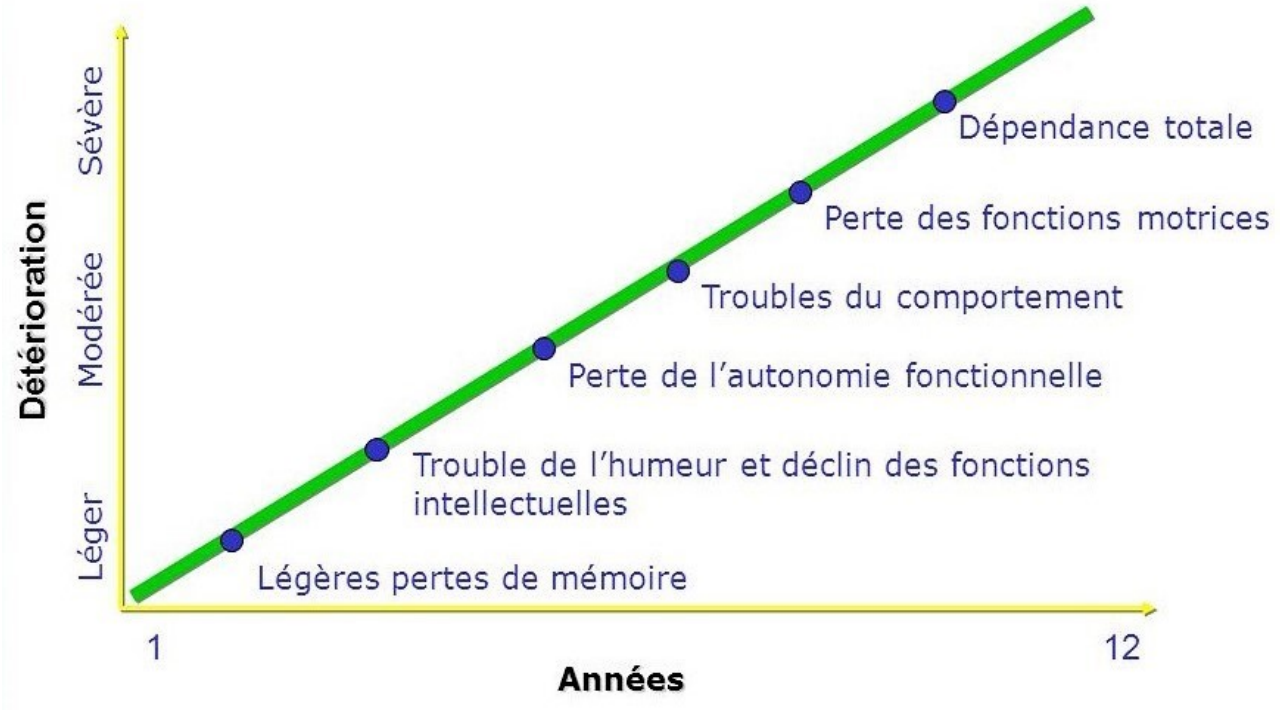


Figure 2: Évolution de la MA dans le temps

D'un point de vue scientifique, la MA résulte d'un processus pathologique spécifique qui entraîne le développement de deux types de lésions au niveau du système nerveux central (SNC): les dégénérescences neurofibrillaires (présence de la protéine tau anormalement phosphorylée dans les neurones) et les plaques amyloïdes ou plaques séniles (accumulation d'un dépôt à l'extérieur des neurones de la protéine β amyloïde).

I.3 Épidémiologie [3]

En raison du vieillissement de la population, la MA est devenu un problème majeur de santé publique et ceci pour plusieurs raisons:

En France, elle touche plus de 850 000 personnes de plus de 65 ans et c'est la première cause de démence. Le nombre de nouveaux cas par an est estimé à plus de 225 000 personnes. Sa prévalence est en augmentation régulière: elle touche 2 à 4 % de la population après 65 ans et atteint 15% à 80 ans. Sa morbidité est majeure car c'est une perte d'autonomie pour le patient et une réelle souffrance pour les aidants.

Son coût socio-économique est massif, les soins sont chroniques et très coûteux que ce soit au domicile ou en institution. A partir des données de la prévalence de la MA, il a été décrit que les femmes à partir de 80 ans étaient plus fréquemment touchées que les hommes. La MA représente plus de 70% de l'ensemble des démences de la personne âgée. La France n'est pas le seul pays à être touché par cette maladie. Dans le monde, on estime à 24,3 millions de cas de démence, et près de 4,6 millions de nouveaux cas chaque année. Ce nombre de cas va doubler tous les 20 ans, atteignant plus de 80 millions de cas en 2040.

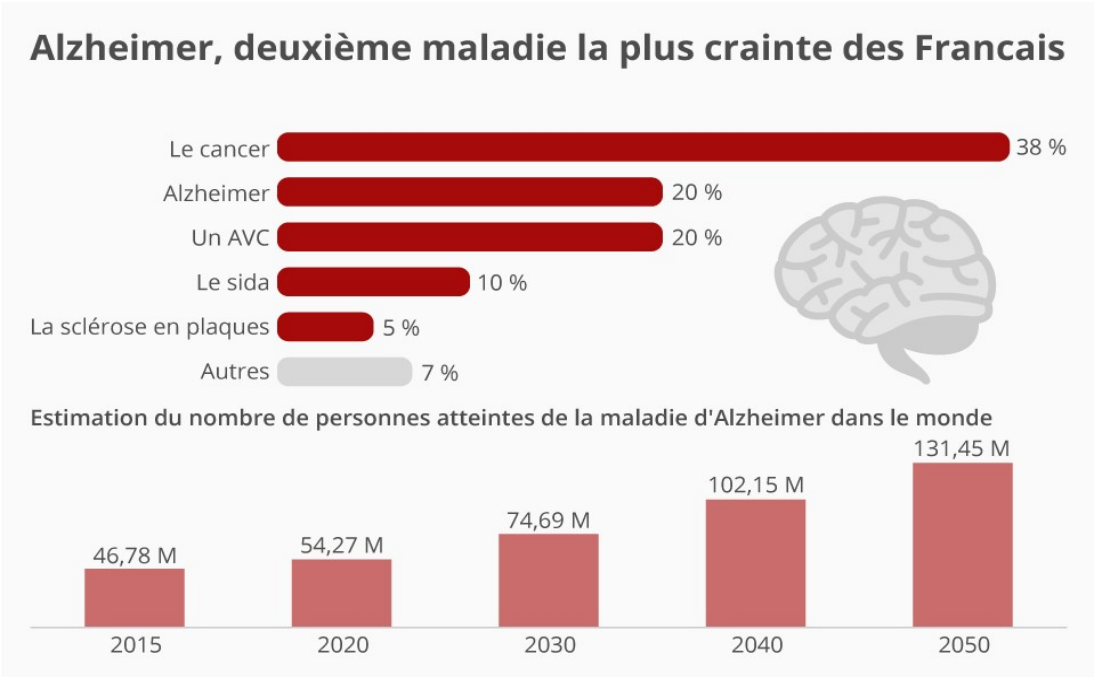


Figure 3: Progression de la MA au cours du temps

I.4 Physiopathologie [4]

I.4.1 Rappels physiologiques

a) L'acétylcholine

Dans le cerveau, les synapses assurent la transmission de l'information nerveuse par le biais de messagers chimiques que l'on appelle les neurotransmetteurs. Parmi ces neurotransmetteurs, l'acétylcholine (Ach) intervient dans la physiopathologie de la MA. Cette molécule joue un rôle crucial dans les systèmes nerveux central et périphérique. Son action permet entre autre au cerveau de commander aux muscles les phases de flexion et d'extension. Dans le cortex cérébral, l'Ach intervient dans les mécanismes d'apprentissage et de mémorisation. A l'état physiologique, l'Ach est régulée par une enzyme: l'Acétylcholine Estérase (AchE). Après l'action de l'acétylcholine sur le récepteur de la cellule post synaptique et la transmission de l'influx nerveux, celle-ci est dégradée par l'AchE et le cycle recommence. Mais l'équilibre qui existe entre la formation d'acétylcholine, sa libération dans la fente synaptique, son action sur les récepteurs puis sa dégradation par l'AchE peut être perturbé, par des éléments extérieurs et provoquer de graves modifications dans l'organisme.

b) Le récepteur N-méthyl-D-aspartate (NMDA)

Ce récepteur est le site de liaison du glutamate, acide aminé le plus abondant du SNC. Principal neurotransmetteur excitateur, le glutamate participe à des fonctions métaboliques fondamentales impliquées dans la croissance neuronale, la transmission des messages douloureux, les fonctions motrices, les processus mnésiques à long terme et l'élaboration de la pensée. Il est aussi impliqué dans des processus

pathologiques notamment la MA. L'inactivation du glutamate est un phénomène crucial qui permet à la neurotransmission d'être efficace et ponctuelle. Le glutamate est transformé en glutamine par la glutamine synthétase (enzyme). La glutamine est recyclée en glutamate dans les terminaisons nerveuses par la glutaminase mitochondriale (enzyme).

I.4.2 Mécanismes pathologiques

a) Le système cholinergique

Les signes cliniques de la MA sont directement corrélés à l'atteinte des systèmes de neurotransmission innervant le cortex, a savoir le système cholinergique. La détérioration cognitive caractéristique de la MA est associée à une réduction progressive de la transmission cholinergique cérébrale. Le déficit cholinergique est constant et corrélé à la sévérité de la démence. Dans la MA, la régulation de la sécrétion d'Ach est perturbée. L'enzyme AchE s'active en permanence et dégrade beaucoup trop d'Ach. C'est pour cette raison qu'il y a une déficience en Ach dans la MA. La conséquence de cette baisse en Ach est à long terme la dégénérescence neuronale. Les inhibiteurs de l'AchE (IAchE) ont pour effet de restaurer ou d'améliorer la transmission cholinergique en inhibant l'enzyme de dégradation de l'Ach. Ainsi, la concentration de ce neurotransmetteur est augmentée dans les synapses encore épargnées. appelés . Ils sont au nombre de 3: Donépézil (ARICEPT ®), Galantamine (REMINYL ®) et Rivastigmine (EXELON ®). Ces molécules vont se fixer sur l'enzyme AchE à la place de son substrat et de ce fait empêcher la dégradation de l'Ach. Aujourd'hui, le mécanisme de la MA est encore mal connu.

b) Le système glutamatergique

Dans la MA, il y a un déséquilibre du système glutamatergique. Plus précisément, l'activation excessive des récepteurs NMDA induit en effet une cascade d'événements nocifs dont l'issue ultime est la mort cellulaire. Il y a une augmentation importante du glutamate extracellulaire, associée à l'inactivité du transporteur qui normalement élimine le glutamate de la fente synaptique. Le dysfonctionnement des mécanismes d'élimination du glutamate induisent une excitotoxicité en prolongeant anormalement l'action de celui-ci. Il existe un médicament capable d'inhiber l'activation des récepteurs NMDA, c'est la mémantine ou EBIXA ®. Cet antagoniste des récepteurs glutamatergique NMDA va se fixer sur le récepteur à la place du glutamate et de ce fait empêcher son action excitatrice.

I.4.3 Les lésions cérébrales dans la MA

La MA n'est pas une conséquence normale de la mort des neurones au cours du vieillissement. Cette maladie est due à une accumulation de protéines anormales dans le cerveau. Elle est caractérisée par deux lésions cérébrales d'accumulation de protéines anormales:

- L'accumulation anormale de protéines β amyloïdes (Aβ) en amas extracellulaires que l'on appelle aussi «plaque amyloïde» ou «plaque sénile».
- L'accumulation anormale de protéines Tau hyper-phosphorylées formant des dégénérescences neurofibrillaires (DNF). Ces DNF sont retrouvées en grande quantité dans les régions temporales internes (hippocampe en particulier).

Comment se forme la plaque sénile? :

L'Aβ provient d'une protéine appelée l'Amyloid Protein Precursor (APP). L'APP est

située à travers la membrane des neurones et elle se retrouve clivée par certains enzymes. Ce clivage libère l'Aβ à l'extérieur du neurone. Chez une personne saine, cette protéine est normalement libérée puis dégradée dans l'organisme. Dans le cas de la MA, il existe un déséquilibre: l'Aβ n'est plus bien régulée et se retrouve en trop grande quantité dans le cerveau. Elle s'agrège alors sous forme de fibrilles et forme donc des plaques insolubles appelées plaques séniles.

Comment se forme les DNF? :

La protéine Tau est normalement présente dans nos neurones et elle permet de maintenir le «squelette» du neurone. Dans la MA, la protéine Tau se retrouve modifiée chimiquement (hyper-phosphorylée), elle devient défectueuse et se détache du squelette du neurone qui n'est plus maintenu. La protéine Tau détachée s'accumule dans le neurone, s'agrège et forme des filaments. Sans squelette, les neurones dégénèrent et les connections entre les neurones disparaissent.

La formation de ces deux types de lésions entraîne progressivement le dysfonctionnement des neurones et leur mort. Au stade avancé de la MA, les conséquences de la disparition massive des cellules dans le cortex cérébral sont importantes. Le cortex se recroqueville et endommage les régions associées à la pensée, à la planification et à la mémoire. Le rétrécissement est particulièrement marqué dans l'hippocampe, siège de la mémoire et de l'apprentissage, qui donne à la MA son surnom de «maladie de la mémoire». Les ventricules remplis de liquide céphalo rachidien grossissent.

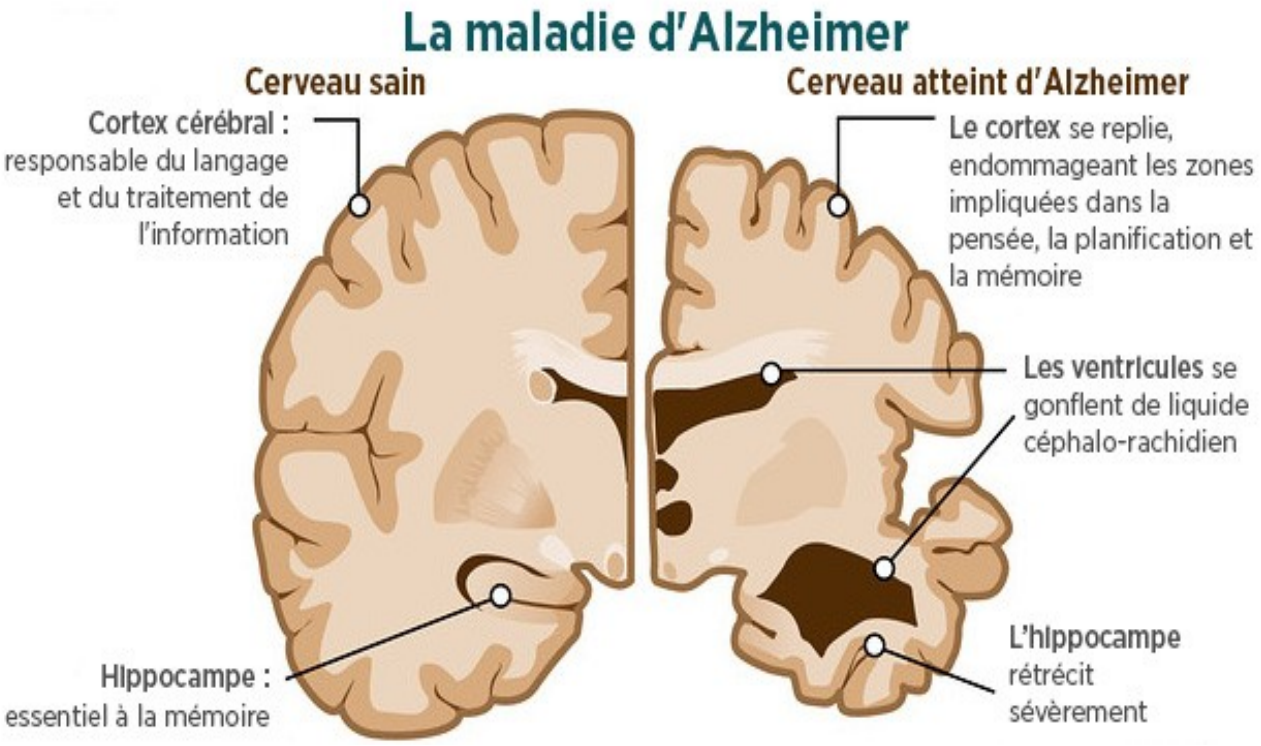


Figure 4: Comparaison anatomique cerveau sain/cerveau atteint d'Alzheimer

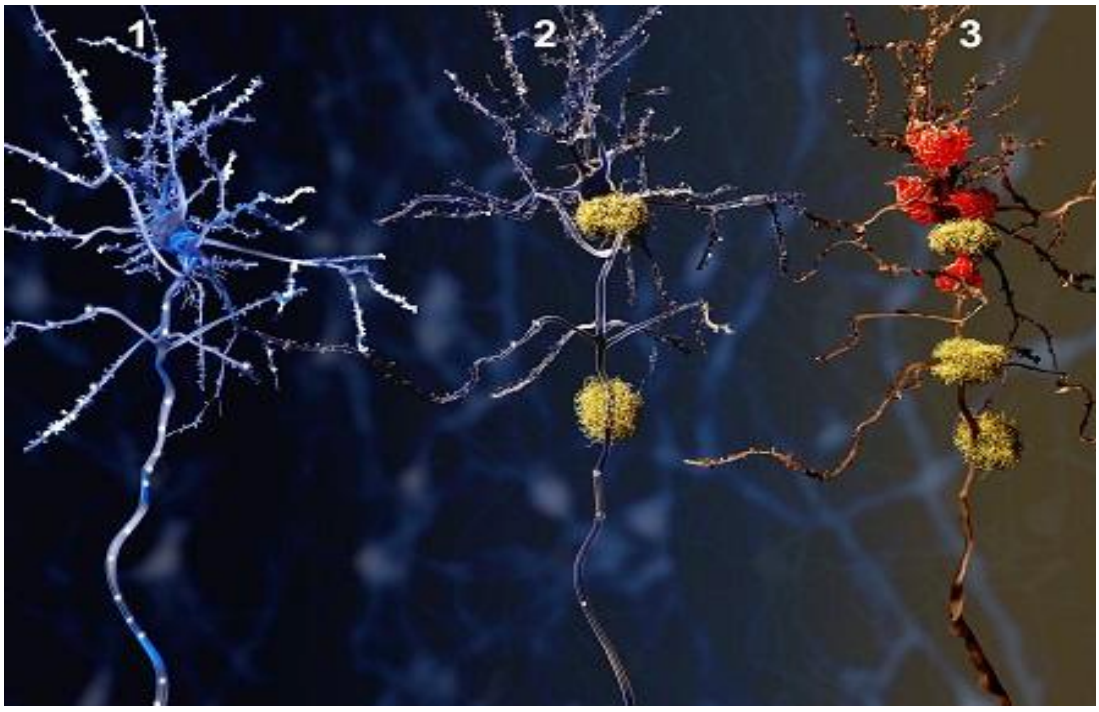


Figure 5: 3 phases d'évolution d'un neurone atteint de la M

1:Neurone sain; **2**:Neurone avec plaques amyloïdes; **3**: Neurone mort se décomposant

I.5 Facteurs de risque [5]

La MA est multifactorielle, elle résulte d'une combinaison complexe de facteurs de risque non modifiables et de facteurs environnementaux modifiables.

I.5.1 Les facteurs pré-disposants non modifiables :

a) L'âge

Le vieillissement est le plus grand facteur de risque de développement de la MA. La plupart des personnes atteintes de la MA sont âgées de 65 ans ou plus. Plus rarement, la MA peut toucher des personnes de moins de 65 ans, on parle de MA précoce. Entre 80 et 90 ans, 1 personne sur 4 est atteinte de démence et au delà de cet âge, le chiffre atteint 1 personne sur 2.

b) Le sexe féminin

L'incidence de la MA est équivalente chez l'homme et la femme entre 65 et 80 ans mais elle augmente chez les femmes après 80 ans. Ce facteur est du au fait que les femmes ont une espérance de vie plus longue que les hommes et également à l'existence de pathologies cardiovasculaires chez l'homme. De plus, une mutation génétique sur le chromosome X à été mise en évidence dans le mécanisme de la MA par de récentes recherches.

c) Le terrain génétique

Il existe une "prédisposition génétique" qui se transmet à la descendance. En moyenne le risque de développer la MA est multiplié par 1,5 si un parent du premier degré (parent/fratrie) est touché et par 2 si les deux parents le sont.

Le principal gène en cause dans la forme sporadique de la MA est appelé apolipoprotéine E de type E_4 ($apoE_{4)}$. C'est un élément clé dans le transport du cholestérol et des graisses dans le sang et le cerveau humain. Si ce gène est muté, il existe un facteur de risque d'être atteint de la MA.

I.5.2 Les facteurs de risque environnementaux modifiables :

a) Le terrain vasculaire

Une étude très récente établit la relation entre maladie vasculaire cérébrale et la MA : plus la maladie vasculaire est sévère, plus le risque de démence et de MA est élevé. Il est donc indispensable de contrôler ces facteurs de risque.

b) L'HTA

L'HTA est une augmentation anormale de la pression du sang sur la paroi artérielle, si celle-ci n'est pas traitée, les artères s'endommagent et le cœur s'affaiblit pouvant conduire à des accidents vasculaires.

c) Troubles lipidiques

L'hypercholestérolémie consiste en un taux anormalement élevé de cholestérol dans le sang. Lorsqu'il est en excès, il se dépose sur la paroi des artères, entraînant la formation de plaques d'athérome qui sont à l'origine des accidents cardiovasculaires comme l'infarctus ou l'AVC.

d) Diabète

Cette pathologie se définit par une augmentation chronique de la glycémie qui endommage la paroi des artères. C'est un facteur de risque cardiovasculaire très important à traiter.

e) Tabagisme

A court terme, les composants présents dans la fumée du tabac favorisent la formation de plaques d'athérome et de caillots dans les vaisseaux sanguins, ainsi que l'apparition de troubles du rythme cardiaque. A plus long terme, ils altèrent progressivement les artères.

f) Le niveau socio-culturel

Certains scientifiques pensent que des études longues de plusieurs années peuvent contribuer à augmenter les connexions entre les neurones, permettant ainsi au cerveau d'utiliser des routes alternatives de communication inter-neuronale lorsque des changements liés à la MA ou à une autre forme de démence se produisent. C'est la notion de réserve cognitive. Un patient atteint de la MA, qui a un niveau socio-éducatif élevé, aura une plus grande réserve cognitive et donc une meilleure capacité à maintenir la fonction de son cerveau plus longtemps qu'une personne de bas niveau socio-éducatif. Cette "compensation" des lésions induites par la MA peut retarder les premiers signes cliniques. Le niveau socio-culturel peut donc être un facteur de risque ou un facteur protecteur.

I.5.3 Autres facteurs de risque

- **Consommation excessive d'alcool** : Au-delà de 3 verres de vin par jour chez l'homme et de 2 verres de vin par jour chez la femme, le risque cardiovasculaire augmente. L'alcoolisme tout comme l'usage de drogues a un terrible impact sur la mémoire et les capacités de concentration. Il est donc fortement nécessaire d'avoir recours à une cure de désintoxication s'il y a addiction.
- **Stress chronique**: Il favorise l'HTA, il faut donc apprendre à le gérer. Un stress trop important empêche de se concentrer sur des choses simples.
- **Traumatisme cérébral** : Le risque augmente après un traumatisme cérébral, tel qu'un coup sur la tête ou une lésion crânienne. Les personnes souffrant de lésions cérébrales à répétition comme les athlètes ou celles qui pratiquent des sports de combat, risquent davantage d'être atteintes de démence ou d'un déficit des capacités de raisonnement.
- **Dépression et troubles du sommeil** : Un sommeil de trop courte durée serait un facteur de risque cardiovasculaire également. L'usage d'antidépresseurs ou

de somnifères peut être à l'origine de troubles de la mémoire plus ou moins importants.

- **Ménopause**: elle entraîne des problèmes de concentration et de mémorisation dus à la baisse en œstrogènes. Un apport est donc conseillé afin de protéger la mémoire et les fonctions cognitives.
- **Personnes trisomiques:** elles présentent plus de risque de développer la MA.
- Les **carences** importantes en vitamines **B9, B6 et B12** ou une **anémie** entraînent des pertes de mémoire et de concentration et doivent être rapidement comblées.

I.6 Facteurs protecteurs [6]

- Scolarité supérieure à 12 ans (de 6ans jusqu'à 18 ans et plus);
- Agents antioxydants: vitamine C, vitamine E, ginkgo biloba; (cf III.3.3)
- Agents anti-inflammatoires (naproxène, ibuprofène);
- Vin rouge: le resvératrol contenu dans la peau du raisin rouge est un antioxydant puissant et la consommation modérée de vin rouge, c'est à dire environ 1 verre par jour procure un effet protecteur;
- Régime méditerranéen: consommation de poissons gras et d'anti-oxydants;
- Exercice physique et intellectuel;
- Richesse du réseau social et des activités

Pour être bénéfiques, ces facteurs doivent être appliqués avant l'apparition des premiers symptômes. Cependant, chez les personnes dont la maladie est déjà bien installée, ils semblent sans effet.

I.7 Histoire clinique

I.7.1 Symptômes

a) Repérer la maladie en 10 signes clés [7]

La MA peut évoluer de manière très différente même si des symptômes communs se retrouvent chez tous les malades. Certains signes doivent alerter, et amener à consulter son médecin traitant.

1. **La perte de la mémoire immédiate**

La personne oublie de plus en plus souvent des événements récents touchant sa vie personnelle et son entourage mais garde une très bonne mémoire des souvenirs anciens.

2. **La difficulté à réaliser des taches quotidiennes**

La MA a des répercussions sur la capacité du malade à exécuter des tâches familières pourtant élémentaires, comme faire son lit, faire des courses, écrire ou cuisiner.

3. **Troubles du langage**

Il est parfois difficile de trouver le mot juste. Le malade, lui, a tendance à perdre l'emploi de mots courants pour les substituer par des mots incongrus, et à ne jamais finir ses phrases, ce qui peut rendre son discours incompréhensible.

4. **Désorientation dans le temps et l'espace**

Le malade Alzheimer ne se souvient pas forcément de la date du jour, il peut se croire en une autre saison ou même en une autre année. Il se perd très facilement même dans les lieux qu'il connaît, et ne se souvient plus où il habite ni comment s'y rendre.

5. **Altération du jugement**

Le malade Alzheimer n'est plus capable de juger une situation d'urgence et pourra

prendre des décisions déraisonnables ou incohérentes et opter pour des solutions contradictoires. Il peut par exemple porter des vêtements d'hiver en été ou faire des courses de façon démesurée.

6. **Difficultés dans les raisonnements abstraits**

En vieillissant, il est souvent difficile de s'adapter aux nouvelles technologies comme les ordinateurs ou internet. Pour un malade Alzheimer, c'est un monde totalement hermétique. Il rencontre des difficultés pour effectuer les formalités administratives, pour gérer ses finances, pour rédiger un chèque ou encore pour appeler quelqu'un au téléphone.

7. **Un désordre permanent et des objets égarés**

Ce trouble se caractérise soit par un désordre permanent car le patient Alzheimer ne sait plus ranger, soit par le fait de retrouver des objets dans des endroits inappropriés comme une montre dans un four ou bien les clés dans le panier à linge.

8. **Modifications du comportement**

L'entourage peut constater l'apparition d'une tendance dépressive chez la personne ou des manifestations d'anxiété, d'irritabilité, d'agitation. Les changements d'humeur peuvent être très soudain, le malade peut passer du rire aux larmes en quelques minutes sans aucune raison apparente.

9. **Changement de personnalité**

Là encore les changements sont très prononcés. Une personne avenante et très sociable peut devenir renfermée et méfiante, exprimant des sentiments de peur ou de solitude. L'inverse peut également se produire parfois.

10. **Manque d’intérêt**

Il nous arrive à tous de nous lasser épisodiquement de notre travail ou de nos loisirs.

Une personne atteinte de la MA deviendra passive plus rapidement sans pour autant avoir un discours dépressif. Elle se désintéressera même d'événements ou d'activités qui lui tenaient jusque-là à cœur. Ce signe d'alerte s'appelle aussi de l'apathie.

b) Troubles cognitifs [8]

Le terme «cognitif» est le terme médical décrivant tout ce qui se rapporte à la connaissance et à l'intelligence. Concrètement, les symptômes dits cognitifs sont liés à la mémoire, au langage, à la reconnaissance, au jugement, au raisonnement, à la compréhension, à l'apprentissage, à la perception et à l'attention. Les neurones de l'hippocampe, siège de la mémoire et de l'apprentissage sont détruits en premier. La MA est aussi surnommée «Maladie des 4 A» car elle est très souvent caractérisée par la présence de 4 troubles cognitifs: Amnésie, Aphasie, Agnosie et Apraxie.

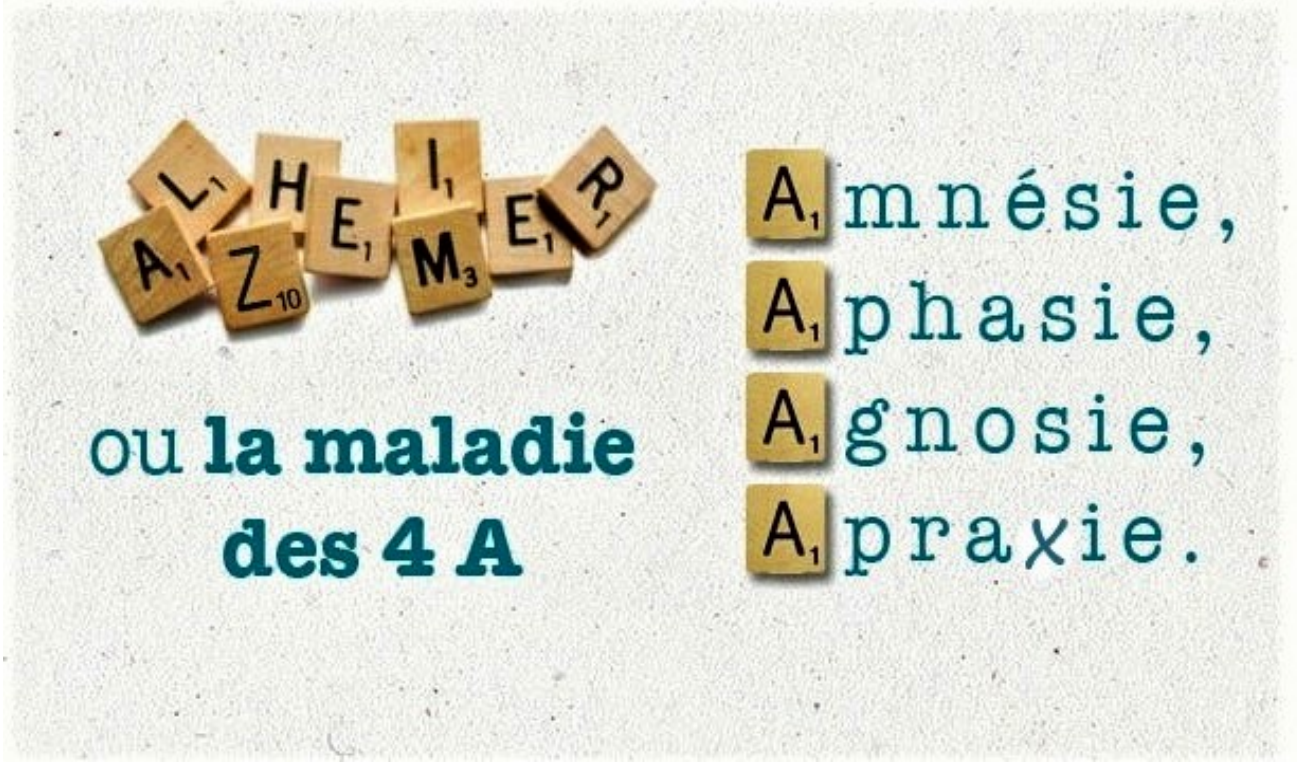


Figure 6 : La maladie des 4 A

Amnésie: troubles de la mémoire

Le premier trouble qui apparaît dans la MA concerne principalement la **mémoire épisodique** (oubli des événements récents, des rendez-vous...) mais la MA affecte également les autres types de mémoire de l'individu:

- la **mémoire du travail** qui permet de retenir des informations nouvelles pour les garder à disposition afin de résoudre rapidement les problèmes ou d'organiser son discours.
- la **mémoire sémantique** qui correspond à la mémoire des concepts, des connaissances que nous avons sur le monde, notre bagage culturel.
- La **mémoire procédurale** qui s'exprime dans l'activité motrice d'une personne. C'est la mémoire qui permet l'acquisition progressive et la rétention des habiletés.
- La **mémoire à long terme** qui a pour finalité essentielle de garder l'information longtemps.

Aphasie: troubles du langage

Après les troubles de la mémoire, ce sont les troubles du langage qui sont les plus importants. Ils correspondent à une perte partielle ou totale de la capacité à communiquer, et touchent donc les capacités à comprendre le langage et/ou s'exprimer. La perte du langage se fait en 3 étapes successives:

- le vocabulaire se réduit, la personne cherche ses mots et utilise un mot à la place d'un autre
- le malade ne s'exprime plus que par un seul mot ou utilise un jargon qui n'a aucun sens.
- au stade terminal, la personne perd la parole, mais la lecture est longtemps conservée.

Apraxie: troubles gestuels

Il s'agit d'une maladresse gestuelle, voire une incapacité totale ou partielle à effectuer un mouvement habituel de la vie quotidienne. Ce sont les fonctions de coordination et d'adaptation qui sont touchées avec pour conséquence également la perte de sensations. Cela touchera des actions compliquées comme l'écriture, pour à terme se produire même pour des gestes simples, comme mâcher ou avaler des aliments. C'est ce trouble qui va être à l'origine d'une grande perte d'autonomie et qui obligera à avoir recours à une aide pour la toilette, l'habillage ou encore la cuisine.

Agnosie: troubles de la reconnaissance

C'est la difficulté à reconnaître à et identifier des objets ou des personnes. L'agnosie visuelle est la plus fréquente chez les personnes atteintes de MA qui ne reconnaissent plus ce qu'elles voient (personnes ou objets). Mais l'agnosie peut aussi être olfactive, les odeurs ne sont plus identifiées, auditive, la personne n'arrive plus à identifier les bruits de l'environnement (la musique,les sons etc...), ou tactile, la personne n'identifie plus ce qu'elle touche. Mais la reconnaissance tactile peut être longtemps préservée, il arrive ainsi que les malades explorent par leur toucher des objets ou personnes qu'elles n'ont pas reconnu au visuel. Au quotidien, l'agnosie est à l'origine de nombreux troubles du comportement, car la personne ne reconnaissant pas les objets et/ou les visages, va avoir des attitudes inappropriées.

Troubles des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives sont nécessaires au contrôle et à la réalisation de tâches complexes, nouvelles ou non automatiques. Or la MA a aussi des répercussions sur l'attention, la planification et le raisonnement de la personne. Le malade a donc tendance à abandonner les tâches les plus complexes comme la gestion de son budget, l'organisation de voyages, une invitation à dîner. Il a également de plus en plus de mal à se concentrer et est plus sensible aux interférences (bruits dans la rue, discussion)

Troubles de l'orientation, il y en a 2 sortes:

- La désorientation **temporelle**: C'est l'incapacité à se situer dans le temps. Le trouble évolue selon une logique «décroissante»: au début, le malade ne se rappelle pas quelle est l'année en cours puis il ne reconnaîtra plus la saison, le mois, le jour ou l'heure.
- La désorientation **spatiale**: C'est l'incapacité à se situer dans l'espace. Les difficultés auront lieu dans les endroits inconnus au début de la MA mais plus on avancera dans la maladie et plus la personne n'arrivera plus à se situer dans son quartier, sa maison, ou même sa chambre.

Les lésions dues à la MA vont affecter les différents lobes cérébraux et leurs fonctions respectives:

- Lobe TEMPORAL: zone de l'hippocampe = **AMNESIE et APHASIE**
- Lobe PARIETAL = **APRAXIE**
- Lobe OCCIPITAL = **AGNOSIE**
- Lobe FRONTAL = **Troubles des fonctions exécutives et troubles du comportement**

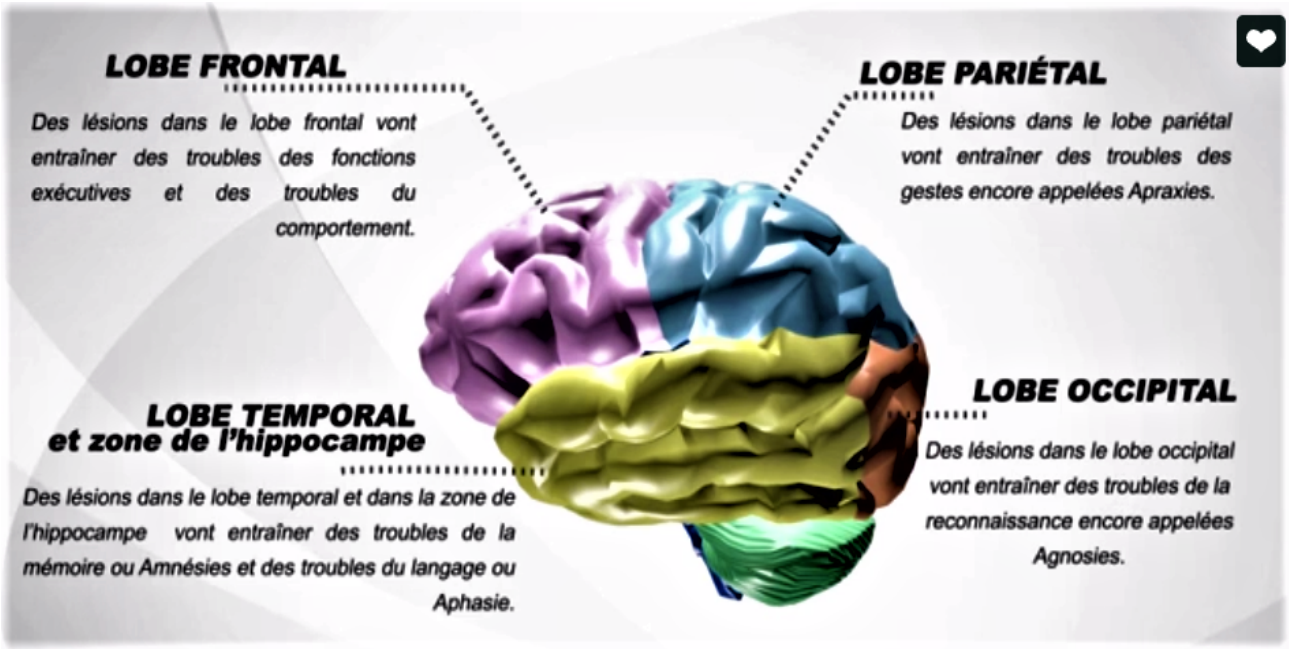


Figure 7: Lésions dans la MA en fonction des différents lobes

c) Troubles comportementaux [9]

Ils sont aussi appelés symptômes psychologiques et comportementaux des démences (SPCD). Ils ne justifient pas toujours une prescription médicamenteuse. L'efficacité des psychotropes est contestée et leur administration doit rester prudente et contrôlée.

Troubles de l'humeur

- ✔ **Anxiété**: Le patient est très nerveux, inquiet ou effrayé sans raison apparente. La prise de conscience par moment de sa MA est une véritable source d'anxiété.
  - ➢ Les mêmes questions sont posées sans arrêt: l'aidant proche essaie de le rassurer
  - ➢ Agitation à la tombée de la nuit

- ✔ **Irritabilité/ Sautes d'humeur**: Le malade oscille facilement entre joie et pleurs, peut avoir de brusques accès de colère ou mal supporter un retard ou une attente.

- ✔ **Euphorie**: C'est un trouble facile à détecter, surtout si le malade n'est pas de nature humoristique. Il peut rire sottement ou de façon déplacée, avoir un sens de l'humour puéril ou être joyeux sans aucune raison.

- ✔ **Dépression**: Le sentiment de perdre son autonomie et ses capacités entraîne logiquement une baisse du moral, pouvant aller jusqu'à la dépression. Il s'agit dans ce cas d'une conséquence de la MA, fréquente avant le diagnostic, récurrente par la suite. Elle est présente parmi beaucoup de personnes âgées. Elle est définie par la tristesse, le pessimisme et la dévalorisation. C'est le cas quand on trouve le patient en train de pleurer, d'exprimer des idées de découragement, dire qu'il n'y a pas d'avenir ou évoque le désir de mourir.

- ✔ **Apathie**: C'est un trouble de la motivation qui se caractérise par un émoussement affectif, une perte d'initiative et une perte d'intérêt. Il est le plus fréquent dans la MA (60%). Il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifique de l'apathie. Les traitements spécifiques de la MA ont une action modérée sur l'ensemble des troubles du comportement. L'apathie comporte une prise en charge non thérapeutique.
  - ➢ Le malade reste des heures dans un fauteuil à ne rien faire
  - ➢ Il semble indifférent à la vie de ses proches et aux activités qu'il aimait jusqu'à présent
  - ➢ Il ne répond pas aux sollicitations

Troubles du comportement

- ✔ **Agressivité/Agitation:** Elle survient souvent brutalement et est la plupart du temps verbale
  - ➢ Le malade refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider (refus de prendre le bain, de changer de vêtements, de manger, de se coucher...)
  - ➢ Il se met en colère, crie ou insulte ses proches
  - ➢ Il claque les portes ou jette un objet au sol

- ✔ **Déambulation:** C'est un comportement moteur aberrant sans utilité que le malade fait et refait sans cesse.
  - ➢ Le malade déambule, erre ou tourne en rond sans but apparent
  - ➢ Il ouvre les placards, touche le même objet à répétition

- ✔ **Troubles du sommeil:** Le patient éprouve des difficultés d'endormissement, des insomnies, une inversion du cycle jour-nuit.

- ✔ **Troubles de l'alimentation:** On observe généralement une perte de l'appétit,

un changement des habitudes alimentaires et en finalité une perte de poids, ce qui peut amener à la dénutrition.

- ✔ **Désinhibition:** C'est une perte des interdits qui engendre un comportement et/ou un langage inadaptés et gênants socialement. Par exemple le malade peut se déshabiller en pleine rue ou insulter des passants.

- ✔ **Idées délirantes:** La personne a des convictions erronées que l'on rencontre plutôt à un stade modéré de la MA. Cela peut ressembler à de la paranoïa.
  - ➢ Le patient croit être en danger ou que les autres ont l'intention de lui faire du mal
  - ➢ Il croit que les autres le volent
  - ➢ Il croit que son conjoint a une liaison
  - ➢ Il croit qu'il n'est pas chez lui dans la maison ou il habite

- ✔ **Hallucinations:** Ce sont des perceptions ou des interprétations erronées de l'environnement. Il peut s'agir d'illusions visuelles ou auditives, d'hallucinations sensorielles ou amnésiques.
  - ➢ le malade entend des voix
  - ➢ Il parle à des personnes qui ne sont pas là
  - ➢ Il voit des choses que les autres ne voient pas (personne, animal, lumière)

I.7.2 Évolution de la maladie [10]

La MA est une maladie lente et progressive, les troubles ne surviennent pas du jour au lendemain.C'est une maladie qui dure en moyenne de 8 à 12 ans. Toutefois, son évolution est très variable d'un individu à l'autre et en attendant de pouvoir un jour en guérir, une échelle permet de mesurer chaque stade de la maladie. La classification la plus utilisée dans le monde est l'échelle de détérioration globale du Docteur Barry

Reisberg qui comporte 7 stades.

ECHELLE DE DETERIORATION GLOBALE DE REISBERG

- **STADE 1** : La personne ne présente aucun trouble de la mémoire, aucun symptôme de démence n'est décelé lors d'un entretien avec un professionnel de santé.

- **STADE 2** : Des symptômes légers tels que des pertes de mémoire récentes, des difficultés à prendre des décisions, sans déclin mesurable aux tests neuropsychologiques.

- **STADE 3** : Il s'agit de symptômes légers avec un déclin mesurable aux tests neuropsychologiques, mais sans entrave importante aux activités habituelles.
  C'est à ce stade qu'on peut chez certaines personnes diagnostiquer le stade précoce de la MA. L'entourage commence à remarquer certains troubles comme par exemple :
  - Des difficultés à trouver le bon mot ou nom
  - Des difficultés à se souvenir du nom de personnes rencontrées récemment
  - Avoir plus de difficultés à effectuer des tâches habituelles
  - Perdre ou ranger au mauvais endroit un objet de valeur
  - Des difficultés accrues à planifier ou à organiser

- **STADE 4** : On observe ici une démence légère, la personne a besoin d'être entourée.
  A ce stade, un examen médical approfondi permet normalement de déceler des symptômes évidents de la maladie dans plusieurs domaines :
  - L'oubli d'événements récents
  - Des difficultés accrues à exécuter des taches complexes, telles que la

préparation d'un dîner pour des invités, le règlement des factures ou la gestion des comptes.

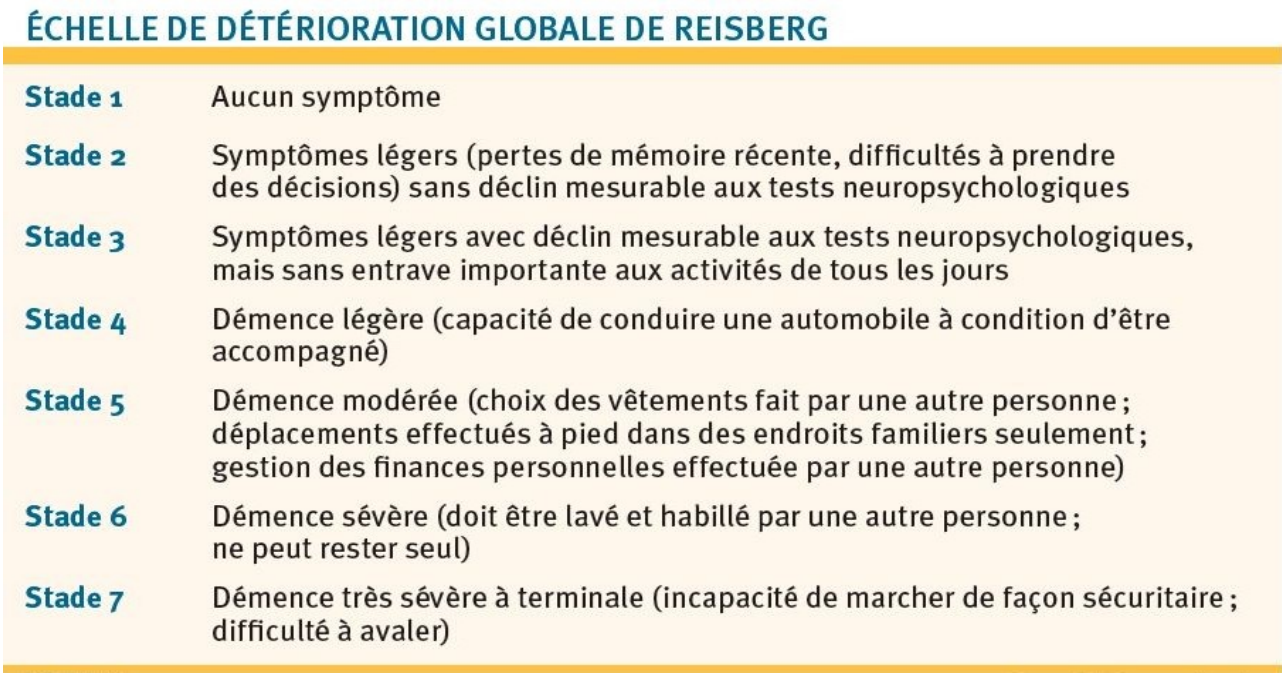
- L'oubli de son propre passé
- Des sautes d'humeur

- **STADE 5** : On parle de démence modérée, à ce stade le malade commence à devenir dépendant d'autrui. Dans la vie quotidienne la personne malade a besoin d'assistance dans le choix de ses vêtements et ne peut aller seule que dans des endroits bien familiers. La gestion des finances personnelles doit être effectuée par un tiers. A ce stade, les personnes atteintes de la MA peuvent :
  - Être incapables de se souvenir de leur propre adresse ou numéro de téléphone
  - Être désorientées sur le plan spatio-temporel

- **STADE 6** : La démence est sévère, le patient ne peut plus du tout rester seul. Les troubles de la mémoire continuent de s'aggraver, des modifications de la personnalité peuvent apparaître. A ce stade les personnes peuvent :
  - Avoir besoin d'aide pour s'habiller convenablement (sinon la personne est capable d'enfiler son pyjama par-dessus ses habits ou d'inverser ses chaussures)
  - Avoir besoin d'aide pour certains gestes liés à la toilette (par exemple tirer la chasse d'eau, s'essuyer ou jeter le papier usagé)
  - Faire la différence entre des visages familiers et inconnus, mais avoir du mal à se souvenir du nom de leur conjoint ou du personnel soignant
  - Avoir des troubles majeurs du sommeil (dormir le jour et être actif la nuit)
  - Souffrir de plus en plus souvent d'incontinence urinaire ou fécale
  - Avoir tendance à errer ou à se perdre

- Subir des modifications majeures de la personnalité ou du comportement : croire par exemple que les membres du personnel soignant sont des imposteurs ou avoir des TOC.

- **STADE 7** : Le déficit cognitif est très sévère et le patient se trouve au stade terminal de la MA. Au cours de la phase terminale, la personne n'est plus capable d'interagir avec son entourage, de converser ni de contrôler ses gestes. Elle peut encore se faire comprendre mais difficilement, par des mots ou de courtes phrases. Elle perd toute son autonomie. A ce stade, la personne requiert une aide importante pour la vie quotidienne. Les muscles peuvent commencer à se raidir et de ce fait les gestes quotidiens deviennent difficiles voire impossibles. Par exemple, le malade peut devenir incapable de sourire, de se tenir assis, de lever la tête et il peut même avoir des troubles de la déglutition. Ce stade se termine par le décès de la personne, souvent à la suite de complications secondaires car le malade devient vulnérable aux infections et autres pathologies.



ÉCHELLE DE DÉTÉRIORATION GLOBALE DE REISBERG

Stade 1	Aucun symptôme
Stade 2	Symptômes légers (pertes de mémoire récente, difficultés à prendre des décisions) sans déclin mesurable aux tests neuropsychologiques
Stade 3	Symptômes légers avec déclin mesurable aux tests neuropsychologiques, mais sans entrave importante aux activités de tous les jours
Stade 4	Démence légère (capacité de conduire une automobile à condition d'être accompagné)
Stade 5	Démence modérée (choix des vêtements fait par une autre personne ; déplacements effectués à pied dans des endroits familiers seulement ; gestion des finances personnelles effectuée par une autre personne)
Stade 6	Démence sévère (doit être lavé et habillé par une autre personne ; ne peut rester seul)
Stade 7	Démence très sévère à terminale (incapacité de marcher de façon sécuritaire ; difficulté à avaler)

Figure 8: Échelle de détérioration globale de Reisberg

I.7.3 Complications

a) Dénutrition [11]

La perte de poids touche 30% à 40% des patients atteints de MA, c'est la complication la plus fréquente. Elle peut s'observer à tous les stades de la maladie. Une perte de poids supérieure à 4% du poids initial est un facteur de risque de mortalité. Un gain de poids est un facteur protecteur. La dénutrition a des conséquences graves:

- Mortalité augmente (risque multiplié de 2 à 4)
- Morbidité augmente (risque multiplié de 2 à 6)
- Fragilité, perte d'autonomie et diminution de la qualité de vie.

Causes de la perte de poids:

- diminution des apports alimentaires par oubli de manger
- perte d'appétit liée à une dépression ou à une autre cause somatique
- perte de l'appétit liée à la baisse de l'odorat et du goût
- dépendance et difficultés dans la préparation des repas
- effet des traitements de la MA
- modifications métaboliques: perte musculaire et ostéoporose
- dysphagie, troubles dentaires
- régime restrictif

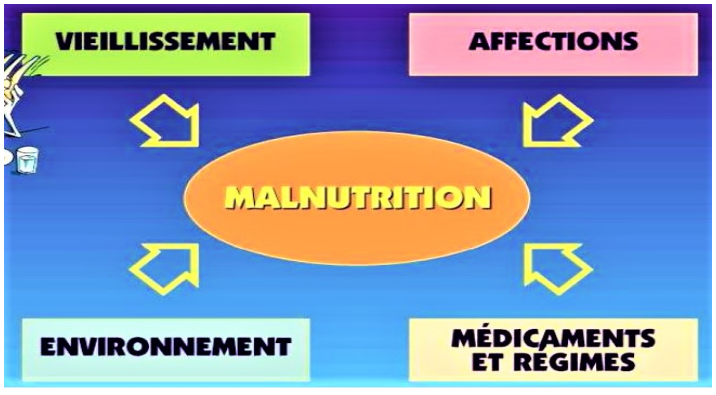


Figure 9: Facteurs entraînant une dénutrition

Il existe des outils d'évaluation de l'état nutritionnel:

Proposer au patient un bilan biologique des marqueurs nutritionnels (albuminémie)

	Dénutrition	Dénutrition sévère
Perte de poids	> 5 % en 1 mois ou > 10 % en 6 mois	> 10 % en 1 mois ou > 15 % en 6 mois
Indice de masse corporelle	< 21	< 18
Albuminémie	< 35 g/L	< 30 g/L

Tableau 1: Évaluation de l'état nutritionnel

Outils d'évaluation:

- **Calendrier nutritionnel**

Cela consiste à prendre le poids du patient une fois par mois ou une fois par semaine si cela est nécessaire et le noter dans un calendrier nutritionnel. La création d'une courbe de poids peut être utile au suivi du malade. Le poids de l'aidant peut être indiqué également.

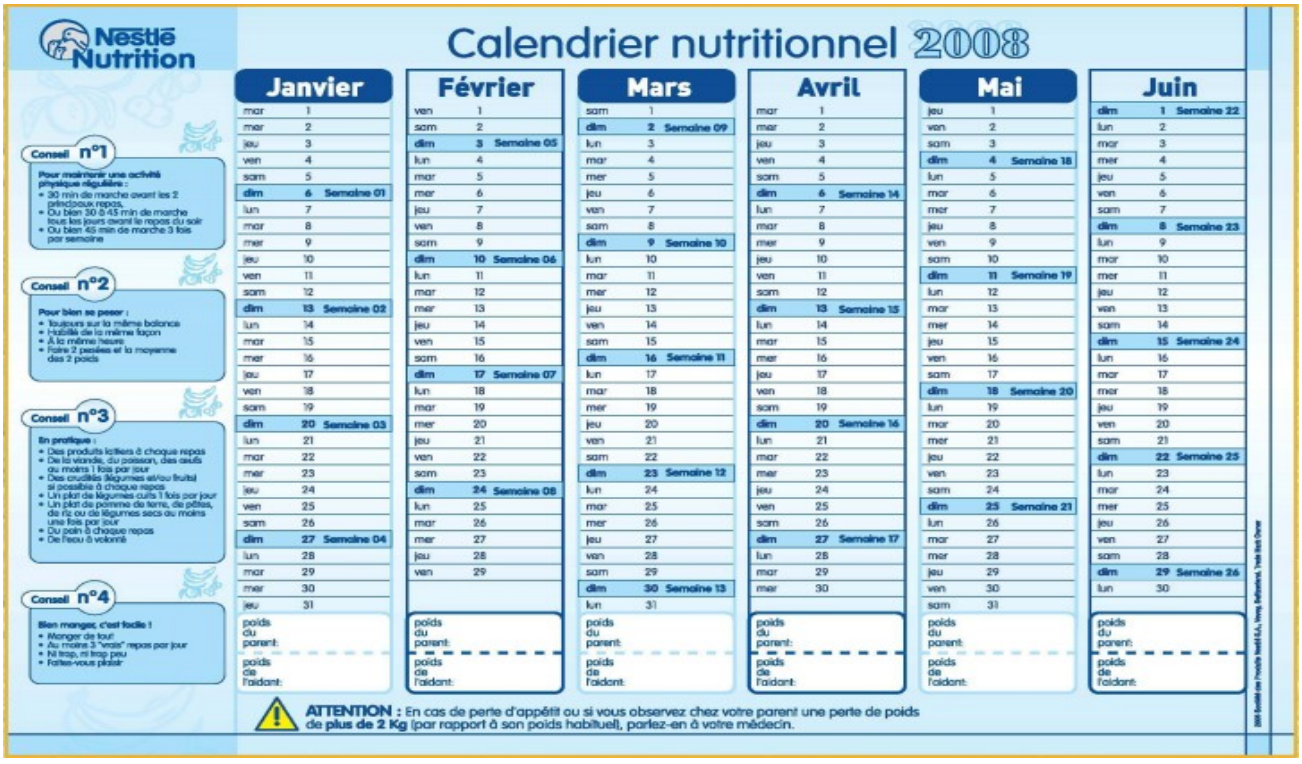


Figure 10: Calendrier nutritionnel

- **MNA**

C'est un test composé de 18 questions en deux étapes:

- Étape 1: 6 questions de dépistage
  - si score maximum = 14: arrêter l'évaluation
  - si score < 11: continuer l'évaluation
- Étape 2: 12 questions d'évaluation globale

Le MNA est un outil de dépistage et de diagnostic validé pour détecter la dénutrition ou le risque de dénutrition chez les patients âgés de plus de 65 ans.

- **Évaluation des ingesta**

Cette méthode consiste à noter en fin de repas le nombre de portions ingérées sur trois jours consécutifs. Un diététicien peut intervenir en cas de besoin.

Stratégie de prise en charge

- Corriger les facteurs de risque identifiés:
  - Aide technique ou humaine pour l'alimentation
  - Soins bucco-dentaires
  - Réévaluation de la pertinence des médicaments ou du régime
  - Prise en charge des pathologies sous-jacentes
- Définir un objectif nutritionnel:
  - 30 à 40 kcal/kg/jour
  - 1,2 à 1,5g de protéines/kg/jour
- Nutrition entérale en cas de démence légère à modérée si:
  - Échec d'une prise en charge nutritionnelle orale adaptée
  - Anorexie sévère
  - Perte de poids liée à un événement intercurrent

Ce type de nutrition n'est pas recommandé en cas de démence sévère

Nom : Prénom :

Sexe : Age : Poids, kg : Taille, cm : Date :

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage

A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?
0 = baisse sévère des prises alimentaires
1 = légère baisse des prises alimentaires
2 = pas de baisse des prises alimentaires ☐

B Perte récente de poids (<3 mois)
0 = perte de poids > 3 kg
1 = ne sait pas
2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
3 = pas de perte de poids ☐

C Motricité
0 = au lit ou au fauteuil
1 = autonome à l'intérieur
2 = sort du domicile ☐

D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois?
0 = oui 2 = non ☐

E Problèmes neuropsychologiques
0 = démence ou dépression sévère
1 = démence légère
2 = pas de problème psychologique ☐

F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)^2
0 = IMC <19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23 ☐

Score de dépistage ☐☐
(sous-total max. 14 points)

12-14 points: état nutritionnel normal
8-11 points: à risque de dénutrition
0-7 points: dénutrition avérée

Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R

Evaluation globale

G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?
1 = oui 0 = non ☐

H Prend plus de 3 médicaments par jour ?
0 = oui 1 = non ☐

I Escarres ou plaies cutanées ?
0 = oui 1 = non ☐

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?
0 = 1 repas
1 = 2 repas
2 = 3 repas ☐

K Consomme-t-il ?
- Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui ☐ non ☐
- Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui ☐ non ☐
- Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille . oui ☐ non ☐

0,0 = si 0 ou 1 oui
0,5 = si 2 oui
1,0 = si 3 oui ☐.☐

L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ?
0 = non 1 = oui ☐

M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait…)
0,0 = moins de 3 verres
0,5 = de 3 à 5 verres
1,0 = plus de 5 verres ☐.☐

N Manière de se nourrir
0 = nécessite une assistance
1 = se nourrit seul avec difficulté
2 = se nourrit seul sans difficulté ☐

O Le patient se considère-t-il bien nourri ?
0 = se considère comme dénutri
1 = n'est pas certain de son état nutritionnel
2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition ☐

P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?
0,0 = moins bonne
0,5 = ne sait pas
1,0 = aussi bonne
2,0 = meilleure ☐.☐

Q Circonférence brachiale (CB en cm)
0,0 = CB < 21
0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22
1,0 = CB > 22 ☐.☐

R Circonférence du mollet (CM en cm)
0 = CM < 31
1 = CM ≥ 31 ☐

Évaluation globale (max. 16 points) ☐☐.☐
Score de dépistage ☐☐.☐
Score total (max. 30 points) ☐☐.☐

Appréciation de l'état nutritionnel

de 24 à 30 points ☐ état nutritionnel normal
de 17 à 23,5 points ☐ risque de malnutrition
moins de 17 points ☐ mauvais état nutritionnel

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges*. J Nut Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Fom Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)*. J. Geront 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
® Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com

Figure 11: Questionnaire Mini Nutritionnal Assesment (MNA)

b) Troubles de la marche, chutes et risques d'accidents

Les troubles de l'équilibre et de la marche sont fréquents chez le patient Alzheimer. Ils sont aggravés par les autres facteurs liés au vieillissement (arthrose, baisse de la vue, fonte musculaire, prise de médicaments pouvant entraîner des vertiges). Ces troubles du maintien de la posture peuvent être à l'origine d'un grand nombre de chutes et de fractures.

Stratégie de prise en charge:

- Arrêter la prise du médicament responsable des vertiges
- Avoir recours à une aide pour les déplacements : canne ou déambulateur
- Prendre soin du patient notamment des jambes et des pieds (podologue + contention veineuse)
- Proposer au patient des chaussures adaptées à la marche et faciles à enfiler/retirer
- Améliorer l'habitat du patient en aménageant l'intérieur à l'aide d'un ergothérapeute. Ce dernier va faire une visite du domicile du patient et lui proposer quelques changements pour améliorer son quotidien et réduire le risque de chutes.
  - ➔ Avoir un sol antidérapant: supprimer les tapis, ne pas cirer les escaliers
  - ➔ Installer dans la salle de bain des barres d'appui et poser un tapis antidérapant dans la baignoire ou la douche
  - ➔ Éliminer les obstacles: fils électriques, tapis et meubles encombrants
  - ➔ Améliorer l'éclairage: ne laisser aucune zone d'ombre ou mal éclairée
  - ➔ Abaisser le lit pour faciliter le lever et le coucher du patient
  - ➔ Rendre les rangements accessibles
- Faire pratiquer une activité physique au patient permettant de lutter contre la fonte musculaire (activité adaptée aux capacités de la personne âgée)
- Conseiller au patient une alimentation saine et équilibrée (cf III.4.3 Nutrition)

c) Incontinence urinaire

Les personnes atteintes par la MA présentent fréquemment des problèmes d'incontinence urinaire et/ou fécale. Cette incontinence apparaît généralement à un stade avancé de la maladie, au bout de plusieurs années. La contraction du muscle vésical se produit lorsque l'acétylcholine, libérée par les neurones, et transmise à la vessie via le nerf parasympathique, se fixe au niveau de récepteurs. C'est donc ce mécanisme qui engendre la contraction du muscle de la vessie et les mictions. Les anticholinergiques sont les plus utilisés dans le traitement de l'incontinence urinaire compte tenu de leur efficacité. Malheureusement ils sont incompatibles avec la MA puisque le patient est déjà traité par des médicaments cholinergiques qui ont donc des effets opposés. Il est donc impossible de traiter pharmacologiquement un patient Alzheimer pour son incontinence urinaire. On lui proposera des protections de jour et de nuit.

Quelle protection choisir pour l'incontinence?

Les **protections anatomiques** conviennent en cas de fuites légères. Mais ce n'est pas le cas pour une incontinence dite lourde, lorsque la MA est à un stade avancé. Le patient n'est plus capable de contrôler ses sphincters et d'identifier à temps ses envies d'aller aux toilettes. Le port permanent d'une protection pour l'incontinence tel qu'un **change complet** ou un **slip absorbant** devient alors indispensable.

a) protections anatomiques

b) slip absorbant

Figure 12: Protections en cas d'incontinence urinaire

I.8 Diagnostic [12]

Même s'il n'existe à l'heure actuelle aucun traitement curatif, il est essentiel de pouvoir poser rapidement un diagnostic afin de mettre en place un plan de soin adapté et un accompagnement efficace. C'est un diagnostic pluridisciplinaire qui repose sur le couplage de plusieurs examens. Le délai moyen entre l'apparition des premiers troubles et l'annonce du diagnostic est de 24 mois en France. Le diagnostic du vivant du patient est un diagnostic de probabilité, le diagnostic de certitude repose sur l'examen post-mortem du cerveau du patient.

I.8.1 Évaluation initiale

La première étape est la consultation chez le médecin généraliste. Celui-ci, après une évaluation globale, décide ou pas d'orienter la personne vers une consultation spécialisée :

- Consultation mémoire ou Centre de consultation mémoire et de recherche (CM2R)
- Spécialiste libéral: neurologue, psychiatre ou gériatre

Cette évaluation initiale peut être réalisée en une ou plusieurs consultations. Il est recommandé d'effectuer un entretien avec le patient et, si possible après son accord, avec un accompagnant de son entourage capable de donner des informations fiables. L'entretien évalue le type et l'origine de la plainte et reconstitue l'histoire de la maladie.

La **recherche des antécédents médicaux** porte notamment sur :

- ➢ Les antécédents et les facteurs de risque cérébro-vasculaire
- ➢ Les antécédents psychiatriques
- ➢ Les antécédents traumatiques
- ➢ Les antécédents familiaux de MA ou maladie apparentée

- La prise de médicaments, d'alcool ou de toxique pouvant induire ou aggraver des troubles cognitifs
- Un syndrome confusionnel antérieur

L'entretien porte aussi sur le mode et le lieu de vie (statut marital, environnement socio-familial, type d'habitat, aides à domicile) qui conditionnent la prise en charge.

Examen clinique

Il doit s'intéresser à :

- L'état général (taille, poids, asthénie)
- Le système cardio-vasculaire (HTA, Troubles du rythme cardiaque, Cholestérolémie, Diabète, Tabac)
- Le degré de vigilance (recherche d'une confusion mentale)
- Les déficits sensoriels (visuel, auditif) et moteurs pouvant interférer avec la passation des tests neuropsychologiques

Évaluation Cognitive Globale

Test de l'horloge

L'examinateur présente au sujet une feuille sur laquelle un cercle d'environ 10 cm est dessiné. Puis il lui dit: "Ce cercle représente le cadran d'une horloge. Pouvez-vous placer des chiffres dans ce cercle de telle manière qu'il ressemble au cadran d'une horloge. Puis dessinez-moi des aiguilles indiquant l'heure de 11h10" (cette heure est particulièrement utile pour dépister subtilement un déficit cognitif, en particulier un trouble du champ visuel). L'examinateur vérifie les 4 critères suivants:

- l'emplacement des nombres correspondant à chaque heure
- l'ordonnancement des heures
- la bonne représentation des 2 aiguilles (petite et grande)
- l'emplacement des 2 aiguilles correspondant à l'heure demandée

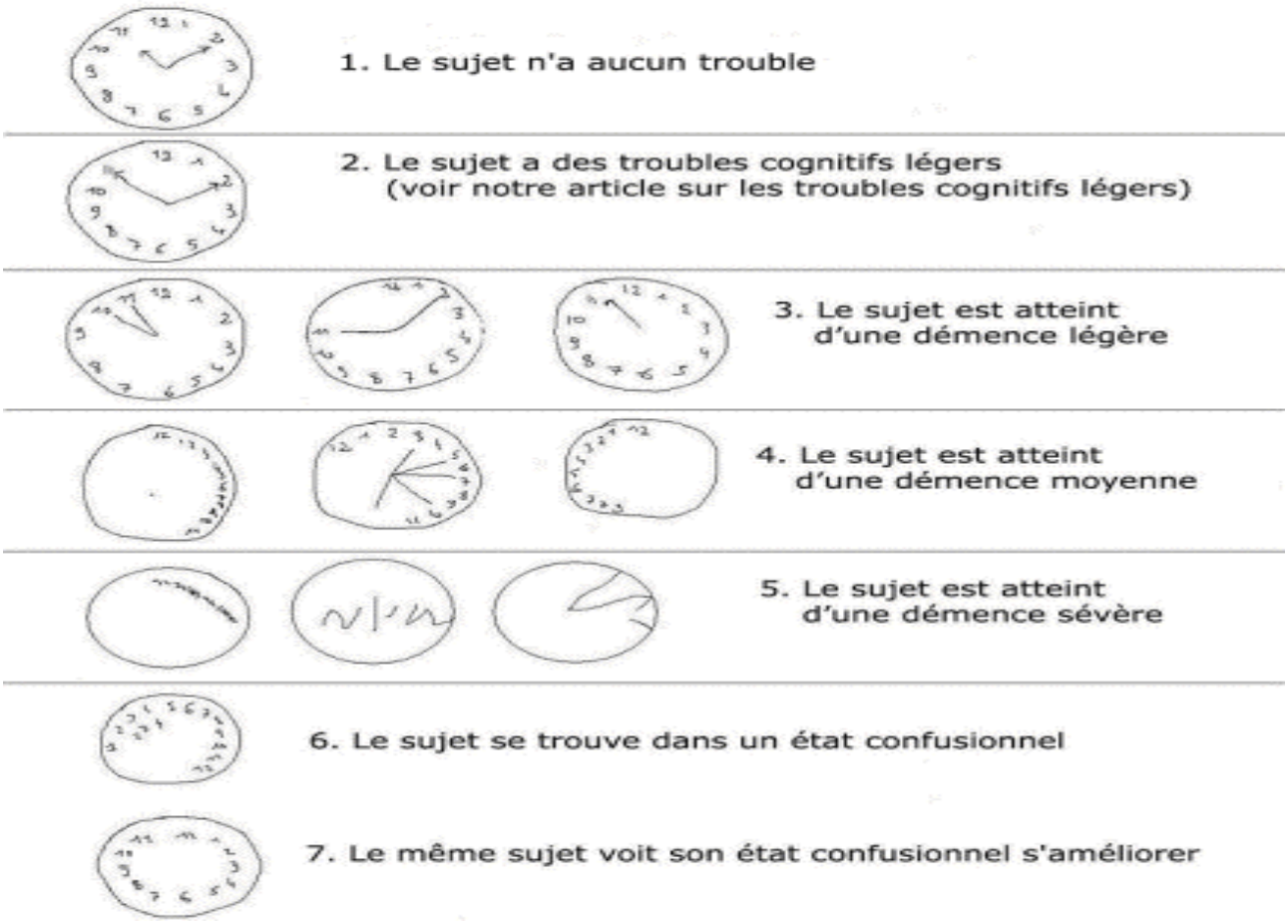


Figure 13: Test de l'horloge

Il est recommandé d'effectuer une évaluation globale de manière standardisée à l'aide du Mini-Mental State Examination (MMSE). L'âge, le niveau socio-culturel, l'activité professionnelle et sociale ainsi que l'état affectif (anxiété et dépression) et le niveau de vigilance du patient doivent être pris en considération dans l'interprétation de son résultat (cf Échelles d'évaluation). C'est un test simple composé de 30 items qui permet d'évaluer rapidement plusieurs fonctions cognitives globales. Il est souvent utilisé par les médecins généralistes :

- Soit en première intention pour éventuellement orienter la personne vers une consultation mémoire
- Soit dans l'objectif d'évaluer la progression de la maladie rapidement, notamment en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Orientation

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

1. En quelle année sommes-nous ? .....
2. En quelle saison ? .....
3. En quel mois ? .....
4. Quel jour du mois ? .....
5. Quel jour de la semaine ? .....

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons :

6. Quel est le nom de l'hôpital* où nous sommes ? .....
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? .....
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? .....
9. Dans quelle région est situé ce département ? .....
10. À quel étage sommes-nous ici ? .....

Apprentissage

Je vais vous dire 3 mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare .....
12. Fleur .....
13. Porte .....

Répétez les 3 mots.

Attention et calcul

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14. 93 .....
15. 86 .....
16. 79 .....
17. 72 .....
18. 65 .....

Pour tous les sujets, même ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers : EDNOM.
Le score correspond au nombre de lettres dans la bonne position. (Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.)

Rappel

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

18. Cigare .....
19. Fleur .....
20. Porte .....

Langage

22. Montrer un crayon. Quel est le nom de cet objet ? .....
23. Montrer votre montre. Quel est le nom de cet objet ? .....
24. Écoutez bien et répétez après moi : "Pas de mais, de si, ni de et" .....
25. Posez une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire : Prenez cette feuille de papier avec la main droite. .....
26. Pliez-la en deux. .....
27. Et jetez-la par terre. .....
28. Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : "Fermez les yeux" et dire au sujet : Faites ce qui est écrit. .....
29. Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant : Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. .....

Praxies constructive

30. Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : "Voulez-vous recopier ce dessin ?" .....

TOTAL .....

Compter 1 point pour chaque bonne réponse
Score global/30 (les seuils pathologiques dépendent du niveau socio-culturel)

* si l'examen est réalisé en cabinet, demander le nom du cabinet médical ou de la rue où il se trouve.

Figure 14: Mini Mental State Examination (MMSE)

Notation MMSE: Compter un point pour chaque bonne réponse

Interprétation: Score global sur 30 points (les seuils pathologiques dépendent du niveau socio-culturel)

Score	Interprétation du résultat
30-26	Pas de démence (en général)
25-21	Démence légère
20-15	Démence modérée
14-11	Démence modérément sévère
<10	Démence sévère

Recherche de comorbidités

A ce stade du diagnostic, il est recommandé de rechercher un certain nombre de situations qui peuvent être à l'origine d'un trouble cognitif :

- ✗ Une complication iatrogène
- ✗ Une prise toxique
- ✗ Une dépression
- ✗ Une anxiété
- ✗ Une maladie infectieuse (syphilis, maladie de Lyme, SIDA)
- ✗ Une maladie inflammatoire
- ✗ Un trouble métabolique ou carentiel (hyponatrémie, hypercalcémie, hypothyroïdie, hyperglycémie chronique, hypovitaminose B1, B9 et B12)
- ✗ Une maladie cardio-vasculaire
- ✗ Une insuffisance rénale
- ✗ Un processus expansif intracrânien (hématome sous-dural, hydrocéphalie)
- ✗ Des apnées du sommeil

Si les troubles cognitifs sont apparus à la suite d'une ou plusieurs de ces situations, le diagnostic de MA est exclu.

Examens para-cliniques

- Examens biologiques prescrits :
    - Dosage de la Thyréostimuline hypophysaire (TSH)
    - Hémogramme
    - CRP (Protéine C Réactive)
    - Natrémie
    - Calcémie
    - Glycémie
    - Albuminémie
    - Bilan rénal (créatinine + sa clairance)

- Examens supplémentaires prescrits en fonction du contexte clinique :
    - Dosage vitamine B12
    - Dosage des folates (vitamine B9)
    - Bilan hépatique (transaminases, gamma GT)
    - Sérologie syphilitique
    - Sérologie VIH
    - Sérologie maladie de Lyme

- Imagerie morphologique

Une imagerie cérébrale est systématique pour tout trouble cognitif avéré de découverte récente. Cet examen est une imagerie par résonance magnétique (IRM) qui permet de visualiser l'hippocampe. Le but de cet examen est :

- de ne pas méconnaître l'existence d'une autre cause
- d'objectiver une atrophie associée ou non à des lésions vasculaires

I.8.2 Conduite à tenir après l'évaluation initiale

Après cette première évaluation, si tous les examens précédents sont normaux, une **évaluation cognitive comparative** peut être proposée au patient dans le cadre d'un suivi, 6 à 12 mois plus tard. Si cette évaluation initiale est en faveur d'un déclin cognitif, il est recommandé au médecin généraliste de demander un avis spécialisé et de mettre en œuvre si nécessaire des mesures d'urgence ou d'aide au quotidien.

Démarche étiologique

Le diagnostic étiologique de la maladie est établi par un médecin spécialiste (neurologue, gériatre ou psychiatre) et repose sur une collaboration multidisciplinaire. Pour aboutir au diagnostic étiologique et définir le plan de soins et d'aides, la démarche devra s'appuyer sur :

- Un entretien avec le patient et avec son accompagnant
- Un examen clinique et des examens para-cliniques spécialisés
- Une évaluation fonctionnelle approfondie
- Une évaluation psychique et comportementale
- Une évaluation neuropsychologique

Évaluation fonctionnelle approfondie

Le retentissement des troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne doit être mesuré à l'aide de :

- L'échelle «Instrumental Activities of Daily Living» (IADL) pour les activités instrumentales de la vie quotidienne
- L'échelle «Activities of Daily Living» (ADL) pour les activités basiques de la vie quotidienne

L'échelle IADL de Lawton est essentiellement axée sur le comportement habituel de la personne et évalue essentiellement le niveau de dépendance d'un patient à travers l'appréciation des activités de la vie quotidienne.

Echelle d'Activités Instrumentales de la Vie Courante (IADL)[1]

Identification du Patient :

Date :

Capacité à …	*Cocher puis relier les points pour visualiser l'évolution :*		
A – … Utiliser le téléphone			
1 – De sa propre initiative, cherche et compose les numéros	☐	☐	☐
2 – Compose un petit nombre de numéros bien connus	☐	☐	☐
3 – Répond au téléphone mais n'appelle pas	☐	☐	☐
4 – Incapable d'utiliser le téléphone	☐	☐	☐
B – … Faire les courses			
1 – Fait les courses de façon indépendante	☐	☐	☐
2 – Fait seulement les petits achats tout seul	☐	☐	☐
3 – A besoin d'être accompagné quelque soit la course	☐	☐	☐
4 – Totalement incapable de faire les courses	☐	☐	☐
C – … Préparer les repas			
1 – Prévois, prépare et sert les repas de façon indépendante	☐	☐	☐
2 – Prépare les repas si on lui fournit les ingrédients	☐	☐	☐
3 – Est capable de réchauffer les petits plats préparés	☐	☐	☐
4 – A besoin qu'on lui prépare et qu'on lui serve ses repas	☐	☐	☐
D – … Entretenir le domicile			
1 – Entretiens seul la maison avec une aide occasionnelle pour les gros travaux	☐	☐	☐
2 – Ne fait que les travaux d'entretien quotidiens	☐	☐	☐
3 – Fais les petits travaux sans parvenir à garder un niveau de propreté suffisant	☐	☐	☐
4 – A besoin d'aide pour toutes les tâches d'entretien du domicile	☐	☐	☐
5 – Ne participe pas du tout à l'entretien du domicile	☐	☐	☐
E – … Faire la lessive			
1 – Fait toute sa lessive perso. ou la porte lui-même au pressing	☐	☐	☐
2 – Lave les petites affaires	☐	☐	☐
3 – Toute la lessive doit être faite par d'autres	☐	☐	☐
F – …Utiliser les moyens de transport			
1 – Peut voyager seul et de façon indépendante	☐	☐	☐
2 – Peut se déplacer seul en taxi ou par autobus	☐	☐	☐
3 – Peut prendre les transports en commun s'il est accompagné	☐	☐	☐
4 – Transport limité au taxi ou à la voiture avec accompagnement	☐	☐	☐
5 – Ne se déplace pas du tout	☐	☐	☐
G – … Prendre les médicaments			
1 – S'occupe lui-même de la prise (dosage et horaire)	☐	☐	☐
2 – Peut les prendre par lui-même s'ils sont préparés à l'avance	☐	☐	☐
3 – Incapable de les prendre de lui-même	☐	☐	☐
H – … Gérer son budget			
1 – Totalement autonome (fait des chèques, paye ses factures,…)	☐	☐	☐
2 – Se débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais a besoin d'aide pour gérer à long terme	☐	☐	☐
3 – Incapable de gérer l'argent nécessaire à payer ses dépenses au jour le jour	☐	☐	☐

Figure 15: Échelle IADL

Imagerie fonctionnelle

La réalisation d'une imagerie par tomographie monophotonique (TEMP), d'une scintigraphie cérébrale avec le ioflupane (DATscan) ou d'une imagerie par tomographie à émission de positons (TEP) peut être demandée en cas de démence atypique ou s'il y a un doute sur l'existence d'une dégénérescence fronto-temporale ou une démence à corps de Lewy (DCL). Le DATScan peut mettre en évidence une hypoperfusion des régions corticales associatives et temporales internes et la TEP un hypométabolisme de ces mêmes régions.

Évaluation psychique et comportementale

- L'entretien doit rechercher une dépression, qui peut parfois se présenter sous l'aspect d'un syndrome démentiel. Cet entretien peut être complété par une échelle d'évaluation comme la «Geriatric Depression Scale» (GDS). C'est une auto-évaluation comportant 30 items mesurant la présence d'une dépression.

  Modalités de passation pour le **patient**: Il doit choisir la meilleure réponse pour décrire comment il se sentait au cours de la dernière semaine de façon à ce que le test soit le plus significatif possible.

  Modalités de passation pour **l'observateur**: Il faut poser les questions VERBALEMENT. Entourer la réponse donnée par le patient sans lui montrer.

Établissement du score et interprétation:

Ajouter toutes les réponses entourées, chacune valant un point, pour obtenir le score total.

0 à 9 : normal	10-19 : légère dépression	20-30 : sévère dépression

Nom et Prénom **Date**

Âge **Sexe**

01 - Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	oui		non	*
02 - Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	oui	*	non	
03 - Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui	*	non	
04 - Vous ennuyez-vous souvent ?	oui	*	non	
05 - Envisagez-vous l'avenir avec optimisme ?	oui		non	*
06 - Êtes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse ?	oui	*	non	
07 - Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	oui		non	*
08 - Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir ?	oui	*	non	
09 - Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ?	oui		non	*
10 - Avez-vous souvent besoin d'aide dans vos activités ?	oui	*	non	
11 - Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place ?	oui	*	non	
12 - Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir ?	oui	*	non	
13 - L'avenir vous inquiète-til ?	oui	*	non	
14 - Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	oui	*	non	
15 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	oui		non	*
16 - Avez-vous souvent le cafard ?	oui	*	non	
17 - Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile ?	oui	*	non	
18 - Ressassez-vous beaucoup le passé ?	oui	*	non	
19 - Trouvez-vous que la vie est passionnante ?	oui		non	*
20 - Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets ?	oui	*	non	
21 - Avez-vous beaucoup d'énergie ?	oui		non	*
22 - Désespérez-vous de votre situation présente ?	oui	*	non	
23 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre, que les autres ont plus de chance que vous ?	oui	*	non	
24 - Êtes-vous souvent irité(e) par des détails ?	oui	*	non	
25 - Éprouvez-vous souvent le besoin de pleurer ?	oui	*	non	
26 - Avez- vous du mal à vous concentrer ?	oui	*	non	
27 - Êtes-vous content(e) de vous lever le matin ?	oui		non	*
28 - Refusez-vous souvent les activités proposées ?	oui	*	non	
29 - Vous est-il facile de prendre des décisions ?	oui		non	*
30 - Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois ?	oui		non	*
Total		+		

* Attribuer un point quand la case près de l'astérisque est cochée et faire la somme.

Score

Figure 16: Échelle «Geriatric Depression Scale» (GDS)

- L'entretien doit apprécier le comportement du patient pendant l'examen mais aussi en situation de vie quotidienne en recherchant des troubles affectifs, comportementaux ou psychiatriques (troubles du sommeil, apathie, dépression, anxiété, hyperémotivité, irritabilité, agressivité, hallucinations, idées délirantes etc…) Il existe une échelle telle que le «NeuroPsychiatric Inventory» (NPI).

Nom du patient : **Age :** **Date de l'évaluation :**

Le but de l'Inventaire NeuroPsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence, la gravité et le retentissement des troubles du comportement.
Le NPI permet d'évaluer 12 types de comportement différents.

PRESENCE :

La présence de chaque trouble du comportement est évaluée par une question.
Les questions se rapportent aux **changements** de comportement du patient qui sont apparus depuis le début de la maladie ou depuis la dernière évaluation.
Si le sujet (votre femme, votre mari, ou la personne que vous aidez) ne présente pas ce trouble, entourez la réponse **NON** et passez à la question suivante.

GRAVITE :

Si le sujet présente ce trouble entourez la réponse **OUI** et évaluez la **GRAVITE** du trouble du comportement avec l'échelle suivante :

1. Léger : changement peu perturbant
2. Moyen : changement plus perturbant
3. Important : changement très perturbant

RETENTISSEMENT :

Pour chaque trouble du comportement qui est présent, il vous est aussi demandé d'évaluer le RETENTISSEMENT, c'est-à-dire à quel point ce comportement est éprouvant pour vous, selon l'échelle suivante.

0. Pas du tout
1. Minimum
2. Légèrement
3. Modérément
4. Sévèrement
5. Très sévèrement, extrêmement

NPI – *R*

Inventaire NeuroPsychiatrique - Réduit

RECAPITULATIF

Nom du patient : **Age:** **Date de l'évaluation :**

Type de relation avec le patient :

X très proche/ prodigue des soins quotidiens
X proche/ s'occupe souvent du patient
X pas très proche/ donne seulement le traitement ou a peu d'interactions avec le patient

Items	NA	Absent	Gravité	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Comportement moteur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Score total			**/ 36**	**/ 60**

NA = question inadaptée (non applicable)

The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia, J.L. Cummings, 1994
NPI-R : Questionnaire Version Réduite / Traduction Française P.H.Robert- 2000.

Analyse du LCR (Liquide Céphalo Rachidien)

Une analyse standard du LCR (cellules, glucose, protéines, électrophorèse des protéines) est recommandé chez les patients avec une présentation clinique atypique et/ou rapidement évolutive (suspicion de maladie inflammatoire, infectieuse, para-néoplasique ou de Creutzfeldt-Jakob (CJ)). Le dosage dans le LCR des protéines TAU totales, TAU phosphorylées et Aβ42 peut être réalisé en cas de doute diagnostique et en particulier chez les patients jeunes.

Électroencéphalogramme (EEG)

La réalisation de cet examen n'est recommandée qu'en fonction du contexte clinique :

- ✔ Crise d'épilepsie
- ✔ Suspicion d'encéphalite ou d'encéphalopathie métabolique ou de CJ
- ✔ Confusion ou aggravation rapide d'une démence connue dans l'hypothèse d'un état de mal non convulsif

Biopsie cérébrale

La biopsie peut permettre un diagnostic spécifique dans certaines démences de cause rare. Ce prélèvement ne doit être entrepris qu'exceptionnellement et dans des centres spécialisés. Elle n'est prescrite que très rarement dans le diagnostic de MA.

Diagnostic étiologique

Le diagnostic repose sur 5 types d'arguments :

- ❍ Arguments positifs cliniques : le profil des troubles cognitifs
- ❍ Arguments de neuro-imagerie positifs (atrophie hippocampique) et négatifs (pas d'autres lésions)
- ❍ Arguments positifs d'imagerie métabolique (hypométabolisme et/ou hypoperfusion des cortex associatifs)
- ❍ Arguments positifs par détection des biomarqueurs de la MA (taux de protéines

Tau, Tau phosphorylée et Aβ Amyloïde)

- Arguments négatifs par la pratique d'un bilan biologique plasmatique servant à éliminer des diagnostics différentiels, en particulier de démences dites curables.

Dans la plupart des cas, l'association **examen clinique** (évaluation précise des fonctions cognitives) + **IRM** + **Bilan biologique** suffit à obtenir un diagnostic de haute probabilité.

PARTIE II - LA PRISE EN CHARGE EN 2018

II.1 Annonce du diagnostic [13]

En 2009, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis des recommandations sur l'annonce et l'accompagnement du diagnostic de la MA et des maladies apparentées. Il est recommandé de prendre en compte la personnalité du patient, ses antécédents médicaux et psychiatriques, la conscience de ses troubles, ainsi que le vécu de l'aidant. Il est également nécessaire d'évaluer la volonté du patient de connaître le diagnostic. L'annonce du diagnostic doit être faite de façon explicite par le médecin spécialiste qui a établi le diagnostic, lors d'une consultation spécifique longue et dédiée. Le processus d'annonce doit s'adapter au patient pour tenir compte de son rythme d'appropriation et peut se faire en une ou plusieurs consultations si nécessaire. Le lieu de l'annonce doit être approprié, permettant un entretien singulier et une écoute facilitée. Enfin le médecin doit être disponible. Le patient doit être informé le premier de son diagnostic, et c'est à sa demande que l'annonce peut être partagée avec une personne de son choix. En cas d'incapacité à exprimer cette demande, le diagnostic devra être annoncé à la personne de confiance ou à un membre de son entourage, en sa présence. Au cours de l'annonce il faut prendre le temps :

- de parler de façon claire et concise du diagnostic retenu.
  - le terme précis de maladie d'Alzheimer doit être prononcé. On peut ainsi

parler de maladie de la mémoire, de maladie du cerveau puis de MA.

- Il est préférable d'éviter certains termes: démence, détérioration ou dégénérescence cérébrale.

- d'être à l'écoute du patient, d'évaluer son niveau de compréhension et de répondre à ses questions.
- d'informer de l'existence d'associations de malades.
- de parler de la recherche dans ce domaine.

Le médecin traitant doit présenter et assurer la mise en place du plan de soins et d'aides, en collaboration avec le médecin spécialiste ayant établi le diagnostic. Il est recommandé que le médecin spécialiste adresse le compte rendu de la consultation au médecin traitant du patient.

II.2 Accompagnement du diagnostic et plan de soins [14]

Le médecin traitant évalue la bonne compréhension par le patient de l'annonce qui lui a été faite en lui demandant de résumer ce qu'il a compris de la précédente visite et à partir du compte rendu qui lui a été transmis par le spécialiste il va reformuler, expliciter le diagnostic et répondre aux éventuelles questions au cours d'une consultation dédiée.

Le plan de soins et d'aides comprend en fonction de la clinique et de la situation sociale:

- la mise en place de l'ALD
- les soins médicamenteux spécifiques et non médicamenteux
- la prise en charge des comorbidités et des facteurs de risque
- la surveillance nutritionnelle
- la carte d'information «Maladie d'Alzheimer» proposée au patient
- une orientation vers un psychologue et/ou un psychiatre (soutien du patient et des proches)

- l'orientation vers les services sociaux (mise en place des aides et des financements)
- une information sur les associations de malades et de familles de malades
- une information sur les structures de répit
- des conseils pour l'adaptation du logement
- une information par le pharmacien lors de la délivrance du traitement
- le suivi par le médecin traitant et en consultation mémoire

En fonction de l'évolution de la maladie, d'autres questions doivent être abordées:

- les souhaits et projets du patient et de son entourage
- la conduite automobile
- le repérage de situations à risque (repassage, bricolage, chasse, plongée etc...)
- l'adaptation du logement ou une alternative au domicile
- l'indication d'une protection juridique

La désignation précoce d'une personne de confiance est souhaitable, ainsi que la réalisation d'un mandat de protection future.

II.3 Stratégie thérapeutique [15]

La prise en charge des patients atteints de la MA vise à maintenir leur autonomie et à améliorer leur qualité de vie (ainsi que celle de leur entourage). Elle comporte à la fois une dimension médicale, sociale et psychologique. Elle ne se limite donc pas au traitement médicamenteux spécifique ou non spécifique mais comprend aussi des interventions non pharmacologiques. Elle est pluridisciplinaire, impliquant différents professionnels de santé (médecin généraliste, neurologue, gériatre, psychiatre, pharmacien, infirmier, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, personnel des services d'aide à domicile)

II.3.1 Traitement spécifique [16]

Le traitement médicamenteux a pour but d'améliorer ou de stabiliser les fonctions cognitives et de contrôler les troubles de l'humeur et du comportement souvent associés à la MA. Il doit être prescrit par un neurologue, psychiatre ou gériatre. L'ordonnance initiale, valable 1 an est renouvelable par le médecin généraliste.

- Au stade léger, modéré et modérément sévère de la MA, une monothérapie par un inhibiteur de l'Acétyl Choline Estérase (IAChE) peut être prescrite en première intention. En cas d'intolérance ou d'impossibilité à atteindre les doses maximales recommandées, il est possible de substituer un IAChE par un autre.
- Au stade modéré et modérément sévère, la mémantine peut représenter une alternative aux IAChE chez certains patients. Cependant, dans les formes modérées de la maladie, son efficacité est moins bien établie que celle des IAChE et sa place est discutée par les experts.
- Au stade sévère de la maladie, seule la mémantine est actuellement indiquée en France. Néanmoins, selon certains experts, la poursuite d'un IAChE bien toléré est envisageable.
- Il n'y a pas d'argument pour recommander une bithérapie (IAChE + mémantine)

Ce sont des médicaments à visée symptomatique. Ils n'empêchent donc pas la progression de la MA. Selon les dernières recommandations de la HAS, la poursuite d'un éventuel traitement médicamenteux spécifique au-delà de 6 mois doit faire l'objet d'une réévaluation attentive. Si les objectifs thérapeutiques attendus sont obtenus et en l'absence d'effets indésirables graves et/ou altérant la qualité de vie, le traitement spécifique pourra être poursuivi jusqu'à un an. Au-delà, dans la mesure ou son efficacité et sa tolérance ont été maintenues, son renouvellement éventuel devra être décidé, en lien avec l'aidant et si possible avec le patient, à la suite d'une concertation pluridisciplinaire associant le médecin généraliste traitant, le gériatre et le neurologue

ou le psychiatre, en relation avec le réseau de soins prenant en charge le patient.

Le 28 mai 2018, la ministre des Solidarités et de la Santé à annoncé le déremboursement des médicaments dits «anti-Alzheimer»: ARICEPT, EXELON, REMINYL et EBIXA. Ce déremboursement entrera en vigueur le 1er août 2018. La commission de transparence de la HAS a en effet estimé que leur service médical rendu (SMR) est insuffisant, en raison de leur efficacité non démontrée et de leurs risques parfois graves. Un guide «Parcours de soins» de la HAS pour les patients ayant une MA ou apparentée a été publié le 25 mai 2018. Il décrit 7 objectifs clés:

1.Établir le diagnostic étiologique et définir les objectifs thérapeutiques de la prise en charge en consultation mémoire.
2.Préserver un niveau d'autonomie et de bien-être.
3.Préserver l'entourage et soutenir la fonction d'aidant.
4.Adapter le suivi médical des patients vivant avec un trouble neurocognitif.
5.Prendre en charge les troubles chroniques du comportement.
6.Soigner aux stades sévère et très sévère de la maladie.
7.Soigner aux stades sévère et très sévère de la maladie.
Outre ce guide, 19 fiches pratiques sont disponibles pour aller plus loin.

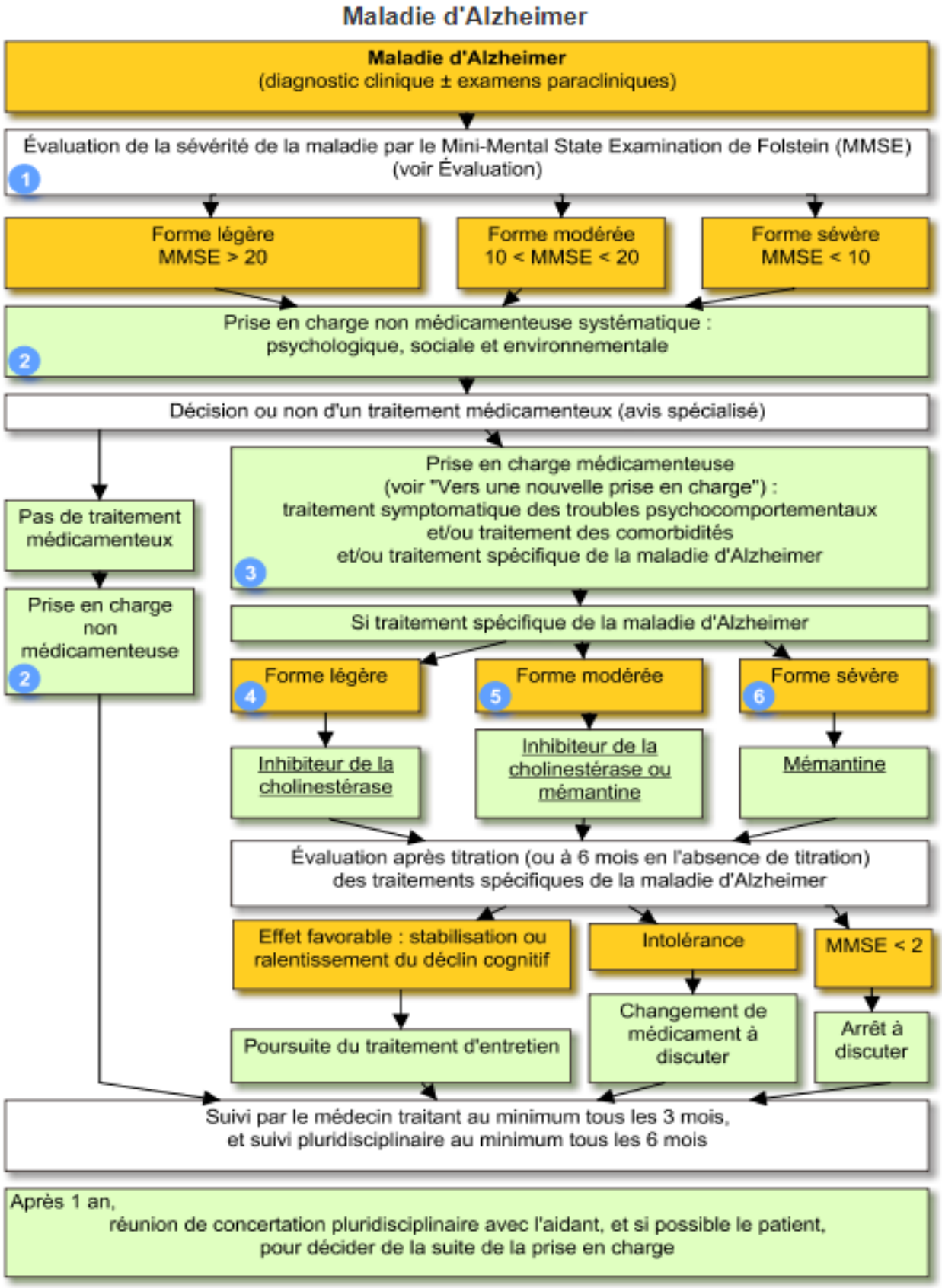


Figure 18: Stratégie de prise en charge de la MA

a) Les inhibiteurs de l'acétylcholine estérase (IAchE)

Ils sont appelés aussi: anticholinesterasiques, c'est-à-dire qu'ils inhibent le fonctionnement d'une enzyme : l'Acétylcholinestérase (AchE). Cet enzyme a pour rôle de dégrader l'acétylcholine (Ach) dans le cortex cérébral. L'Ach permet la transmission de l'influx nerveux entre les neurones, c'est un neurotransmetteur. Les personnes atteintes de la MA ont de plus faibles quantités d'acétylcholine dans le cerveau car la dégénérescence neuronale diminue la production de ce neurotransmetteur. Ces médicaments vont donc agir en bloquant la dégradation de l'Ach. Ces traitements ont prouvé leur efficacité par une amélioration des facultés cognitives et un ralentissement de leur dégradation. Ils permettent globalement de retarder l'évolution de la MA.

Inhibiteurs compétitifs et réversibles de l'AchE:

- Donépézil = ARICEPT ®
- Galantamine = REMINYL ®

Inhibiteur de l'AchE et de la butyryl-cholinestérase:

- Rivastigmine = EXELON ®

Indication

Ils sont indiqués dans le traitement des formes légères à modérées de la MA (score MMSE > 10)

Prescription restreinte

Ces médicaments sont à prescription initiale annuelle réservée aux spécialistes en neurologie, psychiatrie ou gériatrie et aux médecins spécialistes ou généralistes titulaires de la capacité de gérontologie. Le renouvellement peut se faire par tout médecin.

Propriétés

Ils peuvent, chez 10% des patients environ :

- Améliorer les fonctions cognitives ou retarder leur dégradation
- Améliorer ou stabiliser les activités de la vie quotidienne
- Diminuer ou retarder les troubles du comportement (hallucinations, délires, agitation) et réduire l'apathie.

Il n'y a pas d'intérêt d'associer plusieurs IAChE entre eux

Toute prise en charge de MA doit comporter :

- Un diagnostic et un suivi par un praticien expérimenté
- Une évaluation régulière de la persistance du bénéfice du traitement
- La présence d'un proche pouvant s'assurer de la prise correcte du médicament

DCI	Spécialités	Présentations	Posologies usuelles	A retenir
Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase				
Donépézil	Aricept®	Cp orodisp. à 5 et 10 mg Cp pell. à 5 et 10 mg	5 à 10 mg/j, en 1 prise (le soir avant le coucher).	– Instauration à 5 mg/j. – Augmentation si nécessaire à 10 mg/j après au moins 1 mois de traitement.
Galantamine	Reminyl®	Cp pell. à 4, 8 et 12 mg Solution buvable à 4 mg/ml Gél LP à 8, 16 et 24 mg	16 à 24 mg/j, en 2 prises (matin et soir) ou 1 prise pour les formes LP (le matin). A prendre de préférence avec le(s) repas.	– Instauration à 8 mg/j. – Progression de 8 mg par palier(s) d'au moins 4 semaines jusqu'à 16 ou 24 mg/j.
Rivastigmine	Exelon®	Gél à 1,5, 3, 4,5 et 6 mg Solution buvable à 2 mg/ml Patch à 4,6 mg/24 h et 9,5 mg/24 h	**Formes orales :** 6 à 12 mg/j, en 2 prises (matin et soir, au moment du repas). **Patchs :** 1 patch à 9,5 mg/24 h/j.	**Formes orales :** – Instauration à 1,5 mg 2 fois/j. – Progression de 3 mg par palier(s) d'au moins 2 semaines jusqu'à 6 à 12 mg/j. **Patchs :** – Instauration avec 4,6 mg/24 h pendant au moins 4 semaines. Puis, augmentation à 9,5 mg/24 h. – A appliquer sur le haut ou le bas du dos, le haut du bras ou la poitrine, sur une peau saine, propre et sèche et sans pilosité.

Tableau 2: Posologies des médicaments Anti-Alzheimer

MEDICAMENT	PRECAUTIONS D'EMPLOI
◆ Donépézil = ARICEPT ® ◆ Rivastigmine = EXELON ® ◆ Galantamine = REMINYL ®	➢ Nécessité d'un examen cardiologique avec ECG (électrocardiogramme) au préalable ➢ Utiliser avec prudence en cas de maladie du sinus, de BAV (Bloc auriculo-ventriculaire) ou BSA (Bloc sino-auriculaire), antécédents d'asthme ou de BPCO, d'ulcères gastro-intestinaux (UGD), de rétention urinaire ➢ Prévenir l'anesthésiste en cas d'anesthésie générale ➢ **EXELON**: réactions cutanées au site d'application pour le patch ➢ **REMINYL**: en cas d'insuffisance hépatique (IH) modérée à sévère, la posologie doit être progressive: • 4mg/jour le matin pendant au moins une semaine puis • 4mg 2fois/jour pendant un mois minimum puis • ne pas dépasser 8mg 2fois/jour
MEDICAMENT	**CONTRE-INDICATIONS**
◆ Donépézil = ARICEPT ®	◦ Hypersensibilité (HS) au donépézil ou aux dérivés de la pipéridine ou aux excipients
◆ Rivastigmine = EXELON ®	◦ HS au produit ou aux dérivés des carbamates ou aux excipients ◦ IH sévère
◆ Galantamine = REMINYL ®	◦ HS au produit ou aux excipients ◦ IH sévère ◦ IR sévère (clairance de la créatinine < 10ml/min

MEDICAMENT	EFFETS INDESIRABLES LES PLUS FREQUENTS
◆ Donépézil = ARICEPT ® ◆ Rivastigmine = EXELON ® ◆ Galantamine = REMINYL ®	Effets transitoires surtout les 3 premières semaines d'où ces posologies progressives. • Diarrhée, douleurs abdominales, anorexie • Nausée, vomissements, dyspepsie • Insomnie, somnolence, • Agitation, confusion, agressivité, hallucinations, cauchemars • Crampes musculaires • Céphalées, vertiges, syncope, tremblements • Rash cutané, prurit (syndrome de Stevens Johnson) • Incontinence urinaire • Bradycardie, HTA, • Anxiété, confusion et fièvre (patch d'EXELON ®)

MEDICAMENT	INTERACTIONS
◆ Donépézil = ARICEPT ® ◆ Rivastigmine = EXELON ®	**<u>Associations à utiliser avec précaution</u>** : Métabolisme par les CYP 3A4 et 2D6 ❒ **<u>Inducteurs enzymatique</u>**: rifampicine, phénytoïne, carbamazépine et alcool ❒ **<u>Inhibiteurs enzymatique</u>**: kétoconazole, quinidine, itraconazole, érythromycine, fluoxétine, paroxétine ❒ **Médicaments cholinergiques et anticholinergiques** ❒ **Médicaments bradycardisants** (Beta-bloquants,

◆ Galantamine = REMINYL ®	digitaliques, diltiazem, vérapamil, inhibiteurs calciques et anti-arythmiques) ❐ **Médicaments torsadogènes** ❍ Phénothiazines ❍ Benzamides ❍ Pimozide, halopéridol, dropéridol, cisapride, citalopram, diphémanil, erythromycine IV, halofantrine, mizolastine, méthadone, pentamidine, moxifloxacine

Surdosage

En cas de surdosage, il apparaît des **symptômes cholinergiques dose-dépendants** : nausée, vomissements, hypersalivation, sueurs, bradycardie, hypotension, faiblesse musculaire croissante jusqu'à la paralysie létale par atteinte des muscles respiratoires. Il faut arrêter le traitement immédiatement et administrer éventuellement de l'atropine (1 à 2mg par voie IV à renouveler si besoin).

b) Antagoniste du récepteur NMDA

Mémantine = EBIXA ®

Mécanisme d'action

C'est un antagoniste non compétitif et d'affinité modérée des récepteurs NMDA ou N-méthyl-D-aspartate du glutamate (neurotransmetteur dont la libération excessive joue un rôle dans la dégénérescence neuronale au cours de la MA, d'où l'intérêt d'inhiber

ces récepteurs)

Propriétés

Son efficacité est modeste, comparable à celle des inhibiteurs de l'AchE. La mémantine constitue une alternative à ceux-ci en raison d'un profil d'effets indésirables différent (meilleure tolérance digestive mais plus de troubles neurologiques) mais elle peut aussi leur être associée.

Indication

Traitement de la MA dans sa forme modérée à sévère (MMSE compris entre 3 et 15)

Formes

Comprimés sécables de 10mg en boite de 56 ou 98 comprimés

Comprimés de 20mg en boite de 28 ou 98 comprimés

Solution buvable 10mg/ml avec flacon doseur 1 pression = 5mg

Posologie

Administrer en 2 prises quotidiennes (matin et après-midi) à jeun ou lors des repas et à dose progressive : Les prises doivent être à heure fixe chaque jour. La solution ne doit pas être versée ou pompée directement dans la bouche à partir du flacon ou de la pompe mais elle doit être dosée dans une cuillère ou dans un verre d'eau en utilisant la pompe.

- Semaine 1 : le patient doit prendre la moitié d'un comprimé pelliculé de 10mg ou 1 pression de solution soit 5mg par jour pendant 7 jours.
- Semaine 2 : le patient doit prendre un comprimé pelliculé de 10mg ou 2 pressions de solution buvable soit 10mg par jour pendant 7 jours.
- Semaine 3 : le patient doit prendre un comprimé pelliculé et demi de 10mg ou 3 pressions de solution buvable soit 15mg par jour pendant 7 jours.
- Semaine 4 : le patient doit prendre deux comprimés pelliculés de 10mg ou un comprimé pelliculé de 20mg ou 4 pressions de solution buvable soit 20mg

par jour.

Dose d'entretien: la dose d'entretien recommandée est de 20mg par jour.

En cas d'insuffisance rénale sévère

- Clairance > 60ml/min : posologie inchangée
- Clairance < 40ml/min : dose maximale de 10mg/jour

Précautions d'emploi

- Nécessité d'un examen cardiologique avec un ECG au préalable
- Utiliser avec prudence en cas d'épilepsie, HTA non contrôlée, antécédents cardio-vasculaires et chez les conducteurs de machines (sensations vertigineuses fréquentes)
- Excipients de la solution buvable : La solution buvable contient du sorbitol. Les patients présentant une intolérance au fructose (maladie héréditaire rare) ne doivent pas prendre ce médicament.

CONTRE-INDICATIONS	EFFETS INDESIRABLES	INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES
• HS au produit • IH sévère	• Vertiges • Insomnie • Céphalées • Hallucinations • Confusion • Fatigue • Somnolence • HTA	• **Associations déconseillées:** Autres antagonistes NMDA, Amantadine, kétamine, dextrométorphane et phénytoïne • **Associations à utiliser avec précaution:** - Cimétidine, ranitidine, procainamide, quinidine, quinine, nicotine - Hydrochlorothiazide: diminution de sa concentration plasmatique - L-dopa, agonistes dopaminergiques, anticholinergiques: effets augmentés

		- Barbituriques et neuroleptiques: effets diminués - Agents antispastiques, dantrolène, baclofène

II.3.2 Traitement non spécifique

Les troubles psychocomportementaux associés à la MA peuvent nécessiter un traitement psychotrope qui doit être prescrit avec précaution. En effet, les psychotropes sont susceptibles d'aggraver les troubles cognitifs, surtout les neuroleptiques et les benzodiazépines.

- **Antipsychotiques**: Leur usage est déconseillé dans la MA en raison d'un risque accru d'accidents vasculaires cérébraux et de décès. Leur prescription ne se justifie qu'en cas de trouble psychotique sévère et non contrôlable autrement, après échec des mesures non médicamenteuses ou en cas d'urgence. Elle doit être de courte durée, à dose minimale efficace, et réévaluée très régulièrement. Lorsque la prescription s'avère indispensable, la molécule choisie sera un antipsychotique de dernière génération (olanzapine, rispéridone)
- **Antidépresseurs**: Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) et le moclobémide sont recommandés. De plus, ils sont préconisés en cas d'anxiété, d'irritabilité, d'agitation et d'idées délirantes associées à la MA.
- **Anxiolytiques**: La prescription de benzodiazépines doit se limiter aux situations de crise, sur une courte durée, afin de diminuer le risque d'effets indésirables (somnolence, augmentation des troubles mnésiques, chutes...) En cas d'anxiété chronique, seuls les IRS sont préconisés.

II.4 Suivi médical [16]

Le suivi du patient comporte :

- **Un examen clinique complet du malade**

Cet examen doit être réalisé régulièrement et renouvelé si survient un événement nouveau comme de l'agitation ou de la fièvre. Il devra rechercher notamment :

- un globe vésical (rétention d'urine sans pouvoir uriner)
- une pollakiurie (mictions récurrentes)
- une altération de l'état général
- une perte de poids
- une baisse de la vue, de l'ouïe
- une mauvaise hygiène bucco-dentaire, mycoses
- des signes dépressifs, une anxiété
- des troubles de la mobilité
- un fécalome, une constipation, des douleurs gastriques ou abdominales
- douleurs rhumatologiques

- **Un interrogatoire du malade** portant sur :

- son mode de vie (seul/en famille/en institution)
- la qualité de son entourage (disponibilité, état de santé, âge)
- le retentissement de la maladie sur le couple
- problèmes pour la conduite automobile ?
- baisse de la libido ?

- **Des examens radiologiques et biologiques**

Il sera recommandé d'effectuer :

- une radio thoracique (surtout pour les patients qui vont en centre de jour ou en institution en cas d'apparition de tuberculose, d'infection pulmonaire chez un

résident)

- une étude de la silhouette cardiaque pour éliminer une insuffisance cardiaque
- un ECG de base
- un bilan biologique avec :
  - Numération formule sanguine (NFS)
  - Bilan hydroélectrolytique
  - Bilan hépatique
  - Examen cytobactériologique des urines (ECBU)

● **Une évaluation gérontologique standardisée (EGS)**

Elle devra être réalisée chez tous les patients au moment du diagnostic puis tous les 6 mois ou si apparaît un événement nouveau (décès d'un proche, changement du mode de vie, institutionnalisation, hospitalisation ou maladie intercurrente)

Les soignants utilisent l'échelle GDS vue précédemment.

II.5 Prise en charge non médicamenteuse

Les interventions non médicamenteuses sont un élément essentiel de la prise en charge thérapeutique. En complément du traitement pharmacologique, elles ont pour objectif d'optimiser la prise en charge du malade en ciblant, en fonction de ses besoins, l'amélioration des différents aspects de la maladie tels que les capacités cognitives, l'autonomie, les troubles de l'humeur et du comportement ou la qualité de vie du patient. Les interventions proposées au patient sont nombreuses et variées: rééducation de l'orientation, stimulation cognitive, rééducation orthophonique, stimulation de l'activité motrice, stimulation sensorielle.

II.5.1 Stimulation cognitive [17]

Elle se fait par l'intermédiaire "d'ateliers-mémoire" animés par des psychologues, des orthophonistes ou des soignants spécifiquement formés. L'objectif des ateliers mémoire est d'utiliser les capacités cognitives préservées afin de conserver ou d'optimiser l'autonomie intellectuelle et physique des personnes âgées souffrant de MA et de renforcer leurs capacités de concentration, d'adaptation et de communication. Ces techniques sont surtout efficaces aux stades légers et modérés de démence. Les ateliers doivent être organisés et adaptés à chaque patient, il est indispensable pour l'équipe soignante de bien connaître les participants. Les exercices sont regroupés en une dizaine de séances collectives d'une à deux heures. Différentes institutions proposent ces ateliers-mémoire: mairies, clubs, universités, caisses de retraite... Le personnel accueille avec bienveillance les personnes âgées afin de mettre chacune d'entre elles en confiance. Il se présente et présente les participants, rappelle dans quel lieu il est et quelle va être l'activité. Il veille à ce que chacun soit installé confortablement pour créer une atmosphère chaleureuse puis explique ensuite lentement en quoi consiste l'activité. L'atelier peut être centré autour d'activités comme la danse, l'écriture ou le débat d'idées. Dans ce dernier cas, le sujet de débat peut être choisi par les membres du groupe : la vie quotidienne, un événement local,

ou encore l'actualité. En réunion d'équipe, les soignants mesurent régulièrement l'adéquation des patients avec les ateliers proposés. Cette étape est essentielle. Les évaluations de ces ateliers sont retranscrites dans le dossier de soins de chaque patient. Une écoute attentive des patients ainsi qu'une formation spécifique des soignants animateurs aux mécanismes de la mémoire et à la maladie d'Alzheimer est indispensable au succès de ces ateliers mémoire. Si la collaboration avec la famille est indispensable, les aidants ne doivent pas se substituer aux rééducateurs, ce n'est pas leur rôle et ils n'ont pas la compétence pour le faire. La famille peut en revanche continuer à pratiquer avec les patients des activités de loisirs tels que leurs sports habituels ou leurs jeux de société favoris. Il sera nécessaire d'adapter ces activités selon la sévérité de la maladie.

a) Jeu de reconnaissance visuelle et verbale

b) Jeu tactile et visuel

Figure 19: Jeux pour ateliers de stimulation cognitive

II.5.2 Thérapie canine

L'amélioration de la qualité de vie des patients passe également par la présence, voire l'assistance d'un animal de compagnie. Ainsi, de plus en plus de maisons de retraite spécialisées dans la MA proposent des séances de thérapie canine. Ces séances sont collectives ou individuelles et se déroulent sous forme de jeux interactifs, portant sur le travail de mobilité, les activités de soins et de toucher de l'animal, le brossage du pelage, la reconnaissance des parties du corps et le travail de la mémoire. Ainsi, jouant un rôle social, le chien reste une source et un objet d'affection sans pareil. L'animal ne juge pas, il est toujours disponible, il responsabilise son maître par les soins et l'attention dont il fait l'objet. Il est apprécié pour son rôle d'apaisement constaté auprès des patients et la récupération de certaines fonctions cognitives ou motrices. Le chien parvient à rouvrir les vannes de la mémoire et l'envie de communiquer. De véritables ateliers sont mis en place autour de la couleur, de la taille et de l'hygiène du chien, des notions qui renvoient ensuite à ces propres concepts chez

les patients qui ont peu à peu perdu leur repère dans l'espace et le temps. Ce type de chien est formé comme chien d'assistance pendant 24 mois. Il devient alors un véritable guide pour le malade Alzheimer, capable de ramener son maître lors du trajet promenade-maison. Il l'accompagne alors dans sa routine quotidienne et constitue un point de repère précieux ! Il existe même une association "4 pattes pour un sourire" fondée dans ce sens par Robert Köhler, directeur de maison de retraite en Alsace qui permet par le biais "d'Handi-Chiens", de rendre sourire et souvenirs à tous ceux qui les avaient perdus depuis trop longtemps.

a)

b)

Figure 20 a) et b): Chiens formés à la thérapie canine

II.5.3 L'art-thérapie

Cette thérapie se compose de nombreuses activités artistiques comme la peinture, la sculpture, la poterie, le modelage ou le dessin. Les créations vont atténuer l'anxiété du malade et le valoriser à ses propres yeux et aux yeux des autres. L'œuvre réalisée est considérée davantage pour sa portée thérapeutique que pour sa valeur esthétique. Les participants observent, écoutent, réfléchissent, éprouvent l'envie de faire, expriment un style, communiquent des idées, des goûts. En dessinant, en peignant ou en discutant avec le thérapeute, le malade s'engage dans un processus thérapeutique.

Figure 21: Atelier de peinture

II.5.4 Le jardin thérapeutique [18]

Le jardinage associe détente, exercice physique et stimulation cognitive. Il permet une meilleure appréhension de la notion d'espace et de temps. La pratique du jardinage permet de mobiliser les capacités de la personne et l'engage dans un projet à long terme avec des objectifs précis et fractionnés dans le temps : préparer la terre, semer,

arroser, récolter. C'est une activité qui responsabilise le malade et procure de nombreuses satisfactions.

Reconnu scientifiquement et très utilisé, le jardin a d'indiscutables vertus dans une approche non médicamenteuse de la maladie :

- **physiques**: il faut une certaine gestuelle, posture et équilibre, favorise la marche pour sa contemplation
- **psychologiques**: valorisation et estime de soi, détente et apaisement, qualité du sommeil induite par l'activité extérieure, le contact naturel avec la terre est aussi anti-stress
- **cognitives** : orientation temporelle et spatiale, praxies, langage, réminiscence, proprioception, créativité
- **relationnelles** : véritable lieu d'échanges

Les possibilités thérapeutiques exploitables par le biais des jardins sont multiples :

- ✔ **jardin esthétique** pour stimuler les sens, apporte une zone de plénitude, de calme, d'apaisement
- ✔ **jardin parsemé de petits bancs**, destiné aux promenades et aux rencontres (marche, sociabilité)
- ✔ **jardin aromatique:** reconnaissance des aromates avec la vue, l'odorat et le goût
- ✔ **jardin potager:** cueillette, préparation de plats avec les légumes du jardin

Les espaces extérieurs sont toujours appréciés dans les maisons de retraite car ils représentent des endroits de refuge où le pensionnaire peut se retirer lorsqu'il a besoin de se plonger dans ses pensées ou de méditer. Aussi, il est excellent pour faire travailler la mémoire.

Figure 22: Création d'un jardin thérapeutique

II.5.5 La musicothérapie [19]

Elle consiste à favoriser l'expression du patient par la pratique d'instruments, comme les percussions, le xylophone, le triangle, les maracas, la guitare, ou l'écoute de musique ancienne et familière afin de raviver des souvenirs. On peut également leur proposer des séances de chant qui sont très appréciées même à un stade avancé de la MA. Le karaoké est aussi un excellent moyen de thérapie. C'est une activité amusante pour ceux qui ont toujours aimé la musique et cela permet de se détendre en famille ou entre amis.

II.5.6 L'aromathérapie [20]

Basée sur la stimulation de la mémoire olfactive, elle permet d'apaiser l'anxiété du malade. Le Docteur Pénouel, spécialiste en aromathérapie quantique et auteur de

plusieurs ouvrages à ce sujet explique son impact sur les patients Alzheimer : " Il s'agit d'introduire les odeurs de façon progressive en partant de celles qui sont les plus connues par le patient vers celles qui le sont moins, et cela afin de favoriser de nouvelles connexions neuronales. Ces odeurs permettront par ailleurs d'agir sur le niveau de nervosité et d'agitation du patient. Pour cela on utilise des huiles essentielles (HE) qui proviennent des plantes et qui sont donc et qui sont donc 100% pures et naturelles." Les plus utilisées avec la MA seront les HE fruitées telles que les **agrumes**, forestières comme **l'eucalyptus** ou le **pin**, florales avec le **géranium** et la **rose**, ou encore culinaires telles que le **basilic** le **cumin** et **l'aneth**. De nombreux essais cliniques montrent notamment que la diffusion de l'HE de **lavande** diminue l'anxiété et les comportements agressifs et améliore les interactions sociales ainsi que les taches du quotidien faisant appel à la mémoire. Dans une étude récente l'effet de la diffusion d'HE sur des personnes âgées a été étudié su 28 résidents dont 17 atteints de la MA. Les protocoles de diffusion d'HE ont été:

➔ du romarin et du citron pendant 2h de 9h00 à 11h00

➔ de la lavande et de l'orange douce diffusées le soir de 19h30 à 21h00.

Les patients ont été évalués, à 4 moments du protocole avant et après diffusion des huiles ou de l'air, à l'aide de tests comportementaux neuropsychiatriques. Tous les patients ont vu une amélioration significative de leurs fonctions cognitives après traitement par aromathérapie.

*****_Aromatherapy for Alzheimer's disease, Effect of aromatherapy on patients with Alzheimer's disease, Psychogeriatrics 2009; 9: 173–179, Daiki JIMBO,Yuki KIMURA, Miyako TANIGUCHI, Masashi INOUE and Katsuya URAKAMI_

Afin d'optimiser et d'amplifier les bienfaits des HE, les laboratoires d'aromathérapie ont conçu des synergies simples de 4 à 7 HE qui sont couramment utilisées dans certaines EHPAD. Il existe par exemple le «complexe sommeil» composé d'HE d'orange douce, de mandarine rouge, de litsée (verveine exotique), d'eucalyptus radiata et de cèdre. Ce complexe améliore le sommeil en préparant à un endormissement favorable et à un sommeil réparateur.

Figure 23: Aromathérapie

II.5.7 La luminothérapie [21]

C'est une approche destinée à restaurer le rythme circadien. La luminothérapie améliore les troubles du sommeil et du comportement (diminution des symptômes dépressifs et de l'agitation). Les patients souffrant de la MA ou d'une autre forme de démence passent environ 40% de leur nuit éveillés et une grande partie du jour endormis. Les troubles du sommeil finissent par devenir un fardeau pour les aidants familiaux et sont la principale cause d'institutionnalisation. Il a été démontré scientifiquement que la luminothérapie améliore la vie des personnes souffrant de la MA. Les séances de luminothérapie, visant à pallier le manque d'ensoleillement, améliorent l'humeur générale des patients souffrant de la MA.

Figure 24: Luminothérapie

II.6 Le rôle des différents intervenants

II.6.1 Les Aidants [22]

Ce sont en général les personnes de l'entourage du malade, le plus souvent la famille mais aussi les voisins ou amis. L'aidant principal est le terme désignant la personne prenant en charge de manière prépondérante un patient atteint d'une MA et c'est le conjoint dans la majorité des cas. La qualité de l'évolution d'un patient est liée à son entourage, qui doit apprendre rapidement et dans la souffrance un métier pour lequel personne, dans aucune famille, n'est formé. L'aidant devra progressivement remplacer le patient dans des activités qu'il ne peut plus assurer (budget, jardin, repas), puis le surveiller lorsqu'une certaine dangerosité apparaîtra (gaz, déplacements), enfin l'assister lors des gestes élémentaires de la vie courante (toilette, habillage, hygiène, repas). Les aidants consacrent en moyenne 6 heures et demi par jour entièrement à cette tâche. Puis, lorsque la dépendance s'accentue, il s'agit alors d'une aide constante, jour et nuit et 7 jours sur 7. Cette implication réduit le temps libre de l'aidant, qui s'épuise physiquement et psychologiquement. La MA bouleverse ainsi deux vies, celle du patient et celle de l'aidant principal. En cas de souffrance psychologique, l'aidant doit prendre contact avec un groupe de soutien aux familles ou avec un psychologue clinicien. Il existe une **formation spéciale « Aidant - Alzheimer »** dispensée gratuitement par l'association France-Alzheimer. Elle s'adresse à l'aidant familial principal, ainsi qu'à la personne de confiance, afin d'améliorer la prise en charge du malade au quotidien. La formation permet d'acquérir les attitudes et les comportements adaptés aux situations quotidiennes. Essentielle pour un meilleur confort de vie à domicile, elle facilite une entraide et un soutien mutuel entre les familles participantes. Elle fait partie de la mesure n°2 sur les 44 mesures du Plan-Alzheimer 2008-2012 instauré par le gouvernement Sarkozy. Cette formation dure 15 heures, réparties en 5 modules, une fois par semaine ou une

semaine sur deux, en fonction des endroits où elle est proposée. Chaque module traite sur un thème bien précis : les aides, les différentes structures d'accueil pour soulager l'aidant, comment réagir face à l'agressivité, comment la maladie va évoluer.

Il existe aussi des **haltes-relais Alzheimer** où l'aidant familial trouve le répit tant mérité, une information sans cesse actualisée sur la maladie et ses traitements, ainsi que de précieux conseils pour tenir le coup. De nombreuses réunions d'information et d'aide aux aidants sont organisées dans les structures médico-sociales et les associations de patients. (voir III.2.5 Aides sociales)

II.6.2 Le médecin généraliste traitant

Le médecin traitant est un interlocuteur incontournable pour les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs proches. C'est le médecin choisi par l'assuré et déclaré auprès de sa CPAM (caisse primaire d'assurance maladie). C'est celui qu'il consulte en cas de problème. Le médecin traitant est également celui qui oriente son patient vers des spécialistes si cela lui semble nécessaire. Il peut :

- prescrire l'intervention de certains services comme :
  - les équipes spécialisées Alzheimer (ESA)
  - l'accueil de jour
  - l''hospitalisation à domicile (HAD)
  - les équipes de soins palliatifs
  - remplir le dossier médical du dossier de demande d'APA (Aide Personnalisée à l'autonomie) ou la partie médicale du dossier unique d'admission en EHPAD
- faire la demande d'affection longue durée (ALD) auprès du médecin conseil de la caisse d'assurance maladie
- renouveler le traitement spécifique à la maladie d'Alzheimer prescrit par le spécialiste.

II.6.3 Le neurologue, le psychiatre ou le gériatre [23]

C'est le spécialiste indiqué par le médecin traitant lorsqu'il a un doute sur le diagnostic ou pour confirmer celui-ci. Ce sont ces 3 professionnels de santé qui sont compétents pour annoncer un diagnostic de MA. Ils vont effectuer des tests complémentaires dits "tests de mémoire" qui généralement durent 15 à 20 minutes. Si cela s'avère nécessaire, ils pourront être complétés par un bilan neuropsychologique réalisé par un neuropsychologue. Ce bilan peut durer jusqu'à 2 heures et est beaucoup plus précis que les tests précédents. C'est une véritable investigation approfondie des phénomènes de mémoire du patient. La consultation mémoire est assurée dans tous les Centres mémoire, de Ressources et de Recherche (CMRR) de France. L'Institut de la mémoire et de la MA (IM2A) est le premier centre de consultation mémoire de France et il a pour mission de diagnostiquer, prendre en charge et également intégrer dans les protocoles de recherches les patients se présentant à la consultation. Il existe deux types de consultations :

- Consultation externe : le patient rencontre un spécialiste dans son cabinet libéral (neurologue, psychiatre ou gériatre)
- Hospitalisation de jour : (HDJ)

La consultation se déroule sur une journée entière permettant d'effectuer plusieurs examens nécessaires en peu de temps. Le patient est accueilli dans une chambre individuelle, il voit différents intervenants au cours de la journée :

- ✔ Un neurologue : bilan médical
- ✔ Une infirmière : prise de sang, ponction lombaire, prise de la pression artérielle
- ✔ Une assistante sociale : bilan social, aides financières...
- ✔ Un psychologue : entretien psychologique
- ✔ Un neuropsychologue : entretiens et exercices cognitifs de mémoire, attention, langage, raisonnement
- ✔ Un orthophoniste : bilan orthophonique, évaluation du besoin de suivi

En début d'après-midi, les différents intervenants se réunissent pour une synthèse animée par le neurologue. Chaque spécialiste discute des examens réalisés afin d'établir au mieux le diagnostic. A la fin de la réunion, le neurologue revient vers le patient pour lui faire un retour sur l'ensemble des examens. Si le diagnostic de MA est posé, le médecin spécialiste l'annoncera au patient lors d'une consultation dédiée. (cf II.1 Annonce du diagnostic)

II.6.4 L'ESA [24]

Les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) accompagnent les personnes atteinte de la MA vivant à domicile et aident leurs proches. L'objectif des interventions est de leur permettre de rester vivre le plus longtemps à domicile. Les interventions vont ainsi :

- aider les personnes malades à maintenir leur autonomie en préservant ou stimulant leurs capacités cognitives, motrices, sensorielles et de communication
- essayer d'augmenter la participation des malades aux activités de la vie quotidienne et à diminuer les éventuels troubles du comportement,
- encourager et soutenir les proches de la personne.
- valoriser le rôle, l'action et la place de l'aidant

Les ESA sont composées de professionnels formés à l'accompagnement des personnes atteintes de la MA :

- psychomotriciens,
- ergothérapeutes,
- assistants de soins en gérontologie (ASG) : Ils sont des aides-soignants ou des aides médico-psychologiques (AMP) qui ont suivi une formation spéciale pour accompagner des personnes atteintes de la MA ou de maladies apparentées.

Ces interventions se font sur prescription médicale. Elles se déroulent durant 12 à 15 séances réparties sur 3 mois. Au bout d'un an, il est possible de renouveler la prescription. Cette prescription médicale peut être délivrée par le médecin traitant ou

bien par un médecin spécialiste ou lors d'une consultation mémoire. Ce service est entièrement pris en charge par l'assurance maladie. Un ergothérapeute ou un psychomotricien vient à domicile faire l'évaluation des capacités de la personne à accomplir les activités de la vie quotidienne. Le professionnel fixe ensuite un ou deux objectifs comme par exemple s'habiller seul ou se faire à manger. Il conçoit ensuite un programme s'appuyant sur les capacités restantes de la personne pour l'aider à accomplir à nouveau ces activités et retrouver plaisir à les faire. Ce programme comprend également un volet d'éducation thérapeutique des aidants avec leur sensibilisation, leur accompagnement et du conseil. Les ASG prennent ensuite le relais. Ils interviennent à domicile en suivant le programme conçu par l'ergothérapeute ou le psychomotricien. A la fin des séances, l'ergothérapeute ou le psychomotricien fait un bilan des activités réalisées. Ce bilan est transmis au médecin qui a prescrit l'intervention de l'ESA. L'accompagnement des ESA s'adresse aux personnes diagnostiquées au début de la maladie, à un stade léger et modéré. La maladie doit avoir une répercussion sur la vie quotidienne de la personne malade et de ses proches. Les ESA sont rattachées à des SSIAD (services de soins infirmiers à domicile). Pour trouver un service d'aide à domicile à proximité de chez soi, il faut s'adresser à un point d'information local: un centre communal d'action sociale (CCAS) ou à un centre local d'information et de conseil (CLIC)

II.6.5 Les SSIAD

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) interviennent chez les personnes âgées pour leur dispenser des soins. Ils contribuent au maintien des malades à leur domicile. Leurs interventions sont prises en charge par l'Assurance maladie. Elles se font sur prescription médicale. Leurs interventions ont pour objectif :

- de prévenir la perte d'autonomie,
- d'éviter une hospitalisation,
- de faciliter le retour à domicile après une hospitalisation,

- de retarder l'entrée en institution.

Ces interventions peuvent être de courte, de moyenne ou de longue durée selon l'état de santé et les besoins du patient. Les SSIAD peuvent intervenir 7 jours sur 7 si nécessaire. Les équipes de SSIAD sont essentiellement composées d'aides-soignants et d'infirmiers. Ils réalisent, selon leurs compétences :

- des soins de nursing : toilette, habillage
- des actes infirmiers : pansements, distribution des médicaments, injections...

Dans certains cas, les SSIAD assurent également une coordination avec les autres intervenants para-médicaux (services d'aide à domicile, kinésithérapeutes, médecins).

II.6.6 L'ergothérapeute [25]

Dans le cadre de la MA, l'intervention d'un ergothérapeute à domicile est bien souvent utile. Cela permet au patient d'avoir plus d'autonomie, de sécurité et de satisfaction dans la réalisation de ses activités. La sécurité sociale ne rembourse pas les actes réalisés par les ergothérapeutes au domicile des malades ce qui fait qu'ils exercent donc plutôt à l'hôpital et en institution. Le programme d'accompagnement est élaboré avec la personne en tenant compte de ses souhaits et réticences éventuelles. Afin d'optimiser la prise en charge et avec l'accord du malade, son entourage est associé au projet. L'ergothérapeute va ainsi pourvoir intervenir sur cinq champs:

- la prévention et l'éducation qui a pour objectif de permettre à la personne de rester autonome le plus longtemps possible dans ses activités et son environnement. Les actions proposées concernent par exemple :
  - l'accompagnement dans le passage à la retraite,
  - la prévention des risques de chute,
  - l'aménagement du domicile,
  - le conseil en aides techniques avec des mises en situation dans la vie

quotidienne.

Cela concerne toutes les personnes atteintes de la MA, mais aussi les proches aidants.

- la rééducation qui a pour objectif de permettre à la personne de continuer à faire ce qu'elle avait l'habitude de faire avant malgré sa perte d'autonomie. Par exemple, l'ergothérapeute va travailler avec une personne ayant des difficultés à coordonner les gestes de ses mains à cause d'une maladie de Parkinson pour lui permettre de continuer à faire ses lacets des deux mains comme avant.

- La réadaptation qui a pour objectif de permettre à la personne de continuer à faire ce qu'elle avait l'habitude de faire mais de façon différente. Il peut s'agir de conseils et d'apprentissage pour réaliser des activités anciennes ou nouvelles. Par exemple, faire ses lacets avec une seule main après un AVC (accident vasculaire cérébral) ayant entraîné la paralysie d'un bras. Ainsi, l'ergothérapeute peut préconiser :

  - l'utilisation d'aides techniques ou technologiques : fauteuil roulant électrique adapté à un type de paralysie, siège de douche avec accoudoirs permettant de se doucher et se relever en toute sécurité, téléphone adapté (amplificateur de son, touches grossies, appel d'urgence)

  - la mise en place d'aides à domicile

  - le recours à des chiens d'assistance pour les personnes déficientes sensorielles ;

  - des aménagements du logement : installation de mains courantes dans un escalier ou d'un monte escalier, la modification de la douche ou la pose de barres d'appui dans la salle de bain.

- La réinsertion qui a pour objectif de permettre à la personne de réinvestir les activités qui lui tenaient à cœur auparavant ou qu'elle doit faire et qu'elle ne se

sent plus capable de faire. Par exemple, un ergothérapeute va pouvoir aider une personne atteinte de la MA à refaire des recettes qu'elle avait l'habitude de réaliser auparavant.

- La télésurveillance médicale qui fait appel à des dispositifs technologiques pour permettre à la personne de surveiller un certain nombre d'informations (tension, diabète, poids) et transmettre dans certains cas ces informations à son médecin traitant. L'ergothérapeute aidera le patient et les professionnels de santé dans le choix des meilleurs dispositifs et les entraînera à leur utilisation.

II.6.7 L'orthophoniste [26]

L'orthophoniste est un professionnel paramédical. Son intervention a pour objectif d'améliorer ou de maintenir les capacités de communication à l'oral ou à l'écrit pour permettre au patient de préserver une vie sociale et d'éviter l'isolement. Il peut également proposer des exercices pour continuer à s'alimenter en évitant les fausses routes. L'orthophoniste peut intervenir pour aider les personnes souffrant de différents troubles :

- les troubles de la voix, les paralysies faciales, les troubles d'articulation,
- les troubles de la déglutition,
- les troubles des fonctions cognitives : mémoire, attention, concentration…
- les troubles de l'audition et la surdité,
- les troubles neurologiques ou neurodégénératifs,

Pour obtenir un rendez-vous chez un orthophoniste, il faut une prescription médicale pour un bilan orthophonique d'un médecin généraliste ou d'un oto-rhino-laryngologiste (ORL). Au cours de ce bilan, l'orthophoniste fait passer des tests au patient pour comprendre finement ses difficultés et les capacités sur lesquelles la rééducation pourra s'appuyer. Puis l'orthophoniste rédige un compte rendu détaillant le diagnostic, la nature du traitement et le nombre de séances nécessaires. Les séances

sont remboursées à tout assuré social après accord de l'organisme d'assurance maladie dont il dépend. Lors des séances de rééducation, l'orthophoniste choisit les actes et les techniques qui lui paraissent les plus appropriés. Le projet thérapeutique est toujours personnalisé. Il est construit en fonction du patient, de ses centres d'intérêts, de son degré d'atteinte et de ses capacités. Le travail peut concerner :

- le contrôle du souffle,
- les praxies bucco-faciales (capacité d'effectuer des mouvements de la bouche et du visage),
- le mime...

L'orthophoniste peut utiliser des jeux, des images, des photos ou encore des livres dans le cadre des exercices. Il apporte un soutien à la personne et à ses aidants par des conseils appropriés. Par exemple si la personne souffre de troubles de la déglutition, l'orthophoniste lui apprend, ainsi qu'à son entourage, les postures de sécurité afin d'éviter les fausses routes. Il peut aussi conseiller d'adapter l'alimentation : épaissir les liquides, proscrire les aliments qui risquent de s'éparpiller comme la semoule.

II.6.8 Le kinésithérapeute

Le kinésithérapeute est un spécialiste de la rééducation. A partir de la prescription médicale, il établit un bilan des capacités de son patient et lui propose un programme adapté de rééducation:

- Lorsque le patient se déplace difficilement, il intervient pour entretenir la marche, éviter l'engourdissement des articulations, aider la famille à prévenir les chutes.

- Lorsque le patient ne marche plus, son rôle est de mobiliser les membres et les articulations afin d'éviter que les tendons se rétractent. Il peut aider à :

- rééduquer l’appareil locomoteur afin d'améliorer la marche, l'équilibre
- améliorer ses capacités respiratoires,
- améliorer ses capacités à faire des efforts.

Les techniques possibles sont nombreuses : mouvements avec ou sans appareils, techniques de physiothérapie (chaud, froid, ultrasons) massages ou mobilisations.
Le kinésithérapeute intervient principalement auprès des patients pour de la rééducation sur prescription médicale 100% remboursée par l'organisme d'assurance maladie.

II.6.9 Le psychomotricien

Le psychomotricien est un spécialiste de la rééducation également. Les problèmes comme les troubles de l'orientation dans le temps ou dans l'espace et des dysfonctionnements moteurs relèvent de son champ d'action. Il intervient notamment auprès des personnes âgées pour les aider à développer ou à retrouver leurs capacités. Pour accompagner ses patients, il utilise plusieurs méthodes : expression corporelle, activités de coordination et de rythme, exercices d'orientation, jeux. L’objectif du psychomotricien est de permettre au patient de mieux maîtriser son corps et d’améliorer son comportement.

II.6.10 Le psychologue [26]

Le psychologue assure le soutien psychologique des patients et de leur entourage. Il intervient auprès des patients à un stade léger ou modéré de la maladie, soit de façon individuelle, soit dans des groupes de parole, en permettant à ceux-ci d’exprimer leur inquiétude, leur souffrance, leurs désirs. Cette démarche nécessite bien sûr que le patient dispose d’un minimum de moyens d’expression. Les groupes de soutien aux aidants sont de plus en plus répandus car la MA affecte toute la famille. De nombreux travaux ont en effet démontré que vivre aux côtés d’une personne atteinte de MA est

une lourde épreuve, source de dépression, de stress, d'angoisse, de vulnérabilité physique et psychologique. Les aidants usent leur énergie, surestiment leurs possibilités, développent de la colère vis-à-vis du patient et de la culpabilité envers eux-mêmes. Toute cette souffrance et cette fatigue de l'entourage rejaillissent inévitablement sur la qualité de la prise en charge du patient. Le soutien apporté par les psychologues est donc indispensable pour maintenir une ambiance familiale de qualité en évitant ainsi l'épuisement des aidants. Au sein d'une institution, les psychologues jouent également un rôle fondamental pour rencontrer les familles de plus en plus désemparées par la dégradation progressive de leur proche et pour aider les équipes soignantes à s'adapter à des malades difficiles à prendre en charge.

II.6.11 Le chirurgien dentiste

Une mauvaise santé bucco-dentaire rend difficile la mastication, ce qui peut entraîner des carences, une dénutrition voire un risque de chute pour les personnes âgées.
Consulter régulièrement un chirurgien-dentiste permet non seulement de préserver une bonne santé bucco-dentaire mais aussi de garder du lien social en conservant une estime de soi (un sourire agréable, une parole facile). Tous ces éléments participent à conserver une image de soi positive et un confort de vie au quotidien. Le chirurgien-dentiste effectue également des visites ou examens de contrôle destinés à limiter les problèmes dentaires. Il donne des conseils en matière de prévention sur l'hygiène bucco-dentaire et l'alimentation.

II.6.12 Le pédicure-podologue

Le pédicure-podologue est un professionnel de santé paramédical. Il réalise des actes de soins qui concernent la peau et les ongles du pied. Il confectionne des orthèses comme par exemple des semelles orthopédiques et contribue au maintien de l'autonomie, au maintien à domicile et à la prévention des chutes des personnes âgées.
L'intervention du pédicure-podologue a pour objectif de traiter et de prévenir les

lésions de la peau et des ongles du pied ainsi que les déformations du pied, pour limiter la douleur. Il peut intervenir dans les situations suivantes :

- Il réalise des soins de la peau et des ongles pour des affections du pied: durillons, cors, verrues plantaires, ongles incarnés, mycoses
- Il contribue à la prévention et au traitement des troubles plantaires liés à des pathologies telles que l'arthrose, le diabète, les lombalgies, les douleurs articulaires et la perte d'équilibre chez la personne âgée.
- Il conçoit des orthèses. Ce sont des aides techniques réalisées sur mesure qui compensent une fonction déficiente. Les orthèses plantaires, aussi appelées semelles orthopédiques, permettent d'améliorer la marche et l'équilibre et de compenser les conséquences de certaines malformations.
- Il rééduque le pied et l'équilibre après une intervention chirurgicale.
- Il joue un rôle de conseil, d'éducation et de prévention dans l'hygiène, le soin quotidien, le chaussage.

Le pédicure-podologue transmet également au patient des conseils appropriés pour le suivi au domicile: surveillance quotidienne, hygiène, coupe d'ongles adaptée, gestes à éviter, choix du chaussage, mise en place d'orthèses. Il peut, sans prescription préalable, pratiquer un examen clinique, établir un diagnostic, exécuter des soins, confectionner des orthèses diverses et prescrire un traitement à usage externe. Tous les soins réalisables sans prescription médicale préalable ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie. Seuls certains actes prescrits par une ordonnance médicale sont pris en charge par l'Assurance maladie. Cette prise en charge reste assez faible.

II.6.13 Aide à domicile [27]

Les services d'aide à domicile (SAD) ou les Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) peuvent intervenir auprès des personnes atteintes de la MA.

Les interventions des SAD auprès des personnes âgées ont pour objectif de préserver ou de restaurer leur autonomie dans l'exercice des activités de leur vie quotidienne et ainsi de leur permettre de continuer à vivre chez elles le plus longtemps possible. Ils veillent aussi à maintenir et à développer des activités sociales et des liens avec l'entourage des personnes accompagnées. Les interventions des SAD peuvent concerner :

- ✔ L'entretien du logement et du linge,
- ✔ L'aide au lever et à l'habillage
- ✔ L'aide à la toilette,
- ✔ L'aide aux courses,
- ✔ La préparation des repas,
- ✔ La prise des repas,
- ✔ L'aide au déshabillage et au coucher

Les aides à domicile peuvent également accompagner les patients lors de sorties, réaliser des activités de loisirs avec elles, et ainsi contribuer à maintenir leur vie sociale. Certains SAD peuvent également proposer les prestations suivantes :

- ✔ Téléassistance
- ✔ Portage de repas à domicile
- ✔ Petits travaux de bricolage

Il est possible de payer les interventions des services d'aide à domicile en CESU (chèque emploi service universel). L'aide à domicile est une aide à la fois morale et matérielle. Sa venue régulière prévue à l'avance est un moyen de lutter contre la solitude et l'isolement, d'offrir une sécurité et une ouverture sur l'extérieur. Elle intervient en général à raison de 30 heures par mois. Ces heures sont réparties

quotidiennement ou regroupées en demi-journées, en dehors du week-end. Il faut être âgé de plus de 65 ans pour en bénéficier, vivre seul ou en couple avec un conjoint dont l'âge est supérieur à 65 ans, ou avec quelqu'un qui n'est pas susceptible d'apporter de l'aide, comme une personne elle-même handicapée. La reconnaissance de la nécessité d'une aide ménagère repose sur un certificat médical justifiant le besoin et précisant le nombre d'heures souhaitées, ainsi que sur une enquête. Le certificat médical doit être adressé au bureau d'aide sociale du domicile, ou à la caisse de retraite dont dépend le demandeur. Le financement est assuré par l'aide sociale, les caisses de retraite et le bénéficiaire auquel une participation horaire est demandée en fonction de leurs ressources.

PARTIE III - Rôle du pharmacien et conseil à l'officine

III.1 Le rôle du pharmacien dans la MA

De par sa proximité et son accessibilité, le pharmacien peut contribuer au repérage précoce de la MA. Il va être en première ligne pour écouter les plaintes mnésiques de son patient ou de ses proches. S'il détecte des signes évocateurs, le pharmacien devra orienter les personnes concernées vers une consultation médicale. Il informera le patient et son entourage des différents aspects de la MA et de ses répercussions sur la vie quotidienne. Il devra être en mesure de les renseigner sur les diverses aides disponibles ainsi que sur les points d'informations locaux. (CLIC, CCAS, Associations de patients...) Par ailleurs, il les sensibilisera à la nécessité d'un suivi médical régulier. Lors de la dispensation des médicaments, le pharmacien devra:

- expliquer au patient les modalités d'administration de son traitement

- expliquer l'intérêt des paliers posologiques et la nécessité de les respecter afin d'améliorer la tolérance médicamenteuse
- informer sur les éventuels effets indésirables des traitements anti-Alzheimer et les moyens de diminuer leur risque de survenue
- insister sur la nécessité d'une bonne observance pour un bénéfice thérapeutique optimal

Le pharmacien délivrera des conseils personnalisés pour préserver le plus longtemps possible l'autonomie de son patient. Il attirera l'attention sur le risque de dénutrition fréquemment associé à la MA. Le pharmacien sensibilisera donc l'entourage du patient à la nécessité de surveiller régulièrement son poids (1 fois par mois). Il rappellera les conseils nutritionnels adéquats. En cas de signes évocateurs d'une dénutrition, il orientera le patient vers son médecin traitant. Enfin, le pharmacien à un rôle essentiel à jouer pour soutenir et orienter l'aidant à toutes les étapes de la maladie. Il est important de l'encourager à se faire aider, à préserver sa vie relationnelle, à participer à des groupes de soutien, et à prendre soin de lui pour pouvoir continuer à prendre soin du patient.

III.2 Conseils dédiés au patient et à son entourage

III.2.1 Communiquer avec son proche [28]

A cause de la MA, la communication avec l'entourage risque d'être modifiée. Les proches peuvent se fâcher et s'énerver face aux oublis du malade, certains lui reprocheront même de ne pas faire d'efforts. Les amis ou voisins peuvent éviter totalement le patient Alzheimer car ils connaissent mal ses troubles et ils ont peur de ne pas savoir comment faire face à lui. Tout cela peut impliquer un repli sur soi-même pour le malade alors qu'il est essentiel qu'il continue à fréquenter son entourage social.

Avec un proche atteint de la MA, il va falloir apprendre à communiquer de façon différente. Voici des conseils à appliquer pour simplifier le dialogue :

- **Capter son attention** : la MA rend la concentration difficile, se placer en face de son proche peut faciliter la communication avec celui-ci. De cette façon, l'aidant rentre en quelque sorte dans l'environnement du patient et il se sent en sécurité. Il ne faut pas hésiter à lui toucher le bras et le regarder dans les yeux pour le mettre en confiance.
- **Guider la conversation** : Les difficultés d'expression peuvent empêcher le malade d'entamer la conversation. Il faut trouver un bon sujet de discussion pour amorcer le dialogue.
- **Utiliser un langage simple** : Il vaut mieux se servir de phrases simples et courtes pour s'adresser à son parent. Il faut s'adapter à son niveau de compréhension.
- **Bien formuler ses questions** : Éviter les questions ouvertes du type : " Que voudrais-tu manger ce soir ?" Préférer une question fermée comme : "Est-ce que tu veux manger des lasagnes ce soir?"
- **Être patient** : Le malade peut mettre du temps pour s'exprimer, cela fait partie des symptômes de la MA. S'il bute sur un mot, ne pas hésiter à deviner et à compléter la fin de ses phrases pour l'aider. Si l'on ne comprend toujours pas, ne pas insister et passer à autre chose, cela pourrait frustrer le malade.
- **Joindre le geste à la parole** : Il peut arriver au patient d'oublier le sens des mots, on peut mimer l'action pour l'aider à nous comprendre. Par exemple, lui montrer du doigt un verre pour demander s'il a soif ! Si besoin, utiliser des mimiques, des intonations de voix. S'il ne comprend toujours pas, répéter la demande lentement et sans élever la voix.
- **Être attentif à l'ambiance affective** : Un malade Alzheimer perçoit

l'environnement affectif et y est très sensible. Ainsi, le ton de notre voix ou un simple regard a beaucoup d'importance. Par exemple, s'il casse quelque chose et que l'on lui dit "ce n'est pas grave" avec un ton agressif, il retiendra que l'on est énervé. A l'inverse il sera mis en confiance si le proche est calme et bienveillant.

- **S'adapter à son humeur** : Adapter son attitude en conséquence, s'il est énervé ce n'est peut être pas le moment de lui parler.
- **Écouter son proche** : Il est important pour lui de parler de sa maladie, de son ressenti, des difficultés qu'il éprouve. Les proches ont besoin de connaître ses problèmes pour pouvoir mieux lui venir en aide. Organiser une réunion de famille peut être une bonne occasion d'en parler. Il faut bien choisir les interlocuteurs, certains seront plus à l'aise que d'autres.

III.2.2 Astuces pour la mémoire

Il existe de nombreuses astuces pour parer aux défaillances de sa mémoire et faciliter la vie. Les médecins parlent de «stratégies de compensation»

- Demander à son proche aidant de préparer le traitement à l'aide d'un pilulier
- Utiliser un agenda à garder sur soi en permanence pour y noter :
  - ✔ Les numéros importants des services d'urgence et le sien
  - ✔ Le nom, adresse et numéro des proches
  - ✔ Un plan de son quartier avec l'emplacement de sa maison
  - ✔ Une liste de tâches à faire
  - ✔ Ses rendez-vous
  - ✔ Toute idée ou pensée à se rappeler
- Noter ses idées avant de passer un coup de téléphone

- Utiliser un calendrier, pour se rappeler des dates importantes (anniversaires ou événement)
- Demander à un ami ou un proche de téléphoner pour rappeler l'heure d'un événement important
- Étiqueter si nécessaire les armoires à l'aide de mots ou d'images, par exemple : linge de lit, slips et autres vêtements.
- Utiliser un aide-mémoire pour se rappeler d'éteindre les appareils électriques comme le fer à repasser, le grille-pain ou le gaz. Préférer des appareils munis d'un dispositif d'arrêt automatique et installer un détecteur de fumée.

III.2.3 Comment réagir face à certains troubles du comportement ? [29]

a) L'anosognosie

L'anosognosie n'est pas une maladie mais un symptôme qui se manifeste chez le malade par une incapacité à prendre conscience qu'il perd ses fonctions cognitives et motrices. Il est alors certain d'être valide et ne prend pas en compte le danger que sa maladie pourrait entraîner. Il ne comprend pas non plus l'attention que lui porte ses proches et les médecins. Le malade Alzheimer souffrant d'anosognosie peut alors rendre le travail des aidants très compliqué ! Il n'a pas conscience de ses besoins, ne les exprime pas et n'a souvent aucune reconnaissance pour le travail de l'aidant. Ce dernier est en première ligne pour constater ce symptôme et c'est souvent grâce a lui qu'on le diagnostique. Le premier réflexe est donc de consulter son médecin traitant ou un neurologue. Au quotidien, l'aidant doit rester calme, patient et très attentif à son proche, sans non plus rentrer dans son jeu, il doit rester ferme et refuser ce qui peut être dangereux. La difficulté pour l'aidant est de faire accepter la maladie à son proche et que celui-ci veuille bien prendre son traitement. Une étude a montré que

l'anosognosie protège de l'apparition d'une dépression liée à la maladie.

b) L'apathie

Dès les premiers stades de la MA, le malade peut devenir indifférent à ce qui se passe autour de lui, ce symptôme est l'apathie. Le patient semble manquer de réactivité, d'énergie ou de volonté, il ne cherche plus à communiquer ni même à faire d'activités. C'est un signe très courant dans la MA, ce désintérêt n'est pas le reflet de ses sentiments, c'est la maladie qui est responsable ! Si l'aidant se sent dépassé, il ne faut pas hésiter à demander de l'aide à l'entourage, au médecin ou à une association. Certaines proposent un soutien psychologique et des formations. Il faut aider le patient à s'activer :

- Demander lui de vous aider à faire une tâche simple dans la mesure de ses capacités
- S'il échoue, ne lui faites pas remarquer, il faut éviter toutes sources de frustration
- Incitez le à faire ce qu'il aime, sans le forcer car cela pourrait le rendre agressif
- Encouragez-le dans ses choix

Il faut bien faire la distinction entre l'apathie et la dépression. Dans le premier cas le patient montre un désintérêt total alors que dans le second son attitude est plutôt de la tristesse permanente. Cette nuance n'est pas toujours évidente, il vaut mieux en parler à un médecin pour confirmer.

c) L'agressivité

L'agressivité est un symptôme que l'on rencontre souvent chez les personnes atteintes de la MA. Réagir à l'agressivité se fait bien souvent au cas par cas. On doit trouver le meilleur moyen pour endiguer ses excès de colère, en s'inspirant de conseils et de l'expérience personnelle.

Si les phases d'agressivité reviennent souvent, on peut les noter dans un journal de

bord. Ce dernier aidera à identifier la ou les causes de cette réaction (douleur, changement d'habitude). Ainsi l'aidant pourra agir en amont pour les éviter. Enfin, il faut garder à l'esprit que l'agressivité n'est pas dirigée contre l'entourage. L'aidant doit se préserver et ne pas prendre à cœur les paroles de son proche.

A essayer :

- ✔ Montrez-lui que vous avez compris son état émotionnel avec des gestes, s'il se sent compris, cela l'apaisera.
- ✔ Isolez-le : sortez de la pièce et laissez-le face à lui même. Il se calmera peut-être tout seul.
- ✔ Changez-le d'environnement. Si vous pensez que l'agressivité est due à des facteurs extérieurs (bruits, agitation), un cadre plus tranquille ou plus familier peut lui permettre de retrouver sa sérénité.

A éviter :

- ✗ N'essayez pas de le raisonner, la maladie lui a fait perdre cette capacité. L'effet produit pourrait être l'inverse de celui désiré.
- ✗ Le contact physique n'est pas recommandé durant une poussée d'agressivité. Elle pourrait se transformer en une violence corporelle contre vous.
- ✗ Ne vous énervez pas. Plus vous crierez, plus votre proche sera agressif. Souriez et adressez-vous à lui calmement.

d) Désinhibition

C'est une absence de retenue physique et verbale qui peut surprendre et être très gênant pour tout le monde. Le malade n'a plus aucune idée de ce qui se fait ou pas, il perd de sa pudeur et ira jusqu'à se déshabiller en public, draguer ouvertement une vendeuse dans un magasin, être grossier avec des inconnus. Voici quelques conseils

pour faire face à cette situation difficile :

- Faire diversion : Essayer de le calmer en détournant son attention par une activité de substitution par exemple lui faire écouter de la musique, lui demander de l'aide pour mettre la table.
- Identifier la cause : Ce comportement est souvent déclenché par un élément perturbateur, ce peut être une publicité, un lieu inhabituel etc…Il est souvent difficile de mettre le doigt sur le problème donc dans ces cas là, la meilleure solution est d'isoler le malade. Si l'on reçoit de la visite à ce moment là et qu'il commence à avoir des gestes déplacés, le mieux est de l'emmener dans sa chambre, tout en restant bienveillant et rassurant.
- Donner des repères : La MA empêche l'autocontrôle, la maîtrise des pulsions. A quoi s'ajoute l'oubli des normes sociales. Le parent ne se rend donc pas compte de son comportement indécent. Dans une situation embarrassante, l'aidant doit rester calme et expliquer tranquillement à son proche que ce qu'il dit ou fait n'est pas acceptable. Au fond, le parent devient comme un enfant à qui l'on apprend la vie au quotidien.
- Expliquer son attitude à l'entourage : Il faut que l'aidant principal explique aux autres personnes que ce comportement n'est pas dirigé contre eux et que cela fait partie des symptômes de la MA. Une incompréhension de l'entourage pourrait isoler le malade et l'aidant.

III.2.4 Conseils associés au problème d'incontinence urinaire

- Si un accident arrive, surtout dédramatiser la situation, la personne ne doit pas se sentir coupable
- Respectez son intimité corporelle autant que possible au sein d’un lieu adéquat
- Essayez de réduire la quantité de liquide ingérée juste avant le coucher

- Habituez la personne à aller aux toilettes à heure fixe
- Observez les signes non verbaux, agitation, grimaces, silences. Ces réactions peuvent indiquer que la personne a besoin d'aller aux toilettes
- Utilisez des mots simples pour parler de l'utilisation des toilettes
- Assurez-vous que l'accès aux toilettes soit facile en libérant le chemin.
- Identifiez clairement les toilettes par une couleur ou une indication et laissez la porte ouverte, pour que les toilettes soient clairement visibles.

III.2.5 Les aides sociales

Le pharmacien pourra orienter son patient vers différentes structures d'information et de conseil:

- **Le conseil départemental** : Anciennement appelé conseil général, il est en charge de l'aide à l'autonomie pour les personnes âgées vivant dans son département. Il est notamment en charge :
  - ✔ du versement de l'APA
  - ✔ du versement de l'ASH (aide sociale à l'hébergement)
  - ✔ de l'autorisation et du contrôle des services d'aide à domicile et des EHPAD.

Il convient de s'adresser au conseil départemental pour les démarches suivantes :

- faire une demande d'APA,
- obtenir la liste des services d'aide à domicile autorisés, la liste des EHPAD du département ou de la commune
- obtenir la liste des accueillants familiaux.

C'est le conseil départemental qui verse l'ASH mais la demande doit se faire auprès d'un CCAS.

- **Les CLICS** [30]

En France, il existe plus de 600 CLIC. En fonction des endroits, ces CLIC peuvent aussi s'appeler: CCAS ou Centres de gérontologie. Ces centres ont des missions d'information, d'évaluation et de coordination envers les patients:

➢ **Information sur:**

- **L'accueil:** Offre de soin, de loisirs, d'accueil temporaire ou longue durée,de lieux d'échanges entre malade et aidants existant dans le département ou la commune du malade
- **Les aides:** Aide dans les démarches administratives de constitution du dossier d'aides financières
- **Des conférences:** La MA et les différents troubles associés par exemple

➢ **Évaluations des besoins** (CLIC de niveau 2) :

Ils pourront se rendre au domicile du malade pour constater les besoins d'aménagement du logement, pour le rencontrer et apprécier son degré de dépendance. Cette visite déterminera les aides à domicile nécessaires selon un plan d'aide personnalisé.

➢ **Coordination des aides** (CLIC de niveau 3) :

Certains CLIC assurent en plus le suivi des plans d'aide, en lien avec les différents intervenants. Ils coordonnent les différents services : aide à domicile, soins infirmiers, portage de repas.Ils sont également à même d'organiser les travaux d'aménagement du logement.

Pour trouver le CLIC le plus proche de chez soi:

➢ Se renseigner à la mairie de sa commune

➢ Se connecter sur le site : http://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/centres-locaux-information-coordination-p-a---c-l-i-c---463.html

- **Les plateformes d'accompagnement et de répit** [31]**:** Elles ont été créées pour

accompagner les aidants s'occupant d'un proche en perte d'autonomie. Il en existe aujourd'hui plus d'une centaine en France. Ces plateformes vont apporter :

- ✔ **de l'information** pour aider les proches à faire face à la prise en charge d'une personne atteinte de la MA et de toute autre maladie entraînant une perte d'autonomie : l'objectif est de mieux comprendre la maladie et son impact
- ✔ **un soutien aux proches aidants** qui peut être :
  - ❍ <u>individuel</u> (soutien psychologique, conseils),
  - ❍ <u>en groupe</u> pour partager les expériences, se soutenir, rompre l'isolement, renforcer des liens entre familles confrontées à la même situation ;
- ✔ **des solutions de répit** pour donner du temps libre au proche, lui permettant de vaquer à ses occupations, de prendre soin de sa santé et de se reposer.

L'objectif est de prévenir les risques d'épuisement et de diminuer le stress et l'anxiété des aidants. Concrètement, les plateformes d'accompagnement et de répit peuvent organiser :

- ✔ des **sessions de formation** à destination des aidants : « comment se préserver, faire attention à sa santé ? »
- ✔ des temps de **répit** sous la forme d'aide à domicile sur une demi-journée
- ✔ la **recherche d'une structure médico-sociale**, par exemple : un hébergement temporaire, un accueil de jour,
- ✔ des **sorties culturelles** ou **conviviales** qui permettent au malade et à son proche de partager un bon moment ensemble et de rencontrer du monde
- ✔ des **groupes d'échanges** entre aidants.

L'accès aux conseils et à l'information dispensés par les professionnels de la

plateforme est gratuit. Une contribution peut être demandée pour certaines offres. Par exemple, il est possible que la plateforme demande une participation quand elle organise l'intervention d'une aide à domicile pour permettre à l'aidant de se libérer.

- **Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA)**[32]**:** Ces maisons ont pour vocation d'informer et d'orienter le patient Alzheimer dans le cadre d'un plan de soins personnalisé. Instaurées par le plan Alzheimer, les MAIA sont avant tout des espaces d'accueil destinés à coordonner la prise en charge des personnes atteintes de la MA. Elles proposent également un accompagnement pour les proches aidants. Une centaine de MAIA est actuellement opérationnelle en France. Chaque MAIA sert un territoire donné et compte: un pilote et deux ou trois gestionnaires de cas.

- **Le gestionnaire de cas** [33] : Il intervient dans le cadre de l'activité d'une MAIA. C'est un professionnel formé pour accompagner de façon soutenue les personnes âgées en perte d'autonomie. Son action est dédiée à la coordination des interventions adaptées aux besoins des personnes en situation complexe. Sa formation initiale de travailleur social, d'infirmier, de psychologue ou d'ergothérapeute est complétée par un diplôme spécifique. La situation d'une personne âgée est jugée complexe quand elle cumule plusieurs difficultés. C'est le cas d'un patient Alzheimer avec une grande perte d'autonomie, sans entourage et dans une situation financière difficile. Ces difficultés cumulées peuvent avoir pour conséquence l'intervention auprès de la personne de nombreux interlocuteurs, chacun agit dans son domaine sans savoir forcément ce que font les autres intervenants de leur côté. Cela nuit à la cohérence des interventions et au maintien à domicile du malade. Le gestionnaire de cas va venir faire le lien entre tous ces intervenants en devenant l'interlocuteur direct

de la personne et de sa famille, du médecin traitant, des professionnels intervenant à domicile améliorant ainsi l'accompagnement de la personne. Il n'est a priori pas possible de solliciter l'intervention d'un gestionnaire de cas directement. C'est le CLIC OU CCAS qui demandera la démarche si la situation le requiert.

III.2.6 Les aides financières

Le pharmacien, professionnel de santé de proximité peut aider l'aidant et son parent malade dans leur recherche. Il pourra les informer de l'existence de différentes aides financières qui pourraient leur être utiles.

- **Affection de Longue Durée** [34]

Une affection de longue durée (ALD) est une maladie grave et/ou chronique comportant une thérapeutique coûteuse pour laquelle l'assurance maladie assure une prise en charge à 100 %. La MA et les maladies apparentées figurent dans la liste des 30 pathologies reconnues comme ALD. Elles sont cotées en ALD 15. Les démarches sont les suivantes:

- Le médecin traitant ou le malade fait une demande de formulaire de prise en charge d'une ALD à la caisse de Sécurité sociale
- Le médecin traitant constate que l'état de santé de la personne relève effectivement d'une ALD et établit un certificat médical
- Le malade adresse la demande de prise en charge ALD signée et le certificat médical au médecin conseil de la caisse de Sécurité sociale
- En cas d'accord, une notification de décision du médecin-conseil et une nouvelle carte d'assuré social mentionnant l'exonération pour ALD sont adressées au patient. Il faut alors mettre à jour sa carte vitale.

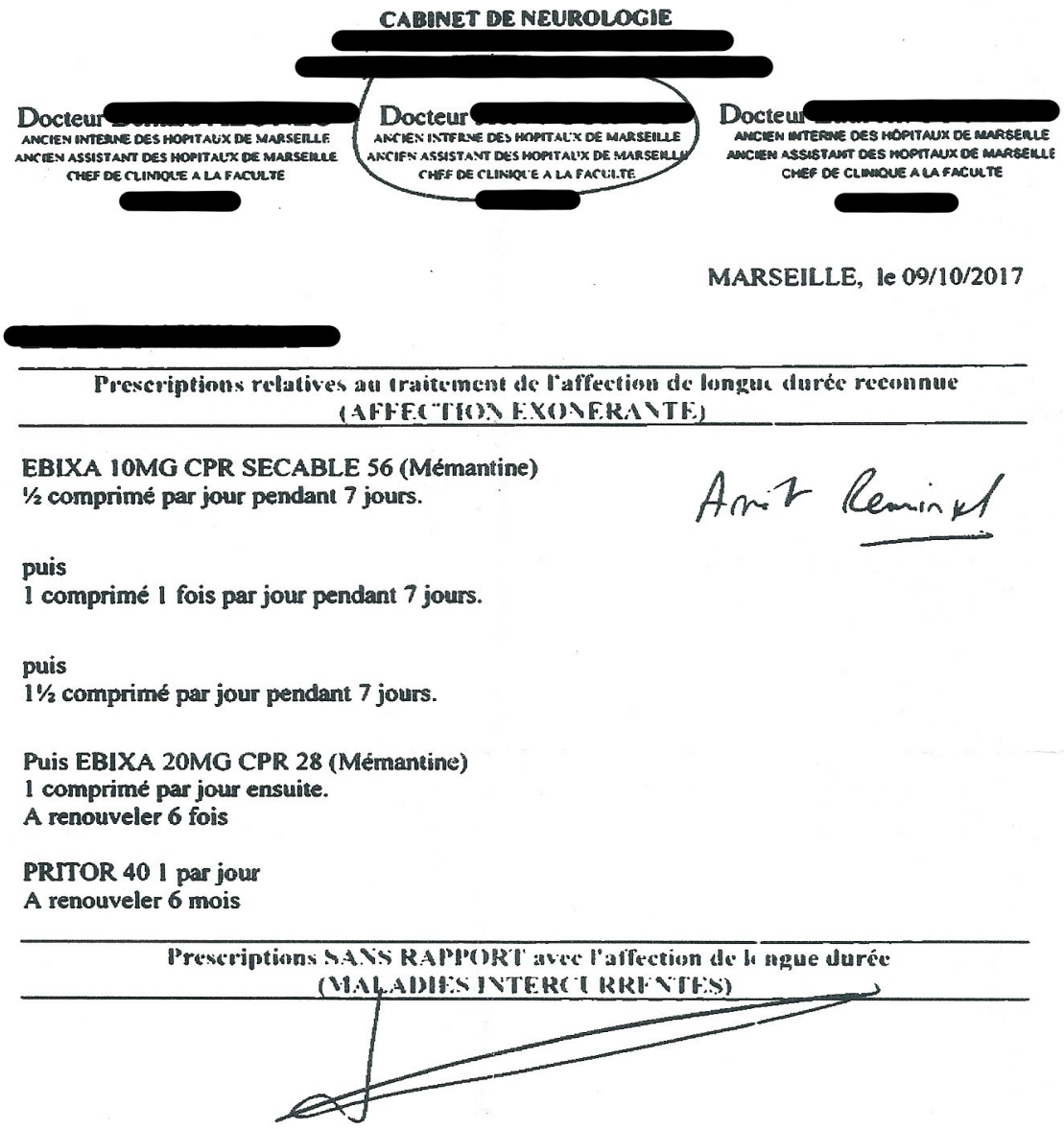
Sur la notification du médecin-conseil de la caisse de Sécurité sociale est mentionnée

la période pour laquelle la personne est couverte au titre d'une ALD. Trois mois avant l'expiration de l'ALD, une demande de renouvellement (certificat médical) doit être adressée à la caisse.

Les prestations prises en charge à 100% sont:

- La prise en charge orthophonique ;
- La prise en charge par une équipe spécialisée Alzheimer (ESA) ;
- La prise en charge par un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
- La prise en charge kinésithérapeutique ;
- La prise en charge en hôpital de jour ;
- Les consultations médicales et les traitements médicamenteux en lien avec l'affection ;
- Les examens nécessaires (prise de sang, scanner, IRM)
- La prise en charge des transports à l'hôpital.

Les prescriptions de médicaments ou de soins en rapport avec cette ALD seront alors inscrites par les médecins sur des ordonnances particulières, dites bizones,dont la partie supérieure est réservée à tout ce qui est pris en charge au titre de l'ALD alors que la partie inférieure concerne les soins et actes pour les autres maladies du patient.



CABINET DE NEUROLOGIE

[redacted]

Docteur [redacted]
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE
ANCIEN ASSISTANT DES HOPITAUX DE MARSEILLE
CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTE

Docteur [redacted]
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE
ANCIEN ASSISTANT DES HOPITAUX DE MARSEILLE
CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTE

Docteur [redacted]
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE
ANCIEN ASSISTANT DES HOPITAUX DE MARSEILLE
CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTE

MARSEILLE, le 09/10/2017

[redacted]

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue
(AFFECTION EXONERANTE)

EBIXA 10MG CPR SECABLE 56 (Mémantine)
½ comprimé par jour pendant 7 jours.

puis
1 comprimé 1 fois par jour pendant 7 jours.

puis
1½ comprimé par jour pendant 7 jours.

Puis EBIXA 20MG CPR 28 (Mémantine)
1 comprimé par jour ensuite.
A renouveler 6 fois

PRITOR 40 1 par jour
A renouveler 6 mois

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

Figure 25: Exemple d'ordonnance bi-zone

La perte d'autonomie, par les besoins qu'elle entraîne, a un coût. Pour faire face à ces dépenses, le patient peut heureusement prétendre à un certain nombre d'aides, directes ou non. Ces aides varient en fonction de ses revenus et de son degré de dépendance.

- **APA** [35] : l'aide personnalisée d'autonomie peut être attribuée aux personnes de plus de 60 ans qui ont besoin d'une aide pour accomplir les actes de la vie quotidienne. Elle suppose une perte d'autonomie minimale, évaluée par une

équipe médico-sociale. Cette allocation finance les dépenses d'aide-ménagère, de garde à domicile, de portage de repas, dans des proportions variables suivant les ressources du patient. L'aidant peut s'adresser au CCAS ou au CLIC de sa commune pour plus de renseignements et d'aide à la constitution du dossier de demande. Il n'existe pas de dossier national pour la demande d'APA, ce dossier propre à chaque département peut être retiré au conseil départemental, au CCAS ou à la mairie. Certains départements proposent :

- soit de le télécharger sur Internet (Formulaire à imprimer et à remplir),
- soit de remplir le dossier en ligne.

L'équipe médico-sociale APA est en charge de l'évaluation des besoins et de la situation d'une personne âgée vivant à domicile et ayant demandé l'APA. Elle détermine le niveau de perte d'autonomie de la personne à partir de la grille autonomie gérontologique groupes iso-ressources [36](AGGIR). La grille AGGIR évalue les capacités du malade à accomplir 10 activités corporelles et mentales, dites discriminantes, et 7 activités domestiques et sociales, dites illustratives. Seules les 10 activités dites discriminantes sont utilisées pour déterminer le GIR dont relève le patient. Les 7 autres activités dites illustratives sont destinées à apporter des informations complémentaires à l'évaluateur pour mieux appréhender la situation globale du malade. En fonction de son degré de dépendance, il est classé dans un groupe iso-ressources (GIR). Il existe 6 groupes GIR. Seuls les GIR 1 à 4 ouvrent droit à l'APA. La personne relevant des GIR 5 ou 6 peut demander une aide ménagère ou une aide auprès de sa caisse de retraite.

L'équipe médico-sociale APA est composée de plusieurs professionnels de formations différentes : médecins, travailleurs sociaux, infirmiers, personnel administratif. Sa composition varie selon les départements. Elle élabore ensuite un plan d'aide en concertation avec le patient. En général,un seul membre de l'équipe se déplace au

domicile pour évaluer les besoins du patient dans son environnement.

● La cohérence des pensées	● L'autonomie pour se rendre aux toilettes
● La faculté d'orientation	● La difficulté à effectuer les actes dits de «transfert» (se lever, s'asseoir, se coucher)
● L'autonomie pour la toilette	● Se déplacer à l'intérieur de son habitat
● L'autonomie pour l'habillage	● Se déplacer à l'extérieur de son habitat
● L'aptitude à préparer ses repas	● L'aptitude à communiquer à distance

Figure 26: 10 critères d'évaluation pour déterminer le groupe GIR

Capacité à gérer son budget	Autonomie pour effectuer des achats
Capacité à cuisiner	Capacité à suivre son traitement médicamenteux
Capacité à entretenir son domicile	Activités de loisirs
Capacité à se déplacer dans les transports	

Figure 27:Autres critères pour aider l'équipe médico-sociale à évaluer le patient

GRILLE AGGIR

NOM et Prénom de la personne âgée :
Date de naissance : **Date de passation de la grille :**
Adresse :

VARIABLES DISCRIMINANTES							
Cocher S T H C quand les conditions pour l'adverbe ne sont pas remplies		S	T	H	C	AB C	OBSERVATIONS
TRANSFERTS se lever, se coucher, s'asseoir							
DEPLACEMENTS INTERIEURS avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant							
TOILETTE Hygiène corporelle	**HAUT** : visage, rasage, coiffage, le tronc, les membres supérieurs et les mains						
	BAS : régions intimes, les membres inférieurs et les pieds						
ELIMINATION Assurer l'hygiène et rester propre	**URINAIRE**						
	ANALE						
HABILLAGE Savoir choisir, préparer et enlever	**HAUT** : choix vêtements, mise à disposition, décision d'en changer, passer un vêtement par la tête /les bras						
	MOYEN : boutonner, mettre une fermeture, une ceinture, bretelles						
	BAS : passer les vêtements par le bas du corps, chaussettes, chaussures						
ALIMENTATION	**SE SERVIR** : un plat, ouvrir un yaourt, peler un fruit, remplir un verre, couper						
	MANGER : porter à la bouche et avaler les aliments et boissons						
ALERTE Communication à distance							
DEPLACEMENTS EXTERIEURS A partir de la porte d'entrée sur la rue							
ORIENTATION	**TEMPS :** se repérer dans le temps (saison, moments de la journée, années, mois)						
	ESPACE : se repérer dans les lieux de vie habituels et nouveaux						
COHERENCE	**COMMUNICATION** communication fiable, suffisamment complexe pour communiquer dans la vie quotidienne						
	COMPORTEMENT agir, se comporter de façon logique, sensée, savoir vivre avec les autres, assumer sa solitude						
VARIABLES ILLUSTRATIVES							
GESTION							
CUISINE							
MENAGE							
TRANSPORT							
ACHATS							
SUIVI DE TRAITEMENT							
ACTIVITES TEMPS LIBRE							

Figure 28: Grille AGGIR

- **ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées** [37]

Depuis 2007, elle remplace l'ensemble des prestations de solidarité sociale qui composaient le minimum vieillesse. Elle est destinée à garantir un revenu minimum à l'âge de la retraite aux personnes âgées ayant peu ou pas cotisé pour pouvoir bénéficier d'une pension vieillesse. Elle comprend:

- une retraite versée par la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) ou une allocation non contributive (C'est une prestation dont le versement ne dépend pas de la cotisation préalable de l'assuré)
- un complément du fond national de solidarité vieillesse.

Les conditions de versement sont:

- ❒ être âgé de plus de 65 ans (cas général)
- ❒ résider de manière régulière en France
- ❒ ne pas dépasser le plafond de ressources (voir tableau 3)

Son montant est égal à la différence entre le total des ressources de la personne âgée et le montant du minimum garanti selon le plafond fixé chaque année par le gouvernement. Pour pouvoir bénéficier de l'ASPA, il faut remplir un formulaire à remettre à la caisse d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) ou à la mutualité sociale agricole (MSA) si l'on dépend du régime agricole. L'ASPA est versée au plus tôt à partir du premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande.

Plafonds de ressources à ne pas dépasser en fonction de la composition du foyer		
Foyer	Ressources annuelles (revenu brut inscrit sur l'avis d'impôt sur le revenu)	Ressources mensuelles
Si vous vivez seul(e)	9 998,4	833 €
Si vous vivez *en couple*	15 522,54 €	1 293,54 €

Tableau 3: Plafond de ressources à ne pas dépasser pour recevoir l'ASPA

- **ASH : Aide sociale à l'hébergement** [38]

L'ASH peut être demandée auprès du conseil départemental par les personnes âgées hébergées en établissement ou en accueil familial. Elle permet de prendre en charge une partie ou la totalité des frais d'hébergement du résident dont les ressources ne sont pas suffisantes pour faire face à ces frais. Le conseil départemental paie la différence entre le montant de la facture et la contribution de la personne, voire de ses obligés alimentaires. L'obligation alimentaire est l'obligation d'aider matériellement des personnes de sa famille, lorsque ces dernières sont dans le besoin.

Pour pouvoir bénéficier de l'ASH, il faut :

- Avoir plus de 65 ans (ou plus de 60 ans si l'on est reconnu inapte au travail)
- Résider en France de façon stable et régulière
- Avoir des ressources inférieures au montant des frais d'hébergement
- Résider en EHPAD ou en unité de soins de longue durée (USLD) ou en résidence autonomie (foyer logement), habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, ou chez un accueillant familial.

Le conseil départemental fixe le montant de l'ASH en fonction de la situation de la personne accueillie en établissement. Il va regarder ses ressources, celles de son conjoint et celles de ses obligés alimentaires. La personne bénéficiant de l'ASH doit reverser 90 % de ses revenus (allocation logement comprise) à l'établissement. Les 10 % restants sont laissés à sa disposition. La demande est à déposer auprès du CCAS ou auprès de la mairie qui transmettent ensuite le dossier au conseil départemental. Pour que la prise en charge des frais d'hébergement débute à partir de la date d'entrée dans l'établissement, la demande d'ASH doit être faite dans les 2 mois suivant cette date d'entrée. Il est donc conseillé de faire la demande d'ASH en même temps que les démarches d'admission en établissement.

- **APL, ALF, ALS : Aides pour le logement** [39]

La caisse d'allocations familiales (CAF) propose trois types d'aide qui, sous conditions, peuvent participer aux frais liés au logement si le malade paye un loyer ou rembourse un prêt pour sa résidence principale et si ses ressources sont modestes: l'Aide Personnalisée au logement (APL), l'Allocation de Logement Familiale (ALF) ou l'Allocation de Logement Sociale (ALS). Ces trois aides ne sont pas cumulables et l'ordre de priorité est le suivant : APL, ALF, ALS.

L'APL est destinée à toute personne :

- ✔ locataire d'un logement ou au sein d'un foyer d'hébergement qui a fait l'objet d'une convention entre le propriétaire et l'État
- ✔ accédant à la propriété ou déjà propriétaire, ayant contracté un prêt pour l'acquisition d'un logement.

L'ALF concerne les personnes qui n'entrent pas dans le champ d'application de l'APL c'est à dire locataire ou propriétaire d'un logement non conventionné et qui :

- ✔ ont des enfants (nés ou à naître) ou certaines autres personnes à charge ;
- ✔ ou forment un ménage marié depuis moins de 5 ans, le mariage ayant eu lieu avant les 40 ans de chacun des conjoints.

L'ALS s'adresse à ceux qui ne peuvent bénéficier ni de l'APL ni de l'ALF.

La plupart des conditions d'ouverture du droit sont identiques pour ces trois prestations :

- ✔ Avoir une charge de loyer ;
- ✔ Ce logement est votre résidence principale et il doit être occupé au moins huit mois par an par vous ou votre conjoint (ou concubin), ou par une personne à votre charge ;
- ✔ Vos ressources propres et celles des personnes qui vivent sous votre toit ne doivent pas excéder certains plafonds.

Dans le cas où le patient vit dans un EHPAD, il peut percevoir les aides au logement

même si il a gardé son ancien habitat car celui-ci n'est pas considéré comme une résidence principale. Les paramètres pris en compte pour le calcul de l'aide au logement sont alors les suivants :

- les ressources du résident,
- le coût de l'hébergement,
- le lieu où est situé l'établissement.

L'APL n'est versée au résident que si l'établissement dans lequel il vit est conventionné APL, c'est-à-dire si l'établissement a signé une convention avec le préfet. Si l'établissement n'est pas conventionné APL, il est possible de percevoir l'ALS.

- **Aides fiscales** [40]

  - **La réduction d'impôt** :

Les personnes âgées dépendantes accueillies en établissement de longue durée ou EHPAD peuvent bénéficier d'une réduction d'impôt. Cette réduction est d'un montant de 25% des frais engagés, plafonné à 10 000 € annuel par personne hébergée, hors soins, logement et nourriture et déduction faite de l'APA et de l'aide sociale. Si la personne n'a séjourné qu'une partie de l'année dans l'établissement, elle bénéficiera également de la réduction de 25%.

  - **La taxe d'habitation :**

Si les personnes hébergées en EHPAD sont encore propriétaires de leur ancien logement, elles peuvent, sur réclamation, obtenir la remise gracieuse de la taxe d'habitation afférente au logement qu'elles occupaient à titre de résidence principale avant d'être logées en EHPAD.

III.2.7. Les structures d'accueil

a) L'hébergement temporaire

La question se pose quand le patient ne peut plus du tout rester seul à son domicile ou quand l'aidant principal a besoin de répit. Il existe des structures qui peuvent accueillir le patient en journée, une ou plusieurs fois par semaine.

- **Les Cafés Alzheimer : un lieu de rencontre et d'échange dès l'annonce du diagnostic** [41]

Les malades récemment diagnostiqués Alzheimer ou déjà situés à un stade modéré, en compagnie de leurs conjoints, de leurs enfants ou de tout autre proche aidant impliqué dans le suivi du malade sont les bienvenus dans les cafés Alzheimer ! C'est un moment de convivialité autour d'un café, le temps d'un après-midi ou en soirée pour un apéritif, l'important est d'être là pour discuter, se libérer des inquiétudes et des angoisses à venir. Des professionnels de santé sont présents pour répondre à toutes les questions des participants. Ils font le point régulièrement sur les pistes de recherche en cours ainsi que sur les traitements actuels et les thérapies efficaces pour stimuler et maintenir l'autonomie le plus longtemps possible. C'est un lieu où l'on peut partager son expérience avec d'autres malades, les proches peuvent également partager leur épreuve au quotidien et donner ou recevoir des conseils d'autres proches.
Pour trouver un Café Alzheimer, contactez l'association France-Alzheimer au 0 811 112 112 ou sur www.francealzheimer.org

- **L'hôpital de jour** [42]

Des centres, médicalisés ou non, peuvent recevoir les patients pour la journée, une à trois fois par semaine, par petits groupes de 10 à 15 personnes, si possible au même stade de gravité de la maladie. Les hôpitaux de jour (HDJ) sont des structures

médicalisées financées par l'Assurance-maladie. Ils accueillent parfois quelques patients une à trois fois par semaine pour leur proposer des soins et des activités adaptées pour une durée déterminée (6 à 12 mois). Comme l'indique leur nom, les HDJ sont situés dans des services hospitaliers gériatriques disposant d'une équipe multidisciplinaire de médecins, d'infirmières, de psychologues, d'orthophonistes, d'ergothérapeutes et de psychomotriciens.

b) L'hébergement définitif

- **EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes**
  43

On appelle EHPAD un établissement porteur d'une convention tripartite avec l'assurance maladie et le conseil général du département. C'est une maison de retraite médicalisée pour des PA de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien. Un établissement est dit médicalisé quand il est conventionné par la direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS) et comprend un médecin coordonnateur et une équipe médicale complète avec infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de vie, orthophonistes et kinésithérapeutes. Ce lieu d'hébergement collectif inclut l'hébergement en chambre, les repas, l'animation, l'accompagnement de la perte d'autonomie et les soins nécessaires. Les EHPAD peuvent accueillir des PA fortement dépendantes de groupe GIR 1 et 2.
Le financement de ce type d'établissement comprend :

- Un **forfait soins** pris en charge par la caisse d'assurance maladie
- Un **tarif dépendance** fixé par le conseil départemental (l'APA peut aider à le financer)
- Un **forfait hébergement** fixé par le département si l'établissement est habilité à l'aide sociale ou par le directeur de l'EHPAD (les aides au logement attribuées par la CAF peuvent aider à financer ce forfait ou alors l'ASH)

Ces aides peuvent se cumuler. Le montant que le résident doit payer une fois ces aides

publiques déduites du montant total de la facture est appelé le **reste-à-charge**.

Pour faire une demande d'admission en EHPAD, il suffit d'imprimer le dossier depuis le site https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R17461 puis le remplir et l'adresser à l'EHPAD de son choix.

Il est également possible de faire sa demande d'admission en ligne avec plusieurs site notamment qui le proposent.

Au sein de l'EHPAD, différents services vont intervenir comme :

- Le pôle d'activités et de soins adaptés [44] (PASA) : il accueille dans la journée 12 à 14 résidents présentant des troubles légers du comportement. L'équipe est composée de psychomotriciens, d'ergothérapeutes, d'ASG et un psychologue est présent également. Ils vont leur proposer des activités sociales et thérapeutiques (cuisine, activités physiques, stimulation mémoire, jardinage, musicothérapie, art-thérapie)

- L'unité d'hébergement renforcée [45](UHR) : L'UHR est un lieu au sein de l'EHPAD pour 12 à 14 personnes présentant des troubles du comportement sévères. Ce service fonctionne nuit et jour et propose aussi bien l'hébergement que des soins et des activités sociales et thérapeutiques comme vu précédemment. L'objectif de cette prise en charge est d'obtenir une diminution voire une disparition totale des troubles du comportement pour améliorer la qualité de vie des patients et leur permettre de retourner dans leur structure d'origine voire même pour certains de rentrer à leur domicile. L'équipe est composée d'un médecin psychiatre ou gériatre, d'un infirmier et de personnel de nuit, d'un psychomotricien ou d'un ergothérapeute, un ASG, d'un psychologue, des aides-soignants et des aides médico-psychologiques.

- **USLD : Unité de soins de longue durée** [46]

C'est un service faisant partie d'un établissement de santé (Hôpital, Clinique) et réservé aux personnes de plus de 60 ans. Les USLD sont des structures hospitalières

très médicalisées s'adressant à des personnes fortement dépendantes qui ont des pathologies lourdes (GIR 1 et 2 cf. APA) et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante ainsi que des soins lourds. Il en existe à l'heure actuelle 1903 en France. Comme dans un EHPAD, l'accompagnement proposé est global : l'établissement s'occupe de la vie quotidienne et de la coordination des soins. Le mode de facturation est identique (3 forfaits). L'admission en USLD a lieu en général à la suite d'une hospitalisation ou d'un passage en service de soins de suite et de réadaptation. Contrairement aux EHPAD, le rôle du médecin est déterminant. C'est lui qui évalue les critères d'entrée et éventuellement de sortie du proche malade au regard de ses besoins notamment en termes de soins médicaux.

- **Maison de retraite spécialisées Alzheimer** [47]

Ces unités de vie accueillent un nombre réduit de patients, ce qui fait que les structures adaptées aux malades Alzheimer, coûtent cher. Ce sont de petites unités de vie protégées, construites au sein d'EHPAD afin de pouvoir héberger en toute sécurité une vingtaine de patients. Elles nécessitent un personnel formé sur les approches thérapeutiques du patient désorienté et suffisamment nombreux afin d'assurer la surveillance et la sécurité des patients, sujets à des fugues, des chutes fréquentes, et pouvant parfois se montrer agressifs, du fait des troubles du comportement que provoque la MA. Ainsi, les chambres sont agencées de façon à prévenir les chutes qui peuvent s'avérer fatales : les lits Alzheimer sont abaissés presque à même le sol, des matelas sont disposés tout autour du lit pour amortir les chutes durant le sommeil par exemple. Il y a toujours un espace de déambulation équipé de poignées.

- **Résidence autonomie ou foyer logement** [48]

C'est un groupe de logements (studios ou deux pièces) qui permet aux personnes de plus de 60 ans autonomes (seules ou en couple) de vivre en toute sécurité dans un logement indépendant avec leur propre mobilier. Des services collectifs (restauration,

blanchisserie, animations comme des jeux ou des sorties collectives et culturelles, salon de coiffure…) sont habituellement proposés. C'est une formule intermédiaire entre le domicile et l'hébergement collectif. Ces structures ne sont pas médicalisées, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de personnel soignant, il est tout a fait possible de recevoir des aides à domicile venant de l'extérieur. Il existe des systèmes de sécurité avec une sonnette reliée à l'accueil de la résidence permettant d'intervenir rapidement si le résident a un problème. C'est sécurisant pour les proches puisque le malade n'est plus tout à fait seul. Pour être admis dans ce type de résidence il faut :

- Avoir un **GIR 5 ou 6** (si la résidence autonomie a signé une convention avec un SSIAD, les GIR 4 peuvent être acceptés)
- Avoir **plus de 60 ans** (ou dérogation avec le conseil départemental si moins de 60 ans)

Il est possible pour un couple d'habiter dans ce genre de résidence mais il faut impérativement que les 2 personnes remplissent les critères d'admission. Cela peut être un aidant familial et son proche malade. Les résidences autonomie ont été créées par vocation sociale donc les loyers sont assez modérés. Malgré cela, les aides sociales peuvent intervenir pour aider au financement si le malade n'a pas les moyens (APA, aides au logement, ASH).

III.2.8 Mesures juridiques [49]

Ces mesures sont valables dans le cas où le patient est veuf ou divorcé par exemple, sinon son conjoint est autorisé à pourvoir à ses intérêts.

a) La sauvegarde de justice

La mesure temporaire de sauvegarde de justice peut s'appliquer en urgence (pour un patient hospitalisé ou bien dont l'état est inquiétant). Cette mesure ne peut excéder un an renouvelable une fois. Sans porter atteinte à la capacité civile du patient qui conserve tous ses droits, la sauvegarde de justice le protège provisoirement et permet

d’attendre plus tranquillement la décision définitive du juge. Des actes passés sous sauvegarde de justice pourraient donc être annulés. L’ouverture d’une sauvegarde de justice peut se faire auprès du procureur de la République par le médecin du service où le patient est hospitalisé, ou bien par sa famille auprès du juge des tutelles.

b) La curatelle

La curatelle est une mesure d’assistance durable permettant de conseiller ou de contrôler un majeur dans les actes de la vie civile. Le patient peut voter mais il ne peut être élu. Le curateur doit donner son accord pour toutes les dépenses. Dans la curatelle allégée, le patient peut accomplir seul certains actes dont la liste a été établie par le juge. En cas de curatelle renforcée, le curateur gère sur un compte les revenus et les dépenses du patient. Un patient sous curatelle peut accomplir certains actes administratifs courants et peut aussi librement établir un testament. Ce régime de la curatelle est souvent mieux vécu par le patient que celui de la tutelle.

c) La tutelle

La tutelle est une mesure de représentation ou de remplacement durable permettant à un tuteur de représenter un majeur d’une manière continue dans les actes de la vie civile. La personne perd son droit de vote et sa capacité civile. Le juge peut conserver au sujet certains actes. Le tuteur administre les dépenses en percevant les revenus et en les utilisant pour l’entretien du patient, tous les autres actes concernant le patrimoine sont soumis à l’autorisation du juge des tutelles. Il est préférable de choisir un tuteur au sein de la famille, sauf s’il n’existe pas de famille proche ou s’il y a des problèmes relationnels familiaux. La décision définitive sur le type de régime de protection est prise par le juge après audition du patient et de sa famille. En fonction de son état de santé, le patient peut ne pas assister à cette réunion.

d) Personne de confiance et directives anticipées

Dans l'hypothèse où il ne serait plus en mesure de s'exprimer avec lucidité, tout patient peut désigner une personne de confiance (loi du 4 mars 2002). Son rôle n'est pas d'imposer son point de vue en se substituant au patient, mais de l'accompagner et d'éclairer l'équipe médicale. Les directives anticipées permettent à un patient atteint d'une MA de faire connaître ce qu'il souhaite pour sa fin de vie, alors qu'il peut encore s'exprimer avec la lucidité nécessaire. Elles doivent être renouvelées tous les 3 ans, et peuvent être modifiées ou révoquées à tout moment. Elles n'imposent rien mais renseignent les personnels médicaux.

III.3 Prévention de la MA [50]

Plusieurs études convergent pour affirmer que la prévention peut jouer un rôle primordial, non pas en empêchant l'apparition des lésions dans le cerveau mais en retardant l'apparition des symptômes de la maladie, et par conséquent en améliorant la qualité de vie et en repoussant l'âge de la dépendance. A l'heure actuelle, les chercheurs ont identifié la plupart des facteurs de risque mais aussi les facteurs protecteurs vis-à-vis de la MA.

La MA est **multifactorielle** et il existe des facteurs :

- Non modifiables : l'âge, le sexe, le terrain génétique
- Modifiables : ce sont des facteurs environnementaux qui résultent de notre mode de vie
    - Facteurs de risques cardiovasculaires : tabagisme, HTA, diabète, cholestérol, stress… (cf. facteurs de risques)
    - Facteurs protecteurs : exercice physique, niveau élevé d'éducation, stimulation cérébrale, interactions sociales, alimentation saine (cf. facteurs protecteurs)

Aucun moyen n'empêche de façon incontestable l'apparition ou le développement de la MA. Quatre attitudes clés «préventives» du risque de démence:

- ✔ Maîtriser les facteurs de risque cardiovasculaires
- ✔ Maintenir un style de vie mentalement et physiquement actif
- ✔ Conserver une alimentation saine et équilibrée
- ✔ Maintenir des liens sociaux et amicaux

III.3.1. Gérer son stress quotidien

Le stress est une réaction physiologique de l'organisme face à certaines situations particulières, celui-ci va sécréter des hormones qu'on appelle les glucocorticoïdes : adrénaline et cortisol. Lorsque le stress devient chronique, il peut avoir des répercussions négatives sur la santé cardiovasculaire et provoquer de l'HTA. De plus, des récentes études ont montré que le stress chronique, qu'il soit professionnel ou social favorise l'émergence de la MA. Il est par conséquent intéressant d'essayer de contenir le stress. Voici quelques pistes pour apprendre à gérer son stress :

- ◆ Identifier la source de son stress pour pouvoir ensuite s'en détacher
- ◆ Apprendre la respiration abdominale
- ◆ Pratiquer le yoga, la méditation ou le taï-chi,
- ◆ S'évader du quotidien régulièrement : activités, sport, amis, voyages
- ◆ Privilégier un sommeil de qualité : avoir un rythme circadien régulier
- ◆ Pratiquer une activité calme avant de se coucher pour favoriser l'endormissement

Le stress oxydant endommage les composants des cellules et est impliqué dans de nombreuses maladies, notamment les maladies dégénératives. La fragilité du cerveau augmente avec l'âge et à plus forte raison sous l'influence de la MA. Le stress oxydant crée des radicaux libres qui a leur tour provoquent davantage de stress oxydant. Une alimentation saine permet de briser ce cercle vicieux et de protéger les cellules cérébrales.(cf III.3.3)

III.3.2. Activité corporelle

Le Plan National Nutrition Santé (PNNS) recommande une activité physique modérée de 30 minutes sur 5 jours de la semaine. Cette recommandation peut désormais être appliquée en prévention de la MA. Pratiquer une activité physique quotidienne s'avère bénéfique à chacun des stades de la MA :

- en prévention primaire, avant les premiers symptômes de la maladie, dont elle retarde l'apparition ;
- en prévention secondaire, au stade léger,
- en prévention tertiaire, au stade de la démence où elle contribue à améliorer les performances cognitives.

Avoir une activité physique 3 fois par semaine :

✔ Marche à pied, promenade, randonnée	✔ Jardinage
✔ Natation	✔ Ménage
✔ Cyclisme	✔ Danse
✔ Montée d'escaliers	✔ Gymnastique

Pour se motiver, le mieux est de trouver un partenaire sportif tel qu'un ami, un voisin, un proche ou alors de pratiquer un sport collectif.

Il existe de nombreuses associations ou parfois même la municipalité, qui proposent des activités collectives : promenades, visites guidées, voyages…Faire ses courses à pied par exemple est un bon moyen de pratiquer une activité physique tout en étant utile. Si l'état de santé du patient le lui permet, abandonner l'ascenseur au profit des escaliers. L'exercice doit toujours rester un plaisir bien entendu et il ne faut jamais forcer.

III.3.3. Nutrition : l'effet protecteur du régime méditerranéen

Depuis longtemps l'efficacité du régime méditerranéen était avérée sur la diminution du risque cardio-vasculaire, récemment, des chercheurs ont mis en lumière son effet hautement protecteur sur le déclin cognitif. Ainsi, une observance rigoureuse de ce régime diminuerait de 54% le risque de développer la MA. Ce régime diététique apporte de nombreux antioxydants, or ces molécules participent à la diminution de l'inflammation qui est une caractéristique des lésions de la MA. Ces antioxydants sont retrouvés dans les fruits et légumes en grande quantité. Parmi ceux-ci on trouve les vitamines C et E. Pour bénéficier de leurs bienfaits, il faut les consommer frais.

Fruits et légumes contenant des antioxydants:

- **Vitamine C**:
  - Agrumes: orange, citron, pamplemousse
  - Légumes: choux (vert, rouge et blanc)
  - Plantes: cynorhodon (églantier), argousier
- **Vitamine E**
  - Huiles végétales: blé, tournesol et olive

En résumé, privilégier :

- ✔ **Une alimentation de type méditerranéen**
- ✔ **Du thé vert:** Il aurait des vertus dans la prévention des maladies cardiovasculaires et l'amélioration des fonctions cognitives par stimulation du SNC. Il contient des flavonoïdes, des catéchines, des polyphénols, du fluor, du zinc et des vitamines A, B1, B2, B12, C, E, K, et PP et des tanins. Le thé contient des antioxydants qui protègent les cellules contre les radicaux libres.
- ✔ **Du café:** une consommation modérée (3 tasses par jour) aurait une action bénéfique sur le SNC.
- ✔ **Du curcuma (curry):** Les épices ont un effet neuroprotecteur, ils ralentissent

le processus de vieillissement cérébral et améliorent les facultés cognitives.

- ✔ **Des myrtilles et cassis:** le pigment colorant de ces fruits: l'anthocyane renforce le cerveau, c'est un flavonoïde. On le retrouve aussi dans le raisin noir, l'aubergine, la prune et les fruits rouges. Ces antioxydants sont contenus dans la peau des fruits !
- ✔ **Du jus de pommes et autres fruits frais:** Le jus de pommes ou de fruits stimule la mémoire et ralenti la baisse des facultés cérébrales normalement liées à l'âge. Il est recommandé d'en boire deux verres par jour ou de manger une pomme.
- ✔ **Beaucoup d'eau**: si le cerveau n'est pas suffisamment hydraté, ses capacités chutent immédiatement, il faut donc boire au moins un litre et demi par jour, de préférence de l'eau voire du thé

- ○ **<u>Le régime méditerranéen ou régime crétois</u> :**

ALIMENTS	+++	++	+
Huile d'olive	✔		
Fruits et légumes	✔		
Noix et céréales	✔		
Poisson	✔		
Volaille		✔	
Viande rouge			✔
Produits laitiers			✔
Produits sucrés			✔
Vin			✔

+++ en grande quantité; ++ en moyenne quantité; + en petite quantité

Tableau 4: Aliments à privilégier et à éviter dans le régime crétois

○ Le régime MIND : une variante du régime méditerranéen :

Le régime MIND est une contraction de "Mediterranean-Dash Intervention for Neuro degenerative Delay". C'est un hybride entre le régime méditerranéen et un autre régime appelé DASH, élaboré contre l'HTA. Tous deux ont démontré une véritable réduction des risques cardio-vasculaires et également une protection contre la démence. Le régime MIND présente les mêmes atouts que le régime méditerranéen mais il est plus facile à suivre que ce dernier.

Régime MIND [51]

ALIMENTS	EXEMPLES	PORTIONS
Huile d'olive	La principale utilisée	
Céréales complètes		Au - 3 portions/ jour
Légumes verts à feuilles	Choux, épinards, blettes	Au – 6 portions/semaine
Fruits secs oléagineux	Noisettes, amandes, noix...	Au – 5 portions/semaine
Légumes secs		+ de 3 portions/semaine
Haricots	En alternance avec les noix	Au – 2 portions/semaine
Baies	Myrtilles, fraises, framboises...	Au – 2 portions/semaine
Volaille		Au – 2 portions/semaine
Poisson		Au – 1 portion/semaine
Autres légumes	Avec de la salade	Au – 1 portion/jour
Vin		1 verre de vin/jour
Viandes rouges		A éviter totalement
Beurre et margarine		- d'1 cuiller à café/jour
Fromage		- d'1 portion/semaine
Restauration rapide	Aliments frits, Pains et dérivés	- d'1 portion/semaine
Aliments sucrés	Pâtisseries, bonbons...	- de 5 portions/semaine

Tableau 5: Liste des aliments à privilégier dans le régime MIND

Le pharmacien sensibilisera le patient et ses proches à la nécessité de surveiller régulièrement le poids (pesée une fois par mois). Il rappellera les conseils nutritionnels permettant de prévenir la dénutrition, en particulier:

- Conserver une alimentation variée et équilibrée ;
- Privilégier des aliments riches en énergie et/ou en protéines ;
- Fractionner les repas ;
- Adapter les menus aux goûts de la personne et adapter la texture des aliments à ses capacités de mastication et de déglutition ;
- Enrichir si besoin l'alimentation avec des produits de base (poudre de lait, lait concentré entier, fromage râpé, œufs, crème fraîche, beurre fondu...).

En cas de signes évocateurs de dénutrition, le pharmacien orientera le patient vers son médecin traitant. Des compléments nutritionnels oraux pourront être proposés.

III.3.4. Gymnastique cérébrale : réserve cognitive

D'après les chercheurs, plus le cerveau est sollicité, plus les synapses se forment et relient entre elles les cellules nerveuses. C'est la notion de "réserve", elle s'accumule d'années en années et permet de protéger du déclin cognitif. Un niveau d'éducation élevé est un avantage dans la prévention de la MA, en créant une "réserve cognitive" : c’est-à-dire une capacité à utiliser des réseaux de neurones alternatifs ou des réseaux plus performants en cas de lésion. Pour ceux qui n'ont pas bénéficié d'une éducation poussée, une réserve peut se créer également par la pratique d'activités intellectuelles variées. Une étude menée par l'institut Pasteur et le CNRS démontre que la curiosité, l'éveil et le plaisir favorisent la formation de nouveaux neurones et l'acquisition de nouvelles compétences cognitives. A contrario, un état dépressif se répercute sur la production de néo-neurones et entraîne un cercle vicieux qui maintient cet abattement. Toutes les activités de loisir peuvent être bénéfiques et agir en complémentarité, chacune stimulant les capacités cognitives différemment.

Conseils pour constituer et entretenir sa réserve cognitive:

- Jouer aux cartes : Rami, Belote, Tarot, Bridge, Canasta, Skat
- Jouer à des jeux de plateau : Échecs, Dames, Backgammon, Scrabble, jeux de société
- Jouer aux jeux d'énigmes : Sudoku, mots fléchés, mots croisés, mots mystères
- Lire régulièrement le journal ou des ouvrages : c'est l'un des exercices qui sollicite le plus le cerveau !
- Mémoriser les principales nouvelles de la journée : les informations, les visites,
- Essayer de faire les courses courantes sans liste
- Apprendre des chansons ou des textes, si possible avec une chorale ou dans un groupe de théâtre
- Jouer d'un instrument de musique ou en prendre des cours
- Travailler une langue étrangère
- Faire des activités manuelles : peinture, coloriage, bricolage, broderie, poterie
- Solliciter constamment ses sens : l'ouïe, la vue , l'odorat, le toucher et le goût
- Voyager ou se promener dans des endroits inhabituels renforce et stimule le cerveau !
- Prendre des cours d'informatique pour se familiariser avec les nouvelles technologies
- Jardiner : cette activité allie exercice physique et planification des tâches

Pratiquer au moins 2 fois par semaine une activité de loisir stimulante intellectuellement comme celles-ci permet de réduire par 2 le risque de déclencher la MA.

Programme hebdomadaire pour stimuler son cerveau

Lundi	Invitez votre voisin ou des amis à jouer avec vous aux cartes Lisez le journal et retenez les informations du jour
Mardi	Allez faire des courses spontanées à l'épicerie du quartier Lisez un nouveau roman
Mercredi	Jouez à un jeu d'énigmes. Lancez-vous dans le tri de votre maison (photos, la cave etc...)
Jeudi	Écoutez de la musique d'un style nouveau et analysez cette musique Apprenez une langue étrangère
Vendredi	Sortez votre tablier et lancez-vous dans une nouvelle recette de cuisine Essayez d'envoyer un email à votre enfant ou surfez sur internet
Samedi	Appelez un ancien camarade d'école ou d'études que vous n'avez pas vu récemment Changez vos habitudes: Placez dans la poche droite ce que vous mettez habituellement dans la poche gauche et inversement
Dimanche	Écrivez un poème d'amour ou bien un petit texte pour votre conjoint ou votre enfant Semez des plantes que vous n'avez jamais eues dans votre jardin

Tableau 6: Exemple d'activités stimulantes intellectuellement

III.3.5. Contact humain et social

Une vie sociale bien remplie avec des contacts réguliers et des échanges avec le cercle familial, amical et relationnel est primordial pour stimuler son cerveau. Les personnes isolées ont un risque multiplié par 2 d'être atteintes de la MA par rapport à celles vivant en couple. La disparition des êtres chers, parents, conjoints et amis nécessite malheureusement de renouveler son cercle de connaissances. Il existe des activités proposées par la municipalité que l'on peut trouver dans le journal local et qui vont permettre de rencontrer de nouvelles connaissances. Il faut avoir une vie sociale active tout au long de sa vie. Une fois en retraite, il est crucial de continuer à maintenir des relations sociales: famille, amis, clubs, sport, autant d'occasions de stimuler son cerveau et préserver son autonomie

CONCLUSION

La MA est un important problème de santé publique aujourd'hui car de plus en plus de personnes âgées en sont atteintes et il n'existe pas de traitement curatif à proprement parlé. Toutefois, la recherche avance et des essais cliniques sont en cours. Il est indispensable d'améliorer le délai de diagnostic et l'efficacité des traitements médicamenteux. En attendant, la MA est une maladie multifactorielle et, à ce titre, une prévention destinée à retarder l'apparition des symptômes passe par des interventions sur les différents facteurs de risque et les facteurs protecteurs connus à ce jour; ce que les experts appellent des «interventions multidomaines». La partie III en présente justement les caractéristiques. Le pharmacien joue un rôle de médiateur de l'information auprès de ses patients, c'est lui qui va les orienter vers des structures adaptées. Il a également un rôle d'écoute et de soutien auprès des aidants. C'est lui qui orientera le patient et son proche vers le professionnel de santé nécessaire.

Ce travail a été réalisé dans l'optique d'être visualisé comme un guide de prise en charge sur la MA. Puisque les médicaments «anti-alzheimer» vont être déremboursés, il y a nécessité de détailler clairement la prise en charge non pharmacologique. Le pharmacien a donc un rôle privilégié dans la prise en charge du malade Alzheimer, tant sur le dépistage que sur les conseils associés. Le pharmacien peut intervenir auprès de son patient qu'il connaît bien s'il lui semble reconnaître des troubles de la MA. Ainsi le patient pourra bénéficier d'un diagnostic précoce par son médecin traitant ou bien par un spécialiste. Il est en première place pour détecter des interactions médicamenteuses qui pourraient s'avérer grave. Il peut faire le lien entre les ordonnances de différents médecins et éviter ainsi une mauvaise association éventuelle. L'action des pharmaciens auprès des patients et de leurs aidants sera d'autant plus efficace qu'elle sera effectuée dans le cadre de programmes d'éducation thérapeutique multidisciplinaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Historique de la maladie d'Alzheimer : découverte, identification [Internet]. [cité le 22 mars 2018] Fondation Vaincre Alzheimer. Disponible sur: https://www.vaincrealzheimer.org/historique-maladie-alzheimer/
2. Lilly: Définition de la maladie d'Alzheimer [Internet] [cité le 22 mars 2018] Disponible sur : https://www.lilly.fr/fr/maladie/alzheimer/definition.aspx
3. La maladie d'Alzheimer en chiffres - LECMA-Vaincre Alzheimer [Internet]. [cité le 25 mars 2018] Fondation Vaincre Alzheimer. Disponible sur: https://www.vaincrealzheimer.org/chiffres-maladie-alzheimer/
4. Causes de la maladie d'Alzheimer - En savoir plus [Internet]. [cité le 25 mars 2018] Fondation Vaincre Alzheimer. Disponible sur: https://www.vaincrealzheimer.org/causes-maladie-alzheimer/
5. Causes et facteurs de risque de la maladie d'Alzheimer [Internet].[cité le 13 février 2018] Fondation pour la Recherche sur Alzheimer. Disponible sur: http://alzheimer-recherche.org/la-maladie-alzheimer/quest-maladiedalzheimer/facteurs-de-risques/
6. Dr Judes Poirier, Dr Serge Gauthier, La maladie d'Alzheimer: Le guide page 83 (Cité le 27 février 2018) Les éditions du Trécarré, 2011, 222 pages
7. Guide Alzheimer : Vivre avec la Maladie d'Alzheimer [Internet]. [cité le 15 mars 2018] Disponible sur : http://www.retraiteplus.fr/nos-publications/guidealzheimer-comment-vivre-avec-maladie-alzheimer
8. Les symptômes de la maladie d'Alzheimer [Internet]. [cité le 15 mars 2018] France Alzheimer. Disponible sur https://www.francealzheimer.org/maladiedalzheimer-vos-questions-nos-repons es/symptomes-de-maladie-dalzheimer/
9. Signes d'alerte et symptômes de la maladie d'Alzheimer [Internet]. [cité le 23 mars 2018] Fondation pour la Recherche sur Alzheimer. Disponible sur: http://alzheimer-recherche.org/la-maladie-alzheimer/symptomes-et-diagnostic/s ignes-

dalertes-symptomes/

10. Dr Judes Poirier, Dr Serge Gauthier, La maladie d'Alzheimer: Le guide page 66 (Cité le 11 mars 2018) Les éditions du Trécarré, 2011, 222 pages

11. CHU Toulouse, La dénutrition dans la MA, [Internet] [cité le 12 mars 2018] Disponible sur: https://www.chutoulouse.fr/IMG/pdf/perte_poids_denutrition_alzheimer_ghisolfi_marque.pdf

12. Haute Autorité de Santé - Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge [Internet]. [cité le 12 mars 2018] Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1148883/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-diagnostic-et-prise-en-charge

13. Haute Autorité de Santé - Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : annonce et accompagnement du diagnostic [Internet]. [cité le 12 mars 2018] Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_873641/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-annonce-et-accompagnement-du-diagnostic

14. Haute Autorité de Santé - Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : annonce et accompagnement du diagnostic [Internet]. [cité 24 avril 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_873641/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-annonce-et-accompagnement-du-diagnostic

15. VIDAL - Alzheimer (maladied') - Prise en charge [Internet]. [cité 24 avril 2018]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/recommandations/1530/alzheimer_maladie_d/prise_en_charge/

16. Haute Autorité de Santé - Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge [Internet]. [cité 21 avril 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1148883/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-diagnostic-et-prise-en-charge

17. Croisile, Docteur Bernard. La maladie d'Alzheimer (Emplacements du Kindle 1212-1213). (Cité le 4 avril 2018) Larousse. Édition

18. Création d'un jardin thérapeutique [Internet]. Almage. 2017 [cité 21 avril 2018]. Disponible sur: https://www.almage.com/creation-dun-jardin-therapeutique/

19. Les thérapies non médicamenteuses contre Alzheimer [Internet]. [cité le 16 avril 2018] Disponible sur: *https://www.retraiteplus.fr/sante/maladie-alzheimer/en-savoir-plus-sur-les-therapies-non-medicamenteuses-efficaces-pour-les-patients-alzheime*r

20. Les huiles essentielles contre la maladie d'Alzheimer [Internet]. Aroma-Care. 2015 [cité 16 avril 2018]. Disponible sur: https://www.aroma-care.fr/fr/blog/hu iles-essentielles-alzheimer/

21. Luminothérapie [Internet]. Neuromedia. 2017 [cité 18 mai 2018]. Disponible sur: http://www.neuromedia.ca/la-luminotherapie/

22. Guide Alzheimer : Vivre avec la Maladie d'Alzheimer [Internet]. [cité le 18 mai 2018] Disponible sur: http://www.retraiteplus.fr/nos-publications/guide-alzheimer-comment-vivre-avec-maladie-alzheimer

23. Consultation mémoire : Diagnostic de la maladie d'Alzheimer [Internet]. [cité le 20 mai] Fondation pour la Recherche sur Alzheimer. Disponible sur: http://alzheimer-recherche.org/la-maladie-alzheimer/symptomes-et-diagnostic/diagnostic/

24. L'équipe spécialisée Alzheimer [Internet]. [cité 15 mai 2018]. Disponible sur: http://aides.francealzheimer.org/accompagnement/moins-60-ans/a-domicile-mo ins-60-ans/dispositifs-daccompagnement-scenario-6-1/soins-et-accompagnem ent-au-domicile-scenario-6-1/lequipe-specialisee-alzheimer/

25. L'ergothérapeute | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 15 mai 2018]. Disponible sur: https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sadresser/professionnels-de-laide-et-du-soin/lergotherapeute

26. Croisile, Docteur Bernard. La maladie d'Alzheimer (Emplacements du Kindle 1216-1221). (Cité le 3 mai 2018). Larousse Edition.

27. Les services d'aide à domicile | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 18 mai 2018]. Disponible sur: https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-domicile/etre-aide-domicile/les-services-daide-domicile

28. Cespharm - La maladie d'Alzheimer - fiche technique - mise à jour septembre

2013 [Internet]. [Cité le 12 mai 2018] Disponible sur: http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/La-maladie-d-Alzheimer-fiche-technique-mise-a-jour-septembre-2013

29. Alzheimer : nos conseils pour mieux l'accompagner [Internet]. [cité 02 avril 2018] Vivre En Aidant. Disponible sur: *http://www.vivreenaidant.fr/dossier/alzheimer-nos-conseils-pour-mieux-l-accompagne*r

30. Aides ou conseils : le CLIC, votre premier interlocuteur [Internet]. [cité le 02 avril 2018] Vivre En Aidant. Disponible sur: *http://www.vivreenaidant.fr/etre-accompagne/trouver-interlocuteurs/clic-ccas/aides-conseils-clic-votre-premier-interlocuteur*

31. Les plateformes d'accompagnement et de répit | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 24 avr 2018] Disponible sur: https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sadresser/points-dinformation-de-proximite/les-plateformes-daccompagnement-et-de-repit

32. Cap Retraite. MAIA : un dispositif face à la maladie d'Alzheimer [Internet]. 2016 [cité 23 mars 2018]. Disponible sur: https://www.capretraite.fr/obtenir-aides-seniors/structures-d-information/maia/

33. Les gestionnaires de cas – MAIA [Internet]. [cité le 14 mai 2018]. Disponible sur: https://aides.francealzheimer.org/accompagnement/moins-60-ans/a-domicile-moins-60-ans/dispositifs-daccompagnement-scenario-6-1/soins-et-accompagnement-au-domicile-scenario-6-1/les-gestionnaires-de-cas-maia/

34. L'affection de longue durée [Internet]. [cité 14 mai 2018]. Disponible sur: https://aides.francealzheimer.org/diagnostique/avant-le-diagnostic-scenario-1/3eme-etape/laffection-de-longue-duree/

35. L'allocation personnalisée d'autonomie à domicile [Internet]. [cité 24 avril 2018]. Disponible sur: https://aides.francealzheimer.org/category/accompagnement/plus-60-ans/a-domicile/dispositifs-financiers-scenario-4/

36. Qu'est-ce que la grille Aggir ? [Internet]. [cité 20 mai 2018]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229

37. ASPA [Internet]. [cité 20 mai 2018]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16871

38. Cap Retraite. Demande d'aide sociale à l'hébergement : détails sur le dossier ASH [Internet]. 2016 [cité 15 mai 2018]. Disponible sur: https://www.capretraite.fr/obtenir-aides-seniors/aides-financieres/procedure-de-demande-de-l-ash/

39. Allocations logement : APL, ALF et ALS [Internet]. Droit-Finances. [cité 18 avril 2018]. Disponible sur: https://droit-finances.commentcamarche.com/faq/4374-allocations-logement-apl-alf-et-als

40. La réduction d'impôt en établissement d'hébergement | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 20 avril 2018]. Disponible sur: https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/les-aides-en-ehpad-et-en-usld/la-reduction-dimpot-en-etablissement-dhebergement

41. Guide Alzheimer : Vivre avec la Maladie d'Alzheimer [Internet]. [cité le 16 avril 2018] Disponible sur: http://www.retraiteplus.fr/nos-publications/guide-alzheimer-comment-vivre-avec-maladie-alzheimer

42. Centre Gérontologique Départemental de Marseille - Présentation [Internet]. [cité 14 mai 2018]. Disponible sur: http://www.cgd13.fr/52/68/H%C3%B4pital-de-Jour-Pr%C3%A9sentation-hopital-jour-consultation-bilan/

43. Ehpad et maisons de retraite médicalisées [Internet]. [cité 21mai 2018]. Disponible sur: https://www.retraiteplus.fr/maisons-de-retraite/maisons-retraite-selection-des-meilleurs-etablissements/les-maisons-retraite-medicalisees

44. Maison de retraite : qu'est-ce qu'un PASA ? | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 26 mai 2018]. Disponible sur: https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/maison-de-retraite-quest-ce-quun-pasa

45. Les Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) [Internet]. [cité 26 mai 2018]. Disponible sur: https://essentiel-autonomie.humanis.com/trouver-etablissement/preparer-entree-etablissement/les-uhr

46. Les USLD (unités de soins de longue durée) | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité le 15 mai 2018]. Disponible sur: https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-usld-unites-de-soins-de-longue

47. Maison de retraite spécialisée Alzheimer [Internet]. [cité 26 mai 2018]. Disponible sur: https://www.retraiteplus.fr/maisons-de-retraite/maisons-retraite-selection-des-meilleurs-etablissements/maison-de-retraite-specialisee-alzheimer-combien-ca-coute

48. La résidence autonomie (ex foyer logement) [Internet]. [cité 26 mai 2018]. Disponible sur: https://aides.francealzheimer.org/accompagnement/moins-60-ans/en-etablissement-moins-60-ans/dispositifs-daccompagnement-scenario-7-1/hebergement-scenario-7-1/le-foyer-logement

49. Croisile, Docteur Bernard. La maladie d'Alzheimer (Poche Larousse Pratique) (Emplacements du Kindle 1805-1827). (Cité le 20 mai 2018) Larousse. Édition

50. Brochures gratuites sur la maladie d'Alzheimer - Vaincre Alzheimer [Internet]. [cité 19 mai 2018] Fondation Vaincre Alzheimer. Disponible sur https://www.vaincrealzheimer.org/publications-alzheimer

51. Régime MIND : l'alimentation qui chouchoute votre cerveau [Internet]. [cité 16 avril 2018]. Disponible sur: http://www.doctissimo.fr/nutrition/sante-dans-l-assiette/alimentation-et-cerveau/regime-mind-cerveau-alzheimer

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- **D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.**

- **D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.**

- **De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.**

- **En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.**

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre, méprisé de mes confrères, si j'y manque.